

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



**IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIA EN LA RECONVERSIÓN DE UN POLICLÍNICO  
DE PSIQUIATRÍA HOSPITALARIO HACIA UN CENTRO DE  
SALUD MENTAL COMUNITARIA**

**CAMILO VEGA NEIRA**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**DOCENTE GUÍA: DRA. OLGA TORO DEVIA**

Santiago de Chile, Diciembre 2023

## **Agradecimientos**

A los funcionarios y funcionarias del COSAM Leonor Mascayano, que gentilmente confiaron en compartir sus percepciones, críticas y esperanzas sobre su trabajo.

Al dr. Gonzalo Navarrete, dra. Paula Medrano, dra. Alejandra Olmos y TS. Andrea Alvear, por el apoyo y todas las facilidades otorgadas para la realización de esta larga tarea.

A la doctora Olga Toro Devia, por la claridad de sus palabras, el manantial de conocimientos y el gentil entusiasmo compartido a lo largo de este proceso.

## **Dedicatoria**

A mis padres y hermanos, por su infinito amor, aliento, sabiduría y presencia fundamental.

A mis compañeros y compañeras del Magíster en Salud Pública, y muy especialmente a mis amigos y amigas del exoplaneta. No lo hubiera logrado sin ustedes.

A mis colegas del COSAM Leonor Mascayano y del Servicio de Psiquiatría de Concepción, y a todos los trabajadores y trabajadoras de la salud mental. Estamos para grandes cosas.

## Índice de contenidos

Resumen.....	5
I. Introducción.....	7
II. Marco Teórico .....	9
1. Salud Mental y Modelo Comunitario.....	9
1.1. Epidemiología de la salud mental .....	10
1.2. Modelo biomédico asilar .....	11
1.3. Modelo Comunitario: conceptos centrales .....	13
1.4. Modelo Comunitario en el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 .....	14
2. Política nacional del Modelo de Salud Mental Comunitaria .....	16
2.1. Declaración de Caracas de 1990 y Plan nacional de 1993 .....	16
2.2. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000.....	17
2.3. Plan Nacional de Salud Mental 2017 .....	18
2.4. Modelos de Gestión: Red Temática de Salud Mental y Centros de Salud Mental Comunitaria.....	20
2.5. Situación actual .....	21
3. La implementación en salud mental como marco de investigación .....	25
3.1. La implementación de políticas en la teoría de política pública.....	25
3.2. Ciencias de la implementación: nuevo paradigma de investigación en implementación .....	28
3.3. Marco Unificado para la Investigación en Implementación (CFIR).....	29
4. Modelo de pensamiento sistémico en salud.....	31
III. Objetivos .....	35
Objetivo General:.....	35
Objetivos Específicos:.....	35
IV. Marco metodológico.....	36
Diseño .....	37
Recolección y producción de datos.....	38
Recolección de datos cuantitativos.....	38
Producción de datos cualitativos .....	39
Análisis de datos.....	43
Aspectos éticos.....	47

V. Resultados.....	48
Resultados de análisis cuantitativo .....	48
1. Población atendida .....	48
2. Atenciones clínicas.....	57
3. Actividades del Modelo Comunitario.....	64
Resultados de análisis cualitativo .....	67
1. Características de la Intervención.....	67
2. Circunstancias externas .....	72
3. Circunstancias internas .....	82
4. Características de los individuos .....	103
5. Proceso de implementación .....	110
Triangulación de resultados .....	116
Prestación de servicios.....	117
Personal sanitario (Recursos humanos).....	122
Información de salud .....	126
Tecnologías sanitarias.....	129
Financiamiento .....	131
Liderazgo y Gobernanza .....	133
Personas .....	137
Facilitadores y barreras de implementación en los elementos constitutivos .....	141
VI. Discusión .....	148
VII. Conclusiones .....	163
VIII. Limitaciones .....	166
IX. Referencias bibliográficas .....	168
X. Anexos.....	175
Anexo 1. Definición de ítems del Marco Unificado de Investigación en Implementación (CFIR).....	175
Anexo 2. Guía de entrevista del Marco Unificado de Investigación en Implementación (CFIR).....	178
Anexo 3. Organigrama y funciones del COSAM Leonor Mascayano .....	189
Anexo 4. Formulario de Consentimiento Informado .....	191

## Resumen

**Introducción:** Actualmente existen pocas publicaciones que den cuenta del proceso de transformación de los dispositivos de salud mental de especialidad en nuestro país para transitar del modelo biomédico asilar hacia el modelo de salud mental comunitaria. A pesar de que Chile es un referente en la Región en términos de elaboración de planes nacionales de salud mental, existen limitaciones en la gestión, la cobertura y las atenciones hacia la población, no logrando reflejar los principios del modelo comunitario en sus prácticas. Las ciencias de la implementación y la perspectiva de pensamiento sistémico de la OMS pueden aportar perspectivas valiosas para la comprensión de este fenómeno.

**Objetivo:** Identificar los factores que influyen en la implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria en la reconversión del Policlínico de Psiquiatría del Hospital Regional Dr. Guillermo Grant Benavente en el Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM) Leonor Mascayano.

**Métodos:** Se utiliza un marco metodológico mixto de diseño explicativo secuencial. Se describen las características de la población, prestaciones clínicas y actividades comunitarias del dispositivo a través de un diseño descriptivo transversal, con datos cuantitativos de los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) del dispositivo en el periodo 2018 a 2022. Luego se describen los significados del proceso de implementación desde la perspectiva de un conjunto de funcionarios y actores del COSAM Leonor Mascayano, mediante entrevistas cualitativas realizadas en base al Marco Unificado de Investigación en Implementación (CFIR). Se integran ambos resultados mediante un protocolo de triangulación en base a matrices de convergencia, organizadas según la perspectiva sistémica de la OMS, donde se describen los facilitadores y barreras de la implementación del modelo de salud mental comunitaria sobre los elementos constitutivos del COSAM como sistema.

**Resultados:** los resultados cuantitativos revelan altos flujos de ingreso y controles frente a bajas tasas de egresos en el dispositivo, con alta prevalencia de diagnósticos como trastornos de personalidad, un alto número de consultas médicas frente a una cantidad mucho menor de prestaciones no médicas, y una creciente realización de consultorías, visitas integrales de salud mental y actividades comunitarias. Los resultados cualitativos revelan poco conocimiento del modelo entre los profesionales, limitaciones generadas por el poco apoyo desde la administración hospitalaria, circunstancias internas de alta demanda y

reorganización de las programaciones y actividades de los funcionarios, un equipo con alto sentido de pertenencia y motivación por su trabajo, y un proceso de implementación efectivo, pero sin planificación previa ni evaluación de resultados. La triangulación en base al modelo sistémico revela barreras importantes a nivel de financiamiento, poco uso de tecnologías y sistemas de información, prestaciones y recursos humanos insuficientes, y pocas instancias de participación para la población usuaria; los principales facilitadores de la implementación son los atributos y motivaciones del personal, un liderazgo eficiente que logra alinear al equipo gestor, el vínculo entre la población usuaria y el equipo profesional desde la atención clínica, y la reestructuración de las prestaciones para la realización efectiva de actividades que tienden hacia el modelo comunitario.

**Conclusiones:** El presente estudio ofrece evidencia sobre las variables que inciden en el proceso de implementación del modelo de salud mental comunitaria en un dispositivo en transformación desde lo hospitalario hacia lo comunitario. Aunque parece ser un paso necesario, el mero traspaso de un policlínico de psiquiatría hospitalario hacia un centro de salud mental comunitaria no asegura la implementación del modelo comunitario esperado en las políticas. Las dificultades históricas de implementación del modelo en la red de salud mental, que se evidencian en la literatura y se reflejan en los significados descritos por los funcionarios del COSAM y sus datos de productividad, orientan la necesidad de incorporar nuevas perspectivas de análisis, basados en los elementos constitutivos del sistema, que suelen ser poco incorporados en los estudios de implementación y en la literatura sobre el modelo de salud mental comunitaria. Los marcos de pensamiento sistémico de la OMS y el CFIR son útiles para la comprensión más detallada de los elementos que facilitan y limitan la implementación del modelo de salud mental comunitaria en un dispositivo en transformación. Se requiere actualizar los estudios epidemiológicos de salud mental y psiquiatría a nivel nacional y local, incorporar las percepciones y experiencias de los funcionarios de la salud mental en la implementación de políticas públicas, fortalecer la capacitación en el nuevo modelo, facilitar un mayor presupuesto, estrategias de financiamiento, fortalecimiento de la gestión local e instalación de metodologías participativas en la gobernanza de los centros de salud mental comunitaria.

## I. Introducción

En Chile, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 y el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red de Salud General de 2018, sugieren la reconversión o transformación de policlínicos de psiquiatría hospitalarios en centros de salud mental comunitaria (en adelante COSAM) (1,2) siguiendo las recomendaciones de la OMS y OPS en sus actuales Guías de Acción en Salud Mental. En base a una amplia evidencia científica y de costo efectividad, estas guías señalan la necesidad de transitar desde el modelo biomédico asilar de la psiquiatría tradicional hacia un modelo de salud mental comunitaria, considerando los determinantes sociales de la salud, el ciclo vital de las personas y una perspectiva de Derechos Humanos (3). Este proceso se instala como política de salud en los Planes Nacionales de Salud Mental formulados en nuestro país desde 1993 y luego en 2000, con su última actualización en 2017 (4).

Sin embargo, pese a la evidencia que sustenta al modelo comunitario de salud mental, la implementación concreta en las atenciones de salud mental, y su adopción como parte integral de las prácticas de salud de los COSAM, ha sido particularmente ardua de lograr. Las dificultades de presupuesto, gobernanza y gestión en la red de salud mental para la realización del modelo conllevan, en la práctica, el riesgo de convertir a los dispositivos de la red, y en particular a los COSAM, en “pequeños psiquiátricos” esparcidos en las comunidades, replicando carencias, estigmas y prácticas de antaño que consiguen lo contrario a lo que el modelo propone (5).

La literatura señala que las dificultades arriba mencionadas corresponden a problemas específicos del proceso de implementación del modelo, proceso para el cual existe poca evidencia u orientaciones científicamente probadas, no sólo en nuestro país, sino a nivel global (6). En este contexto, las ciencias de la implementación constituyen una nueva perspectiva científica sobre el problema, cuyo propósito es comprender los factores que inciden en la realización práctica de intervenciones con base científica, es decir, estudiar la brecha entre las propuestas teóricas de una intervención de salud y su adopción en los contextos reales de la entrega de servicios (7).

En este documento de tesis se presenta un abordaje comprehensivo de la implementación del modelo de salud mental comunitaria, en el contexto de reconversión de un Policlínico de Psiquiatría hospitalario en un Centro de Salud Mental Comunitaria. Esta investigación de

métodos mixtos se realizó en el COSAM Leonor Mascayano, antiguo Policlínico del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, en la ciudad de Concepción. El propósito de esta tesis es levantar información que ayude a comprender las dificultades descritas en la literatura para el proceso de implementación del modelo comunitario en un COSAM, siendo éste el dispositivo central de la Red Temática de Salud Mental, mediante el uso del modelo teórico de las ciencias de la implementación, aplicado en los elementos constitutivos de un sistema de salud desde la perspectiva de la OMS (8).

Con esta investigación se espera contribuir tanto al cuerpo de conocimiento de las ciencias de la implementación, como a la política de salud mental en Chile, en cuanto a los procesos de instalación y reconversión de dispositivos de la red implementando el modelo de salud mental comunitaria.



## II. Marco Teórico

El marco teórico de esta investigación se presenta en tres secciones. La Sección 1 presenta antecedentes epidemiológicos sobre la salud mental en el mundo y en nuestro país, y el desarrollo del concepto fundante de esta investigación, el Modelo de Salud Mental Comunitaria, como respuesta institucional desde la salud pública a los problemas de salud mental de la población. La Sección 2 hace una reseña histórica del desarrollo del Modelo en nuestro país desde el retorno a la democracia en 1990 hasta el día de hoy, la situación del actual Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, sus logros en cuanto a expansión de la red y creación de Modelos de Gestión, y las dificultades relacionadas a los valores y funciones esperadas del Modelo en su implementación. En la Sección 3 se presenta el concepto de implementación como una etapa propia del ciclo de políticas públicas, la perspectiva de las ciencias de la implementación y el Marco Unificado de Investigación en Implementación, propuesta teórica que organiza el presente estudio. El marco teórico se cierra con el modelo de pensamiento sistémico para el fortalecimiento de sistemas de salud, propuesto por la OMS, que organiza el análisis mixto de los datos cuantitativos y cualitativos recogidos en esta investigación.

### 1. Salud Mental y Modelo Comunitario

Para introducir los conceptos fundamentales de esta investigación, la presente sección se subdivide en tres puntos. El primero presenta los antecedentes epidemiológicos de la salud mental en el mundo y en nuestro país, en base a publicaciones recientes que recogen tanto la prevalencia de los diagnósticos más frecuentes, como el estado de las legislaciones sobre el acceso y calidad en los países que forman parte de la Organización Mundial de la Salud. En el segundo punto se realiza una crítica hacia el modelo de salud mental biomédico o asilar, desarrollado como hegemónico en el mundo hasta el siglo XX, en contraste con el modelo de salud mental comunitario, que presenta ventajas respecto a cobertura, costo-efectividad y abordaje integral de los problemas de salud mental. En el tercer punto se presentan los lineamientos centrales de la legislación y guías actuales para el desarrollo de la salud mental planteados desde la OMS, a los cuales Chile adhiere a través de sus Planes de Salud Mental.

## 1.1. Epidemiología de la salud mental

Los problemas y necesidades de salud mental en todo el mundo están en crecimiento, y en los países de bajos ingresos, en abandono. La evidencia señala que a pesar de la elevada carga que suponen los problemas de salud mental en todo el mundo, existen grandes brechas a nivel de cobertura, presupuesto y desarrollo de políticas públicas de salud mental en la mayoría de los países del mundo; brechas que se hacen más notorias en los años recientes, producto de la pandemia de COVID-19 (9).

En el año 2017, la revista Lancet reporta que los trastornos de salud mental representan el 12% de carga de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) en el mundo y 19% en las Américas hasta el año 2015 (10). Un nuevo estudio de la misma Lancet en 2021 señala que al año 2020, los trastornos depresivos ocupan una tasa de AVISA de 634.1 cada 100.000 habitantes, mientras los trastornos de ansiedad ocupan 570.9 cada 100.000 habitantes; la prevalencia de ambos diagnósticos cada 100.000 habitantes, es de un total de 3152.9 en el caso de la depresión y 4802.4 en el caso de la ansiedad (11).

El Plan de Acción de Salud Mental de la OPS señala que al año 2014, en la Región de las Américas existe una prevalencia de entre 18,7 y 24,2% de trastornos mentales en la población, con tasas medianas de 1,0% de psicosis, 5,2% de depresión mayor y 4,6% de abuso o dependencia del alcohol, y una tasa de suicidio ajustada por edad de 7,3% en la Región (3).

En Chile, el registro más reciente sobre la prevalencia de problemas de salud mental a nivel nacional es el levantado en la tercera Encuesta Nacional de Salud (en adelante ENS) del periodo 2016-2017, donde se incorpora por primera vez la Entrevista Diagnóstica de Salud Mental ampliada de la OMS (CIDI), para la detección de depresión, trastornos suicidas y consumo de alcohol (12). La encuesta arrojó prevalencias de sospecha de depresión de 15,8% a nivel nacional, 6,2% de depresión confirmada en los últimos 12 meses, ideación suicida en un 2,2% e intento suicida de un 0,7%. Existe mayor prevalencia de trastornos depresivos en mujeres y un mayor consumo de alcohol en hombres. Sin embargo, las personas que hicieron uso del programa de Garantías Explícitas en Salud durante el último año, fueron sólo un 1,6% en el caso de depresión (12–14).

De acuerdo con el último estudio de carga de enfermedad en Chile, realizado en 2007, las condiciones neuropsiquiátricas ocupan el 23,2% de los AVISA, el mayor subgrupo de causas en este indicador, representando un 20,4% del total en hombres y un 25,9% en mujeres (15).

Aparte del notable incremento en los problemas de salud mental, existen también preocupaciones legítimas respecto a la atención de la salud mental desde los sistemas de salud pública en todo el mundo. En este respecto, la OMS ha publicado 3 versiones del “Atlas de la Salud Mental”, documento que registra el estado de la atención, gestión y alcances de los sistemas de salud mental en las diferentes regiones en que se distribuyen sus países miembros. Su última versión da cuenta de los datos del año 2020 (16).

Entre sus hallazgos, se destaca que entre el 76 al 85% de la población mundial con problemas de salud mental no tiene acceso y tratamiento desde la salud pública en países de bajos y medianos ingresos (17). En cuanto al marco legal de los diferentes países, un 75% de los países miembros cuentan con un plan integrado de salud mental, pero sólo un 57% tiene una ley de salud mental que asegure el financiamiento, procedimientos y derechos de sus pacientes (16). Sin embargo, entre los 146 países que han instalado planes reguladores de la salud mental a nivel central, Chile resulta ser un referente en el abordaje de la salud mental comunitaria a nivel de la región (16,18).

### 1.2. Modelo biomédico asilar

Ante el aumento de los problemas de salud mental en todo el mundo y su innegable relevancia para el bienestar de las poblaciones y los países, desde mediados del siglo XX se instaló la necesidad de construir modelos teóricos y políticas de salud que consiguiesen abordar el cuidado de la salud mental de la población de manera comprehensiva. Esta tendencia lleva a un cuestionamiento progresivo del modelo de salud hegemónico a nivel mundial hasta ese momento, el modelo biomédico, y en el caso de la salud mental, el modelo basado en la psiquiatría o “asilar”, en palabras de Madariaga (19).

Algunas características del modelo biomédico asilar se relacionan con la observación de los fenómenos biológicos que subyacen a la enfermedad psíquica y su tratamiento a través de la farmacología como principal herramienta; un modo de intervención productivista, basado en la eficiencia pragmática de resolución de casos clínicos; y una mirada individualista y evolucionista de la psicopatología, que a menudo excluye de su análisis la historicidad, los procesos sociales y las características de los grupos humanos que inciden en el padecimiento mental (19).

El modelo biomédico es de naturaleza científicista, busca las causas biológicas y químicas del sufrimiento mental en la forma de enfermedades, es decir, con una determinada etiopatogenia y signos específicos universales para cada diagnóstico. Dicha comprensión de la enfermedad

mental permite su clasificación en una taxonomía precisa, como es el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales o DSM, actualmente en su quinta versión; al respecto, Madariaga señala que la publicación de este manual se sostuvo en el esfuerzo persistente de sus autores por precisar los indicadores biológicos de las enfermedades, continuando la línea de interés histórico de la psiquiatría por la validación del signo, observable y objetivo, por sobre el síntoma, narrativo y subjetivo (19).

Este modelo de pensamiento produce, por un lado, la “reificación del individuo” por sobre el colectivo o la comunidad para la comprensión de la enfermedad mental (19); esto provoca como consecuencia el aislamiento del individuo como enfermo, separándolo de su entorno y generando mayor discapacidad social (20). Por otro lado, Madariaga señala que el saber médico se convierte en hegemónico, con el médico general y el médico psiquiatra tomando un rol protagónico en el dispositivo de salud mental y relegando a la psicología, el trabajo social y otras profesiones como acompañantes, sometidas también a un funcionamiento productivista centrado en el éxito terapéutico (19).

Para permitir este modo de operatividad, la gestión del modelo biomédico y la asignación de la mayor parte de los recursos históricamente ha recaído en el hospital psiquiátrico o asilo, de ahí su denominación como modelo hospitalocéntrico o asilar, siendo esta la entidad central en el campo de la salud mental de gran parte de los países del mundo, en especial aquellos en vías de desarrollo (1,18,21). Además de reforzar la hegemonía médica y el aislamiento de los individuos como sujetos enfermos, el hospital cumple un rol más bien sedativo, de manejo basado en el encierro y, en consecuencia, la marginalización de las personas con trastorno mental, a veces sometidas a vulneraciones en sus derechos como ciudadanos (19,20,22).

En resumen, las consecuencias de este modelo son el funcionamiento mercantilista de los sistemas de salud mental, útil al modelo de sociedad neoliberal; la asimetría de poder en las relaciones, tanto en la relación entre médico y paciente como entre profesionales médicos y no médicos; una medición de los logros del sistema de salud en base a metas sanitarias, nuevamente centradas en casos clínicos atendidos individualmente; un histórico fracaso en generar una eficiente promoción y prevención en salud; y la reproducción de estigmas asociados a las personas con problemas de salud mental como “pacientes psiquiátricos”, que mantienen la exclusión social y, en el largo plazo, empeoran su estado de salud y bienestar (5,19).

### 1.3. Modelo Comunitario: conceptos centrales

La conjugación de los factores antes enunciados y la necesidad de dar respuesta a ellos, dentro del amplio espectro de la salud pública, llevó a la consideración de nuevos modelos de entendimiento y atención a la población. Ya en los años 90, los autores Michelle Tansella y Graham Thornicroft teorizaron sobre la necesidad creciente de modelos de salud mental comunitaria (23,24), a partir de definiciones previas de otros autores, proponiendo una definición que sirve de base para comprender el fenómeno a estudiar en esta investigación:

*“Un servicio de salud mental comunitario es aquel que suministra un abanico completo de cuidados eficaces de salud mental a una población definida, y que se dedica al tratamiento y respaldo de las personas que padecen trastornos mentales, en proporción a su padecimiento o malestar, en colaboración con otros organismos locales.” (23)(p. 41)*

Comienza así a definirse la salud mental comunitaria como un modelo de atención con un foco más amplio que el del modelo biomédico, que debe ser capaz de solventar las carencias y aspectos no explorados por éste en la atención a la población, y que se propone revertir los efectos de la exclusión social y el individualismo en el abordaje de los problemas de salud mental de las personas (19,23). Su punto de partida es la contraposición al modelo asilar, en un esfuerzo por incorporar los entornos físicos y sociales de las personas y abordar *“condicionantes como el estigma, la marginación social o laboral, la pérdida de redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones, y la transgresión de los derechos ciudadanos de las personas con enfermedad mental” (2)(p. 25).*

Los fenómenos sociales que giran en torno a estas dinámicas de exclusión son conceptualizados en el marco de referencia de los Determinantes Sociales de la Salud. Dicho marco afirma la existencia de condiciones institucionales e intermedias de la sociedad que impactan en la salud y el bienestar de las poblaciones más allá de las condiciones biológicas de una enfermedad; la situación socioeconómica, las vivencias ante grupos de poder o prestigio social, la pertenencia a un género o etnia, las experiencias de exclusión desde las instituciones, impactan sobre el curso y pronóstico de las enfermedades, y más directamente en los problemas de salud mental (1,22,25).

Cabe mencionar que lo “comunitario” del modelo de atención no se refiere únicamente a una comunidad de personas delimitada territorialmente, aunque éste es un aspecto central en la organización de las prestaciones de salud, sino, además, a una serie de prácticas de

intervención y tratamiento para la salud y bienestar mental que implican la interacción de diferentes entidades que forman parte de una red, en la cual se desenvuelve la vida de las personas y las comunidades (2,26).

Por lo tanto, un modelo comunitario de salud mental debe amplificar tanto la cobertura de atenciones a la población, como la diversidad de intervenciones profesionales y técnicas. Un aspecto central es la incorporación de la promoción y prevención en salud como estrategias de abordaje de la salud mental. La incorporación de la atención primaria en salud (APS) y su coordinación con otros dispositivos y niveles de especialidad a través de distribución territorial, procesos de consultoría y mecanismos de referencia y contrarreferencia, son algunos de los aspectos más relevantes de este modelo (2,4,26,27).

Una consecuencia esperada de la disminución del antiguo rol protagónico de los hospitales psiquiátricos, es la disminución del gasto del sistema público en prestaciones de especialidad de salud mental de alto costo, como son las hospitalizaciones psiquiátricas (28). El modelo de salud mental comunitaria resulta ser más eficiente y costo-efectivo que el modelo asilar biomédico, al incorporar una variedad de intervenciones de costo relativamente más bajo, como las mencionadas estrategias de promoción y prevención, y atenciones de diferentes especialidades profesionales (4,28).

#### 1.4. Modelo Comunitario en el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020

La OMS se pliega al modelo comunitario como parte integral del diseño de los sistemas públicos de salud mental, lo que se expresa en el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 (17). Entre sus objetivos generales, el Plan establece “*proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta*” (17) (p. 10). Sus principios incluyen la cobertura sanitaria universal, un enfoque de derechos humanos, prácticas basadas en evidencia, abordaje de la totalidad del ciclo vital, un enfoque multisectorial, y facilitar la emancipación de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales (17).

Estos principios organizan propuestas de acción, con indicaciones específicas para los Estados Miembros, Secretaría y organismos asociados de la OMS, cuyos objetivos centrales son:

- 1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.*
- 2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta.*
- 3. Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental.*
- 4. Reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental (17).*

Como se observa, al menos dos de los objetivos del Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020 de la OMS incluyen de manera explícita acciones del modelo comunitario, como los servicios de asistencia social y de salud mental completos e integrados, y estrategias de promoción y prevención, que implicarían una articulación con el nivel primario de salud.

Esto conlleva formas específicas de organización de las prestaciones y los recursos que sean puestos al servicio de la salud mental de la población (23). En el caso de nuestro país, dicha organización de servicios adhiere a la red de salud general, generándose un complemento entre el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, adoptado oficialmente en el sistema de salud pública en Chile, con el Modelo de Salud Mental Comunitaria. La historia de desarrollo de este modelo en Chile, su situación actual y sus limitaciones, serán revisadas en la siguiente sección.

## 2. Política nacional del Modelo de Salud Mental Comunitaria

En esta sección se presenta el avance progresivo de la instalación del modelo de salud mental comunitaria en Chile a través de sus tres planes nacionales, descritos en los tres primeros puntos. En el cuarto punto se presenta la creación de documentos anexos al Plan Nacional de Salud Mental actual, elaborados como herramientas técnicas para asegurar su implementación. En el quinto punto se resume de forma crítica la situación actual de dicha implementación en el país, presentando las paradojas y dificultades que emergen en los diferentes componentes del sistema de salud mental.

### 2.1. Declaración de Caracas de 1990 y Plan nacional de 1993

En Chile, la política actual de salud mental tiene su inicio en la década de 1990, posterior al fin de la dictadura cívico-militar (29). Ese año – en una “feliz coincidencia”, en palabras de Alberto Minoletti (30) – se publica la Declaración de Caracas, elaborada por la Organización Panamericana de Salud (20), que señala en sus primeros cuatro puntos:

*“1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención primaria de Salud y en los marcos de los sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.*

*2. Esta reestructuración implica la revisión del papel hegemónico del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios.*

*3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben: a) salvaguardar los derechos humanos y civiles; b) estar basado en criterios racionales y adecuados; c) pretender la permanencia del enfermo en su medio comunitario.*

*4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que: a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales; b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento.” (20)*

Para hacer realidad esta Declaración en un contexto nacional caracterizado por cambios, tensiones y resistencias políticas, además de los traumas de la población debido a la violencia estatal en manos de la represión dictatorial, es que comienzan a reorganizarse los equipos profesionales y nuevos gestores de salud para instalar la salud mental como tema prioritario en salud pública. Se realiza la Conferencia de Santiago en 1991, réplica local de la conferencia que dio lugar a la Declaración de Caracas el año anterior, y luego de la creación de la Unidad



de Salud Mental del Ministerio de Salud, se publica en 1993 el documento “Políticas y Planes de Salud Mental” (4,29).

Este constituye el primer documento en el regreso a la democracia que instala la nueva organización de la salud mental como parte de la salud pública del país. En este documento se establecen líneas de trabajo específicas en Derechos Humanos y violencia, además de atención y rehabilitación de personas con discapacidad psíquica, se aumenta la contratación de profesionales para diversificar la atención clínica, introduciendo psicólogos a la APS, y se crean instancias técnicas de gestión de la red territorial de salud mental en cada Servicio de Salud, incorporando los existentes centros comunitarios de salud mental a las nacientes redes territoriales de salud (29).

En palabras de Rafael Sepúlveda (29), la vocación principal de esta nueva gestión de la salud mental era hacerse cargo de las sentidas necesidades de salud mental ligadas a la violencia institucional de periodo dictatorial y las consecuencias de la crisis económica sobre la población, además de la democratización de la salud mental como parte fundamental de la política pública. Prueba de aquello es la promoción de instancias como las agrupaciones de usuarios y familiares, las que más adelante participarán activamente en el diseño de nuevos planes y modelos de gestión.

## 2.2. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 continúa organizando y consolidando la red de dispositivos de salud mental en sus diferentes niveles. Se mantiene la lógica de aumentar la oferta de prestaciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con una diversificación de los dispositivos relacionados; además de ampliar la oferta de centros de salud mental comunitaria, se integran hospitales de día, centros diurnos de rehabilitación, hogares y residencias protegidas, todo esto con el propósito de ofrecer alternativas a la hospitalización psiquiátrica cerrada y disminuir el número de camas de hospitalización de larga estadía (27–29).

También se hacen parte de la red dispositivos especializados en población infantoadolescente y en el tratamiento del consumo problemático de drogas, al establecerse convenios con programas transversales como Chile Crece Contigo y vínculos con instituciones como el Servicio Nacional para el manejo de Drogas y Alcohol, SENDA. Estos lazos otorgan financiamiento a muchos dispositivos a nivel nacional, lo que hace posible una entrada de mayor diversidad de profesionales en la red (29,31).

En este Plan Nacional cobra protagonismo la figura del Centro Comunitario de Salud Mental. Este empieza a configurarse como uno de los nodos centrales de la red de salud mental, compartiendo prioridad con los equipos ambulatorios de salud mental de la APS. Se establecen sus prestaciones, con un fuerte componente de intervenciones psicosociales y comunitarias, además de determinar equipos profesionales y relaciones con la APS y otros dispositivos de especialidad (4,27).

Durante el desarrollo del Plan, ocurre en 2005 la reforma del sistema de salud impulsada por el gobierno de Ricardo Lagos, lo cual reorganiza al Ministerio de Salud en sus actuales Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales. Dicha reorganización implicó la redefinición de funciones y estrategias en los niveles regionales, con un consiguiente impacto en las unidades de salud mental de los diferentes Servicios de Salud (4,29).

Durante el mismo periodo de gobierno, en el año 2006 se pone en funcionamiento el plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas en salud AUGE, actuales Garantías Explícitas de Salud GES, el cual otorga prioridades en el abordaje de diagnósticos priorizados en función de su magnitud en el índice AVISA, regulando prestaciones y mecanismos de financiamiento a dispositivos públicos y privados (29). En dicho periodo fueron incorporados sólo tres problemas de salud mental: primer brote de esquizofrenia, depresión – ambas en mayores de 15 años – y consumo perjudicial de sustancias en menores de 20 años (4). En años posteriores fueron incorporados otros dos diagnósticos: el trastorno bipolar en mayores de 15 años, y recientemente, el Alzheimer y otras demencias.

### 2.3. Plan Nacional de Salud Mental 2017

En el año 2014 se publica el informe nacional de Evaluación de Sistemas de Salud Mental de la OMS, WHO-AIMS (21). Dicho informe da cuenta del estado de la red de salud mental, con indicadores relacionados a la política y marco legislativo, servicios de salud mental, incorporación de la salud mental en la APS, recursos humanos, trabajo intersectorial y monitoreo e investigación. El informe concluye que, si bien ha aumentado la oferta de dispositivos de salud mental, profundizando su descentralización y avanzando en implementar el modelo comunitario, siguen existiendo importantes brechas en cuanto a cobertura a la población, listas de espera, diferencias de calidad entre los servicios según región, falta de normativas acorde a legislaciones internacionales en cuanto a derechos, y un financiamiento muy inferior al 5% del presupuesto de salud promovido por la OMS (21).

Para hacerse cargo de las brechas y puntos críticos mencionados, además de sustentar la

reforma general de la salud dentro de la red de salud mental, es que se hace necesario actualizar el plan vigente. Mediante la consulta a más de 1200 participantes, entre profesionales de la red, gestores, académicos, agrupaciones de usuarios y organizaciones ciudadanas, se da origen al Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (1,29). Este plan distribuye sus líneas de acción con objetivos y metas propias, de manera que cubre diversos aspectos del sistema de salud mental: Regulación y Derechos Humanos; Provisión de Servicios de Salud Mental, Financiamiento, Gestión de la Calidad, Sistemas de Información e Investigación; Recursos Humanos y Formación; Participación; e Intersectorialidad (1).

El propósito del nuevo Plan es *“Contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario”* (1) (p. 39). Los valores centrales del Plan que rigen sus líneas de acción refuerzan el interés por el modelo comunitario, el abordaje integral de la salud mental, y la promoción de derechos, la equidad de acceso y el trabajo en red e intersectorial (1).

En una revisión crítica, Vicente y colaboradores (5) notan la ausencia de la Psiquiatría en el título del Plan; esto se debe a que el Plan comprende la salud mental de manera global, incluyendo el rol de la psiquiatría como una de sus áreas de especialidad, con la aparente intención de retirar explícitamente el rol central que hasta acá tuviera el modelo de atención biomédica y los recintos hospitalarios. Así, se instala el Centro de Salud Mental Comunitaria como centro neurálgico de la red de salud mental al nivel de especialidad (5).

En este Plan se identifican con claridad, como parte de sus antecedentes y marco conceptual, las brechas en el cumplimiento de algunas metas del Plan anterior, incluyendo un 60% de servicios disponibles (4), como también distorsiones respecto a la implementación del modelo comunitario deseado para la red de salud mental; una de ellas es la persistente coexistencia de atenciones ambulatorias de salud mental desde recintos hospitalarios o “policlínicos” (26).

Se reconoce que las brechas y limitaciones para la íntegra implementación de un modelo comunitario como política pública tienen una variedad de razones, entre las cuales se puede encontrar la inexistencia de un marco legal de la altura de una Ley de Salud Mental, el incumplimiento de la meta de financiamiento necesario para su instalación, disparidades en la gestión entre Servicios de Salud, y la poca implicación de los actores involucrados en la atención a usuarios, organizaciones comunitarias y actores fuera del sector de salud (4,5).

## 2.4. Modelos de Gestión: Red Temática de Salud Mental y Centros de Salud Mental Comunitaria

Para dar más competencias y coherencia a la gestión y establecer criterios explícitos respecto al funcionamiento de la red de salud mental y su integración al sistema de salud, el año 2018, después de un trabajo ampliamente participativo iniciado en las Jornadas Chilenas de Salud Mental efectuadas en Valparaíso en 2015, se publica el “Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red de Salud General”, explícitamente complementario al Plan Nacional 2017-2025. Este documento hace énfasis en los elementos que componen las Redes Integradas de Servicios de Salud y sus características centrales. En palabras de Sepúlveda, *“se puso en valor el qué hacer y el cómo hacerlo”* (29) (p. 362).

Aquí se define de forma operativa el concepto de red temática de salud mental, como *“un sistema de vínculos e interacción de relaciones horizontales entre los diversos nodos y puntos de atención que la componen, permitiendo a través de su organización y disposición de recursos, la integralidad y la continuidad de la atención y cuidados”* (2) (p. 83). El documento detalla los dispositivos de gestión y sus acciones en distintos niveles territoriales, algunos programas transversales de salud mental, y los nodos o dispositivos de salud mental por nivel de atención. Se establecen indicaciones específicas sobre la distribución de los dispositivos, su estructura administrativa, conformación del recurso humano, prestaciones profesionales y técnicas, y se detallan mecanismos de integración de la red territorial (2).

El mismo año 2018 se publica un segundo documento de gestión, específicamente para los Centros de Salud Mental Comunitaria (26), como complemento del anterior Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental. Esta propuesta plantea una nueva infraestructura, dotación y financiamiento en base a estándares de calidad, indicando que el dispositivo, ya establecido aquí como el articulador del nivel secundario de atención de salud mental, pase a depender de los Servicios de Salud (26). Se define un Centro de Salud Mental Comunitaria en este Modelo de Gestión como:

*“un establecimiento público de salud, ambulatorio, especializado e integrado a la red. Está constituido como un centro de costo, con dependencia administrativa del Servicio de Salud. Resuelve integradamente con los otros nodos y puntos de atención de la red, la condición de salud mental de su población objetivo, en colaboración con la red comunitaria e intersectorial local, a través de una atención integral e integrada con alta intensidad y densidad tecnológica.*

*Considera a las personas, familias y comunidades de un territorio específico, como sujetos activos de su proceso de recuperación, en un marco de ejercicio de derechos y determinantes sociales.” (26) (p. 51)*

Se refuerza el carácter integrado, de trabajo en red y con mayor capacidad resolutive, además de un fuerte componente comunitario, intersectorial y territorial, en línea con los conceptos centrales de la salud mental comunitaria descritos en la sección anterior. El documento detalla la misión y visión, el organigrama y las funciones de cada subdirección, la estructura del recurso humano a nivel administrativo, profesional y técnico, la variedad de prestaciones, el flujograma en base a la trayectoria del proceso de atención de salud desde el ingreso hasta el eventual egreso, y el funcionamiento de servicios de apoyo como el sistema farmacéutico, logístico y de información. Todos estos elementos son definidos en el documento para una población estándar de 50.000 personas como referencia (26).

## 2.5. Situación actual

Desde la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental 2017 y la siguiente redacción de sus Modelos de Gestión, publicaciones de académicos, participantes de la red de salud mental e investigaciones desde organismos internacionales, comentan sobre el estado actual de realización, o implementación, del modelo de salud mental comunitaria, planteado en los documentos antes descritos (4,5,18,28,30).

Un informe de la OPS elaborado en 2021 desde el Programa Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental o mhGAP en Chile, destaca el funcionamiento de la red de salud mental y la integración del nivel primario de acuerdo con el modelo comunitario como ejemplos a nivel latinoamericano. El propósito de dicho programa es aumentar la detección y atención de problemas de salud mental en la población, reduciendo así las brechas de atención en salud mental existentes a nivel internacional (18).

Se señala que el programa mhGAP, que comenzó a instruirse en Chile a nivel de Servicios de Salud desde 2015, es compatible con el modelo de salud familiar y comunitario, considerando que éste ofrece condiciones apropiadas para su implementación; las destrezas de detección, diagnóstico y tratamiento de diferentes problemas específicos de salud mental que incorpora la implementación de este programa, son también de utilidad para el continuo desarrollo del modelo (18).

Por otro lado, una reciente publicación sobre los efectos de los planes nacionales en el

desarrollo de dispositivos de salud mental entre 1990 y 2017, muestra que en dicho periodo se han logrado progresivamente los propósitos de reducir el número de camas de mediana y larga estadía en los hospitales psiquiátricos y aumentar sostenidamente las camas de psiquiatría en hospitales generales, además de hogares protegidos, hospitales de día y centros ambulatorios, lo que es demostrado mediante series de tiempo en los periodos entre planes y durante el año de publicación de cada uno (28).

Mientras las tasas de disponibilidad cada 100.000 habitantes muestran aumentos de varios puntos en el caso de las camas psiquiátricas en hospitales generales, unidades forenses y hogares protegidos, para los centros ambulatorios de salud mental se muestra un aumento de la tasa de 0.1 en 1990 a 0.8 en 2017, lo que representa un crecimiento de más del 680% en el uso de dispositivos ambulatorios de salud mental desde el año de inicio (28).

El estudio concluye que los planes nacionales han sido exitosos en ajustarse a presupuestos muy limitados para mantener un desarrollo de los servicios comunitarios a medida que se reducen las camas en hospitales psiquiátricos (28). Pese al aumento progresivo del presupuesto destinado a la salud mental durante la última década, Chile aún cuenta con un financiamiento para la salud mental inferior al 5% del presupuesto de salud. El Plan Nacional actual busca mecanismos para optimizar y eventualmente aumentar el financiamiento (1).

El estudio de Cea respecto al gasto en prestaciones hospitalarias y ambulatorias de salud mental muestra que el financiamiento de la salud mental parece continuar favoreciendo acciones propias del modelo asilar, como las hospitalizaciones cerradas, el gasto en fármacos y la terapia electroconvulsiva, en desmedro de prestaciones propiamente comunitarias, como la coordinación intersectorial y con organizaciones ciudadanas y de usuarios (32). Diferentes autores concluyen que la sobrevaloración de las prestaciones biomédicas y el financiamiento todavía insuficiente, aunque creciente, de prestaciones comunitarias, suponen una de las principales limitaciones para la implementación del modelo comunitario (5,19,32).

Por otro lado, el “Modelo de Gestión de Centro de Salud Mental Comunitaria” intenta corregir la notoria laxitud que existe en las líneas de intervención, composición de equipos y prestaciones entre los diferentes dispositivos ambulatorios de salud mental de especialidad (5,26,31). A la fecha todavía coexisten centros con diferentes dotaciones de personal e incluso con diferentes nombres – COSAM, CESAM, CESAMCO, EESAM –. Esto incluye atenciones ambulatorias en servicios de psiquiatría hospitalarios a modo de policlínicos, pese a la reconversión progresiva que se desarrolla en todo el país desde la puesta en marcha del Plan

Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 (26).

Si bien la heterogeneidad entre diferentes Servicios de Salud responde a diferentes tamaños de la población por provincia y sus condiciones geográficas, la falta de unicidad entre las diferentes líneas de intervención impacta en la comprensión del modelo y, últimamente, en la aplicación de sus fundamentos en la atención profesional y en la continuidad de los cuidados (4,31). A esto se suma una aparente falta de formación específica en el modelo comunitario de atención en salud mental, detectada desde el reporte WHO AIMS de 2014 (21) y nuevamente identificada como punto crítico en el actual Plan Nacional de Salud Mental (1).

Otra problemática que parece reiterarse entre los diferentes Planes Nacionales, a pesar de la voluntad por crear estrategias participativas y de involucramiento de la ciudadanía en los procesos de atención, es la debilidad de los mecanismos de participación en la gobernanza del modelo, lo que ha sido reconocido como un aspecto aún por mejorar en la gestión de la red de salud mental (4,30).

Los equipos clínicos y profesionales, siendo quienes reciben y atienden directamente a las personas con necesidades de salud mental, son dejados fuera de las instancias de reforma e implementación de los modelos, y con escasas instancias de actualización teórica, capacitación en gestión, coordinación intersectorial o retroalimentación de sus propias prácticas; las consiguientes sensaciones de incertidumbre y despropósito generan resistencias en la cultura organizacional, lo que puede impactar en la realización de los principios del modelo comunitario, tanto en la relación del equipo humano como en la atención clínica (31). El Modelo de Gestión incluye directrices para lidiar con esta problemática ya reconocida (26).

Finalmente, existen legítimas preocupaciones respecto al liderazgo, las decisiones profesionales y el trato a los usuarios y usuarias en la atención clínica de los diferentes dispositivos de salud mental, áreas difíciles de indagar debido al carácter confidencial de las atenciones (5,19). En este respecto, se ha reconocido que la actual “ley de derechos y deberes de pacientes” representa tanto una protección a las personas, como una limitación en los procesos de atención y derivación (5,21).

Así, el desarrollo de la política nacional de salud pública en salud mental presentado en este capítulo, incorporando su desarrollo institucional desde el retorno a la democracia hasta hoy, da cuenta de la importancia central que reviste el modelo de salud mental comunitaria, con

un énfasis reciente en las acciones de gestión requeridas para su realización a nivel institucional. Sin embargo, pese a la notoria expansión de la red de salud mental en términos de la instalación progresiva de dispositivos ambulatorios y comunitarios a medida que se ha reducido el rol protagónico de los hospitales psiquiátricos, existen puntos críticos que parecen persistir en el tiempo, relacionados con el financiamiento y un marco legal que permita su mayor crecimiento, la gestión clínica y administrativa, y los modelos de gobernanza y participación, que pueden limitar la implementación de los principios del modelo de salud mental comunitaria y su reflejo en el funcionamiento real de los dispositivos y la atención clínica.



### 3. La implementación en salud mental como marco de investigación

Luego de presentados los fundamentos y la historia del modelo de salud mental comunitaria en nuestro país, en esta sección se presenta el fenómeno de estudio de esta investigación, el proceso de implementación de políticas públicas. Para ello, se describen las diferentes fases del ciclo de las políticas en la teoría actual de políticas públicas, del cual la implementación es parte. Luego, se presentan las ciencias de la implementación, nuevo paradigma en la investigación de políticas públicas que se centra en este proceso. Finalmente, se presenta el Marco Unificado de Investigación en Implementación (CFIR) como marco específico que guía la presente investigación.

#### 3.1. La implementación de políticas en la teoría de política pública

Desde los estudios de políticas públicas, se reconoce la existencia de un ciclo que sigue ciertas fases, demarcadas teóricamente, al cual algunos autores llaman la “heurística de etapas” (33). Dicho marco es útil para comprender el proceso completo, desde la detección de un problema hasta la evaluación de las soluciones puestas en marcha. Las etapas son:

- Identificación del problema: se reconoce el tema o temas en cuestión que requieren ser puestos – o no – en la agenda de un gobierno para su resolución.
- Formulación de políticas: se explora el rol de diferentes actores sociales y políticos, como el gobierno, legisladores y diferentes grupos de interés a nivel social, sean académicos, profesionales, gremiales o ciudadanos, y se entablan acuerdos para la creación de una o varias soluciones, las que serán seleccionadas para formar parte de un programa organizado.
- Implementación de políticas: realización del programa de políticas seleccionado previamente. En esta etapa se utilizan los recursos asignados para la resolución de los problemas antes identificados y se ponen en marcha las estrategias.
- Evaluación de políticas: se identifican los cambios ocurridos cuando la política es realizada, su monitoreo, cumplimiento de objetivos y consecuencias esperadas o inesperadas (33,34).

Existen múltiples teorías que explican la dinámica de los procesos de identificación de los problemas y formulación de políticas, donde existe una convergencia de factores institucionales, históricos, políticos, económicos, idiosincráticos y culturales, a nivel nacional o internacional, que influyen en el curso de la toma de decisiones y las relaciones entre los actores que hacen posible la existencia de una política pública. Sin embargo, se reconoce que

la fase de implementación, aquella donde efectivamente se pone en marcha una política pública, es a menudo la menos atendida, o derechamente ignorada en el diseño de éstas (33).

Existen diferentes enfoques que explican el recorrido que sigue el proceso de implementación de las políticas públicas. Los más comúnmente tratados en la literatura son el enfoque de arriba hacia abajo (*top-down*) y el de abajo hacia arriba (*bottom-up*), según la influencia y poder de decisión ejercido por el nivel central de diseño de políticas o el nivel de los implementadores en terreno, respectivamente. Otros enfoques aparecen como propuestas alternativas, para destacar la importancia de las relaciones entre los distintos niveles y sus modos de interacción (33–35).

En el enfoque de arriba hacia abajo (*top-down*), el diseño de la política y los medios para llevarla a cabo son decididos por el nivel central – gobierno, autoridades, legisladores –, siendo ellos quienes proveen los mecanismos de control y cumplimiento de metas para impartir en el nivel de microgestión. Este enfoque otorga un alto nivel de certeza respecto al mecanismo de decisión, pero mucha incertidumbre sobre las condiciones en que dichas decisiones serán puestas en marcha (33).

En el enfoque de abajo hacia arriba (*bottom-up*), se da relevancia al poder de discreción que poseen los “implementadores” o actores “en la calle”, ya sea para cumplir o dejar de cumplir las demandas de una política. En este enfoque se explica que dichos actores, desde una organización sólida y negociaciones con actores del nivel central, pueden influir y cambiar el diseño de la política pública. Este enfoque entrega gran certeza sobre las condiciones necesarias para el cumplimiento de una política, pero poca capacidad de decisión sobre su formulación o reformulación (33).

Una propuesta de enfoque combinado toma elementos de los dos anteriores, para analizar políticas con diseño sólido, marco teórico estructurado y metas claras y, simultáneamente, flexibles según la realidad particular y con la venia y participación de sus implementadores a nivel de microgestión y primera línea – profesionales y funcionarios públicos. Se asume que tanto los diseñadores de políticas y tomadores de decisiones como los gestores locales y actores en terreno, pueden interactuar en diferentes niveles del sistema público, compartiendo información útil para el diseño a nivel central y para la aplicación práctica de una política (33,34).

También se proponen teorías de decisión racional, donde teorías propias de las ciencias

políticas, economía y sociología, aplicables en la etapa de identificación del problema y formulación de políticas, podrían aplicarse por extensión a la fase de implementación, asumiendo que la realización práctica de la política depende de la relación dinámica entre los actores de los diferentes niveles (34,35).

Así, los esfuerzos de implementación pueden depender del grado de beneficio, directo o marginal, que cada actor pudiese obtener de la política a implementar, como se señala en la teoría de juegos; o bien dependerán del rol y la influencia ejercida por agentes ejecutores que pueden actuar de forma relativamente autónoma respecto del poder estatal central, de acuerdo con la teoría de la agencia; por último, la implementación puede basarse en las redes de cooperación formadas por actores y grupos con creencias, normas y recursos que los distinguen, más allá de su poder de decisión, como señala el marco de las coaliciones de defensa (33–35).

Se señala en la literatura de ciencias políticas que la implementación es influida por factores ambientales relacionados al contexto histórico o social, la disponibilidad de recursos o la cultura organizacional, o bien factores propios de la política diseñada como su naturaleza distributiva, regulatoria o redistributiva; Cerna ofrece, usando como ejemplo una política de educación, un esquema que incluye tres tipos de factores influyentes en la implementación: características del cambio – necesidad, claridad, complejidad y practicidad –, características locales – distrito, comunidad, director, profesional (profesor) – y factores externos – gobierno y otras agencias (35).

Si bien el diseño de las políticas necesita incorporar estrategias de implementación y evaluación, la sola incorporación de éstas en su diseño, la aprobación de un programa e incluso la implementación inicial de la política, no asegura por sí sola un éxito duradero de la misma. Teniendo en cuenta que la implementación eficiente de una política se observa en los cambios que ésta genera a lo largo del tiempo, Cerna señala que a menudo se toma la “teoría del cambio” (change), es decir, las condiciones y dinámicas de los cambios, y la “teoría sobre el cambiar” (changing), o cómo incidir en dichas condiciones y los factores que subyacen a sus dinámicas, como si fuesen una sola cosa (35).

Esta última afirmación apunta a la permanente existencia de las brechas de implementación entre la formulación de una política, plan o programa, y los resultados que la misma política espera conseguir (33). Si bien las teorías de políticas públicas sugieren considerar un cumplimiento “sub-óptimo” frente a la resolución de problemas complejos, lo cierto es que,

ante la evaluación de políticas de salud, y específicamente de salud mental, en todo el mundo ocurre un cumplimiento de expectativas muy por debajo de lo esperado, con altas brechas de implementación de políticas, planes y programas, pese al avance de la instalación del modelo de salud mental comunitaria a nivel global y especialmente en nuestro país (16,18,21).

### 3.2. Ciencias de la implementación: nuevo paradigma de investigación en implementación

Mascayano y Gajardo señalan que los planes más relevantes de salud de la época reciente, como la reforma de salud y el modelo GES, a pesar de la evidencia probada de su calidad y costo-efectividad, presentan falencias a la hora de evaluar su impacto, las cuales disminuyen la confianza en su efectividad a pesar del alto respaldo que reciben desde organismos internacionales como la OMS y la OCDE (7); situación similar en el caso del modelo de salud mental comunitaria.

La evidencia científica y económica de dicho modelo, el respaldo y prioridad que recibe a nivel internacional, y su actualización en base a modelos teóricos recientes como los determinantes sociales de la salud, no han conseguido lidiar con sus problemas de implementación (6). Pese a sustentarse no sólo en los Derechos Humanos o en su costo-efectividad, sino también y sobre todo en prácticas basadas en evidencia (PBE), aún existe, en palabras de Agudelo, *“una brecha importante entre los hallazgos planteados por las PBE, la posterior formulación de programas y políticas basados en estos hallazgos y su implementación en la práctica real, en contextos específicos”* (6) (p. 3).

La brecha entre los fundamentos y evidencia del modelo de salud mental comunitaria y su realización incierta e incompleta, evidenciada en las dificultades descritas en este marco teórico, es el principal objeto de estudio de las ciencias de la implementación, constituida como un nuevo paradigma en la investigación de salud y una propuesta relevante para disminuir las brechas señaladas (6,7).

Las ciencias de la implementación buscan desarrollar evidencia crítica que sustente la adopción efectiva y sostenida de intervenciones basadas en evidencia en los dispositivos de salud y en las comunidades (7). Se define como el *“estudio de los métodos que promueven la incorporación sistemática de hallazgos de investigación en la rutina clínica, con el objetivo de mejorar la calidad y efectividad de los servicios de salud”* (36) (p. 208). Se demuestra en dicha definición la vocación tanto a nivel investigativo y académico respecto a la generación de evidencia científica, como su interés por los procesos de toma de decisiones y gestión en salud (37).

Se diferencia de otros cuerpos de conocimiento académico en que su propósito no es medir la solidez o la efectividad de un programa, sino sus mecanismos de aplicación práctica, es decir, su replicabilidad, flexibilidad, sustentabilidad en el uso de recursos, aceptabilidad desde los equipos de salud y pasos para su instalación en un contexto real, entre otras variables de interés (6). Muchas de estas variables son mencionadas en las diferentes teorías de política pública señaladas en la sección anterior. La principal diferencia aquí es la operacionalización que reciben en el modelo de ciencias de la implementación; es decir, pasan de ser mencionadas como factores importantes pero usualmente ignorados (33), a convertirse en variables de estudio propiamente tales (36).

Las ciencias de la implementación son una disciplina muy reciente, a pesar de sustentarse en el intento de resolver problemas arcaicos en el área de la salud. La revista *Implementation Science*, creada con el propósito de reunir evidencias y difundir formalmente la disciplina, inició sus publicaciones en el año 2006 (38). Ya en 2009 los propios Tansella y Thornicroft comentaban respecto de la gran utilidad de este marco de referencia para la salud pública, y muy especialmente para la gestión de los sistemas de salud mental (37).

Existe una gran variedad de modelos esquemáticos y definiciones que se pueden enmarcar dentro de las ciencias de la implementación – de ahí su usual denominación en plural (6,7). Una investigación fue realizada en 2009 para crear un modelo unificador de dichos esquemas, fortaleciendo el desarrollo de la propia disciplina a nivel de producción de investigaciones y formación de una comunidad académica. De aquí emerge el Marco Unificado para la Investigación en Implementación, o CFIR, por su sigla en inglés (*Consolidated Framework for Implementation Research*) (39), el cual será el modelo de análisis utilizado en esta investigación.

### 3.3. Marco Unificado para la Investigación en Implementación (CFIR)

El CFIR se convirtió en una propuesta de alta relevancia y popularidad para la organización del conocimiento en implementación, dado su carácter comprehensivo de varios intentos teóricos de esta disciplina; es actualmente el modelo más utilizado dentro de las ciencias de la implementación y fuera de ellas, para indagar en los procesos de implementación de intervenciones basadas en evidencia y políticas públicas (39).

De acuerdo con este marco, presentado por Damschroder y colaboradores (39), el CFIR reúne cinco componentes generales de la implementación, cada uno de ellos con una cantidad variable de ítems, que se resumen a continuación. La definición detallada de cada ítem se

presenta en el Anexo 1.

- **Características de la intervención:** principales atributos de la intervención, política o programa a estudiar, enfatizando en su conveniencia y validación dada por los miembros de la organización; en este caso, la intervención es el propio modelo de salud mental comunitaria. Incluye *Fuentes de la intervención, Fortaleza y calidad de la evidencia, Ventaja relativa, Adaptabilidad, Capacidad de prueba (trialability en inglés), Complejidad, Calidad de diseño y embalaje, y Costo.*
- **Circunstancias externas:** dinámicas en torno a la organización donde se desarrolla el proceso, su relación con otras organizaciones, el contexto institucional y la relación con el público beneficiario. Incluye *Políticas e incentivos externos, Presión de pares, Cosmopolitismo, y Recursos y necesidades de los pacientes.*
- **Circunstancias internas:** arquitectura organizacional y su cultura interna, la disposición y apoyo entre miembros del equipo y la claridad sobre el sentido o las ventajas de la implementación dentro de la organización. Incluye *Características estructurales, Redes y comunicación, Cultura, Clima de implementación, Tensión por el cambio, Compatibilidad, Prioridad relativa, Incentivos y recompensas de la organización, Metas y retroalimentación, Clima de aprendizaje, Preparación para la implementación, Compromiso del liderazgo, Recursos disponibles, y Acceso a conocimiento e información.*
- **Características de los individuos:** relación de las personas con la organización, el grado de confianza puesto en la implementación, y otros atributos personales de los individuos que resulten relevantes de considerar para el proceso. Incluye *Conocimiento y creencias sobre la intervención, Autoeficacia, Etapa individual de cambio, Identificación con la organización, y Otros atributos personales.*
- **Proceso de implementación** muestra las acciones y etapas requeridas para la ejecución efectiva de un proceso de implementación, y las acciones de compromiso y liderazgo asumidas por sus diferentes actores. Incluye *Planificación, Ejecución, Reflexión y evaluación, y Compromiso, subdividido en Líderes de opinión, Líderes internos designados formalmente, Campeones y Agentes externos.*

Para facilitar la investigación y la recolección de datos, la comunidad colaboradora en el desarrollo del CFIR ha diseñado una guía de entrevista para la realización de investigaciones cualitativas, indagando en cada uno de estos ítems y sus relaciones (40). Dicha guía se presenta en el Anexo 2.

#### 4. Modelo de pensamiento sistémico en salud

La innovación que supone la instalación de las ciencias de la implementación como marco de investigación en la salud, se suma a un proceso de “revolución científica” más amplio, que inició su curso aproximadamente a comienzos del siglo XXI y que ha permeado en una gran variedad de áreas de conocimiento, incluyendo la salud, la administración, la política y la salud pública, a saber, la entrada de la teoría de la complejidad en el campo de las ciencias de la salud (41,42).

En el área de la salud es especialmente interesante adoptar una perspectiva de sistemas adaptativos complejos para comprender los procesos de salud, enfermedad y atención como fenómenos que se retroalimentan, que cambian en el tiempo y que crean interdependencia con otras experiencias humanas, instituciones y sectores de la vida social (42). Del mismo modo que es aplicable al proceso individual de enfermedad y a los procesos más amplios que suponen los determinantes sociales de la salud, esta perspectiva se muestra útil para observar y comprender el funcionamiento de un sistema de atención de salud (8).

Los sistemas adaptativos complejos presentan características que los diferencian por oposición a la perspectiva mecanicista lineal que alimenta, en gran parte, al conocimiento biomédico tradicional. Los sistemas adaptativos complejos son *“una colección de agentes individuales con libertad de actuar de maneras no siempre totalmente predecibles, y cuyas acciones se interconectan de manera que las acciones de un agente cambian el contexto de los demás agentes”* (42) (p. 625; traducción libre). Las características de un sistema adaptativo complejo se pueden resumir en las siguientes:

- Límites difusos: los elementos del sistema pueden formar parte de varios sistemas a la vez, y dentro de un sistema cada elemento puede entremezclarse con los demás.
- Reglas inherentes e internalizadas: el sistema genera acciones y responde a su entorno en base a un conjunto de reglas internas, que no siempre son compartidas con otros sistemas, o incluso entre sus propios elementos internos, en el caso de los sistemas sociales.
- Adaptabilidad e historicidad: cada elemento del sistema, al igual que el sistema como un todo, cambia su comportamiento a lo largo del tiempo, dependiendo de la retroalimentación que recibe del entorno, de otros sistemas y de sí mismo a lo largo del tiempo.
- Auto-organización: dados los cambios en el tiempo y la retroalimentación de la cual

depende, el sistema como un todo organiza sus propios elementos para adaptarse a los entornos cambiantes, manteniendo una coherencia interna e histórica.

- **Coexistencia y co-evolución:** los sistemas están anidados en otros sistemas más amplios, y los cambios en un elemento influyen y son influidos por otros elementos y otros sistemas, lo que hace difícil la comprensión de un elemento sin observar los cambios en los demás.
- **Paradoja y tensión:** el comportamiento de un sistema y sus cambios puede reunir principios y fuerzas que parecen contradictorias, pero a menudo se presentan como respuestas naturales, que pueden coexistir y no siempre requieren de una solución.
- **No linealidad e impredecibilidad:** las relaciones entre los elementos de un sistema no son lineales ni jerárquicas, y los efectos en el comportamiento del sistema son distantes de sus causas en el tiempo, creando cambios impredecibles y a menudo contraintuitivos. (41–43)

Tal es el interés y relevancia por comprender la salud, y las instituciones de salud pública, como sistemas complejos, que la OMS diseñó un modelo de “Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud” (8,43). En este modelo se reúnen los aspectos esenciales de la teoría de sistemas adaptativos complejos, los que son aplicados específicamente a los componentes de un sistema de salud. Así, aparecen seis componentes que se influyen mutuamente de forma colectiva y permanente:

- **Prestación de servicios:** intervenciones, personales o no, seguras, eficaces, seguras y de calidad, destinadas a quienes las necesitan, cuando y donde se necesitan (incluida la infraestructura), realizadas con un mínimo desperdicio de recursos.
- **Personal sanitario:** receptivo, equitativo y eficiente en función de las circunstancias y los recursos existentes, y disponible en número suficiente
- **Información de salud:** ha de posibilitar la producción, el análisis, la difusión y el uso de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el desempeño de los sistemas de salud y la situación sanitaria
- **Tecnologías médicas:** comprende productos médicos, vacunas y otras tecnologías de comprobada calidad, seguridad, efectividad y costoeficacia, y su utilización científicamente racional y costoeficaz
- **Financiamiento:** fondos suficientes para la salud, a fin de que las personas puedan utilizar los servicios que necesitan y estén protegidas contra las catástrofes financieras y el empobrecimiento a que podría conducirles la obligación de pagar por estos



servicios

- **Liderazgo y gobernanza:** contar con marcos normativos estratégicos, además de facilitar una supervisión efectiva, establecimiento de alianzas, rendición de cuentas, reglamentaciones e incentivos, así como prestar atención al diseño del sistema. (43)

Todos estos elementos giran en torno al componente central, las **Personas** usuarias del sistema de salud; en este modelo se propone un papel de las personas no sólo como mediadores y beneficiarios, sino también como actores en la conducción del sistema (43).

La propuesta de la OMS está realizada con el objetivo de fortalecer los servicios de salud, tanto a nivel de diseño de programas como de gestión. Incluye un programa de diez pasos hacia el pensamiento sistémico, con el propósito de educar a gestores y equipos de salud, observar el funcionamiento de sus dispositivos y en última instancia optimizarlo de manera adaptativa. Se pretende superar el modelo “entrada – caja negra – salida”, entregando herramientas a los equipos humanos para comprender el funcionamiento del sistema de salud y conectar de forma explícita el diseño, la evaluación y la implementación (8,43).

Al igual que en las ciencias de la implementación, los componentes del sistema de salud y sus interacciones pueden ser observables tanto a nivel de macrogestión como de microgestión. De hecho, se señala que el funcionamiento global del sistema de salud se refleja en las dinámicas locales y viceversa, conservando los mismos elementos en interacción dinámica y adaptativa (43).

A partir de esta afirmación, y utilizando los conceptos del CFIR, es que la presente investigación busca describir el proceso de implementación del modelo de salud mental comunitaria en el nivel local, es decir, cómo las características de la intervención, de los individuos, las circunstancias internas y externas, y el proceso planificado de implementación, se expresan y son percibidos por los actores de un dispositivo – visualizado como un sistema adaptativo complejo – específico de la red de salud mental.

Para ello, se seleccionó como unidad de análisis el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) Leonor Mascayano, dispositivo de la red de salud mental del Servicio de Salud Concepción. La particularidad de este centro es que se encuentra en activo proceso de reconversión a partir de un dispositivo hospitalario y biomédico.

Históricamente el dispositivo operaba como el Policlínico de Psiquiatría del Hospital Regional Dr. Guillermo Grant Benavente. Su reconversión en COSAM, de acuerdo con lo establecido en el Plan Nacional de Salud Mental (1), fue instruida hacia finales del año 2019. Las acciones para dar cumplimiento a esta indicación fueron interrumpidas a causa de la paralización de actividades en el contexto del estallido social chileno de octubre de ese año, y posteriormente por el inicio de la pandemia global por COVID 19 declarada en marzo del 2020, para ser iniciadas recién a comienzos de 2022, con el retorno a las actividades de atención clínica presencial para la población de los dispositivos ambulatorios de la red, y con actores diferentes a quienes inicialmente instruyeron y recibieron la reconversión del Policlínico en un COSAM. Todas estas contingencias dan cuenta de la naturaleza interrumpida del proceso de transformación del dispositivo, con etapas de inicio y desarrollo imprecisas en el tiempo, y con incertidumbres respecto a sus resultados y efectos reales sobre la atención a la población.

El marco teórico presentado en este capítulo, con el modelo CFIR de ciencias de la implementación y la perspectiva de pensamiento sistémico de la OMS como ejes de análisis, puede aportar dando luces para una mayor comprensión de este proceso de transformación, describiendo sus efectos a nivel de actividades y datos cuantificables y recogiendo los significados otorgados por sus actores al modelo de salud mental comunitaria en este contexto. Con esto se espera ayudar a la organización a aclarar incertidumbres, observar los aspectos facilitadores y las barreras para el proceso de implementación del modelo, y así, mejorar las acciones de gestión del centro, entendido como parte de una red más amplia de dispositivos de salud, que también pudiesen beneficiarse de los hallazgos de esta investigación.

### III. Objetivos

#### Objetivo General:

Identificar los factores que influyen en la implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria en la reconversión del Policlínico de Psiquiatría del Hospital Regional Dr. Guillermo Grant Benavente en el Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM) Leonor Mascayano.

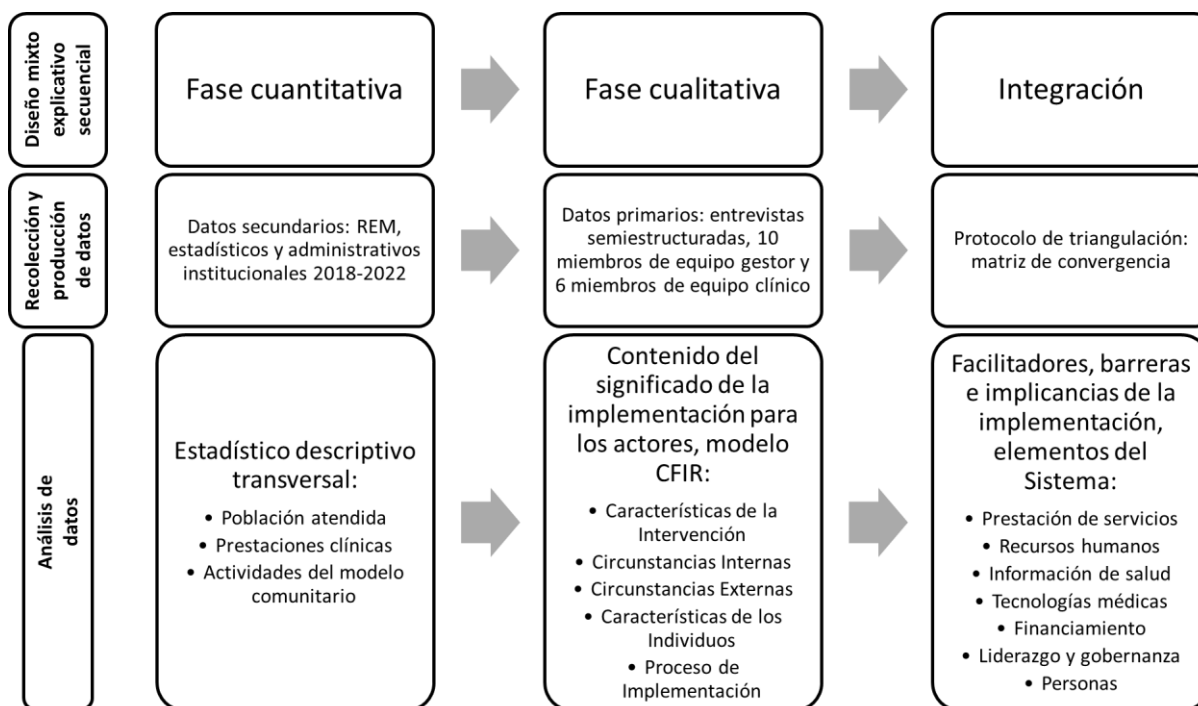
#### Objetivos Específicos:

1. Describir las características de la población atendida, prestaciones clínicas y actividades de producción del dispositivo a lo largo de su reconversión desde el Policlínico de Psiquiatría hospitalario en el COSAM Leonor Mascayano.
2. Describir los significados y percepciones del proceso de implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria desde la perspectiva de los actores involucrados, en base al Marco Unificado de Investigación en Implementación (CFIR).
3. Identificar facilitadores, barreras e implicancias de la implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria en los elementos constitutivos del COSAM Leonor Mascayano.

## IV. Marco metodológico

El presente estudio corresponde a una tesis de investigación con método mixto. Se define el método mixto como “*un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, para responder a un planteamiento del problema*” (44) (p.219). La investigación con métodos mixtos se utiliza especialmente en la evaluación de fases piloto de algún estudio de salud, el análisis en profundidad de ensayos clínicos aleatorizados, y el estudio de las prioridades e impacto de los sistemas de salud; en este último caso, la investigación mixta ayuda a captar la complejidad del sistema sanitario y obtener un enfoque tanto centrado en los procesos de salud como en sus resultados (44). El modelo teórico que sustenta la comprensión del fenómeno de estudio es el Marco Unificado de Investigación en Implementación (CFIR), de las ciencias de la implementación (39). La Figura 1 resume el marco metodológico de esta investigación a nivel de diseño, recolección y producción de datos y estrategias de análisis, apartados que se describen en las secciones a continuación.

**Figura 1.** Esquema de marco metodológico



## Diseño

Dentro de los diseños de métodos mixtos, se describe el **diseño explicativo secuencial** como aquel que utiliza métodos cualitativos para apoyar y comprender el desarrollo de la información resultante desde datos cuantitativos (45,46); de acuerdo con el esquema diseñado por Tariq y Woodman (45) en base al trabajo de Creswell y colaboradores (47), el diseño explicativo recibe su nombre dado el hecho que un método cualitativo viene a responder preguntas sobre el cómo y el porqué de datos recabados cuantitativamente. En el caso de este estudio, es relevante obtener comprensiones cualitativas sobre el proceso de implementación del modelo de salud mental comunitaria, el que fue observado mediante la expresión en datos cuantificables de las actividades de producción y la caracterización de la población atendida durante el proceso de reconversión del COSAM Leonor Mascayano a partir del Policlínico de Psiquiatría del Hospital Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, en la ciudad de Concepción, Chile.

Siguiendo este diseño general, se inició el estudio con aspectos metodológicos cuantitativos mediante un **diseño descriptivo transversal**, con datos secundarios relacionados a las características de la población atendida, actividades de producción y actividades del modelo de salud mental comunitaria, en un periodo de 5 años (2018 a 2022). Posteriormente, la indagación cualitativa se llevó a cabo mediante un **diseño de análisis cualitativo de contenido**, señalado como un tipo de investigación que permite realizar un análisis controlado de los relatos de experiencias siguiendo reglas analíticas de contenido basándose en este caso en la tradición fenomenológica (48). Dicho análisis fue realizado a partir de entrevistas semiestructuradas, con temáticas predefinidas en base a categorías ex ante, a partir de las dimensiones e ítems del CFIR. Se concluyó con la combinación e interpretación de los resultados de ambas fases, siguiendo el mencionado diseño explicativo secuencial, mediante un **protocolo de triangulación** para identificar convergencias y disonancias (49). La unidad de análisis de este estudio, como se explicita en los objetivos, es el COSAM Leonor Mascayano.

## Recolección y producción de datos

### Recolección de datos cuantitativos

Con el propósito de obtener una perspectiva de la progresión en el tiempo del Modelo de Salud Mental Comunitaria a nivel local, los datos cuantitativos se obtuvieron desde las estadísticas anuales de producción del dispositivo entre los años 2018 a 2022, de acuerdo con lo registrado en los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM), en los formatos proporcionados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud.

Previo al año 2022, las actividades del Policlínico de Psiquiatría eran registradas directamente desde la unidad de Archivo y Estadística del HGGB en base al sistema de agenda electrónica de los profesionales. En estos REM se registraban conjuntamente las actividades de todos los dispositivos ambulatorios de especialidad de salud mental bajo la administración del HGGB (Policlínico de Psiquiatría, Unidad Infanto Juvenil y COSAM Concepción). Sólo desde 2022 se instruyó al equipo profesional del ahora COSAM Leonor Mascayano llevar los REM de sus actividades, con excepción de las atenciones de psiquiatra, que continúan siendo registradas en el REM correspondiente desde el HGGB, por indicación del establecimiento.

Dado lo anterior, el investigador obtuvo los REM correspondientes a salud mental de especialidad de los años 2018 a 2021 desde el HGGB, y los REM del año 2022 desde el COSAM Leonor Mascayano. Los REM específicamente obtenidos para esta investigación, listados a continuación, fueron homologados con aquellos completados desde el año 2022 por el equipo del COSAM Leonor Mascayano.

- REM A05: “Ingresos y egresos por condición de salud”, Sección N: “Ingresos al programa de salud mental en APS/especialidad” y Sección O: “Egresos del programa de salud mental por altas clínicas en APS/especialidad” (HGGB 2018 a 2021, COSAM 2022).
- REM A06: “Programa de salud mental atención primaria y especialidades”, Sección A1: “Controles de Atención Primaria/Especialidades”, Sección A3: “Consultorías de salud mental otorgado por el nivel de especialidad” y Sección C1: “Actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria” (HGGB 2018 a 2021, COSAM 2022).
- REM A07: “Atención de especialidades”, Sección A1: “Consultas médicas”, que incorpora las atenciones de psiquiatra infantil y de adultos (HGGB 2018 a 2022).

- REM A26: “Actividades en domicilio y otros espacios”, Sección B: “Otras visitas integrales” (HGGB 2018 A 2021, COSAM 2022).
- REM P6: “Población en control Programa de salud mental en atención primaria y especialidad”, Sección B1: “Población en control en especialidad al corte” (HGGB 2018 a 2021, COSAM 2022). Se obtuvo el corte de diciembre de todos los años.

Los datos REM 2018 a 2020 (HGGB) fueron obtenidos desde la sección “Estadísticas” del sitio web del DEIS. Los datos REM 2021 (HGGB) fueron obtenidos desde la intranet del Servicio de Salud Concepción y entregados al investigador por la jefatura del COSAM Leonor Mascayano. Los datos REM 2022 (COSAM Leonor Mascayano) fueron remitidos al investigador por la jefatura del establecimiento vía correo electrónico. En el primer caso, fueron obtenidos los resúmenes anuales directamente desde el sitio web. En los casos de 2021 y 2022, el investigador compiló y obtuvo los resúmenes anuales mediante suma aritmética de los datos recopilados mensualmente. Esta operación excluyó los REM P6, en cuyo caso se obtuvo un único reporte al corte de diciembre de cada año.

Todos los registros se encuentran en formato Microsoft Excel (archivos .xls). Los resúmenes anuales obtenidos a partir de los REM mensuales de 2021 y 2022 fueron tratados en el mismo formato. Ya que corresponden a resúmenes previamente compilados, todos los datos cuantitativos fueron tratados usando el programa Microsoft Excel, versión Microsoft 365.

#### Producción de datos cualitativos

Los datos cualitativos consistieron en datos narrativos provenientes de entrevistas semiestructuradas, con categorías ex ante elaboradas en base a los ítems del CFIR (ver Anexo 1). La muestra a entrevistar se obtuvo mediante muestreo teórico, ya que los participantes fueron seleccionados en base a criterios previamente descritos en el marco teórico de esta investigación para apoyar la comprensión del fenómeno a estudiar; en este caso, la información se obtuvo de actores que participan en el proceso de implementación del modelo de salud mental comunitaria cumpliendo roles específicos en el dispositivo, y que forman parte del sistema de salud en tanto sistema complejo, desde el punto de vista del modelo de pensamiento sistémico de la OMS.

**Estrategia de muestreo:** Para disminuir potenciales sesgos en la información, y en línea con el modelo de pensamiento sistémico de la OMS que destaca la interrelación entre los diferentes componentes del sistema de salud representados en un dispositivo, se seleccionaron dos grupos de entrevistados.

El **primer grupo** incluyó a 10 actores del dispositivo que desempeñaron roles de jefatura, gestión o coordinación en el organigrama del COSAM Leonor Mascayano, readecuado en base al organigrama tipo de un Centro de Salud Mental Comunitaria (25) (ver Anexo 3), durante los años 2018 a 2022, lo cual permite alinear la comprensión de los datos cualitativos y cuantitativos asegurando su posterior relación. Para esto, se realizaron entrevistas a los siguientes actores:

- Jefatura del COSAM Leonor Mascayano
- Coordinación de gestión comunitaria o de promoción, prevención y detección precoz
- Coordinación de gestión clínica o de procesos clínicos
- Coordinación de gestión de docencia e investigación
- Coordinación de SOME
- Coordinación administrativa
- 3 coordinaciones de equipos profesionales (Enfermería, Trabajo social, Psicología)
- Jefatura de Centro de Responsabilidad (CR) de Psiquiatría, Hospital Guillermo Grant Benavente

El **segundo grupo** de entrevistados consistió en 6 funcionarios y funcionarias del COSAM Leonor Mascayano, seleccionados desde el equipo clínico del dispositivo mediante muestreo teórico intencionado, según criterios de inclusión y exclusión.

Los *criterios de inclusión* fueron: profesionales que se encuentren bajo contrato (a contrata o titular), que hayan iniciado funciones en el COSAM Leonor Mascayano en el año 2018 y se mantengan en ejercicio hasta la fecha actual, que se hayan desempeñado en el dispositivo de forma ininterrumpida o con periodos de interrupción inferiores a 90 días durante el periodo a investigar, y que cuenten con una jornada laboral igual o superior a 22 horas semanales en el dispositivo.

Como *criterios de exclusión* se consideraron: funcionarios y funcionarias reemplazantes, que hayan iniciado sus funciones después del año 2018, que hayan interrumpido sus funciones por un periodo superior a 90 días, que tengan una jornada laboral inferior a 22 horas semanales, y que estén desempeñando alguno de los roles de gestión o coordinación en el COSAM en la actualidad.

Para asegurar la viabilidad de la producción de datos y minimizar sesgos, se seleccionó a 1 funcionario o funcionaria de las siguientes profesiones clínicas:



- Médico/a psiquiatra
- Psicólogo/a
- Trabajador/a social
- Terapeuta ocupacional
- Enfermera
- Técnico en enfermería nivel superior

La única excepción en los criterios de inclusión y exclusión ocurrió en el caso de la funcionaria enfermera, ya que todas las enfermeras en ejercicio en el COSAM Leonor Mascayano al momento de la realización de las entrevistas iniciaron sus funciones recientemente en 2023. Aún con esta limitante, se optó por incorporar una entrevista de este estamento profesional, para evitar excluir una perspectiva disciplinar que existe en el equipo y que puede aportar información valiosa.

Todos los y las participantes del estudio fueron abordados a través de entrevista presencial y autorizaron la grabación de la conversación en audio, previa firma de consentimiento informado. Se inició el proceso de producción de datos con los participantes seleccionados para el primer grupo (actores del organigrama) y continuando con el segundo grupo (funcionarios del equipo clínico).

El proceso de **reclutamiento** para la producción de datos cualitativos contempló el siguiente proceso: el investigador contactó personalmente a cada participante seleccionado según los criterios de inclusión y exclusión, ya sea durante la jornada laboral o posterior a ésta, para acordar la fecha y formato de realización de la entrevista. Previo a la entrevista, se aplicó el proceso de **consentimiento informado**, explicando a cada participante el propósito de la investigación y el contenido del formulario de consentimiento informado (Anexo 4). Se presentó el formulario a cada participante, quien manifestó su acuerdo o rechazo a participar de la investigación. Luego se solicitó firmar donde indicaba el documento, el que posteriormente firmó el investigador. Todos los formularios fueron firmados también por la jefatura del COSAM Leonor Mascayano, en calidad de delegada del HGGB, según lo solicitado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

Todas las entrevistas fueron realizadas de forma presencial, en un espacio físico dentro del COSAM Leonor Mascayano u otro lugar acordado con el entrevistado. Las entrevistas fueron registradas en audio mediante aplicación de grabadora personal. Se inició el proceso de

producción de datos con los participantes seleccionados para el primer grupo (actores del organigrama) y continuando con el segundo grupo (funcionarios del equipo clínico).

El Marco Unificado de Investigación en Implementación (CFIR) proporciona una guía de preguntas para la realización de entrevistas cualitativas (ver Anexo 2). Dada la extensión de dicha guía y en consideración a los tiempos disponibles de los participantes, al igual que su nivel de conocimiento y experiencia sobre los distintos temas, es que las entrevistas fueron reducidas a una guía simplificada, con cada ítem del CFIR reducido a una cantidad limitada de preguntas abiertas sobre el tema; dependiendo de las respuestas de los participantes se llegó a profundizar en aspectos más específicos de cada ítem. El orden temático de las entrevistas, en general, fue el siguiente:

- El investigador presentó brevemente el propósito general del CFIR, para contextualizar al participante sobre el marco teórico de la investigación.
- Se inició con el ítem Características de la Intervención (“¿Qué sabe usted sobre el Modelo Comunitario de Salud Mental? ¿Qué ventajas y desventajas tiene? ¿Cómo llegó a implementarse en este COSAM?”).
- Se continuó con el ítem Circunstancias Internas (“¿Cómo es el clima interno de este centro? ¿Qué elementos del funcionamiento interno pueden favorecer la implementación del Modelo Comunitario? ¿Cuáles lo limitan?”).
- Se continuó con el ítem Circunstancias Externas, que en todos los casos se dividió en dos aspectos: características de la demanda (“¿Cómo ve la población atendida este proceso de cambio?”) y contexto institucional (“¿Cómo se ve este modelo en otros COSAM? ¿Cómo es visto desde la Dirección del Hospital?”).
- Se continuó con el ítem Proceso (“¿Cómo se ha elaborado el proceso de implementación del Modelo Comunitario? ¿Quiénes han ayudado a implementar el Modelo?”).
- Se finalizó con el ítem Características de los Individuos (“¿Cómo se siente usted con este proceso de cambio? ¿Cuáles son los atributos que se necesitan para trabajar en el Modelo Comunitario? ¿Se siente usted parte de un COSAM y por qué?”).

## Análisis de datos

Para el **análisis de datos cuantitativos**, se presentan las siguientes variables según las definiciones incorporadas en los documentos “Manual Series REM 2021-2022” y “Manual Series REM P 2023”, del DEIS (50), y “Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria” (26), del Ministerio de Salud. En la Tabla X se presenta el nombre, definición y tipo de variable, además del documento REM del cual se obtienen los datos de cada una de ellas. Las secciones de la tabla “Población atendida”, “Prestaciones clínicas” y “Actividades del Modelo Comunitario” son las secciones en que se presentarán los resultados del análisis cualitativo.

**Tabla 1.** Descripción de variables y fuente, análisis cuantitativo

Nombre	Definición	Tipo	Fuente
<b>Año</b>	Periodo de tiempo que incorpora todas las actividades registradas durante los 12 meses de un año. Los años 2018 a 2021 corresponden a los REM registrados desde el HGGB; el año 2022 corresponde a los REM registrados desde el COSAM Leonor Mascayano.	Cuantitativa discreta  5 años (2018, 2019, 2020, 2021, 2022)	REM (todos)
<b>1. Población atendida</b>			
<b>Sexo</b>	Sexo asignado al nacer de las personas atendidas	Categoría nominal  2 sexos (Hombre, Mujer)	REM A05 Secciones N y O  REM A06 Sección A1 REM A07 Sección A1 REM P6 Sección B1
<b>Edad</b>	Edad en años de las personas atendidas. Se agrupan en 4 intervalos o grupos de edad.	Categoría nominal  0 a 19 años 20 a 39 años 40 a 59 años 60 y más años	REM A05 Secciones N y O  REM A06 Sección A1 REM A07 Sección A1 REM P6 Sección B1
<b>Ingresos</b>	“Corresponde a las personas que se atienden por primera vez o reingresan a control en el Programa de Salud Mental, con el fin de controlarse” (50)	Cuantitativa discreta  Número de ingresos	REM A05 Sección N
<b>Egresos</b>	“Corresponde a las personas que egresan del programa luego que un profesional responsable del Programa de Salud Mental da término a la modalidad de control de un	Cuantitativa discreta  Número de egresos	REM A05 Sección O

	paciente por cura o mejoría de su estado de salud" (50)		
<b>Población bajo control</b>	"Corresponde a las personas que están en control en el nivel secundario (...) por diagnósticos de trastornos mentales. Se considera como población bajo control a todas las personas que tienen citación para estos profesionales, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 45 días, a la fecha del corte" (50)	Cuantitativa discreta  Número de personas en atenciones bajo control	REM P6 Sección B1
<b>Diagnóstico</b>	Diagnóstico médico realizado a la persona atendida en base a guías clínicas, orientaciones técnicas actuales, o la Clasificación Internacional de Diagnósticos (CIE-10). Se agrupan según categoría en base al tipo de síntomas detectados.	Categoría nominal  Categorías de diagnósticos presentes en REM	REM A05 Secciones N y O REM A07 Sección A1 REM P6 Sección B1
<b>2. Prestaciones clínicas</b>			
<b>Consulta de Salud Mental</b>	"Es la intervención ambulatoria individual realizada por el equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría. Esta intervención es realizada a personas consultantes, a sus familiares y/o cuidadores. Incluye consejería, evaluación diagnóstica psicosocial y clínica, indicación de tratamiento, control, elaboración de plan de cuidados integrales (PCI) y seguimiento para evolución, psicoeducación, entre otras" (50)	Categoría nominal  Psiquiatra adulto Psiquiatra infantil Consulta salud mental Psicología Consulta salud mental enfermería Consulta salud mental trabajo social Consulta salud mental terapia ocupacional Consulta salud mental otros profesionales	REM A06 Sección A1 REM A07 Sección A1
<b>Intervención Psicosocial Grupal</b>	"Acción terapéutica realizada por integrantes del equipo con un grupo de entre dos y doce personas (...) Su objetivo es otorgar apoyo emocional, educación para el autocuidado, desarrollo de habilidades y capacidades, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para cuidar de la	Categoría nominal  Intervención psicosocial grupal	REM A06 Sección A1

	persona, apoyo para la rehabilitación psicosocial e inclusión social” (26)		
<b>Psicodiagnóstico</b>	“Es la evaluación otorgada por psicóloga/o a la persona en atención, para elaborar una hipótesis diagnóstica, para aportar a la confirmación diagnóstica.” (26)	Categoría nominal Psicodiagnóstico	REM A06 Sección A1
<b>Psicoterapia Individual</b>	“Es la intervención terapéutica, otorgada por Médico Psiquiatra o Psicólogo con formación certificada en psicoterapia, en la atención secundaria, a personas en tratamiento por trastornos mentales, según plan de cuidados integrales” (26)	Categoría nominal Psicoterapia individual	REM A06 Sección A1
<b>3. Actividades del Modelo Comunitario</b>			
<b>Consultoría de Salud Mental</b>	“Actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general del nivel primario, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contrarreferencia de personas entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental” (26)	Cuantitativa discreta Número de consultorías realizadas	REM A06 Sección A3
<b>Visita Integral de Salud Mental</b>	“Actividad que se realiza en terreno por integrantes del equipo de especialistas en salud mental y psiquiatría, a personas en las que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar trastorno mental y a personas con diagnóstico de un trastorno mental.” (26)	Cuantitativa discreta Número de visitas realizadas	REM A26 Sección B
<b>Actividad comunitaria</b>	“Actividades realizadas en la comunidad por integrantes del equipo de salud con el propósito de coordinarse con los distintos actores sociales de la comunidad, para identificar y abordar factores de riesgos, participar en actividades de promoción, prevención en salud mental, favorecer la inclusión social y comunitaria de las personas con enfermedad mental” (26)	Cuantitativa discreta Número de actividades comunitarias realizadas	REM A06 Sección C1

Para el **análisis de datos cualitativos**, se realizó un análisis inspirado en la tradición fenomenológica, el que permitió obtener los significados que tienen para los entrevistados las diferentes variables del proceso de implementación del modelo de salud mental comunitaria en el COSAM Leonor Mascayano. Dado que la estructura de la entrevista sigue las categorías ex ante desde el CFIR, el análisis fue agrupado según las cinco dimensiones de este marco: **Características de la intervención, Circunstancias externas, Circunstancias internas, Características de los individuos y Proceso de implementación**. Estas serán las secciones en que se presentarán los resultados del análisis cualitativo en el capítulo siguiente.

La transcripción de las entrevistas se realizó utilizando el software de transcripción Sonix. La unidad de análisis cualitativa es de base gramatical, lo que permitió un análisis de contenido temático, es decir, organizando las unidades en temas o grupos de palabras mediante codificación axial. Así, las unidades fueron organizadas en códigos según los ítems de cada dimensión del CFIR, y posteriormente en subcódigos, que identifican los principales temas señalados por los y las participantes dentro de cada ítem. Los datos fueron procesados mediante el software MAXQDA Plus 2022 (versión 22.3.0).

Para la **integración** de los resultados del análisis cuantitativo y cualitativo, se realizó un análisis de ambas fuentes siguiendo la técnica de protocolo de triangulación utilizada para la investigación en salud (49,51), donde se identifica convergencia, complementariedad y divergencia, de acuerdo con el modelo propuesto por Erzberger y Prein (52), en base a los ejes que propone el CFIR. El paso final del análisis de todos los datos consiste en relacionar, mediante un modelo de matriz, los elementos más relevantes organizados en los ejes del CFIR con los elementos constitutivos del sistema de salud desde la perspectiva sistémica de la OMS, a saber: **Prestación de servicios, Personal sanitario (Recurso humano), Información de salud, Tecnologías médicas, Financiamiento, Liderazgo y gobernanza, y Personas (usuarios)**. Con esto se busca establecer una discusión de los resultados orientada a comprender cómo influyen los roles de cada elemento del sistema de salud y las interacciones entre ellos sobre el proceso de implementación y sus variables.

## Aspectos éticos

La realización de esta investigación requirió la elaboración de consentimiento informado, aplicado a todos los y las participantes, siguiendo los formatos propuestos por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción y la Universidad de Chile (ver Anexo 4).

El estudio no tuvo ningún costo monetario para los participantes. La participación no incluyó beneficios individuales o materiales, sino beneficios sociales, a saber, el hecho de contribuir al conocimiento para el futuro de las políticas de salud mental de nuestro país, y para el mejor funcionamiento del propio COSAM Leonor Mascayano.

Se resguardó el anonimato en la participación protegiendo la identidad personal en el tratamiento y exposición de la información obtenida. El registro audiovisual fue almacenado en dispositivos electrónicos personales del investigador, que permanecen fuera del COSAM Leonor Mascayano o cualquier otro espacio donde las entrevistas fueron realizadas. Sólo el investigador principal tuvo acceso a los registros mediante clave personal de acceso. Los registros no fueron ni serán publicados por ningún medio. El único uso de las grabaciones fue su transcripción y procesamiento en los sistemas de software elegidos para la investigación, utilizados individualmente por el investigador. Las citas textuales fueron incluidas en el presente informe de investigación protegiendo la identidad personal de los y las participantes.

De esta manera, el estudio presenta escaso o ningún riesgo para los y las participantes. El único riesgo potencial, la confidencialidad de la información presentada, fue minimizado resguardando la identidad según se detalla en el párrafo anterior.

La presente investigación contó con el apoyo institucional de Hospital Regional Dr. Guillermo Grant Benavente. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, y posteriormente por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción.

## V. Resultados

### Resultados de análisis cuantitativo

#### 1. Población atendida

Las medidas de frecuencia ajustadas a la población total del territorio abarcado por el HGGB y COSAM Leonor Mascayano fueron obtenidas utilizando los datos de población beneficiaria de Fonasa perteneciente a las comunas asignadas por distribución territorial al COSAM Leonor Mascayano, vale decir, las comunas de Concepción, Chiguayante, Hualqui y Florida, de los años 2018 a 2022. Dicha población es presentada en las Tablas 2 y 3.

**Tabla 2.** Población beneficiaria Fonasa asignada al COSAM Leonor Mascayano, totales y por sexo, años 2018 a 2022.

Año	Total	Hombres	Mujeres
2018	274.173	126.297	147.876
2019	286.064	132.324	153.740
2020	288.987	134.444	154.543
2021	291.169	135.702	155.463
2022	298.547	139.328	159.214

Fuente: informes de beneficiarios Fonasa

**Tabla 3.** Población beneficiaria Fonasa asignada a COSAM Leonor Mascayano por tramos de edad (totales y por sexo), años 2018 a 2022.

Año	0 a 19 Total		20 a 39 Total		40 a 59 Total		60 y más Total	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2018	64.402		80.924		70.994		57.823	
	32.770	31.631	37.580	43.339	32.043	38.951	23.886	33.937
2019	64.858		87.130		73.674		60.367	
	33.041	31.814	40.834	46.292	33.435	40.239	24.994	35.373
2020	63.838		88.433		74.331		62.349	
	32.639	31.397	41.798	46.632	34.029	40.301	25.956	36.393
2021	62.860		89.553		74.410		64.330	
	32.103	30.757	42.646	46.884	34.101	40.308	26.831	37.499
2022	63.759		92.054		75.741		66.953	
	32.606	31.153	43.951	48.099	34.720	41.020	28.029	38.924

Fuente: informes de beneficiarios Fonasa

A continuación, se presentan las variables de Sexo, Edad, Ingresos, Egresos, Población bajo control y Diagnóstico, obtenidas de los REM A05 sección N, REM A05 sección O y REM P6 sección B1 de los años 2018 a 2021 en HGGB y 2022 en COSAM Leonor Mascayano. La Tabla 4 presenta las frecuencias absolutas (número) de ingresos, egresos y población bajo



control, y las razones entre dichas variables, de los años 2018 a 2022.

Se observa un aumento progresivo de los ingresos y egresos desde 2018 hacia 2019, con una disminución abrupta en 2020, retomando su aumento hacia 2021 y 2022. Este curso interrumpido de la progresión de ingresos y egresos puede deberse al efecto provocado por la pandemia de COVID 19 en las atenciones de salud mental a nivel global. Las cifras de ingresos y egresos del 2022, registradas desde el COSAM Leonor Mascayano, se mantienen similares a las del año anterior registradas desde el HGGB. En cuanto a la población bajo control, el HGGB registró su máximo en 2020, con un total de 1654 personas bajo control, cifra que disminuye al año siguiente. Sin embargo, el registro del COSAM Leonor Mascayano asciende notablemente a casi 3 mil personas bajo control en el establecimiento hacia diciembre de 2022.

Se observa una progresiva disminución de la razón de ingresos por egreso a lo largo del tiempo, con las cifras más bajas en 2021 y 2022. Respecto a las razones de población bajo control por ingreso y por egreso, se observa un aumento desde 2019 a 2020, según lo registrado por el HGGB, y luego una notoria alza en 2022, donde ambas cifras llegan a cuadruplicar las del año anterior.

**Tabla 4.** Número de ingresos, egresos y población bajo control y razones entre variables, años 2017 a 2022.

<b>Año</b>	<b>Ingresos</b>	<b>Egresos</b>	<b>Población bajo control</b>	<b>Razón ingresos por egreso</b>	<b>Razón control por ingreso</b>	<b>Razón control por egreso</b>
<b>2018</b>	757	169	1378	4,48	1,82	7,03
<b>2019</b>	1052	252	1534	4,17	1,46	6,09
<b>2020</b>	495	184	1654	2,69	3,34	8,99
<b>2021</b>	672	283	1200	2,37	1,79	4,24
<b>2022</b>	618	240	2993	2,58	4,84	12,47

Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A 05 N, A 05 O y P 6)

La Tabla 5 presenta los porcentajes de hombres y mujeres en ingresos, egresos y población bajo control, respecto de los totales registrados en cada variable, y la razón de sexo (número de hombres por cada mujer), para los años 2018 a 2022.

Se observa un mayor porcentaje de hombres en todas las variables entre los años 2018 a 2021, con cifras cercanas al 60% en el primer año. En 2022 la cantidad de hombres por cada mujer en los ingresos, egresos y población bajo control disminuye abruptamente, revirtiendo la relación, con cifras sobre el 60% de mujeres en todas las variables.

Las razones de sexo demuestran la mayor cantidad de hombres por cada mujer atendida en

los primeros dos años; en 2019 fueron atendidos 3 hombres cada 2 mujeres como ingresos a tratamiento. Las cifras tienden a disminuir de forma progresiva en la población bajo control, y de forma menos regular en los ingresos y egresos, hasta invertirse en el último año. En 2022, se atiende a 0,56 hombres por cada mujer en ingresos y población bajo control y 0,66 hombres cada mujer como egreso, es decir, alrededor de 3 mujeres cada 2 hombres.

**Tabla 5.** Ingresos, egresos y población bajo control por sexo y razón de sexo, años 2018 a 2022.

Año	Ingresos			Egresos			Población bajo control		
	Hombres	Mujeres	Razón	Hombres	Mujeres	Razón	Hombres	Mujeres	Razón
<b>2018</b>	451 59,6%	306 40,4%	1,47	91 53,8%	78 46,2%	1,17	814 59,1%	564 40,9%	1,44
<b>2019</b>	636 60,5%	416 39,5%	1,53	146 57,9%	106 42,1%	1,38	810 52,8%	724 47,1%	1,12
<b>2020</b>	277 55,9%	218 44,1%	1,27	109 59,2%	75 40,8%	1,45	845 51,1%	809 48,9%	1,04
<b>2021</b>	342 50,9%	330 49,1%	1,04	162 57,2%	121 42,8%	1,34	627 52,2%	573 47,8%	1,09
<b>2022</b>	223 36,1%	395 63,9%	0,56	95 39,6%	145 60,4%	0,66	1070 35,8%	1923 64,2%	0,56

Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A 05 N, A 05 O y P 6)

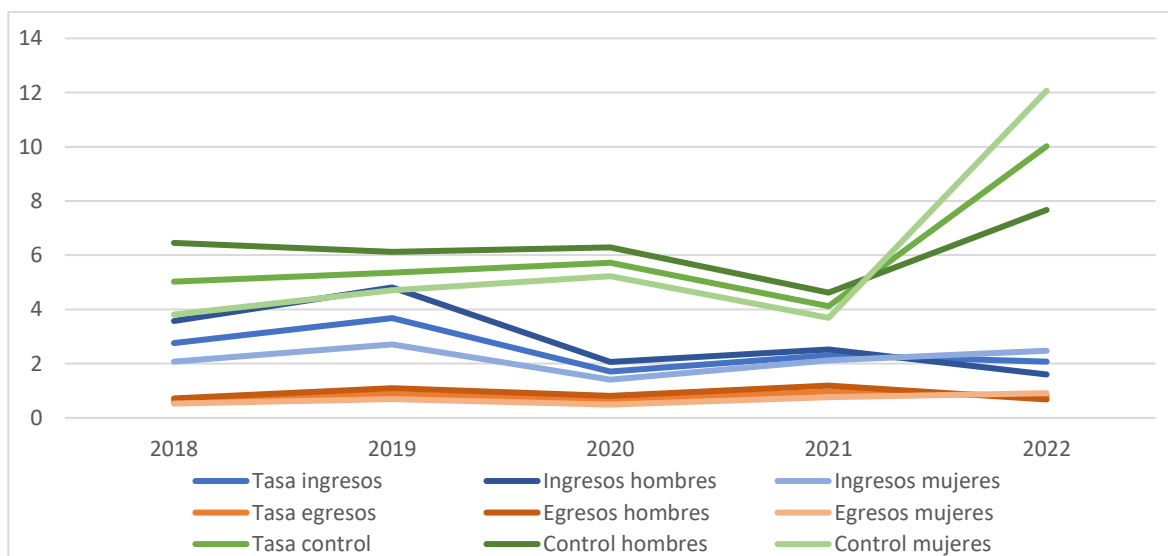
La Tabla 6 presenta tasas de ingresos, egresos y población bajo control por cada 1000 beneficiarios Fonasa del territorio asignado, de 2018 a 2022, totales y por sexo. La Figura 6 representa de forma gráfica las variaciones de dichas cifras en el tiempo. Se observa una disminución de las tasas de ingresos de 2019 a 2020, con una progresión más estable desde 2020 en adelante. Las tasas de egresos se muestran estables durante todo el periodo. En la población bajo control, la tasa de atendidos cada 1000 beneficiarios asciende de forma más notoria recién en 2022. Se puede observar que las tasas de ingresos, egresos y población bajo control de los hombres superan a las tasas de mujeres en todos los años, con la mayor diferencia en los ingresos y egresos en 2019. Esta proporción se revierte en el último año, más notablemente en la población bajo control.

**Tabla 6.** Tasas de ingresos, egresos y población bajo control cada 1000 beneficiarios Fonasa, totales y por sexo, años 2018 a 2022.

Año	Población beneficiaria Fonasa Total		Tasa de ingresos anuales Total		Tasa de egresos anuales Total		Tasa de población bajo control anual Total	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2018	274.173		2,76		0,62		5,02	
	126.297	147.876	3,57	2,07	0,72	0,53	6,45	3,81
2019	286.064		3,68		0,88		5,36	
	132.324	153.740	4,81	2,71	1,10	0,69	6,12	4,71
2020	288.987		1,71		0,64		5,72	
	134.444	154.463	2,06	1,41	0,81	0,49	6,29	5,23
2021	291.169		2,31		0,97		4,12	
	135.702	155.463	2,52	2,12	1,19	0,77	4,62	3,69
2022	298.547		2,07		0,80		10,02	
	139.328	159.214	1,60	2,48	0,68	0,91	7,67	12,07

Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A 05 N, A 05 O y P 6) e informes de beneficiarios Fonasa

**Figura 2.** Tasas de ingresos, egresos y población bajo control cada 1000 beneficiarios Fonasa, totales y por sexo, años 2018 a 2022.



Fuente: elaboración propia (a partir de Tabla 6)

La Tabla 7 presenta la distribución de ingresos, egresos y población bajo control por grupos de edad, de acuerdo con lo indicado en la Tabla 1. Para observar la distribución por sexo y grupos de edad, se presentan las Figuras 3, 4 y 5.

En los primeros dos años se encuentra la mayor cantidad del grupo de niños, niñas y adolescentes a nivel de ingresos, egresos y población bajo control. Como se observa en las Figuras 4 y 5, este grupo constituyó casi el 90% de todos los egresos en 2018 y alrededor del

60% de toda la población bajo control en 2019. Por otro lado, la población de personas mayores de 60 años aumenta sostenidamente a nivel de ingresos y egresos (con excepción del año 2020), como también a nivel de población bajo control (con excepción de 2021), presentando cifras muy superiores en 2022.

A nivel de ingresos, la población entre 20 y 59 años también presenta sus cifras máximas en 2019; el grupo de 40 a 59 años presenta el mínimo histórico de ingresos en el último año, mientras el grupo de 20 a 39 años se mantiene relativamente igual entre 2021 y 2022. A nivel de egresos, se observa un aumento en el grupo de 20 a 39 años hacia 2019 y nuevamente en 2021, disminuyendo en 2022. Las cantidades de egresos entre grupos de edad en el último año tienden a equipararse, ante la disminución del primer grupo y el aumento en los últimos.

En la población bajo control, existe un predominio de población infantil y adolescente en los primeros dos años, disminuyendo desde 2020 en adelante. El resto de la población adulta presenta un aumento abrupto en 2022, sobre todo en la población mayor de 60 años. En el último año, el primer grupo de edad conforma alrededor del 15%, mientras que las personas mayores de 60 años ocupan alrededor del 20% de la población atendida.

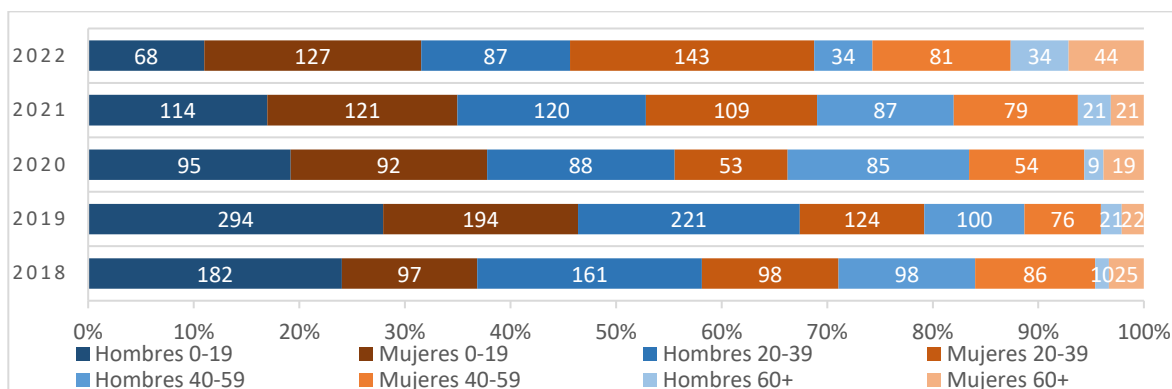
En todos los casos, la proporción de mujeres aumenta en todos los grupos de edad año a año, más notoriamente en las mujeres de 20 a 39 y las mayores de 60 años, mientras que la proporción en los grupos de hombres, específicamente en el grupo más joven, disminuye en el tiempo y especialmente en el año 2022. Se observa además que el grupo de niñas y adolescentes mujeres, al igual que el grupo de hombres de 20 a 39 años, pese a sus variaciones de frecuencia, mantienen relativamente la misma distribución a lo largo de los años en todos los gráficos, a excepción de la población bajo control en 2022. Las distribuciones de grupos de edad y sexo tienden progresivamente hacia la equiparación, hasta observarse la mayor simetría entre todos los grupos en el año 2022, tanto en ingresos y egresos como en la población bajo control.

**Tabla 7.** Ingresos, egresos y población bajo control según grupos de edad, años 2018 a 2022.

Año	Ingresos				Egresos				Población bajo control			
	0-19	20-39	40-59	60+	0-19	20-39	40-59	60+	0-19	20-39	40-59	60+
<b>2018</b>	279	259	184	35	146	14	9	0	701	306	305	66
<b>2019</b>	488	345	176	43	155	49	36	12	924	260	245	105
<b>2020</b>	187	141	139	28	113	36	30	5	754	389	372	139
<b>2021</b>	235	229	166	42	143	83	42	15	614	270	258	58
<b>2022</b>	195	230	115	78	71	75	57	37	435	910	963	685

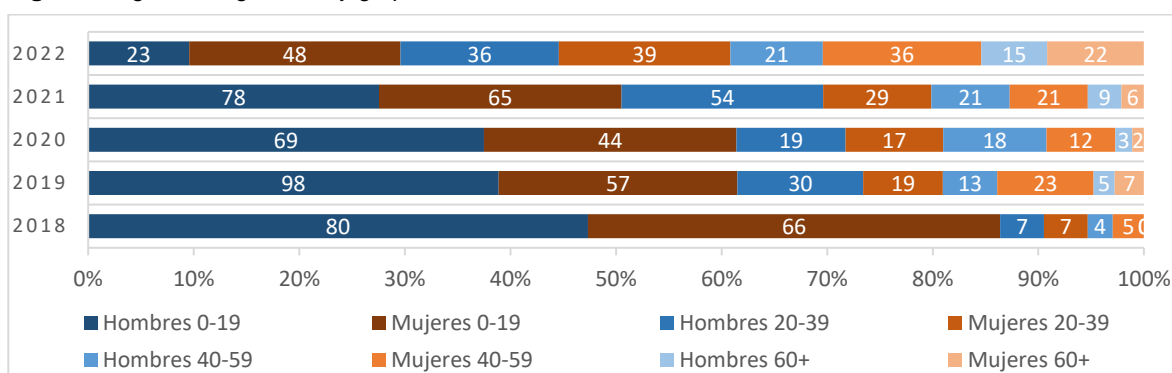
Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A 05 N, A 05 O y P 6)

**Figura 3. Ingresos según sexo y grupo de edad, 2017 a 2022.**



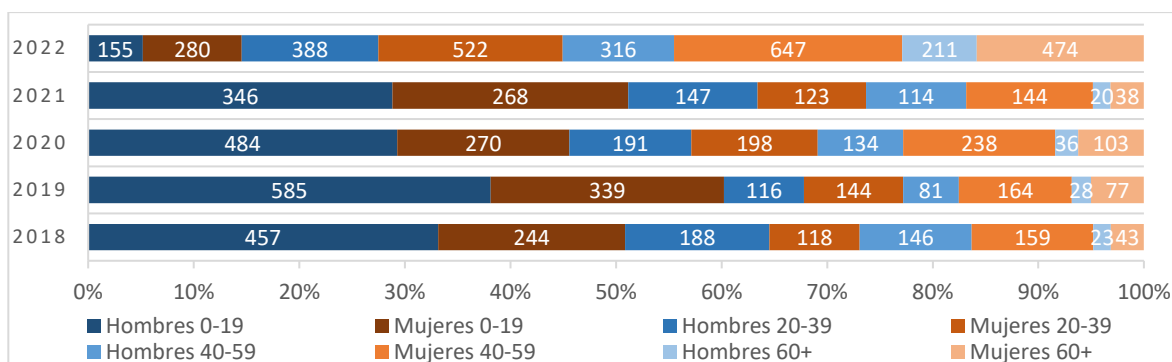
Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A 05 N)

**Figura 4. Egresos según sexo y grupos de edad, 2017 a 2022.**



Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A 05 O)

**Figura 5. Población bajo control según sexo y grupos de edad, 2017 a 2022.**



Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM P 6)

En la Tabla 8 se presenta la población bajo control al mes de diciembre de los años 2018 a 2022 según los grupos diagnósticos establecidos en la planilla REM P6. Se observa una disminución progresiva de la población diagnosticada con trastornos de inicio en la infancia, grupo que incluye el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, entre otros; también disminuye la población bajo control con diagnóstico de discapacidad intelectual desde 2018, aumentando de nuevo en 2022.

La población con trastornos de personalidad aumenta notoriamente en el tiempo, hasta completar el 25% de la población bajo control en 2022. Otros grupos de diagnósticos de altas cantidades el mismo año consisten en los trastornos afectivos, que transitan desde alrededor del 9% en los años anteriores hasta casi el 15% el último año, y la esquizofrenia, que en 2022 triplica su porcentaje respecto al primer año. El grupo de diagnósticos con la mayor cantidad de población bajo control para el año 2022 es el que conforma la categoría “Otros”.

Llama la atención que el grupo con diagnósticos de trastornos del desarrollo aumenta sostenidamente en el tiempo, pero en el año 2022 no se registran casos. Respecto al grupo de diagnósticos de trastornos por consumo de sustancias, se observa una abrupta disminución en 2022, luego de ocupar un gran porcentaje de la población bajo control en los años anteriores.

**Tabla 8.** Población en control (al corte diciembre) según grupos diagnósticos, años 2018 a 2022

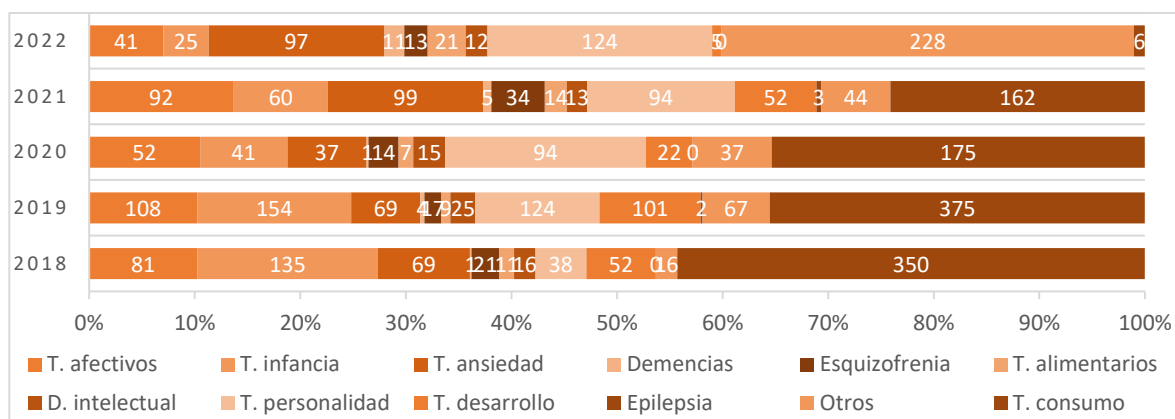
Año	Trastornos afectivos	Trastornos de inicio en infancia	Trastornos de ansiedad	Demencias	Esquizofrenia	Tr. Conducta alimentaria	Discapacidad intelectual	Trastornos de personalidad	Trastornos del desarrollo	Tr. Consumo de sustancias	Otros	Total
<b>2018</b>	121 8,8%	398 28,9%	151 11,0%	14 1,0%	61 4,4%	38 2,8%	145 10,5%	24 1,7%	102 7,4%	315 22,9%	7 0,5%	1378
<b>2019</b>	87 6,1%	345 24,1%	0* 0,0%	13 0,9%	36 2,5%	27 1,9%	71 5,0%	202 14,1%	186 13,0%	192 13,4%	275 19,2%	1534
<b>2020</b>	134 8,1%	289 17,5%	185 11,2%	12 0,7%	65 3,9%	15 0,9%	69 4,2%	232 14,0%	190 11,5%	223 13,5%	238 14,4%	1654
<b>2021</b>	46 3,8%	142 11,8%	104 8,7%	7 0,6%	28 2,3%	20 1,7%	23 1,9%	185 15,4%	173 14,4%	201 16,8%	268 22,3%	1200
<b>2022</b>	430 14,4%	26 0,9%	194 6,5%	61 2,0%	393 13,1%	46 1,5%	217 7,3%	770 25,7%	0* 0,0%	24 0,8%	827 27,6%	2993

Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM P 6)

Las Figuras 6 y 7 muestran la distribución de los grupos diagnósticos en ingresos y egresos, respectivamente. A nivel de ingresos, es notorio el aumento proporcional en los diagnósticos de trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y aquellos en la categoría “Otros”. Se mantienen relativamente constantes los ingresos por trastornos afectivos, con excepción de su mayor cantidad en 2021, al igual que los ingresos por demencias, discapacidad intelectual, trastornos alimentarios y esquizofrenia, cuya distribución se mantiene casi uniforme en el tiempo. Los grupos diagnósticos que disminuyen progresivamente corresponden a los trastornos de inicio en la infancia, trastornos del desarrollo, y muy notoriamente el grupo de trastornos por consumo de sustancias; este último caso puede atribuirse al cambio de origen de la elaboración del REM explicado en el párrafo anterior.

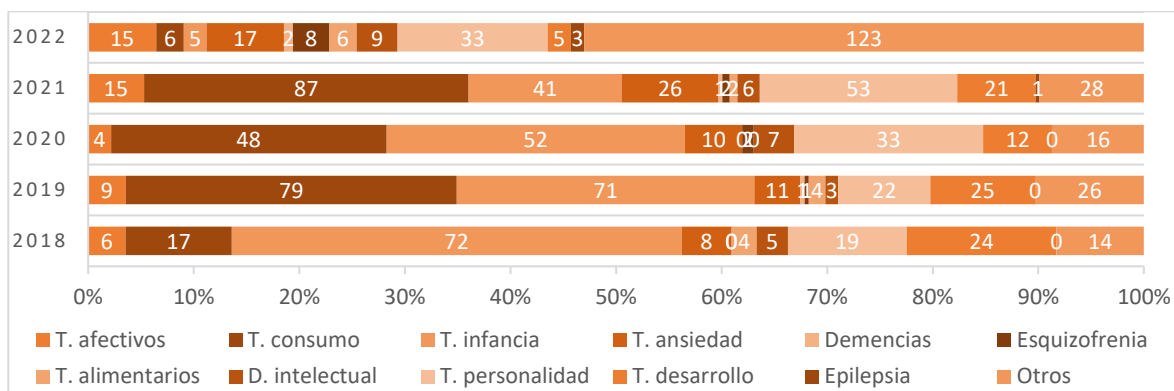
A nivel de egresos, además de replicarse el caso antes mencionado, se observa un aumento progresivo de egresos en la categoría “Otros”, con una gran cantidad de registros en el año 2022. Disminuyen notablemente los egresos por trastornos del desarrollo y trastornos de inicio en la infancia. Por otro lado, la distribución de egresos de trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad se mantienen constantes en el tiempo, al igual que los trastornos afectivos, que disminuyen en 2020 y vuelven a aumentar ligeramente su proporción al año siguiente.

**Figura 6.** Ingresos según grupos diagnósticos, años 2018 a 2022.



Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A 05 N)

**Figura 7.** Egresos según grupos diagnósticos, años 2018 a 2022.



Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A 05 O)

La Tabla 9 muestra los diagnósticos de la población bajo control registrados en el año 2022, directamente en el COSAM Leonor Mascayano, agrupados por sexo y por grupos de edad.

Se constata la predominancia del grupo de diagnósticos “Otros”, en el cual se presenta casi el doble de mujeres diagnosticadas; la diferencia entre hombres y mujeres se acentúa en los grupos mayores de 40 años. Se observa una presencia mayoritaria de mujeres en los grupos de trastornos afectivos, aumentando con la edad de las usuarias; trastornos de ansiedad, con su mayor diferencia en el primer grupo de edad respecto de los hombres; trastornos de conducta alimentaria, con casi todos los casos en los grupos de niñas, adolescentes y mujeres hasta los 39 años; y trastornos de personalidad, donde las mujeres diagnosticadas llegan a cuadruplicar la cantidad de hombres en todos los grupos de edad.

Caso contrario ocurre en la esquizofrenia, con la mayor cantidad de hombres diagnosticados en el grupo de 40 a 59 años; los trastornos de inicio en la infancia, con la mayor parte de los casos siendo hombres hasta los 39 años; y los trastornos por consumo de sustancias, donde los hombres superan a las mujeres en los tres grupos adultos. En los diagnósticos de demencias, los diagnósticos se concentran en el último grupo de edad, lo que se explica de acuerdo con la naturaleza del propio diagnóstico. En el caso de la discapacidad intelectual, los hombres superan a las mujeres en el primer y segundo grupo, hasta los 39 años, y la proporción se revierte a partir de los 40 años, con el doble de mujeres en el último grupo.

El grupo más numeroso en la tabla es el de mujeres de 40 a 59 años con diagnóstico de trastornos de personalidad, registrándose 220 mujeres diagnosticadas bajo control en el año 2022. Destaca el aumento sostenido de mujeres con trastornos afectivos a lo largo de los grupos de edad.



**Tabla 9.** Población bajo control según diagnósticos por sexo y grupos de edad, año 2022 (al corte diciembre).

Diagnóstico	Total		0 a 19		20 a 39		40 a 59		60 y +		Total diagnóstico
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	
<b>Trastornos afectivos</b>	139	291	2	8	57	80	39	99	41	104	430
<b>Trastornos de inicio en la infancia</b>	18	8	10	5	7	2	1	1	0	0	26
<b>Trastornos de ansiedad</b>	50	144	7	45	21	41	12	36	10	22	194
<b>Demencias</b>	28	33	0	0	0	0	0	3	28	30	61
<b>Esquizofrenia</b>	257	136	3	1	76	32	128	60	50	43	393
<b>Trastornos de conducta alimentaria</b>	3	43	0	30	3	12	0	1	0	0	46
<b>Discapacidad intelectual</b>	113	104	34	8	37	22	33	54	9	20	217
<b>Trastornos personalidad</b>	154	616	14	46	68	215	51	220	21	135	770
<b>Epilepsia</b>	3	2	0	0	1	0	1	1	1	1	5
<b>Trastornos por consumo</b>	17	7	2	2	5	1	4	3	6	1	24
<b>Otros</b>	288	539	83	135	113	117	47	169	45	118	827

Fuente: elaboración propia, en base a REM COSAM Leonor Mascayano (REM P 6)

## 2. Atenciones clínicas

A continuación, se presentan las atenciones clínicas realizadas en el Policlínico de Psiquiatría y actual COSAM Leonor Mascayano, de acuerdo con lo registrado en los REM A06 sección A1 y REM A07 sección A1, para los años 2018 a 2022. Estas se encuentran en la Tabla 10.

La mayor parte de las atenciones clínicas realizadas en todos los años corresponden a atenciones de psiquiatra de adultos, seguido de psicoterapia individual. Otras atenciones de gran número son las de psiquiatra infantil y las consultas de salud mental realizadas por trabajo social, las que invierten su orden progresivamente a lo largo del tiempo. Nótese que las atenciones de psiquiatra infantil llegan a duplicar las de psicoterapia individual en 2021 y 2022. Mientras las atenciones médicas tienden al aumento progresivo desde 2020 a 2022, cambios abruptos se presentan desde 2021 a 2022 en atenciones no médicas como trabajo social, enfermería, psicodiagnóstico e intervención psicosocial grupal.

Se registran cero prestaciones de técnico en rehabilitación en 2022, pese a presentar cifras similares a las de terapia ocupacional en los años anteriores. Esto debido a que el COSAM Leonor Mascayano no cuenta con técnicos en rehabilitación en su equipo, a diferencia del

COSAM Concepción y otros dispositivos ambulatorios incorporados en los REM del HGGB en los años anteriores. Al observar las atenciones no médicas, como se presentan en la Figura 8, la mayor cantidad la ocupa la psicoterapia individual, seguida de las consultas de trabajo social en segundo lugar y de terapia ocupacional en tercer lugar.

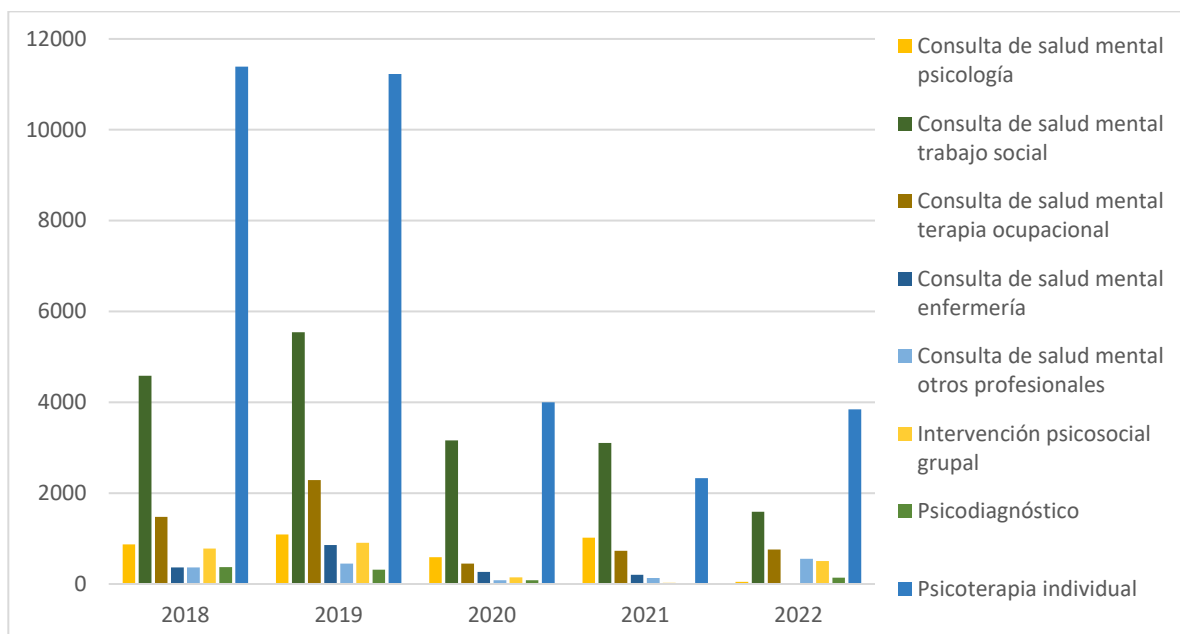
Obsérvese que la consulta de salud mental de psicología disminuye notablemente en el tiempo, al igual que la consulta de salud mental de enfermería, hasta prácticamente desaparecer del gráfico en la Figura 8. En el caso de psicología, se puede explicar la disminución de la consulta de salud mental por la priorización de la psicoterapia individual, la cual es incorporada como la prestación principal para los profesionales psicólogos en su programación de agenda en el COSAM Leonor Mascayano, al punto que en 2022 se registran 1500 prestaciones más que en el 2021.

**Tabla 10.** Atenciones clínicas realizadas, años 2018 a 2022.

<b>Año</b>	<b>Psiquiatra adulto</b>	<b>Psiquiatra infantil y adolescente</b>	<b>Consulta de salud mental psicología</b>	<b>Consulta de salud mental trabajo social</b>	<b>Consulta de salud mental enfermería</b>	<b>Consulta de salud mental terapia ocupacional</b>	<b>Consulta de salud mental técnico en</b>	<b>Consulta de salud mental otros profesionales</b>	<b>Intervención psicosocial grupal</b>	<b>Psicodiagnóstico</b>	<b>Psicoterapia individual</b>	<b>Total atenciones clínicas realizadas en el año</b>
<b>2018</b>	17227	2537	871	4588	365	1476	1754	368	783	370	11390	41724
<b>2019</b>	17409	4343	1092	5540	857	2287	1289	448	906	313	11226	45710
<b>2020</b>	8979	2549	592	3163	265	447	327	84	146	82	3999	20633
<b>2021</b>	13233	4046	1017	3104	200	730	1101	131	27	22	2328	25939
<b>2022</b>	18561	6340	45	1592	18	758	0	558	509	136	3842	32359

Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A06 A1 y A07 A1)

**Figura 8.** Atenciones clínicas no médicas, años 2018 a 2022.



Fuente: elaboración propia (a partir de Tabla 10)

La Tabla 11 presenta la distribución de las atenciones clínicas no médicas del COSAM Leonor Mascayano según sexo y grupos de edad para el año 2022.

Casi todos los tipos de atención clínica ese año son realizadas mayoritariamente a mujeres; es notable la diferencia en las consultas de trabajo social, donde las mujeres duplican a los hombres, y la psicoterapia individual, donde prácticamente los cuadruplican. Sólo existe mayor número de hombres que mujeres en las consultas de terapia ocupacional y las intervenciones psicosociales grupales, con la mayor diferencia en el primer tipo de atención.

El grupo que recibió mayor cantidad de atenciones no médicas corresponde a mujeres de 0 a 19 años, es decir, niñas y adolescentes. La mayor parte corresponde a psicoterapia individual, seguida de consultas de otros profesionales, trabajo social y terapia ocupacional. A este grupo le sigue el de mujeres de 20 a 39 años, quienes reciben la mayor cantidad de atenciones de psicoterapia individual de todos los grupos, seguidas de consultas de trabajo social.

Entre los hombres, el grupo que registra mayor número de atenciones corresponde a los de 20 a 39 años; la mayor parte corresponde a psicoterapia individual, seguida de consultas de trabajo social. Este grupo registra la mayor cantidad de intervenciones psicosociales grupales. El grupo de edad que registra menos atenciones son las personas mayores de 60 años; de ellas, las mujeres cuentan con casi el doble de prestaciones que los hombres.

Finalmente, la suma total de atenciones no médicas (7458) realizadas el año 2022, supera el total de atenciones de psiquiatra infantil en poco más de mil. Éstas, a su vez, suman poco más de un tercio del total de atenciones de psiquiatra de adultos registradas el mismo año.

**Tabla 11.** Número de atenciones clínicas no médicas por sexo y grupo de edad, año 2022.

Atención	Total hombres	Total mujeres	0-19 hombres	0-19 mujeres	20-39 hombres	20-39 mujeres	40-59 hombres	40-59 mujeres	60+ hombres	60+ mujeres	Total atenciones
C. salud mental psicología	3	42	2	41	0	0	0	0	1	1	45
C. salud mental trabajo social	568	1024	155	327	203	275	131	269	79	153	1592
C. salud mental t. ocupacional	425	333	256	275	110	39	18	8	41	11	758
C. salud mental enfermería	6	12	0	3	1	3	2	3	3	3	18
C. salud mental otros profs.	103	455	55	337	41	87	6	20	1	11	558
Intervención psicosocial grupal	272	237	26	38	177	92	66	99	3	8	509
Psicodiagnóstico	57	79	8	12	29	30	18	31	2	6	136
Psicoterapia individual	784	3058	243	981	371	1299	102	601	68	177	3842
<b>Totales por grupos</b>	<b>2218</b>	<b>5240</b>	<b>745</b>	<b>2014</b>	<b>932</b>	<b>1826</b>	<b>343</b>	<b>1031</b>	<b>198</b>	<b>369</b>	<b>7458</b>

Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A06 A1)

La Tabla 12 presenta las atenciones médicas del año 2022 por sexo, razón de sexo y por grupos de edad. A diferencia de las atenciones no médicas, el formato REM A07 que corresponde a atenciones médicas no registra de forma simultánea de las atenciones por sexo y edad, por lo que no es posible agrupar las edades por sexo y viceversa. Para una comparación más evidente, se incluye en esta tabla el total de atenciones clínicas no médicas, las cuales, como se mencionó, apenas superan las atenciones de psiquiatra infantil.

Tanto en las atenciones de psiquiatra infantil como de adultos, alrededor del 60% fueron realizadas a mujeres; la razón de sexo es similar en ambos casos. La mayor cantidad de atenciones de psiquiatra de adultos la tiene el grupo de 20 a 39 años, sumando cerca del 40% de las atenciones del año, equivalentes a casi 7 mil atenciones realizadas. Llama la atención la presencia de 164 atenciones realizadas por psiquiatras infantiles a personas adultas. Este hecho se repite en todos los REM que registran las atenciones de psiquiatra en los años anteriores.

En las atenciones no médicas, se puede observar una diferencia mucho mayor en el total de mujeres que reciben atenciones respecto de los hombres. Destaca también que los dos primeros grupos de edad obtienen más del 70% de todas las atenciones no médicas, mientras que, en las atenciones de psiquiatra adulto, la mayor parte se concentra en los grupos de 20 a 39 y de 40 a 59 años.

**Tabla 12.** Atenciones clínicas (psiquiatra adulto, psiquiatra infantil y atenciones no médicas) por sexo, razón de sexo y grupos de edad, año 2022.

<b>Atención</b>	<b>Total hombres</b>	<b>Total mujeres</b>	<b>Razón</b>	<b>0 a 19</b>	<b>20 a 39</b>	<b>40 a 59</b>	<b>60+</b>	<b>Total atenciones</b>
<b>Psiquiatra adulto</b>	7065 38, 1%	11496 61,9%	0,61	1768 9,5%	6990 37,7%	6450 34,8%	3353 18,0%	<b>18561</b>
<b>Psiquiatra infantil</b>	2512 39,6%	3828 60,4%	0,66	6176 97,4%	69 1,1%	88 1,4%	7 0,1%	<b>6340</b>
<b>Atenciones clínicas no médicas</b>	2218 29,7%	5240 70,3%	0,42	2759 36,9%	2758 36,9%	1374 18,4%	567 7,6%	<b>7458</b>

Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A06 A1 y A07 A1)

La Tabla 13 indica las tasas de atenciones clínicas, tanto médicas como no médicas, para la población beneficiaria de Fonasa asignada al COSAM Leonor Mascayano para el año 2022, presentada en las Tablas 2 y 3. Dichas tasas son calculadas por sexo, grupos de edad y población total, por cada mil habitantes.

Al igual que en la tabla anterior, las mujeres presentan mayores cifras en todos los tipos de atención, con excepción de las consultas de terapia ocupacional e intervención psicosocial grupal; la diferencia más notoria se observa en las atenciones de psiquiatra adulto, seguidas de psicoterapia individual y psiquiatra infantil. En cuanto a grupos de edad, la mayor tasa de atenciones de psiquiatra adulto se encuentra en el grupo de 40 a 59 años. En el total de atenciones no médicas, la mayor tasa se concentra en el primer grupo de edad. Entre ellas, la mayor cifra es la de psicoterapia individual.

**Tabla 13.** Tasas de atenciones clínicas realizadas cada 1000 beneficiarios Fonasa, por sexo, grupos de edad y totales, año 2022.

Atención	Total hombres (139.328)	Total mujeres (159.214)	0 a 19 (63.759)	20 a 39 (92.054)	40 a 59 (75.741)	60 y más (66.953)	Población total (298.547)
<b>Psiquiatra adulto</b>	50,71	72,20	27,73	75,93	85,16	50,08	62,17
<b>Psiquiatra infantil</b>	18,02	24,04	96,86	-	-	-	21,24
<b>Atenciones no médicas</b>	15,91	32,91	43,27	29,96	18,14	8,47	24,98
Psicoterapia individual	5,63	19,21	19,20	18,14	9,28	3,66	12,87
C. salud mental trabajo social	4,08	6,43	7,56	5,19	5,28	3,47	5,33
C. salud mental terapia ocupacional	3,05	2,09	8,33	1,62	0,34	0,78	2,54
C. salud mental psicología	0,02	0,26	0,67	-	-	0,03	0,15
C. salud mental enfermería	0,04	0,08	0,05	0,04	0,07	0,09	0,06
C. salud mental otros profesionales	0,74	2,86	6,15	1,39	0,34	0,18	1,87
Psicodiagnóstico	0,41	0,49	0,31	0,64	0,65	0,12	0,46
Intervención psicosocial grupal	1,95	1,48	1,00	2,92	2,18	0,16	1,70

Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A06 A1 y A07 A1) e informes de beneficiarios Fonasa

Finalmente, la Tabla 14 presenta los totales y tasas de atenciones clínicas comparando lo realizado por el COSAM Leonor Mascayano en 2022 con las cantidades exigidas en el documento “Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria” del MINSAL (2018).

Para calcular estas cifras, se divide el número de horas anuales destinadas a cada atención por el rendimiento de dichas atenciones por hora, lo que entrega el total de atenciones a realizar en el año. Con este total se calcula la tasa en base a 50.000 beneficiarios, población establecida en el documento oficial para el cálculo de recursos humanos necesarios para un COSAM en general.

Se observa que el total de atenciones de psiquiatra de adultos e infantil en el COSAM Leonor Mascayano superan por mucho el número de atenciones pretendidas en el documento de MINSAL, al igual que las atenciones de psicoterapia individual. Sin embargo, las tasas de atenciones de psiquiatra, en ambos casos, se encuentran apenas por debajo de las tasas calculadas de acuerdo con el documento, con una diferencia de alrededor de 3 puntos en casa caso.

En todos los demás tipos de atención, el número y tasa de atenciones por cada mil

beneficiarios en el COSAM Leonor Mascayano es notablemente inferior a lo propuesto por el Modelo de Gestión. Por ejemplo, en el documento se propone la misma cantidad de horas anuales de consulta de salud mental para trabajo social, terapia ocupacional y enfermería, a saber, 2448 horas anuales con un rendimiento de 0,5 horas por atención, lo que arroja 4488 atenciones totales al año; en el caso del COSAM Leonor Mascayano en 2022, las atenciones de trabajo social no alcanzan las 1600, pese a representar la segunda mayor cantidad de atenciones no médicas realizadas ese año. Mucho más notoria es la diferencia en el caso de terapia ocupacional y enfermería.

Esto puede explicarse por la cantidad de horas profesionales contratadas para la realización de dichas atenciones, considerando la cantidad de dispositivos de la red y la población beneficiaria total, que en el año 2022 bordea las 300 mil personas. Al respecto, el COSAM Leonor Mascayano se encuentra realizando catastros para levantar un análisis de brechas de su recurso profesional.

**Tabla 14.** Tasas de atenciones clínicas realizadas por cada 1000 beneficiarios Fonasa, COSAM Leonor Mascayano 2022 y Modelo de Gestión MINSAL 2018.

<b>Atención</b>	<b>Total 2022 (población COSAM)</b>	<b>Tasa 2022 (población COSAM)</b>	<b>Total según MINSAL (50.000 beneficiarios) Horas / rendimiento</b>	<b>Tasa según MINSAL (50.000 beneficiarios)</b>
<b>Psiquiatra adulto</b>	18561	62,17	1626,9 / 0,5 3253,8	65,08
<b>Psiquiatra infantil</b>	6340	21,24	617,1 / 0,5 1234,2	24,68
<b>Psicoterapia individual</b>	3842	12,87	1346,4 / 0,75 1795,2	35,90
<b>C. salud mental psicología</b>	45	0,15	1496 / 0,5 2992	59,84
<b>Psicodiagnóstico</b>	136	0,46	2692,8 / 3 897,6	17,95
<b>C. salud mental trabajo social</b>	1592	5,33	2244 / 0,5 4488	89,76
<b>C. salud mental t. ocupacional</b>	758	2,54	2244 / 0,5 4488	89,76
<b>C. salud mental enfermería</b>	18	0,06	2244 / 0,5 4488	89,76
<b>C. salud mental otros profs.</b>	558	1,87	205,7 / 0,5 411,4	8,23
<b>Intervención psicosocial grupal</b>	509	1,70	2393,6 / 2 1196,8	23,94

Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A06 A1 y A07 A1), informes de beneficiarios Fonasa y Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria (MINSAL, 2018).

### 3. Actividades del Modelo Comunitario

A continuación, se presenta el registro de actividades correspondientes a consultorías de salud mental, visitas domiciliarias integrales e intervenciones comunitarias, según lo registrado en los REM A06 sección A3, REM A26 sección B y REM A06 sección C1 respectivamente, descritas en la Tabla 1.

La Tabla 15 presenta las consultorías de salud mental realizadas entre los años 2020 a 2022 por el Policlínico de Psiquiatría y actual COSAM Leonor Mascayano. Previo a este periodo, los REM registraban “Consultoría de atención primaria en salud”, es decir, las consultorías recibidas en los establecimientos de APS, en el REM A06 sección A2. Desde 2020 se crea la sección A3, “Consultoría de salud mental otorgada por el nivel de especialidad”. A este formato se ajustan los registros del COSAM Leonor Mascayano en el año 2022.

Se observa un aumento progresivo del número de consultorías en el tiempo. En cuanto al formato de las reuniones, mientras en 2021 existe una clara preferencia por la virtualidad, con 79 sesiones virtuales en total, en 2022 se realizan 78 sesiones en formato presencial y 47 virtuales. El registro REM de 2020 no diferencia reuniones presenciales o virtuales.

A pesar de realizarse el mayor número de reuniones en 2022, el total de casos tratados es inferior al del año anterior. En 2021 se aborda la mayor cantidad aproximada de casos por reunión. En todos los años, la mayor parte de los casos totales se tratan de mujeres; la mayor diferencia entre hombres y mujeres ocurre en el último año

**Tabla 15.** Consultorías de salud mental otorgadas por el nivel de especialidad, años 2020 a 2022.

Año	Total de reuniones	Presencial	Virtual	Total de casos	Hombres	Mujeres	Casos por reunión
2020	77	-	-	515	239	276	6,7
2021	90	11	79	685	305	380	7,6
2022	125	78	47	635	254	381	5,1

Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A06 A3)

La Tabla 16 presenta el número de visitas integrales de salud mental realizadas en el periodo 2018 a 2022, prestación registrada en el REM A26 sección B, con el título “Otras Visitas Integrales”, donde cuenta con un apartado específico para “Visita Integral de Salud Mental”.

Se presenta una notoria disminución de visitas desde el año 2018 en adelante, volviendo a aumentar en 2022 con un total inferior al año 2020. Casi todas las visitas realizadas año a año son efectuadas en domicilio. El primer año es el único donde se registran visitas integrales al lugar de trabajo. Las visitas a establecimientos educacionales se suspenden en 2020 y



2021, lo que se explica por la inasistencia presencial de las personas a raíz de la pandemia.

La mayor parte de las visitas integrales en 2018 y 2019 son realizadas por un solo profesional. En 2020 y 2021, pese a la notoria disminución de visitas realizadas, existe una participación más equitativa de dos o más profesionales y de TENS. En 2022 casi todas las visitas integrales registradas por el COSAM Leonor Mascayano son realizadas por dos o más profesionales.

**Tabla 16.** Visitas integrales de salud mental, años 2018 a 2022.

<b>Año</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Lugar de trabajo</b>	<b>Establecimiento educacional</b>	<b>Un profesional</b>	<b>Dos o más profesionales</b>	<b>Profesional y TENS</b>	<b>Total</b>
<b>2018</b>	1390	3	192	1074	511	0	<b>1585</b>
<b>2019</b>	1047	0	102	677	431	0	<b>1149</b>
<b>2020</b>	299	0	0	162	110	27	<b>299</b>
<b>2021</b>	27	0	0	19	5	3	<b>27</b>
<b>2022</b>	265	0	17	13	268	1	<b>282</b>

Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A26 B)

La Tabla 17 presenta la cantidad de actividades comunitarias de salud mental realizadas en el periodo 2018 a 2022, registradas bajo el título “Actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria” en el REM A 06 sección C1.

La actividad más realizada en todos los años corresponde al trabajo intersectorial. Los dispositivos intersectoriales incluyen las Oficinas de Protección de Derechos (OPD) vinculadas al actual Programa Mejor Niñez, los dispositivos del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, los programas de JUNAEB y JUNJI, el Servicio Nacional de la Discapacidad y el programa SENDA-Previene, entre otros (26). Pese a observarse el efecto de la pandemia en la disminución paulatina de actividades en el periodo 2019-2021, este trabajo se mantiene sobre las 100 actividades anuales todos los años, desde 125 en el año 2018 a más de 300 el año siguiente, con un total de 241 actividades de este tipo registradas por el COSAM en 2022.

El aumento notorio de 2018 a 2019 podría explicarse por la entrada en vigor del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red de Salud General, donde se asegura la existencia de instancias de coordinación con horarios protegidos para los profesionales que las realizan, además de la creación de una figura de gestión comunitaria en el Modelo de Gestión del Centro de Salud Mental Comunitaria en el mismo año.

Las cifras de trabajo intersectorial contrastan dramáticamente con las cifras de todas las demás actividades en todos los años. La cantidad de actividades de trabajo con organizaciones comunitarias de base, usuarios y familiares, grupos de autoayuda y Programa de Acompañamiento Psicosocial, disminuyen progresivamente desde 2018 en adelante, hasta su reaparición en 2022. Mientras el año 2021 es donde se realiza la menor cantidad de actividades en total, el 2022 es el único año donde el COSAM registra todos los tipos de actividades de coordinación, con una suma total de actividades cercana a lo registrado por el HGGB el año 2019.

**Tabla 17.** Actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria, años 2018 a 2022.

<b>Año</b>	<b>Trabajo intersectorial</b>	<b>Trabajo con organizaciones comunitarias de base</b>	<b>Trabajo con organizaciones de usuarios y familiares</b>	<b>Colaboración con grupo de autoayuda</b>	<b>Reuniones con instituciones del sector salud, Programa de Acompañamiento Psicosocial</b>	<b>Reuniones con instituciones del intersector, Programa de Acompañamiento Psicosocial</b>	<b>Reuniones con organizaciones comunitarias, Programa de Acompañamiento Psicosocial</b>	<b>Total</b>
<b>2018</b>	125	19	9	16	0	0	1	<b>170</b>
<b>2019</b>	315	1	2	8	2	0	0	<b>328</b>
<b>2020</b>	283	0	4	0	0	1	0	<b>288</b>
<b>2021</b>	177	0	2	0	6	0	0	<b>185</b>
<b>2022</b>	241	20	9	12	24	7	3	<b>316</b>

Fuente: elaboración propia, en base a REM HGGB y COSAM Leonor Mascayano (REM A06 C1)

## Resultados de análisis cualitativo

De las 16 entrevistas realizadas, se obtuvo un total de 1542 segmentos codificados. Los segmentos fueron organizados en torno a las categorías ex ante proporcionadas por CFIR, es decir, las cinco dimensiones del modelo. Luego de agrupar los segmentos en los ítems de cada dimensión, se obtuvieron subcódigos que dan cuenta de los significados atribuidos por los y las participantes al proceso de implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria.

Los resultados del análisis cualitativo se presentan en cinco secciones. En cada sección se presenta una tabla que incluye el nombre de la dimensión analizada, a modo de categoría principal, los ítems a modo de código con su correspondiente definición, y los subcódigos obtenidos de los segmentos incorporados en cada ítem. En las Tablas 18 a 22 se presenta el número de segmentos codificados entre paréntesis.

### 1. Características de la Intervención

La primera dimensión, **Características de la Intervención**, cuenta con 109 segmentos codificados. Del total de ítems incluidos en esta dimensión originalmente en el CFIR, solamente 4 fueron abordados en las entrevistas: *Fuente de la implementación*, *Fortaleza y calidad de la evidencia*, *Adaptabilidad* y *Ventaja relativa*. El resto de los ítems originales del CFIR fueron descartados previamente de las entrevistas, debido a que no eran pertinentes para este estudio, y no fueron incorporados posteriormente.

**Tabla 18.** Codificación de la dimensión Características de la intervención

Dimensión (categoría) Características de la intervención (109)		
Ítems (códigos)	Definición	Subcódigos obtenidos
Fuente de implementación (43)	Percepción de los actores clave respecto al desarrollo interno o externo de intervención	Origen del Modelo (19) Orden de implementación (24)
Fortaleza y calidad de la evidencia (13)	Percepción de los actores sobre la calidad y validez de la evidencia que apoya la creencia en que la intervención tendrá el resultado deseado	Fortaleza y calidad de la evidencia (13)
Adaptabilidad (16)	El grado en que una intervención puede ser adaptada, refinada o reinventada para satisfacer las necesidades locales	Adaptabilidad (16)
Ventaja relativa (37)	Percepción de los actores de la ventaja de implementar la intervención frente a una solución alternativa	Mayor integralidad de la atención (13) Mayor participación social (8) Mayor pertinencia clínica (10) Mejor organización de atenciones (3) Menos subespecialidad (3)

**Fuente de implementación:** al menos 10 de los participantes afirman conocer el *Origen del Modelo*, refiriéndose tanto a sus fundamentos clínicos y sociales, como a las formas de organización de prestaciones que el Modelo Comunitario ofrece. Sobre sus fundamentos, los entrevistados señalan que el Modelo Comunitario de Salud Mental, representado por el Modelo de Gestión actual, responde a una mayor necesidad de cobertura, a la necesidad de dar abasto para atender los problemas de salud mental de la población, y a una actualización del enfoque que traen los modelos previos de atención en salud mental, considerando determinantes sociales de salud, calidad de vida y una perspectiva más ecológica, centrada en las comunidades y sus territorios. Este último aspecto es señalado como el más distintivo del Modelo Comunitario en la mayoría de las respuestas.

Otra perspectiva sobre los fundamentos de origen del Modelo Comunitario tiene relación con la organización de las prestaciones del sistema de salud y del propio equipo clínico de un COSAM. Se valora la perspectiva interdisciplinaria de las atenciones, la organización en equipos para el manejo de los usuarios, y el tránsito a recorrer dentro del sistema de salud, incluyendo planes de egreso.

Estas interpretaciones de los fundamentos del Modelo Comunitario de Salud Mental son valoradas positivamente por todos los entrevistados. La cita refleja el valor asignado:

“sí veo que el modelo en términos de, de estructura digamos, está bien pensado, en relación a esta especie de pirámide invertida, que pasa por la APS, que después se dispone a saltar a la atención secundaria. Que en casos de tener algún requerimiento mayor, digamos una hospitalización para un proceso de, digamos, de estabilización, pero con el sentido de que vuelva o retome, digamos, su proceso más bien ambulatorio, eh, maravilloso” (Gestión comunitaria, Organigrama)

Respecto a la *Orden de implementación* del Modelo Comunitario, algunos de los y las participantes reconocen la indicación desde el nivel superior del sistema de salud de transitar hacia un nuevo modelo, indicación que se encuentra en el Plan Nacional de Salud Mental actual y que implica y da formalidad al proceso de reconversión del dispositivo.

Sin embargo, los y las participantes, en especial dentro del equipo clínico, señalan incertidumbre sobre el momento de inicio de dicha indicación a nivel local. Esto por dos motivos diferentes: por la aparente postergación de la indicación desde la Dirección del Hospital y las jefaturas del propio COSAM, como por el contexto de pandemia en el que dicha indicación debía ser implementada.

La poca claridad del momento de inicio, el contexto de pandemia y la aparente falta de una indicación formal, dejan una sensación de sorpresa en la mayor parte de los entrevistados, como lo muestra la siguiente cita:

“cuando yo tomo conocimiento de esto, y veo el organigrama, eh, me... Veo un documento. Un ordinario que había llegado. No me acuerdo si era octubre de, o septiembre de 2019 un día, y donde se decía que se, que era un COSAM. Y como funcionario, yo nunca tuve idea de eso. Y yo creo que nadie.” (Jefatura de CR Psiquiatría, Organigrama)

**Fortaleza y calidad de la evidencia:** 4 participantes del organigrama y sólo 2 del equipo clínico hacen alguna referencia a la evidencia del Modelo Comunitario de Salud Mental, ya sea por experiencia propia o por estudiar la experiencia de otras localidades. En todos los casos, se refleja que el Modelo Comunitario cuenta con buena evidencia en el exterior, pero baja evidencia de funcionamiento a nivel nacional y menos a nivel local.

Uno de los entrevistados señala como evidencia más representativa de los fundamentos del Modelo Comunitario el trabajo de las patrullas de salud mental de Río Negro, Argentina, agregando que a nivel local dicha experiencia parece ser desconocida.

“Por ejemplo, es incomparable con lo que hacían las patrullas de salud mental en Río Negro, por ejemplo en Argentina. Que son históricas, en donde se trasladaban, hacían intervención en la comunidad y ese era el trabajo. Había, había asistencialidad, pero el trabajo enfocado hacia, hacia la, al recoger la cultura, la visión de como, social, actividades de promoción de salud el, el cómo ir motivando a la gente a tener una conciencia en el autocuidado, en, en respetar lo todas las tradiciones, pero a la par de también de los, de los cuidados que había tener con respecto al cuerpo y a la mente. Y que eso fuese una institución y que llegó a todo el mundo. Eso yo creo que nadie lo conoce acá” (Jefatura de CR Psiquiatría, Organigrama)

Otro entrevistado señala que el funcionamiento de la mayor parte de los COSAM en nuestro país conserva elementos tanto comunitarios como propios del modelo biomédico y de la gestión asistencialista hospitalaria.

“Es más completo porque el COSAM, un COSAM tiene policlinico más otras cosas, pero nunca deja de tener policlinico. O sea desde el modelo COSAM pensado como COSAM y, lo que uno, me ha tocado ver de distintos COSAM en distintos lugares, en distintos momentos. Santiago, el proceso de "cosamización" de Osorno y, en Valdivia también he trabajado en COSAM, en Lebu, en Cañete, nunca dejan de ser policlínico... No conozco en realidad ningún COSAM que funcione así, como COSAM, en Chile.” (Médico psiquiatra, Equipo profesional)

La evidencia del funcionamiento del Modelo Comunitario de Salud Mental a nivel nacional

tiende a ser percibida como negativa por los entrevistados, lo que se encuentra asociado a cuestiones culturales del sistema de salud y la institucionalidad nacional con respecto al área de salud mental, ítem explorado en la dimensión Circunstancias Externas.

“Entonces yo no sé si esto pasará a nivel de otras ciudades. Yo creo que sí, lamentablemente, yo creo que el tema de salud mental es un tema como que se ve muy en menos. Y en el hospital de acá pasa lo que pasa en todos lados nomás, como que hay que hacer mucho escándalo para que te tomen en cuenta.”  
(Gestión clínica, Organigrama)

**Adaptabilidad:** 7 de los entrevistados hicieron referencia al hecho de adaptar algunos elementos del Modelo Comunitario en su implementación local. Mientras este ítem se refiere al grado de ajuste de la intervención según necesidades locales, en el caso de este proceso los ajustes se hacen en función de cuestiones estructurales del equipo clínico, su formación y dinámicas internas, y la disponibilidad de recursos humanos y materiales, todo lo cual es expuesto en detalle en la dimensión Circunstancias Internas.

Un elemento que destaca es la coexistencia de dinámicas de trabajo multidisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario en el mismo equipo clínico.

“Yo creo que en, en este lugar en particular, hay visos de los tres niveles ya. O sea, hay momentos y haceres de algunos profesionales más biomédicos, que se quedan completamente en lo multi. Entonces dicen "Ya, la psicoeducación que la haga el psicólogo" o "La psicoeducación que la haga el terapeuta ocupacional, o que la haga eh, servicio social". Hay otros que se dan mucho más el espacio de conversar y de tener así como acciones coordinadas: "Tú te encargas de esto, yo me encargo de esto", y entonces es más complementario. Y ha habido momentos, yo creo, más transdisciplinarios, en donde algunos profesionales, eh psicólogos, se encargan de algunas cosas que son más sociales, y al revés, y médicos que se encargan más de cosas ocupacionales también, y otros que son más que, que delegan más y se quedan solo en... Entonces ha habido momentos así, ya.” (Psicólogo, Equipo clínico)

Otro elemento que destaca en este COSAM es la existencia previa, heredada del Policlínico de Psiquiatría, de coordinadores de equipos profesionales internos, llamados “estamentos”. La organización del equipo profesional por estamentos fue conservada en el proceso de reconversión en COSAM, en función de su utilidad como canal de comunicación y toma de decisiones. Es por esto que se determinó reclutar a los coordinadores de algunos de los estamentos profesionales (Trabajo Social, Enfermería y Psicología) para el presente estudio.

**Ventaja relativa:** 13 participantes destacan una serie de ventajas en el modelo de salud mental comunitaria por sobre el modelo de predominancia biomédica del anterior Policlínico de Psiquiatría. Las más mencionadas tienen relación con una **mayor integralidad de la atención**, donde el análisis clínico y las acciones de los profesionales tienden a la integración de múltiples variables clínicas, económicas, culturales y políticas, además de considerar los entornos familiares, comunitarios y sociales de las personas atendidas, e incorporar las acciones de otros dispositivos de salud y otros sectores de la sociedad.

“Y ahí es donde, claro, tiene muchas ventajas, porque resulta que despatologizamos a las personas, eh, de alguna manera, eh, nos centramos también en los componentes más de funcionalidad, eh, harto ¿no?, profundizamos en las redes de apoyo, las posibilidades de intervención, no solamente de parte de nosotros, sino que desde otros dispositivos, que no necesariamente son dispositivos de salud, sino que de otros elementos” (Psicólogo, Equipo clínico)

Otra ventaja relativa, señalada por los profesionales del equipo clínico, es la posibilidad de **mayor participación social** que ofrece el modelo comunitario, tanto para las personas atendidas, como también para los propios profesionales y para la comunidad. Esto tiene relación con una perspectiva de compromiso político en el área de la salud mental.

“El modelo comunitario apuesta a crear tejido social. Sabemos que hay una herida abierta a nivel social y yo creo que crear tejido social abre, abre de cierta manera esa herida o la cura en cierta manera. Como que es importante hablar de nuestra herida como sociedad. Si estamos hablando de salud mental, tenemos que hablar de eso.” (Terapeuta ocupacional, Equipo clínico)

Las ventajas apuntan también hacia una **mayor pertinencia clínica** en la discusión de los casos y en las acciones de los profesionales. La integralidad de la atención permite tomar decisiones que son pertinentes para las necesidades de las personas atendidas.

“Entonces te permite, por ejemplo, analizar una primera intervención o una primera, control, más o menos un panorama del contexto sociofamiliar en el que está inserto este paciente. Y también ahí tú puedes entender y, y ver, y tomar las directrices de la intervención.” (Trabajadora social, Equipo clínico)

Participantes más cercanos a la gestión destacan una **mejor organización de las atenciones**, apuntando a elaboración de planes de tratamiento y acciones de seguimiento más claras de las que existían previamente en el dispositivo.

“Antes acá era como, no sé, llegaban los pacientes, se atendían en el Poli. Eternamente en el Poli, tampoco había como un plan de "No, el paciente va a hacer esto, esto, esto otro y la idea es que se vaya de alta en algún momento". Pacientes eternamente dando vueltas después.” (Coordinación de SOME, Organigrama)

Finalmente, una desventaja del modelo comunitario, señalada por una participante, es su percepción de **menos subespecialidad** en los servicios ofrecidos por el dispositivo. Las acciones en busca de la integralidad del modelo comunitario apuntarían en un sentido contrario a la subespecialización clínica, lo que podría poner en peligro las posibilidades de innovación.

“acá no se incentiva mucho eso también en el COSAM, a que tú te subespecialices, a que tengas alguna área como expertise, porque finalmente todos tenemos que ver de todo... Es que en este modelo no hay posibilidades de, creo yo, muchas posibilidades de innovación, porque como todos vemos lo mismo y no nos podemos sub, eh, dividir” (Gestión de docencia, Organigrama)

## 2. Circunstancias externas

En la dimensión Circunstancias externas, los y las participantes se pronunciaron sobre la población atendida, sobre la participación del COSAM Leonor Mascayano en la red local de salud mental, y sobre la relación con la dirección del Hospital Guillermo Grant Benavente, su nivel jerárquico superior. Los segmentos fueron codificados en Recursos y necesidades de los pacientes, Presión de grupo, Cosmopolitismo y Políticas e incentivos externos, respectivamente. Esta dimensión se presenta en la Tabla 19.

**Tabla 19.** Codificación de la dimensión Circunstancias externas

<b>Dimensión (categoría) Circunstancias externas (285)</b>		
<b>Ítem (código)</b>	<b>Definición</b>	<b>Subcódigos obtenidos</b>
Políticas e incentivos externos (102)	Un constructo amplio que incluye estrategias externas para difundir la intervención, incluyendo políticas y regulaciones (del gobierno u otra entidad central), mandatos externos, recomendaciones y guías, pago por desempeño, colaboraciones, y reporte público o comparativo	Ausencia de garantías e incentivos (24) Relación con nivel superior (34) Dependencia hospitalaria (26) Desconocimiento del Modelo (6) Políticas de Estado (12)
Presión de grupo (44)	Presión mimética o competitiva para implementar una intervención; comúnmente debido a que la mayoría u otras organizaciones clave, pares o competencia, ya han implementado o están apostando por una ventaja competitiva	Proceso en otros COSAM (20) Comunicación con otros COSAM (7) Situaciones actuales (17)
Cosmopolitismo (50)	Grado en que una organización está conectada en red con otras organizaciones externas	Rol del COSAM LM en la red (11) Trabajo en red de salud (26) Trabajo intersectorial (6) Coordinación ante las crisis (7)



Recursos y necesidades de los pacientes (89)	Grado en que las necesidades del paciente, al igual que las barreras y limitaciones para satisfacer dichas necesidades, son precisamente conocidas y priorizadas por la organización	Características (14) Arraigo histórico (6) Estigma (10) Demandas (15) Percepción sobre el cambio (27) Participación (17)
--	--	---

**Políticas e incentivos externos:** al menos 10 participantes, tanto del equipo clínico como del organigrama del COSAM, se refirieron de forma unánime a la completa **ausencia de garantías e incentivos** desde el nivel superior para la implementación del modelo de salud mental comunitaria en el dispositivo. Ante la pregunta directa sobre si existen facilitadores desde la dirección del Hospital Guillermo Grant Benavente, todos los participantes señalan que no han existido lineamientos teóricos para la implementación, incentivos a nivel de remuneraciones según la cantidad y calidad de trabajo, la experiencia laboral o el grado académico de los profesionales, ni retroalimentación externa sobre la calidad del proceso en desarrollo en el dispositivo.

“Consideramos que no. Eh... Los grados siguen lo mismo, eh, nosotros por ser COSAM como ser Psiquiatría o ser el Poli de Psiquiatría, vamos a seguir ganando lo mismo, por ejemplo, monetariamente. Da lo mismo si no sé, mi colega tiene un doctorado y yo soy solamente pregrado o recién salí de mi práctica, vamos a ganar lo mismo. Eh, da lo mismo, no sé, si yo trabajo 44 horas solamente con policlínico y mi colega hace 44 horas solamente hospitalizado, vamos a ganar lo mismo.” (Coordinación de Psicología, Organigrama)

Cabe destacar que las entrevistas fueron realizadas poco después de un proceso político de paralización de actividades en el COSAM Leonor Mascayano. Dicho proceso ocurrió en el contexto de la renuncia de las jefaturas de Psiquiatría y del COSAM, la escasez de recursos humanos y materiales para asegurar la reconversión del Policlínico, y las diferencias de remuneración por grados con el resto del Hospital, entre otros factores contingentes. Esto fundamenta la percepción generalizada de ausencia total de garantías, las cuales, desde la perspectiva del equipo clínico, aún no se concretan a pesar del proceso posterior de negociación con la dirección del Hospital.

“No sabemos po, porque estamos en el proceso de post movilización, o sea, en el fondo todavía estamos ahí, pendientes de los cambios que se comprometieron en la última movilización, que tenían que ver justamente con contar con jefaturas claras, contar con, eh, con un mínimo de regularización de brechas profesionales” (Psicólogo, Equipo clínico)

De todo lo mencionado se desprende una **relación con el nivel superior** caracterizada por la falta de comunicación fluida y la escasa respuesta a los requerimientos de las jefaturas y el equipo gestor del COSAM. Dichas dificultades tienen una naturaleza histórica, aparentemente acrecentada por el contexto de la pandemia. Esto afecta en la coordinación entre niveles para la toma de decisiones, en la realización de mejoras materiales en el dispositivo, en la reposición de los recursos invertidos por los propios profesionales para realizar cambios, en los recursos para implementar más acciones fuera del dispositivo de acuerdo con las indicaciones del Modelo de Gestión, y finalmente, en la instalación misma del modelo comunitario de salud mental. Las siguientes citas reflejan cada uno de estos puntos.

“Porque el hospital no, no... Se hizo la orden de compra y ellos no, no la toman en cuenta. Y pasa, pasa, pasa. Tiene que llegar como un tirón de orejas, y que el director diga "Ya, háganlo". Pero si no, los correos... Ahí, ahí nomás. Puros grillos nomás (risas)” (Coordinación administrativa, Organigrama)

“O sea, y cuando tenemos relación es cuando queremos pedir cambios de sillas, cuando queremos hacer cosas, como mejoras para, ya sea para el mismo policlínico, para los box médicos, que siempre solicitamos y siempre dicen que no, no se puede, que no hay plata, que esto otro. Que hay que esperar (...) de eso empezamos, de una cartulina. Casi más de un año pidiendo cartulinas que no, nunca llegaron.” (TENS, Equipo clínico)

“se solicitaban (...) móviles para poder implementar mucho más las visitas domiciliarias. Con suerte nos pasaban un auto pa hacer lo mismo que hacemos ahora que son las consultorías. O sea no, no se, no aumentaron los móviles. No nos daban más móviles no más.” (Jefatura de CR Psiquiatría, Organigrama)

“Pero antes, todos estos años que, ¿cuánto llevamos ya de la pandemia ahora? ¿Como cinco, tres años? Que hemos hecho y hemos actuado con lo que creemos, cachai. Porque nadie te ha pedido hacer cosas así, como, "Ya, podríamos hacer este protocolo, podríamos esto otro". Entonces como que es a la deriva.” (Coordinación de Trabajo social, Organigrama)

Algunos de los participantes comentan que un factor que incide en esta relación puede ser el **desconocimiento del Modelo Comunitario** desde el Hospital, tanto en los servicios de especialidad, como desde la propia dirección.

“Y desde el lado del hospital, el hospital todavía no, yo siento que no comprende que (...) es COSAM, ya no es Poli. Ellos nos mandan todo a nosotros. Hay pacientes de, por ejemplo Curanilahue, Talcahuano, todo nos lo mandan a nosotros porque no comprenden que estamos viendo nuestros pacientes de nuestra red (...) Ya, entonces eso como que al hospital le cuesta comprender que nosotros ya somos, somos COSAM, no somos un Policlínico más.” (Coordinación de SOME, Organigrama)

Por otro lado, los participantes más experimentados en el Modelo atribuyen la falta de apoyo desde el nivel superior para su implementación a **políticas de Estado**, específicamente las exigencias ministeriales respecto a las metas de producción y rendimiento de los dispositivos de salud mental. Estas exigencias podrían desincentivar la realización de actividades propias del Modelo Comunitario en favor de las prestaciones de atención clínica, las que son prioridad al ser mejor cubiertas por el sistema de financiamiento de los dispositivos de salud.

“Es como una discordancia entre lo que el modelo plasma y lo que posteriormente el Minsal solicita. ¿Me entiendes? Entonces, yo siento que el modelo pone a la base la participación, la integración, la ciudadanía, los funcionarios, todo lo que comentábamos al inicio. Pero eso no lo mide, no hay metas de eso (...) Entonces el Minsal, ¿Qué es lo que hace? Pide producción. Y la producción se basa en cuántos pacientes atiende el psiquiatra” (Jefatura COSAM, Organigrama)

Junto a esto, se percibe que el carácter de negociación política que rige el funcionamiento de los Servicios de Salud también puede poner en riesgo la continuidad de los lineamientos técnicos para la implementación del Modelo Comunitario, al igual que la inyección de recursos para ello.

“si yo tuviese que hacer un análisis súper puntual de cuál es el problema que, que tiene la implementación de las políticas públicas en salud mental, es que esto está extremadamente politizado. Entonces eso significa que los, las personas que van, que son, van teniendo roles de administración, van y vienen con una rapidez extremadamente alta. Lo cual implica que no existen, eh, una continuidad de estas políticas, sino que van variando en función de los intereses de políticos” (Jefatura CR Psiquiatría, Organigrama)

Finalmente, varios participantes concluyen que la **dependencia hospitalaria** podría constituir el principal obstáculo, tanto para la obtención de recursos, como para generar avances en la instalación del Modelo Comunitario de Salud Mental. Algunos señalan expresamente que, mientras el COSAM Leonor Mascayano siga dependiendo del Hospital Regional de Concepción, cualquier instalación de nuevos modelos o acciones de cambio serán imposibles de realizar.

“Hemos solicitado, como le digo, cosas o todo, y siempre la respuesta es que no, porque dependemos del Hospital Regional. Siempre la misma respuesta. Entonces yo creo que mientras nosotros estemos acá o dependamos del Hospital, no va a haber ningún avance. Porque las jefaturas pueden ser muy buenas, quieren ayudarnos, pero tienen su tope igual. Y ese tope es el Hospital Regional.” (TENS, Equipo clínico)

Participantes de profesión médica destacan que el principal aspecto negativo de la dependencia hospitalaria es la escasa prioridad que recibe la salud mental, tanto a nivel de

rentabilidad para la institución, como en la percepción arraigada en el entorno hospitalario sobre la psiquiatría, en función de otras necesidades de salud de la población y de los propios establecimientos de salud.

“No sé po, es como... Sale en el diario "Un nuevo trasplante cardíaco", ¡bravo, bravo! Aquí, no sé, "Llegó el Risperdal"... Ni un brillo. Entonces, como no somos ni rentables ni populares, no somos un negocio para el hospital. Siempre, eh, nos miran en menos. Toda la vida. Y tenemos que pelear más, quizás, por hacer valer nuestras necesidades.” (Gestión clínica, Organigrama)

Los argumentos en favor del traspaso de la administración del COSAM al Servicio de Salud tienen relación con la prioridad que recibiría la implementación efectiva del Modelo Comunitario, calzando con sus líneas programáticas. Uno de los participantes señala que esta discusión se ha planteado en el pasado, sin resultados.

“un COSAM tiene un fin en la comunidad, con integración en la comunidad, con estrategias que tienen que ser pensadas en la comunidad y el Hospital Regional tiene un foco hacia la institución, y el edificio y la estructura hospitalaria (...) Pero si esto dependiese del Servicio de Salud y la Unidad de Salud Mental tuviese la organización, sería prioridad.” (Jefatura CR Psiquiatría, Organigrama)

Otro de los problemas de la implementación del Modelo Comunitario en el dispositivo, en palabras de algunos participantes, es el presupuesto disponible para la administración del COSAM desde el Hospital. Esta dificultad emerge también al plantearse ampliar la red de dispositivos de salud mental en la provincia, para mejorar la resolutivez ante la gran cantidad de población atendida.

“es muy poco probable que esto se genere, se generen soluciones definitivas. Esencialmente porque faltan dispositivos. Faltan, por ejemplo, un dispositivo en Chiguayante, deberían haber al menos dos más en San Pedro, por lo menos uno. Quizás también falta otro más acá en el mismo Concepción, en el norte de la ciudad, y el Hospital Regional eso no, no lo va a financiar.” (Jefatura CR Psiquiatría, Organigrama)

**Presión de grupo:** respecto al funcionamiento del Modelo de Salud Mental Comunitaria en los demás dispositivos de salud mental de la provincia, 9 participantes comentan sobre el ***proceso de implementación del modelo en otros COSAM***. Destaca la percepción común de que los demás COSAM cuentan con más facilidad para llevar a cabo el Modelo Comunitario, tanto en el tipo de actividades realizadas como en el funcionamiento del equipo. Esto se atribuye en gran medida al hecho de que adhirieron al modelo desde su instalación como dispositivos, contrario al proceso de reconversión desde el modelo hospitalario en el COSAM Leonor Mascayano.

Se destaca la experiencia del COSAM Concepción como dispositivo emblemático del Modelo Comunitario en la provincia, lo que es relacionado por los participantes con el hecho de ajustarse paulatinamente a su población actual según territorio, es decir, abordando la población de un CESFAM a la vez. Esto le permite al dispositivo ajustarse de forma más eficiente a las indicaciones del Modelo de Gestión. Por otro lado, se aprecian dificultades de funcionamiento en otros dispositivos, que tienen relación con sus recursos, en el caso del COSAM San Pedro, como con el hecho de pasar por un proceso similar de reconversión de modelos, en el caso del COSAM Norte, antigua Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital.

“la instalación del COSAM en San Pedro de la Paz, lo mismo. Partir un COSAM por la necesidad de que tiene una comuna, maravilloso. Pero con empezarla, eh, a medias, eh, es la falla. Eh, y cómo lo parten, eh, al alero municipal, Sin poder generar fármacos, porque no disponía de un Servicio claro. Los pacientes siguen viniendo a retirar los medicamentos acá.” (Gestión comunitaria, Organigrama)

Los participantes del equipo clínico en general señalan que existen pocas instancias de **comunicación con otros COSAM**. Se asume que los demás COSAM tendrían una dirección unificada, pero sin una comunicación fluida entre los equipos clínicos de los dispositivos que confirme dicha percepción. Sin embargo, esta situación ha cambiado recientemente, dada la contingencia de la paralización del COSAM Leonor Mascayano. En este sentido, las **situaciones actuales** que presentan otros COSAM de la provincia, especialmente en temas de infraestructura y otros recursos, ofrecen claros puntos de comparación con el proceso de implementación en este establecimiento.

“O sea, si, imagínate, nosotros tenemos alguna en tema de brecha, quizás estructural y todo, los otros COSAM estaban mucho peor, por así decirlo. Si nosotros tenemos brechas de recursos humanos, ellos tienen el doble, no tienen un lugar físico estable para poder atender a sus pacientes, entonces quizás nosotros estamos avanzando...” (Coordinación de Enfermería, Organigrama)

**Cosmopolitismo:** este ítem se refiere a la participación y el grado de conexión con otros dispositivos, lo que en el servicio público se entiende desde el trabajo en red. Así, se incorpora en este ítem lo que comentan los participantes sobre el **rol del COSAM Leonor Mascayano** dentro de la red de dispositivos de salud mental. En este sentido, el COSAM adquiere un rol distintivo en algunos aspectos específicos, como servir de referente para los SOME de otros COSAM, y ser huésped de encuentros de toda la red de dispositivos. Estas son acciones heredadas históricamente del Policlínico de Psiquiatría, que se mantienen dada su utilidad para la participación en la red.

“En verdad ellos son bien receptivos a lo que se les dice de acá, porque ellos, eh, como que todas sus orientaciones las pedían con nosotros. Como que este SOME es como el referente en verdad, como de, de cómo se puede trabajar. Entonces los otros COSAM siempre preguntan, o mandan correos” (Coordinación de SOME, Organigrama)

“la reunión clínica de Servicio, que finalmente se está transformando en una reunión clínica más bien del CR, ya, del Centro de Responsabilidad, donde llegan los otros COSAM (...) del Hospital, todos dependen del Hospital finalmente” (Médico psiquiatra, Equipo clínico)

El COSAM Leonor Mascayano asume la función de suplir necesidades de otros COSAM, principalmente proporcionar servicios de farmacia para el COSAM San Pedro. Una participante del equipo clínico destaca las acciones de coordinación con los profesionales de dicho COSAM que se requieren para entregar este servicio.

“muchas veces ayudamos a los pacientes lo que se puedan ayudar, llamando al otro COSAM, hablando con la enfermera y que por favor nos gestione la receta para que el paciente pueda retirar sus medicamentos, y se pueda ir.” (Enfermera, Equipo clínico)

Por otro lado, se reconoce un rol creciente del COSAM Leonor Mascayano en la realización de actividades comunitarias y coordinación con la atención primaria, principalmente gracias a las acciones de los trabajadores sociales del dispositivo. Las principales limitantes para el trabajo conjunto con los demás COSAM tienen relación con la participación equitativa en dichas actividades y la adecuada sectorización de la población en todos los dispositivos.

Respecto al **trabajo en la red de salud**, los participantes del equipo gestor señalan que existe efectivamente mayor comunicación con los gestores de los otros COSAM, y se han potenciado algunas acciones como consultorías, derivaciones asistidas y reuniones de trabajo para compartir experiencias sobre el Modelo Comunitario. La entrega de medicamentos a usuarios de otros COSAM requiere de una comunicación permanente con dichos dispositivos, tarea realizada principalmente por las enfermeras del COSAM. Sin embargo, esta percepción de mayor coordinación no es compartida en general por los miembros del equipo clínico.

“desde mis funciones como terapeuta ocupacional del COSAM Leonor Mascayano, no. Eh, no tengo las instancias, cachai, las tienen otros funcionarios, según el modelo. Pero... en temas como procedimentales, correos, cachai. Pero físico, de reunirse, eso tampoco está instalado. O existe muy poco.” (Terapeuta ocupacional, equipo clínico)

Por otro lado, algunos participantes destacan la falta de protocolos unificados para el funcionamiento de todos los COSAM de forma estandarizada. Cada COSAM cuenta con sus propios protocolos de trabajo, y no siempre existe la disposición desde los otros dispositivos para compartir la información.

“Por ejemplo, una observación que yo he hecho (...) es ¿por qué cada COSAM tiene que tener protocolos diferenciados? O sea, debiera ser, si todos dependemos del Servicio de Salud Concepción, ¿por qué no generamos protocolos que sean para todos iguales?, que lo podamos quizás adaptar a nuestra población.” (Trabajadora social, Equipo clínico)

A esta dificultad se suma la poca disposición de otros equipos profesionales del Hospital Guillermo Grant Benavente a trabajar en conjunto con el equipo del COSAM. Algunos participantes explican esta poca disposición desde la distancia física entre ambos dispositivos, como también desde el prejuicio profesional entre la comunidad médica sobre el rol del psiquiatra en la atención de pacientes. Esto se desarrolla en los ítems Recursos y necesidades de los pacientes y Cultura.

Una instancia significativa de encuentro entre los dispositivos de salud mental emerge en la llamada **coordinación ante la crisis**. Tanto los participantes del equipo clínico como coordinadores de “estamentos” señalan que es en las contingencias de movilización, como el reciente paro de actividades del COSAM Leonor Mascayano, donde los equipos de los distintos dispositivos tienen oportunidad de compartir sus experiencias de trabajo y dinámicas internas. Sin embargo, estas instancias suelen no prosperar fuera del contexto de movilización.

“Entonces hemos tenido algunas instancias cuando estamos de coordinación ante la crisis, ah. Ahí nos hemos comunicado más: el estallido, y pal paro, reciente. O sea, ante la crisis se genera el encuentro. Pero normalmente no. Y después de eso como que no, no se continúa” (Médico psiquiatra, Equipo clínico)

Respecto al **trabajo intersectorial**, los participantes reconocen una notoria falta de instancias que permitan este tipo de actividades. El nodo intersectorial referido como el de mayor contacto con el COSAM lo componen los dispositivos del sistema de justicia, por donde transita un número significativo de usuarios de salud mental, y la ONG Rebrota, principal referente de trabajo comunitario del dispositivo. Fuera de ello, no existen coordinaciones eficientes con el sistema educativo, espacios laborales comunes o protegidos, instancias de rehabilitación y reinserción social, o espacios comunitarios para la difusión de información sobre salud mental.

“Nosotros, tuviéramos tiempo, digamos, para hacer, digamos, educación en psicoeducación popular, digamos, ir a las radios. Eh, que los, que se nos consulte al momento de tomar ciertas medidas, eh políticas públicas de otros sectores que pudieran que pudieran tener impactos en la salud mental. Como justicia, que en realidad imponen cuestiones más que consultarnos. Educación. Transporte. Yo creo que ahí uno podría hablar más de lo comunitario.” (Médico psiquiatra, Equipo clínico)

**Recursos y necesidades de los pacientes:** los 7 participantes que comentan sobre la población asistida refieren algunas **características de los usuarios** que pueden influir en el abordaje y las decisiones clínicas de los profesionales. Como principales, destacan las situaciones multiproblemáticas de las familias, la vulnerabilidad social y económica que puede limitar el acceso a sus atenciones, el aislamiento social y la gravedad de sus cuadros de salud mental. Como lo expresaron en el ítem Ventaja relativa en la dimensión Características de la intervención, el uso del modelo comunitario de salud mental facilita a los participantes la comprensión de estas problemáticas múltiples y su abordaje.

Una preocupación importante para algunos de los participantes tiene relación con el **estigma** que la población atendida sufre, tanto en el contexto de sus entornos comunitarios, como en el propio sistema de salud. Se destacan algunas prácticas, como el lenguaje que los usuarios utilizan en el contacto con los profesionales, las escasas oportunidades para tomar decisiones sobre sus propios tratamientos, o el trato poco prioritario e incluso negligente que reciben de parte de algunos dispositivos de salud, como los servicios de Urgencia.

En esta situación, las principales **demandas** de los usuarios, según refieren los participantes, se centran en recibir atenciones de forma continua, oportuna e idealmente espontánea, lo que es proporcionado por el COSAM sólo de forma parcial. Además de la entrega de medicamentos a través del servicio de Farmacia, existen demandas en función de las necesidades psiquiátricas de los usuarios que no pueden ser resueltas por el COSAM, como son las atenciones de urgencia; a pesar de aquello, parte de la población usuaria continúa solicitándolas en este establecimiento. Desde el punto de vista de uno de los participantes, esta situación pone en peligro los procesos de atención de salud de las personas.

“Pero no, acá es necesario tener una urgencia, porque todos saben, aunque la gente nunca se haya atendido, saben que acá está como de Psiquiatría, entonces todos llegan a pedir hora acá, ya sea por salud mental, ya sea por drogas, y todo. Entonces ya uno diciéndole “No, tiene que ir para allá”, como que se desinflan y se pierde el paciente. Porque no llegan a Urgencia, pa qué andamos con cosas. Ya de decirle que uno tiene que ir para allá, se pierde el paciente.” (TENS, Equipo clínico)



Parte de estas situaciones se relacionan con el **arraigo histórico** de una gran parte de la población actualmente atendida en el COSAM Leonor Mascayano, que continúa en atenciones desde el Policlínico de Psiquiatría y que mantienen voluntariamente sus atenciones en el dispositivo, a pesar de no formar parte de la población territorialmente asignada. En palabras de los participantes, esto refleja el fuerte vínculo generado con los profesionales, en especial con sus médicos psiquiatras; por otro lado, sin embargo, esto dificulta el proceso de sectorización territorial, manteniendo demandas sin satisfacer para una parte significativa de la población. Esto se desarrolla en el ítem Características estructurales, en la dimensión Circunstancias internas.

Dicho arraigo refleja la baja **percepción sobre el cambio** que tienen los usuarios respecto del modelo de atención. Según comentan los participantes, la gran mayoría de la población usuaria del COSAM Leonor Mascayano no ha percibido cambios evidentes a partir de la reconversión, es decir, siguen identificando al dispositivo como Policlínico de Psiquiatría. Esto provoca en algunos participantes la percepción de estar obligados a seguir usando este término para mantener la comunicación y el vínculo con los usuarios. Solo una fracción de la población usuaria, como los ingresos recientes y los grupos de edad más jóvenes, incorporan el concepto de atenderse en un COSAM. Para el resto, la escasa percepción de cambio tiene relación con el hecho de permanecer en el mismo recinto físico y con el mismo equipo profesional. El término “COSAM”, en palabras de algunos participantes, pudiera tener una connotación más neutral en términos de estigmatización, como también pudiera asociarse al término “CESFAM” y en algunos casos, acarrear connotaciones negativas.

Finalmente, en términos de **participación** de la población usuaria en el COSAM Leonor Mascayano, los participantes del equipo clínico y coordinadores de equipos internos observan una mayor participación en las actividades comunitarias y talleres grupales que actualmente ofrece el dispositivo, lo cual es evaluado positivamente en términos del bienestar que estas instancias entregan a los usuarios. En este aspecto cobra gran importancia la relación del COSAM Leonor Mascayano con un dispositivo comunitario como la ONG Rebrotá, con la cual comparten cercanía física y vínculos históricos con los terapeutas ocupacionales y otros profesionales del COSAM. El involucramiento continuo de la población usuaria en dichas instancias se relaciona con la mayor pertinencia de éstas para las necesidades de la población y la preocupación de los profesionales por una mayor participación social, aspectos ya señalados en el ítem Ventaja relativa.

Por otro lado, participantes del equipo gestor del COSAM señalan que existe una notoria deuda con la población usuaria en términos de detección de necesidades y mecanismos de incidencia en la gestión del recinto. Un participante del equipo clínico agrega la necesidad de fomentar la autoorganización entre los usuarios, para generar instancias de apoyo mutuo y participación ciudadana.

### 3. Circunstancias internas

La dimensión Circunstancias internas contiene la mayor cantidad de segmentos codificados, con un total de 795 referencias, entregadas por todos los 16 participantes del estudio. La codificación de esta categoría se presenta en la Tabla 20.

**Tabla 20.** Codificación de la dimensión Circunstancias internas

<b>Dimensión (Categoría) Circunstancias externas (795)</b>		
<b>Ítem (código)</b>	<b>Definición</b>	<b>Subcódigos obtenidos</b>
Características estructurales (99)	La arquitectura social, edad, madurez y tamaño de una organización	Doble militancia hospitalaria (26) Organigrama y cargos (23) Cobertura y sectorización (22) Tipo de prestaciones (9) Rotación de personal (3) Flujo de usuarios (8) Toma de decisiones (8)
Redes y comunicación (121)	La naturaleza y calidad de las redes sociales y la naturaleza y calidad de la comunicación formal e informal dentro de la organización	Canales formales (17) Canales informales (15) Instancias de reunión (19) Disposición personal (23) Delimitación intra equipos (10) Flujos de información (28) Burocracia administrativa (9)
Cultura (81)	Normas, valores y afirmaciones básicas de una organización	Arraigo biomédico (17) Dominio jerárquico (19) Costumbres internas (14) Falta de modernización (9) Apoyo mutuo (9) Prejuicios sobre Psiquiatría (8) Cambio generacional (5)
Tensión por el cambio (51)	Grado en que los actores perciben la situación actual como intolerable o en necesidad de cambio	Desde el equipo (21) Desde médicos (15) Desde no médicos (6) Incertidumbre sobre funcionamiento (9)

Compatibilidad (94)	Grado de ajuste tangible entre los significados y valores atribuidos a la intervención por los individuos involucrados, cómo éstos se alinean con las propias normas y valores de los individuos y los riesgos y necesidades percibidas por ellos, y cómo la intervención encaja con los sistemas y flujos existentes	Permanencia del modelo biomédico (11) Comprensión de conceptos (30) Necesidad de servicios (11) Efectividad de prácticas existentes (8) Mayor trabajo administrativo (14) Trabajo interdisciplinario (20)
Prioridad relativa (63)	Percepción compartida por los individuos sobre la importancia de la implementación dentro de la organización	Rendimiento y programación (30) Coordinaciones internas (13) Brecha asistencial (9) Instancias comunitarias (11)
Incentivos y recompensas internas (16)	Incentivos extrínsecos, como premios por metas compartidas, revisiones del desempeño, promociones y aumentos en el salario, e incentivos menos tangibles, como aumento de estatus o respeto	Falta de incentivo institucional (5) Necesidad de reconocimientos (7) Propuestas de incentivos (4)
Metas y retroalimentación (12)	Grado en que las metas son claramente comunicadas, realizadas y retroalimentadas al personal, y alineación de dicha retroalimentación con las metas	Metas y retroalimentación (12)
Clima de aprendizaje (14)	Un clima en el que a) los líderes expresan su propia falibilidad y necesidad de la asistencia y aportes de los miembros del equipo; b) los miembros del equipo sienten que son compañeros esenciales, valorados y reconocidos en el proceso de cambio; c) los individuos se sienten seguros para intentar nuevos métodos; y d) hay suficiente tiempo y espacio para el pensamiento y la evaluación reflexiva	Clima de aprendizaje (14)
Compromiso del liderazgo (59)	Compromiso, involucramiento y responsabilidad de los líderes y administradores con la implementación	Competencia de jefatura (16) Apoyos de jefatura (13) Liderazgos previos (21) Inestabilidad de jefaturas (9)
Recursos disponibles (143)	El nivel de recursos dedicados para la implementación y operaciones en curso, incluyendo dinero, capacitación, educación, espacio físico y tiempo	Brechas recursos humanos (44) Características instalaciones (31) Distribución del tiempo (48) Falta de recursos materiales (16) Arsenal farmacológico (4)

Acceso a información (42)	Facilidad de acceso a información y conocimiento digerible sobre la intervención y cómo incorporarla en las tareas de trabajo	Falta de capacitación (31) Formación autónoma (11)
---------------------------	---	---

**Características estructurales:** la característica más comentada por los participantes es la llamada ***doble militancia hospitalaria***, es decir, el hecho de que la mayoría del equipo profesional y gestor se desempeña en el COSAM Leonor Mascayano y en el Servicio de Psiquiatría, dentro del mismo edificio y durante una misma jornada laboral, subdividida por programación de horarios.

Se señala que la diferenciación administrativa entre un dispositivo y otro, en términos de organigrama, horarios y actividades, ha sido un esfuerzo construido desde el propio equipo gestor, a lo largo de las diferentes jefaturas del COSAM. Por una parte, esto ha clarificado algunas dinámicas de gobernanza, como la disposición de horas profesionales precisas y el tránsito de los funcionarios entre dispositivos según necesidad.

Sin embargo, la mayor parte de los entrevistados señala que la doble militancia ha generado limitaciones en el proceso de implementación, relacionadas con la comprensión de los conceptos de un modelo comunitario y su aplicación práctica, la percepción de una persistente distancia física e institucional de la comunidad, y una mayor conciencia sobre las carencias en un dispositivo y otro, lo que se desarrolla en el ítem Recursos disponibles.

“se ha avanzado en la organización de las separaciones de las agendas, en relación a lo que es Psiquiatría y lo que es COSAM. Eh, entonces eso ya divide a lo mejor algunas actividades, y marca también cuáles son propias del quehacer del modelo, o la implementación de este modelo, en nosotros, en COSAM (...) obviamente, que ha demandado en muchas personas, doblar esfuerzos para dar cumplimiento a eso, ya. Pero sin duda que son los mismos elementos que siguen trabajando, ahora con una doble militancia, unos en el Servicio de Psiquiatría y otros acá en el COSAM Leonor Mascayano.”  
(Gestión comunitaria, Organigrama)

El establecimiento del ***organigrama y cargos*** propios de un COSAM en el proceso de reconversión es un factor que ayuda al equipo gestor y profesional a ponerse en contexto sobre el tipo de dispositivo y sobre el modelo comunitario de salud mental, a pesar de que el inicio del proceso fuese percibido por algunos entrevistados como confuso. Esto se abordará en el ítem Planificación.

Los cargos asignados a los funcionarios del organigrama no fueron otorgados como cargos nuevos desde la dirección del Hospital, sino que, al igual que la división de horarios y

actividades, fueron acomodados internamente por la gestión del propio COSAM. El nivel superior de este organigrama se encuentra en calidad de subrogancia prácticamente desde su inicio, con una alta rotación de funcionarios designados y, en consecuencia, con dificultades para establecer definitivamente el modo de funcionamiento del COSAM. Esta **rotación de personal** también afecta en otros niveles del dispositivo, como es el caso del equipo de Enfermería.

Por esto, la **toma de decisiones** respecto a la gobernanza del COSAM se encuentra aún en proceso de definición. Algunos participantes comentan sobre la necesidad de líneas estratégicas precisas, que ayuden a definir las actividades, la cadena de mando y una clara adhesión al Modelo de Gestión ya existente para este tipo de dispositivos. Estos aspectos son explorados en detalle en los ítems posteriores de esta categoría.

Otra característica estructural que se encuentra en proceso de definición tiene relación con la **cobertura y sectorización** del COSAM, según lo establece el propio modelo. Esto se ha constituido como prioridad para la gestión actual y ha sido transmitido al equipo profesional de ese modo, por lo que todos los participantes lo reconocen como prioritario. Los entrevistados señalan que la importancia de contar con una población sectorizada radica no sólo en las facilidades de cobertura que este modelo ofrece, sino también en la capacidad de coordinación interdisciplinaria y la formación de equipos clínicos asignados por territorio para la atención de usuarios.

La preocupación por la sectorización se centra en la cantidad de población que se atiende en el dispositivo, heredada del antiguo Policlínico de Psiquiatría, que excede notablemente lo establecido en el Modelo de Gestión, afectando la capacidad de respuesta del equipo profesional del COSAM. En este sentido, las instancias de coordinación con los otros COSAM de la red, presentadas en la dimensión Circunstancias externas, apuntan hacia una sectorización bien definida entre todos los dispositivos. Este proceso, que se encuentra en desarrollo, tiene carácter de urgente para la mayoría de los entrevistados.

“Entonces ya en la población que tenemos asignada excede muchísimo a la población que debiera tener. Por ende, toda la implementación que está ahí en el manual va a quedar como con deficiencias, porque ya tenemos demasiada población asignada (...) Le falta, eh, poder, eh, definir la población. O sea, si nosotros tuviéramos la población que corresponde para nuestro COSAM, le falta incorporar todo el ciclo vital.” (Jefatura COSAM, Organigrama)

Esta situación refleja dificultades percibidas por los participantes en el **flujo de usuarios**, es decir, los ingresos atendidos, la cantidad de prestaciones profesionales a las que acceden y la frecuencia de éstas. Los participantes del equipo gestor y quienes han oficiado como coordinadores de equipos profesionales en el pasado, refieren dificultades para otorgar atenciones con la frecuencia que cada caso requiere, lo que explican debido a la cronicidad de muchos usuarios según sus condiciones clínicas, la permanencia voluntaria de población fuera del territorio asignado y el ingreso permanente de derivaciones desde toda la red de salud, lo cual continúa aumentando la cantidad de población atendida y generando listas de espera.

“es como un cuello de botella, porque llegan y llegan ingresos y las posibilidades reales de dar de alta a pacientes son muy pocas, porque si la mayoría de los pacientes son crónicos, entonces nos vemos bastante sobrecargados (...) que uno tenga una población asignada que no sea casi que tiende al infinito, porque a nosotros nos llegan, nos llegan, nos llegan, no se va nadie.” (Gestión de docencia, Organigrama)

El **tipo de prestaciones profesionales** del COSAM Leonor Mascayano tiene características distintivas y ha tenido modificaciones a nivel de definición administrativa. La composición del equipo profesional incluye una dotación de médicos psiquiatras superior a todas las demás disciplinas profesionales, y hasta el año de estudio, las prestaciones de ingreso al dispositivo siguen siendo realizadas exclusivamente por médicos psiquiatras. Esto puede incidir en el arraigo biomédico que aún permanece como rasgo cultural interno del COSAM, como se observa en el ítem Cultura.

“Entonces primero llega y va a tener una respuesta médica, que por lo general es lo que el paciente además y la familia quiere. Pero también no va a conocer, eh, lo rico que es, o que entrega la intervención social, la terapia ocupacional, la psicoterapia. Porque muchos de nuestros pacientes no alcanzan a tener psicoterapia.” (Gestión comunitaria, Organigrama)

Las modificaciones en el tipo de prestaciones del equipo clínico siguen la lógica de reorganización del equipo gestor del COSAM, con el propósito de acercar las actividades de producción a lo establecido en el Modelo de Gestión y facilitar la puesta en práctica del modelo comunitario de salud mental. En este sentido, la unidad de SOME, en palabras de su coordinación, reorganiza y crea nuevas prestaciones en las programaciones de todo el equipo clínico, las que en su mayoría estaban orientadas únicamente hacia la atención clínica en el Policlínico de Psiquiatría.

“Ya antes era, por ejemplo, solamente consultas de atención de pacientes directos. Eh, poco se hacía, por ejemplo, todo lo que eran estas derivaciones, lo que eran visitas, intersectores, como esta coordinación (...) se está tratando como de instalar, es como, de que el paciente tenga como su equipo multidisciplinario. Que eso tampoco antes estaba como tan definido. Como que el paciente ingresaba con un médico, el médico lo derivaba como a psicología, terapia ocupacional, etcétera.” (Coordinación SOME, Organigrama)

**Redes y comunicación:** 11 de los participantes comentan que los **flujos de información** sobre la toma de decisiones en el dispositivo, la presentación del propio Modelo o la gestión de los casos, son evaluados como deficientes durante el primer periodo de reconversión en COSAM. En general existe la percepción de que la información no fluye entre los equipos de trabajo, entre las jefaturas y el equipo clínico, como tampoco entre los propios profesionales. Las mayores limitaciones se observan entre el equipo profesional del COSAM y las unidades de apoyo del Hospital, como Archivo y SOME. Desde ambas veredas se reconoce la falta de instancias de encuentro, desconocimiento sobre los pasos a seguir para hacer solicitudes de información, o comunicaciones con errores que deben ser continuamente corregidos.

Otras dificultades se relacionan con la “bajada” de información desde las jefaturas hacia el equipo gestor y, en consecuencia, de éste hacia los profesionales, en especial en todo lo relativo al proceso mismo de instalación del Modelo de Gestión del COSAM. Algunos participantes señalan que históricamente, tanto en el Policlínico de Psiquiatría como desde la primera jefatura del COSAM, la comunicación no se daba de forma bilateral y estaba enmarcada en protocolos rígidos, todo lo cual impedía la construcción de un equipo profesional bien coordinado.

Así, los miembros del equipo clínico y gestor critican la **burocracia administrativa** requerida según los estándares de administración hospitalaria, considerándola problemática en el proceso de instalación del COSAM y limitante para el propio modelo comunitario. Los entrevistados consideran frustrantes los mecanismos de solicitudes al Hospital para autorizar acciones en beneficio del equipo y de los usuarios, esto considerando la falta de respuestas diligentes desde el nivel superior, ya detallada en la dimensión Circunstancias externas. Además, los protocolos burocráticos establecidos para el trabajo interdisciplinario pueden frustrar el abordaje de los casos atendidos y la toma de decisiones respecto a su tratamiento.

“no quiero desordenar esto, pero, pero sí diría que es un exceso de burocracia. El, la derivación de un caso, de un colega a un colega, Si vamos a llegar a lo que es un COSAM, bastaría con que en la reunión yo se lo asignara. Y aquí tiene que hacerse una interconsulta, que tiene que llegar a SOME, que en SOME

te la tienen que agendar, que tiene una lista de espera, y eso efectivamente pudiera permitir la organización, ser más riguroso, digamos, en el proceso. Eh, pero por otra parte te hace llegar tarde.”  
(Gestión comunitaria, Organigrama)

Esto se relaciona con la **delimitación intra-equipos** en los procesos de comunicación característicos del COSAM Leonor Mascayano. El mantenimiento de la estructura de coordinación por equipos internos constituidos en “estamentos”, es visto como favorable por los entrevistados en términos de clima laboral e identificación con la institución (ítem de la dimensión Características de los individuos, que se describe más adelante). Sin embargo, los entrevistados perciben dificultades en este tipo de organización relacionadas con el desconocimiento del trabajo del otro equipo, además de las exigencias burocráticas en la comunicación antes mencionadas.

Los participantes reconocen claramente los canales formales e informales de comunicación que rigen en la actualidad en el COSAM. Los **canales formales** de reuniones del equipo gestor, reuniones de los equipos internos por “estamentos”, redacción de actas y protocolos de trabajo aprobados, consultas y difusión vía correo electrónico, y uso de la plataforma electrónica de fichas clínicas, todas estas instancias son reconocidas como favorables por los participantes en general. Se cuenta con dichas instancias como un factor que proporciona orden y certeza en el funcionamiento interno del dispositivo.

El canal más importante para la mayor parte de los entrevistados son las **instancias de reunión**. Se asigna un alto valor al hecho de encontrarse en reuniones entre equipos de trabajo, entre “estamentos”, a través de delegados, o mediante asambleas ampliadas para todos los funcionarios. La riqueza de las reuniones radica en la capacidad de comentar situaciones emergentes y hacer propuestas de mejoras, además de abordar una variedad de ámbitos relacionados con el ejercicio profesional de los participantes. Los entrevistados estiman necesario crear espacios físicos y modos de organización interna que faciliten una interacción más continua entre profesionales de distintos equipos, para acercarse más a las dinámicas propias del modelo comunitario y de otros COSAM.

En cuanto a los **canales informales**, el más citado por los entrevistados es el uso de la aplicación de mensajería WhatsApp, usado para compartir información circunstancial sobre casos clínicos, solicitudes de informes y documentos, y otras acciones de coordinación. Los entrevistados valoran la rapidez de este medio en contraste con las vías burocráticas preestablecidas, y han llegado a utilizarlo permanentemente para facilitar la comunicación



entre funcionarios, pese a que en general se le reconoce como informal y eventualmente problemático.

La diligencia de la comunicación entre funcionarios es vista por los entrevistados como dependiente, en gran medida, de la **disposición personal**. Los participantes pueden ver una notoria diferencia entre la poca fluidez de la comunicación con las anteriores jefaturas del COSAM y del Servicio de Psiquiatría, y la coordinación actual, que estiman mucho más oportuna y flexible. Se señala que, ante la burocracia institucional, los pocos tiempos de reunión y los espacios físicos que delimitan al equipo internamente, es que la gestión de casos clínicos, la participación en actividades y la celeridad en la resolución de necesidades depende en gran medida de la voluntad de cada funcionario en la búsqueda y creación de espacios de encuentro.

Todos los entrevistados señalan estar disponibles a desplegar acciones, a veces informales y que demandan mayor esfuerzo del común de sus tareas, con el propósito de generar una mejor coordinación, ya sea para mejorar las atenciones clínicas, como también para apoyarse mutuamente en el proceso de transformación del dispositivo. Estos elementos se relacionan también con los Atributos personales del equipo, descritos en la dimensión Características de los individuos.

**Cultura:** 9 de los participantes destacan el **arraigo a la cultura biomédica** que permanece en el COSAM como herencia histórica del modelo hospitalario del Servicio de Psiquiatría. Se entiende por “cultura biomédica” lo que señalan los participantes respecto de la figura del médico psiquiatra como tomador de todas las decisiones, tanto clínicas como administrativas, incluso de forma unilateral y poco dialogante con otros profesionales no médicos.

También se señala la reticencia inicial de los profesionales médicos a asumir tareas fuera del marco estricto de la atención de pacientes en box, como las visitas domiciliarias. Esto impacta en la organización de las tareas del equipo profesional, como se señala en el ítem Compatibilidad.

Otro ejemplo es la constante referencia a diagnósticos y tratamientos farmacológicos como elementos que tienden a dominar las conversaciones, tanto en las reuniones de profesionales como en las intervenciones psicosociales grupales realizadas en el dispositivo en el pasado. En este sentido, el arraigo biomédico se refleja en el equipo de funcionarios en general, no sólo en los de profesión médica.

Finalmente, destaca una lógica interna de resolución de necesidades de los usuarios por medio de la agregación de elementos, lo cual, en palabras de uno de los participantes, sigue el razonamiento médico de agregación de fármacos para aliviar los síntomas emergentes en un paciente. Esto mantiene al equipo profesional operando en un modelo principalmente multidisciplinario, con poco trabajo de interacción realmente interdisciplinaria.

“Por ejemplo, a mí me pasaba mucho, no sé si está bien que lo cuente, que iba a la consultoría al principio (...) iba sola al principio, entonces yo, como que yo, lo que yo decía era como ley. Y como cuando empecé a ir con el psicólogo, porque primero partió yendo el psicólogo, era "¿Y para qué va el psicólogo?", poco menos. Y claro, a mí me costó entender que todos tenían que dar su opinión, ya, y su visión. Y como que no, lo que yo decía no era lo más importante, sino que lo que todos decían.” (Gestión clínica, Organigrama)

Relacionado con el arraigo biomédico se presenta un alto **dominio jerárquico** en la cultura interna del COSAM, lo que emerge como parte de la administración hospitalaria aún vigente. Los participantes señalan que una parte importante del equipo profesional, y de quienes han asumido roles del equipo gestor en el pasado, mantienen costumbres relacionadas con la obediencia irrestricta al superior, poca consulta en la toma de decisiones, y una difícil accesibilidad a las jefaturas desde los profesionales, similar a la poca accesibilidad a los médicos desde los propios usuarios. En el equipo actual del COSAM se destaca una mayor fluidez de la comunicación y bilateralidad en la toma de decisiones, otorgando al organigrama un enfoque organizacional más democrático y dialogante. Algunos miembros del equipo clínico destacan la buena disposición del equipo gestor al contacto cotidiano y la acogida de solicitudes. Esto se desarrolla en el ítem Compromiso del liderazgo.

Los participantes señalan como otro elemento de la cultura, tanto internamente como a nivel institucional del Hospital, el **prejuicio sobre la Psiquiatría** como lugar de trabajo y como espacio de reproducción de estigmas hacia los propios usuarios. El Servicio de Psiquiatría, donde continúa emplazado el COSAM, ha sido etiquetado históricamente por los funcionarios de otras áreas del Hospital como un lugar de “castigo”. Esto refleja el desconocimiento y la mala relación desde el nivel institucional superior hacia el dispositivo, como también puede impactar en la disposición al trabajo desde los propios funcionarios.

“Y uno, cuando uno, no sé, ha estado en el Regional tanto tiempo trabajando, uno siempre se mentaliza que Psiquiatría no sé, es como algo totalmente, no, malo (risas) (...) Aterrador, todo. Pero me tocó estar aquí y, obviamente cuando llegué acá me dio miedo por, por los pacientes, porque yo netamente jamás había, paciente descompensado, nunca.” (Enfermera, Equipo clínico)

El prejuicio arraigado en los funcionarios que se desempeñan en el propio COSAM puede llevar al mantenimiento de las relaciones distantes con los usuarios, marcadas por el dominio jerárquico y el arraigo a la cultura biomédica señalados anteriormente, todo lo cual dificulta la comprensión del modelo comunitario de salud mental y, en último término, reproduce estigmas.

“O sea, si nosotros nos vamos al modelo, cómo deberíamos compartir un espacio común, deberíamos comer juntos, ir al mismo baño. Deberíamos, si vamos a hacer una charla, yo debería ir con un paciente y viajar en mi auto, ir a hacer una charla a otro lugar. Y para que eso pase, yo creo que tiene que existir todavía, eh, el sacar el prejuicio.” (Gestión comunitaria, Organigrama)

Un elemento que es visto por los entrevistados como positivo para la implementación del modelo comunitario es el **cambio generacional** en el equipo clínico. Se señala que las nuevas generaciones de profesionales, tanto por su formación profesional actualizada como por su ímpetu de aprendizaje, se muestran más dispuestas a los cambios en el modo de organización y con menos apego al arraigo biomédico y jerárquico predominante. Esto destaca en los pocos médicos psiquiatras que tienen experiencia de trabajo en otros COSAM.

Otro elemento cultural significativo para los entrevistados es la **tendencia al apoyo mutuo** en términos de compartir necesidades, carencias y acciones para satisfacerlas, y defenderse como equipos cohesionados ante las adversidades, tanto dentro como fuera del trabajo. Los entrevistados destacan las situaciones conflictivas emergente en el trato con los usuarios, eventos personales de los funcionarios dentro de un mismo equipo interno, y circunstancias como el estallido social de 2019, la pandemia de COVID-19 y la reciente paralización del dispositivo, como eventos que han reforzado la ya existente tendencia de los funcionarios a apoyarse mutuamente en virtud de las carencias compartidas.

“Como que a lo mejor, no creo que todos, no sé, nos queramos mucho, que seamos, como que todo el COSAM como que seamos amigos, pero por ejemplo, el tema del paro, todos estuvimos juntos. Da lo mismo tu profesión, cuál es tu trabajo, tu horario, da lo mismo. Todos estuvimos juntos para una línea. Entonces considero que eso no sé si se da en todos los establecimientos, como que todos estén alineados de un, de un día para otro, para un punto. Y eso lo vi ahora y lo vi para el año 2019, que también nos uníamos todos. Y fue súper bacán.” (Coordinación Psicología, Organigrama)

**Tensión por el cambio:** respecto a la necesidad sentida de transitar hacia el modelo de salud mental comunitaria, 8 de los participantes señalan elementos ambivalentes respecto a la tensión por el cambio **desde el equipo profesional** en conjunto. Por un lado, se admite que la forma de trabajo desde el modelo biomédico y hospitalario se ha vuelto frustrante en

términos de dejar fuera muchas variables en el abordaje de los usuarios, como se observa en el ítem Ventaja relativa, además de mantener dinámicas de trabajo jerarquizadas y de poco reconocimiento de las profesiones no médicas.

Sin embargo, un hecho que incide en las dificultades internas del equipo para adoptar el modelo comunitario tiene relación con la imposición externa, además de no tener orientaciones claras para hacerlo, mientras se mantiene el desempeño y la pertenencia física al dispositivo hospitalario del Servicio de Psiquiatría. En este sentido, la motivación en los profesionales por implementar el modelo puede ser ambivalente.

“a lo mejor aquí se tuviera que hacer una consulta en si tú quieres ser clínico, trabajar en el área hospitalizados de este Servicio, o quieres ser parte del proyecto comunitario de este Servicio. Entonces yo siento que eso ya dividiría un poco más esa, esa cancha, la clarificaría (...) El tema es que hay muchos que no quieren dejar lo clínico ni quieren irse completo a lo comunitario.” (Gestión comunitaria, Organigrama)

Además del arraigo a un modo de trabajo históricamente hospitalario, sumado a la falta de información y a la mencionada pertenencia al mismo edificio, se agrega la falta de una discusión definitiva sobre la pertenencia administrativa del COSAM Leonor Mascayano al Hospital Regional o al Servicio de Salud Concepción, como se describe en el ítem Políticas e incentivos externos.

“Entonces yo veo muy lejano hablar de líderes que estén enfocados en implementar algo así. Y de hecho, más aún cuando todavía aparecen personas que les gusta que siga dependiendo todo esto desde, desde el Hospital. Sí po. Entonces, podría ser razonable, yo no, no estoy diciendo que no, pero entonces no hablemos de COSAM.” (Jefatura CR Psiquiatría, Organigrama)

Dada esta falta de definiciones, la **incertidumbre sobre el funcionamiento efectivo** del COSAM como dispositivo dentro del Servicio de Psiquiatría provoca temor al cambio y, en último término, cierto rechazo a la implementación, en palabras de algunos entrevistados. Se comprende la “incertidumbre” tanto en términos de desconocimiento del modelo y su estructura de funcionamiento, como en términos de la efectiva operatividad del organigrama y los cambios en las actividades del dispositivo.

“Y al final seguimos trabajando igual como siempre, y... Y si hemos hecho algunos cambios, eh, lo único que se han definido bien son las jefaturas que están a cargo de esta área. Pero yo lo veo como que seguimos trabajando igual.” (Coordinación administrativa, Organigrama)

Los participantes, tanto de profesión médica como de otras formaciones, se refieren más notoriamente a las resistencias al cambio **desde los profesionales médicos**. Éstas se explican, por un lado, desde la costumbre a un modelo de trabajo significativo para su formación profesional, como también desde el interés por la subespecialización, centrada en diagnósticos, cuadros clínicos y avances farmacológicos, que apuntaría en un sentido contrario al modelo comunitario, centrado en determinantes sociales de salud y grupos de población de diagnósticos diversos. Por otro lado, los participantes observan que muchos profesionales médicos se resisten al cambio de modelo por negación a asumir prestaciones comunitarias, por franco desinterés, o bien para no ceder una posición cultural interna de poder. En cuanto a la tensión por el cambio **desde profesionales no médicos**, se señala que la necesidad de cambio, aunque existente, es difícil de observar, lo que se debe a la poca incidencia de los profesionales en algunos espacios relevantes de discusión, además de la propia costumbre al modelo de trabajo previo.

**Compatibilidad:** en la misma línea del arraigo biomédico propio de la cultura interna, se evidencia una **permanencia del modelo biomédico** en las atenciones hacia los usuarios del COSAM. Al menos 3 de los participantes de profesión médica señalan que, a pesar de los cambios en el organigrama, los tiempos de programación y los discursos sobre el modelo comunitario, sus actividades clínicas y prácticas cotidianas de atención a pacientes continúan sin cambios en cuanto a métodos de intervención. Esto es respaldado por los participantes del equipo clínico de profesión no médica, quienes recogen esta impresión desde lo reportado por sus usuarios en las atenciones clínicas y desde otras prácticas, como las reuniones generales del Servicio de Psiquiatría.

“En las funciones habituales, digamos que no mucho, ¿eh? Yo no sé si haya impactado tanto todavía a los pacientes. Uno sigue haciendo poli, ve sus pacientes, indicaciones, lo vuelves a ver, etcétera. Eh, el grueso de la actividad de clínica no, no ha cambiado mucho (...) No impacta profundamente el trabajo que se hace, y la salud de los pacientes que se atienden. La misma cosa nomás.” (Médico psiquiatra, Equipo clínico)

El hecho de mantener este enfoque de intervención desde lo médico se relaciona con la **efectividad de las prácticas existentes** en el dispositivo desde antes de su reconversión en COSAM. Los participantes destacan, por una parte, la permanencia de elementos del modelo biomédico, tales como la distribución interna en “estamentos” profesionales y el interés por la formación de subespecialidad, debido a su funcionamiento efectivo en la coordinación del equipo profesional y el impacto terapéutico probado en la población atendida. Esto se

relaciona, además, con la falta de recursos y la poca priorización de las intervenciones propias del modelo comunitario, lo cual se expone en los ítems Recursos disponibles y Políticas e incentivos externos, respectivamente.

“Si hay alguien que esté interesado en los aspectos neurobiológicos, es mucho más probable que se capacite en eso que en lo comunitario, porque está teniendo que hacer un trabajo mucho más desde su propia disciplina para resolver los problemas con los cuales está funcionando. ¿Entonces qué recursos tiene? No tiene la posibilidad de poder hacer intervenciones comunitarias, sino que el trabajo está mucho más centrado en lo que puede hacer desde lo farmacológico, por ejemplo.” (Jefatura CR Psiquiatría, Organigrama)

Por otro lado, los profesionales médicos señalan que se han reforzado prácticas que tienden hacia lo comunitario, como son las actividades de consultoría con los dispositivos de APS, derivaciones asistidas y visitas domiciliarias, las cuales, sin embargo, son prácticas ya existentes desde la administración hospitalaria.

“Yo creo que se aprovechó un poco el ímpetu ah, yo creo que eran cosas que perfectamente se podían haber hecho bajo el modelo antiguo (...) Ya se hacían y que, o sea, se pudieron haber hecho, pero no se hacían. Antes la derivación asistida era así nomás.” (Médico psiquiatra, Equipo clínico)

Esto permite visualizar el grado de **comprensión de conceptos** sobre el modelo de salud mental comunitaria, en cuanto a sus fundamentos y el sentido de las prácticas que acercan al dispositivo a dicho modelo. Los participantes señalan que en el equipo profesional en general no existe una comprensión acabada sobre el cambio de foco y el porqué de actividades fuera del edificio, como las visitas domiciliarias en equipo. Esto lleva a que algunas prácticas de este tipo, reforzadas en el contexto de reconversión del dispositivo, se hagan pasar por actividades de salud mental comunitaria, incluso estando lejos de este modelo en la práctica.

“Creo que este modelo es fácil de viciar, de cierta manera. Como que la gente rápidamente puede entender su atención comunitaria con ir a tomar café pa un lado. Y ya está, y fui para allá y se justifica. “El chofer tanto fue a tal lado y, me llevó, fuimos y no, charlamos, conversamos nomás un ratito con la gente y nos vinimos”. A realmente hacer una acción comunitaria, participativa por sobre todo, de activar la comunidad, no dejarla más pasiva de lo que está.” (Terapeuta ocupacional, Equipo clínico)

Algunas de las razones que señalan los entrevistados para esta brecha de comprensión son la falta de una capacitación sobre el modelo comunitario para el conjunto del equipo profesional del COSAM, la imposición de la reconversión sin planificación detallada, y la poca influencia de algunos profesionales no médicos formados en el modelo comunitario. Esto puede llevar, en palabras de un entrevistado, a mantener una perspectiva funcional de las

atenciones a los usuarios, en función del cumplimiento de estándares, con el riesgo de “deshumanizar” a la persona atendida.

“Porque el trabajo comunitario también implica otros elementos que tienen que ver con, con que nosotros no estamos interviniendo un algo, sino que estamos interviniendo un alguien. Y muchas veces eso, ese trabajo se, no se entiende así. Está mucho más pensado en las acciones, está mucho más pensado en los, en la intervención en sí, pero se pierde el foco que es la persona.” (Jefatura CR Psiquiatría, Organigrama)

Algunos entrevistados señalan que existen varios esfuerzos activos por potenciar el **trabajo interdisciplinario** en el dispositivo, fomentados principalmente desde los profesionales no médicos y el equipo gestor del COSAM. Se destaca el posicionamiento creciente de los profesionales no médicos en la toma de decisiones sobre los usuarios atendidos, y diferentes acciones que lo expresan y validan, como el registro formal de actividades de coordinación que previamente no eran registradas en la programación de los funcionarios.

Sin embargo, los entrevistados comentan que dichos esfuerzos se encuentran todavía en un nivel mínimo, y que no se han constituido como línea estratégica en el funcionamiento del dispositivo. Esto se refleja en la persistente falta de instancias de encuentro entre profesionales, la permanencia de una gran parte de la población usuaria atendida únicamente por médicos psiquiatras, y la falta de elaboración de Planes de Cuidados Integrales (PCI) para la atención de los usuarios.

“el fuerte y el centro de esto debería ser, eh, la formación de los planes, de los PCI, eh, cómo nosotros eh, hablamos o tratamos de resolver un caso, cuáles van a ser los objetivos que va a trabajar el, el área psicosocial, cuáles van a ser los objetivos médicos y cómo todo eso apoyan a la recuperación de un paciente. Siento que para eso nos falta.” (Gestión comunitaria, Organigrama)

Se señalan problemas de compatibilidad relacionados con una mayor carga de **trabajo administrativo** para la validación de las acciones para el trabajo interdisciplinario, como también la aparición de nuevos roles en el organigrama del dispositivo. En general los entrevistados comentan sobre el hecho de tener más horas de reuniones, más formularios que llenar y más prestaciones nuevas que crear desde SOME, todo lo cual se ha traducido en “más papeles” y, por lo tanto, más burocracia. Dicha carga de trabajo administrativo puede ser especialmente frustrante para los funcionarios médicos, ya que perciben que la mayor parte recae sobre ellos.

“Derivación asistida antes hacer una interconsulta y listo, ahora tiene que hacer la interconsulta y otro papel más. El cambio se ha transformado en más papeles (...) Ahora ese papel significa que, que alguien se va a encargar de asegurarse que efectivamente el paciente tenga una hora en el otro dispositivo. Y eso es bueno. Eso es bueno. Pero cuando se mira así como desde la pega directa, es más, más pega nomás...” (Médico psiquiatra, Equipo clínico)

Finalmente, algunos entrevistados comentan sobre la **necesidad de creación de nuevos servicios** dentro del mismo dispositivo, algunos de los cuales no estarían contemplados en el Modelo de Gestión de COSAM. Los entrevistados señalan tres necesidades específicas: un espacio para las atenciones de urgencia, un mecanismo de atención y registro formal de consultas espontáneas a usuarios no agendados, y un servicio de especialidad para la derivación de casos de alta complejidad. Estas necesidades son planteadas por el equipo de Enfermería, los trabajadores sociales y los médicos psiquiatras, respectivamente, con el propósito de responder a necesidades que no pueden ser resueltas en el funcionamiento actual del COSAM Leonor Mascayano.

**Prioridad relativa:** 10 de los participantes señalaron como prioridad actual en el COSAM el establecimiento del **rendimiento y programación** de las actividades de producción. Dicha prioridad emerge en el contexto de reestructuración interna del dispositivo, las dificultades de sectorización y la demanda progresiva de atenciones para una población usuaria creciente. Desde el equipo gestor se considera esta situación como urgente, llamándola “apagar incendios”, cuya resolución es prioridad por sobre otras actividades, como el estudio del perfil epidemiológico de la población, el desarrollo de encuestas ciudadanas, o la creación de actividades más propias del modelo comunitario de salud mental.

El carácter prioritario de cumplir una programación de alta demanda por partida doble – para el COSAM Leonor Mascayano y para el Servicio de Psiquiatría – ha llevado a una alta sensación de falta de tiempo y sobrecarga en el equipo profesional, lo que afecta su compromiso con el trabajo y, en consecuencia, con la implementación del modelo comunitario.

En este contexto, existe la percepción en los entrevistados de que la **brecha asistencial** no sólo continúa sin ser resuelta, sino que pudiera verse afectada negativamente, debido a las exigencias de instancias de reunión entre equipos y con otros dispositivos, la alta carga de trabajo administrativo, y el abandono de actividades clínicas de algunos profesionales, principalmente médicos, para asumir roles dentro del equipo gestor del COSAM. Esta percepción es complementada con la falta de recursos humanos, que se describe en el ítem Recursos disponibles.



Por otro lado, los participantes señalan como prioridad la potenciación de las **coordinaciones internas** para fortalecer el trabajo en equipo. Esta necesidad en el equipo profesional cobra prioridad para otorgar un sentido interdisciplinario cabal a la atención de usuarios, lo cual se señala que ha funcionado sólo de forma parcial. Por otro lado, miembros del equipo gestor de las unidades de apoyo del Hospital, como la coordinación administrativa y SOME, refieren necesitar mejores instancias de encuentro y coordinación con el equipo profesional para aclarar necesidades y requerimientos mutuos, lo que pudiese tener un impacto positivo en el proceso de reconversión y en la implementación del modelo.

“Se conversan ahí grupos nomás, grupos que quieren, queremos arreglar las cosas, pero al final no decimos "Oye, eh, ¿qué necesitas tú? ¿Qué necesita este otro?" Porque no definimos nuestro, nuestros delegados (...) Para uno a lo mejor es, eh, la infraestructura es súper importante. Para otro el equipamiento, cierto, los sistemas que tenemos. Eh, para otro a lo mejor sería incluso decir hasta que estamos en el cerro aquí y el acceso a nuestros pacientes es complicado. Entonces tenemos que sentarnos, yo creo y de ahí sacar una idea.” (Coordinación administrativa, Organigrama)

En este contexto, las **instancias comunitarias** que propone el Modelo de Gestión de COSAM cuentan con un bajo nivel de prioridad a nivel institucional, de acuerdo con lo expresado por los participantes. Si bien el equipo profesional y gestor dan una alta importancia al trabajo comunitario y existe la percepción de que el COSAM realiza una mayor cantidad de actividades en terreno y de coordinación en red, dichas actividades dependen de los esfuerzos individuales de los funcionarios interesados en realizarlas, y no como línea programática del dispositivo. Por otro lado, ante la excesiva demanda de atenciones individuales mencionada anteriormente, la cantidad de instancias comunitarias ejercidas por los profesionales del COSAM no dan abasto para lo que requiere el Modelo de Gestión.

“Lamentablemente la realidad, en muchos casos distintos, exige, digamos, mayor eh esfuerzo, se termina, digamos, haciendo poli con algunas pequeñas intervenciones un poco más comunitarias, que dependen más bien de esfuerzos individuales, que institucionales.” (Médico psiquiatra, Equipo clínico)

**Incentivos y recompensas internas:** al menos 6 participantes comentan sobre la **falta de incentivos institucionales** para las actividades de implementación del modelo comunitario. Esto no sólo está ligado a la falta de reconocimiento institucional descrito en la dimensión Circunstancias externas, sino que también se percibe dentro del equipo profesional del COSAM que históricamente no han existido incentivos suficientes para los cambios en las prácticas, la capacitación y actualización continua, o la participación en actividades fuera de la atención individual de usuarios.

En este contexto, los entrevistados señalan una latente **necesidad de reconocimientos**, tanto por la participación en la reconversión del dispositivo como por las acciones que solicita el modelo comunitario de salud mental. El equipo gestor refiere que se encuentra generando algunas “buenas prácticas” para fomentar la identificación con el COSAM Leonor Mascayano y mejorar la motivación por el trabajo en el contexto de cambio de modelo. Esto es referido como incentivos que el equipo gestor debe “salir a buscar” para sus funcionarios, ya que no son entregados desde el nivel superior.

Uno de los participantes refiere **propuestas de incentivos** para un desarrollo óptimo de las actividades del dispositivo, con el fin de mantener la motivación de los propios funcionarios por entregar un trabajo de calidad en el servicio público. Refiere que, a la falta de incentivos institucionales tangibles y las confusiones sobre el nuevo organigrama, se suma también la poca motivación de algunos funcionarios por el cumplimiento diligente de sus labores, lo cual pudiese cambiar si se implementan incentivos nuevos, aparte de los que otorga la administración pública.

**Metas y retroalimentación:** sólo tres de los entrevistados hacen alguna referencia a este ítem. Se señala que el equipo no cuenta con una planificación entregada desde el nivel superior, ni tampoco se ha generado un programa estratégico internamente desde el COSAM, que incorpore una visión, misión y líneas estratégicas definidas. Por lo tanto, se toman como metas del dispositivo aquellas relacionadas con las actividades prioritarias señaladas en el ítem Prioridad relativa, es decir, mantener un rendimiento apropiado en términos de atenciones a la población y una programación clara de actividades propias del COSAM Leonor Mascayano para diferenciarse del Servicio de Psiquiatría. Ninguno de los entrevistados hace referencias sobre instancias para la retroalimentación del proceso de reconversión a nivel del equipo profesional del COSAM.

**Clima de aprendizaje:** 5 de los participantes comentan sobre las necesidades de aprendizaje y las posibilidades ofrecidas por la institución. Se señala que en los profesionales del equipo clínico, los miembros del equipo gestor e incluso desde las unidades de apoyo del Hospital, existe gran avidez por adquirir conocimientos y actualizarse en temas de importancia para el trabajo en salud mental, ya sea desde la subespecialización en el caso de los profesionales médicos, en el aprendizaje y propuestas de intervenciones novedosas, y en las prácticas que ya se encuentran en desarrollo desde el equipo gestor o desde algunos estamentos profesionales.

Sin embargo, algo que desincentiva la búsqueda de actualizaciones en todos estos elementos es la burocracia administrativa, tema ya explorado en el ítem Redes y comunicación, y la lentitud y falta de respuestas diligentes desde el nivel superior para aprobar protocolos elaborados internamente desde los profesionales del COSAM. Por otro lado, un factor que puede jugar a favor o en contra de estas búsquedas es el apoyo recibido de parte de las jefaturas y el interés de éstas por mantener al equipo clínico motivado a generar innovaciones.

“Era hermoso el taller, y ahí quedamos porque la jefatura de ese entonces dijo que... Nos hizo mil trabas, que tenía que ser visado por mil cosas. Por eso yo digo que tanto tiene que ver la jefatura, que sí, cachai. Nos frustramos. Y dejamos el taller ahí y nunca más lo tomamos (...) Pero si te dan la, las alas, cachai, así como para que tú podái seguir, puede aparecer un millón de cosas novedosas que poder trabajar. Y que tengan que ver claro con el encuadre de COSAM” (Coordinación Trabajo Social, Organigrama)

**Compromiso del liderazgo:** 8 participantes se refieren a los diferentes compromisos de las jefaturas que han transitado durante el proceso de reconversión del dispositivo, tanto a nivel de jefaturas del COSAM como las jefaturas del Servicio de Psiquiatría del Hospital al cual estaba previamente adscrito el Policlínico. Los entrevistados recuerdan **liderazgos previos ineficientes** en ambos niveles (primera jefatura del COSAM y jefatura de Psiquiatría anterior a la vigente en el periodo estudiado) al momento de iniciarse el proceso de reconversión y durante al menos los dos años siguientes. Los rasgos que hacen que los entrevistados evalúen dichos liderazgos como ineficientes tienen relación con la poca apertura de las jefaturas a compartir información con el equipo profesional sobre el hecho de ser un COSAM, establecer acciones administrativas con sentidos poco compartidos con el equipo profesional, y un evidente desconocimiento sobre el propio modelo de salud mental comunitaria. A esto se suma también el contexto adverso de pandemia de COVID-19 en el cual fuese exigida la reconversión desde el nivel superior, lo que se desarrolla en el ítem Planificación.

Los entrevistados en general valoran positivamente el rol de la jefatura del COSAM vigente hasta el periodo de estudio, en términos de su **competencia** en el modelo y en el **apoyo** entregado a diferentes funcionarios del equipo profesional. Respecto a su competencia, se valoran los conocimientos acabados sobre el Modelo de Gestión de COSAM, iniciando acciones elementales de reestructuración como el organigrama y las programaciones profesionales, y su apertura a compartir la información de manera fundamentada y veraz. Respecto a sus acciones de apoyo, se destaca la escucha activa respecto a las sugerencias y propuestas del resto del equipo, su actitud dialogante y el trato democrático con los funcionarios de todos los equipos internos, incluyendo las unidades de apoyo del Hospital. A

partir de dichos rasgos, el equipo gestor actual del COSAM señala estar siguiendo su legado, tanto para continuar las acciones establecidas como para mantener el clima democrático en el equipo profesional.

Un factor que juega en contra del proceso de implementación del modelo comunitario en el COSAM es la **inestabilidad de las jefaturas**; al momento de realización del estudio, como consecuencia de la movilización del dispositivo, todas las jefaturas, tanto del COSAM como del CR de Psiquiatría y jefaturas intermedias, se encuentran en calidad de subrogantes y a la espera de ser definidas vía concurso. Esto genera una percepción de inestabilidad en las decisiones tomadas desde el equipo gestor, y una sensación de incertidumbre respecto a avance futuro de la implementación del modelo comunitario.

**Recursos disponibles:** todos los 16 participantes del estudio refieren como principal dificultad para la implementación del modelo comunitario de salud mental la grave **falta de recursos humanos** en el dispositivo, considerando el gran volumen de población atendida y las brechas del recurso humano requerido según el Modelo de Gestión de COSAM. Los entrevistados refieren brechas en todos los equipos internos del COSAM, siendo las más mencionadas terapia ocupacional, psicología, psicopedagogía, nutricionistas y médicos psiquiatras infantiles, además de la inexistencia de técnicos en rehabilitación en el dispositivo, y la inexistencia de cargos exclusivos de jefatura y equipo gestor del COSAM.

Los entrevistados afirman que todas las decisiones y acciones del proceso de reconversión, como las programaciones, el rendimiento en horas de atención, la creación de instancias comunitarias, la coordinación interdisciplinaria del equipo clínico y el diseño e instalación de innovaciones, quedan limitadas por este factor, considerado el más importante por los participantes para el proceso de implementación del modelo.

Ante dicha falta de recursos humanos, la **distribución del tiempo** dentro de las programaciones de cada profesional para las actividades clínicas y comunitarias también se percibe como insuficiente para cubrir todas las necesidades de la población usuaria, como también para aprovechar de forma eficiente las instancias de reunión entre profesionales para analizar dichas demandas. En general en los participantes existe la percepción de “no tener tiempo para nada” en su jornada laboral.

“Porque además, depende de nosotros la salud de otras personas. Uno debería tener el tiempo suficiente para verlos tranquilamente, todas las veces que sea necesario, eh, porque esa es la idea, evitar hospitalizaciones, que los pacientes adhieran al tratamiento, tener mucho más vínculo. Pero si yo no

tengo horas nunca... Entonces ¿cómo voy a conseguir todo eso?” (Gestión de docencia, Organigrama)

Por otro lado, junto con las carencias del recurso humano, los participantes señalan que el dispositivo presenta una notoria **falta de recursos materiales**, tanto para la realización de actividades comunitarias como para el funcionamiento del propio dispositivo. La dependencia del Hospital implica que el equipo profesional debe solicitar todos sus recursos materiales a dicho nivel superior, los cuales no son priorizados para el COSAM o para el edificio del Servicio de Psiquiatría. Se señalan dificultades en la recepción de solicitudes, señaladas ya en la dimensión Circunstancias externas, y problemas relacionados con las fechas de ejecución de presupuestos del propio Hospital para la compra de materiales y equipamientos.

“A estas, a estos meses, ya que estamos en agosto, cierto, obvio que los recursos del hospital ya se acaban. Ya estamos... Cuando estamos comprando cosas ya la estamos comprando para el 2024 ahora. Claro, y el proveedor que aguante eso se le compra (...) cada vez que ustedes me piden algo, yo, yo mando los correos... ¿Al final qué hacemos? Ocupamos un poco del fondo fijo, o de repente ocupamos hasta recursos propios para hacerlo.” (Coordinación administrativa, Organigrama)

Respecto a las actividades fuera del dispositivo, se señala la falta de móviles para la realización de visitas domiciliarias, lo que ha llevado al dispositivo a utilizar ambulancias y vehículos particulares en el pasado. Actualmente la situación es cubierta con una estrecha agenda mensual de visitas según la disponibilidad del único móvil facilitado para todo el COSAM. Por otro lado, se señala que la realización de talleres e intervenciones en la comunidad, como jornadas con otros dispositivos y ferias de difusión, depende casi exclusivamente de los recursos propios de los funcionarios, los que escasamente pueden ser repuestos por los fondos de caja del dispositivo.

“hoy día contamos con los espacios y tiempos, pero que no contamos con recursos. Entonces tú tienes muchas ideas, pero finalmente terminamos pidiéndole los recursos a, al [supermercado]. Pagándolos nosotros. Porque tienes la motivación de que una actividad funcione, pero no están los elementos básicos. Y tú con tus recursos puedes comprar lo mínimo” (Gestión comunitaria, Organigrama)

Otro aspecto material relevante para los entrevistados tiene relación con las **características de las instalaciones**. La arquitectura física del establecimiento que comparte el COSAM Leonor Mascayano con el Servicio de Psiquiatría es percibida como adecuada, pero cada vez más insuficiente para la cantidad creciente de población atendida y las necesidades de atención profesional en box individuales. Los entrevistados señalan que esta situación es mucho más precaria en los demás dispositivos ambulatorios de la provincia, siendo éste el factor determinante de la implementación del modelo comunitario en otros COSAM, como es

el caso del COSAM San Pedro de la Paz.

Se señala como ventaja del COSAM Leonor Mascayano el encontrarse establecido en un entorno natural, rodeado de espacios que pueden ser ampliamente aprovechados para intervenciones terapéuticas y actividades comunitarias, en su gran mayoría compartidas con la ONG Rebrota. Sin embargo, la realización de estas actividades está nuevamente ligada a la escasa disponibilidad de tiempos del equipo profesional. Además, el edificio cuenta con problemas de accesibilidad para la población, al encontrarse sobre un cerro y relativamente lejos del centro de Concepción. Finalmente, un participante revela la importancia fundamental de las instalaciones físicas para el modelo comunitario de salud mental:

“la infraestructura es determinante porque va a determinar cuántas personas puede entrar ahí, qué cosas puedes hacer, qué cosas, hasta qué cosas puedes guardar, como insumos. Entonces muy determinante.”  
(Terapeuta ocupacional, Equipo clínico)

Los entrevistados tienen visiones encontradas sobre la permanencia del COSAM Leonor Mascayano en la infraestructura física del Servicio de Psiquiatría. Algunos señalan que el dispositivo debe emigrar del edificio, para encontrar un espacio físico más accesible, más cercano a la ciudad y con menos características hospitalarias; mientras otros señalan que es el Servicio de Psiquiatría el que debe emigrar para incorporarse al Hospital y ceder el edificio al COSAM, en función del volumen de la población, la demanda de actividades grupales y de reunión, y la evidente precariedad de los demás dispositivos.

Finalmente, los participantes señalan que el recurso material con mayor disponibilidad es el **arsenal farmacológico**. Se señala que la provisión de medicamentos para el dispositivo es siempre fluida y rara vez ha tenido problemas de stock. El COSAM cuenta con una farmacia que no sólo es suficiente para toda la población atendida, sino que además abastece a otros dispositivos, como el propio Servicio de Psiquiatría, Hospital de Día y COSAM San Pedro de la Paz.

**Acceso a información:** 11 participantes comentan sobre la notoria **falta de capacitación en el modelo comunitario** en el equipo de funcionarios del COSAM, la cual no ha sido proporcionada por instancias superiores como el Hospital o el Servicio de Salud. Los entrevistados desconocen que exista una intención de realización de dicha capacitación en el dispositivo. Además, señalan que las instancias propicias para la capacitación de todo el equipo de funcionarios, como son las reuniones ampliadas del CR de Psiquiatría, continúan centradas en cuestiones clínicas de interés para el modelo biomédico. Esta carencia

constituye una importante limitación para la implementación del modelo comunitario en el dispositivo.

“por lo menos de los psiquiatras, es menos de, los podría contar con menos de los dedos de una mano los que han trabajado alguna vez en COSAM. Entonces claro, no hay experiencia en COSAM, se trabaja más bien intuitivamente, con la mejor de las voluntades, yo creo, yo confío en eso, sí, pero tal vez nos falte capacitarnos.” (Médico psiquiatra, Equipo clínico)

“Esto ha sido como nuevo, es como "Háganlo", y ¿quién dice qué es y qué no? Y si no te vas a leer el plan, no tienes idea de qué se trata (...) Se podría haber pedido un curso, no sé po cachai, en esta cuestión de capacitación, que hicieran como un curso de COSAM chiquitito y que fuera implementado pa todos y que todos lo rindieran... Pero no ha habido ni hubo en ese tiempo movimientos para eso, y se estaba como "¿Será esta persona adecuada para esto?"” (Coordinación Trabajo Social, Organigrama)

En esta situación, los participantes señalan que la adquisición de conocimientos sobre el modelo comunitario depende totalmente de la búsqueda personal y la **formación autónoma**. Sin embargo, el interés individual de los profesionales por formarse en el modelo comunitario puede verse mermado por factores como el arraigo biomédico, la efectividad de las prácticas de carácter hospitalario y la falta de incentivos externos para el cambio de modelo.

“Porque en el fondo como el modelo no se implementa, tampoco hay un interés por capacitarse. Dudo en absoluto de que alguien se haya formado en los últimos años en algo distinto a lo que fuese la intervención de algún área de la psiquiatría y de la psicología. Dudo. Y si hay alguien que se haya formado desde otras áreas, son, insisto, 5%.” (Jefatura CR Psiquiatría, Organigrama)

#### 4. Características de los individuos

Los 16 participantes hicieron referencias a los ítems incluidos en la dimensión Características de los individuos, con un total de 225 segmentos codificados en 4 de los 5 ítems originales. El ítem “Etapa individual de cambio” fue descartado por ser poco pertinente al proceso de implementación en estudio. La codificación se presenta en la Tabla 21.

**Tabla 21.** Codificación de la dimensión Características de los individuos

<b>Dimensión (categoría) Características de los individuos (225)</b>		
<b>Ítem (código)</b>	<b>Definición</b>	<b>Subcódigos obtenidos</b>
Conocimientos y creencias sobre la intervención (62)	Actitudes de los individuos y valor puesto en la intervención, al igual que su familiaridad con los hechos, verdades y principios relacionados a la misma	Comprensiones individuales (14) Desafíos percibidos (12) Confianza en el Modelo (15) Percepción de cambio (21)
Autoeficacia (30)	Creencia de los individuos en su propia capacidad de ejecutar cursos de acción para lograr las metas de la implementación	Expectativa de éxito (20) Propósito del proceso (10)
Identificación con la institución (45)	Un constructo amplio relacionado a cómo los individuos perciben la organización, y su relación y grado de compromiso con ella	Pertenencia al dispositivo (20) Pertenencia al equipo profesional (25)
Otros atributos personales (88)	Un constructo amplio que incluye otros rasgos personales, como tolerancia a la ambigüedad, capacidad intelectual, motivación, valores, competencia, capacidad y estilo de aprendizaje	Rasgos compatibles con el Modelo (28) Rasgos no deseables (7) Formación de origen (4) Vocación de servicio público (29) Motivación por el trabajo (20)

**Conocimientos y creencias sobre la intervención:** 10 de los participantes del estudio señalaron que la implementación del modelo comunitario está matizada por las **comprensiones individuales** de éste a nivel del equipo profesional, señalando que existen profesionales con diferentes niveles de conocimiento y comprensión del modelo. Ante la pregunta concreta sobre qué entienden por modelo comunitario y qué aspectos de éste se aplican directamente en el COSAM, se aprecia una notoria heterogeneidad entre todos los participantes, lo que demuestra la afirmación. Pese a ello, existe entre los entrevistados la percepción, con más o menos argumentos según cada caso, de no estar llevando a la práctica el modelo comunitario de salud mental en su integridad.

“Hasta nosotros, para nosotros es difícil de entender. Yo me imagino para el resto. Porque si a nosotros nos cuesta entender que habitamos el mismo espacio y estamos las mismas personas, entonces es complicado el tema.” (Gestión de docencia, Organigrama)

“Si nosotros entendiésemos qué significa COSAM, se lo diríamos sin palabras. Cachai, como más con actos, de estar más en la casa o ir más, los ambientes están más afuera, crear más instancias comunitarias.” (Terapeuta ocupacional, Equipo clínico)

La mayor parte de los participantes que hacen referencias a este ítem señalan una creciente **confianza en el Modelo Comunitario**, que funciona como creencia a la base del compromiso



individual con el proceso de implementación, principalmente desde los participantes de profesión trabajadores sociales. Otros participantes, de profesión médica, se refieren al tema con escepticismo, advirtiendo sobre el posible riesgo de idealizar el modelo comunitario.

“Yo eh, a mí me gusta mucho trabajar en base al modelo. He visto, eh, cómo en realidad las personas mejoran. He sido testigo de cómo, eh, las personas, con la participación, con el trabajo de las visitas domiciliarias, el trabajo de la reinserción, de la rehabilitación, eh, mejoran y son parte de, como de la, de, integran de nuevo la sociedad. Digamos, eh, como que renacen. Bajo esa esa mirada, soy un fiel convencido de que el modelo funciona y hay que defenderlo” (Gestión comunitaria, Organigrama)

“yo conocía el modelo, por lo tanto nunca lo vi como la gran solución, digamos, que fuera a resolver problemas importantes del Servicio. Porque sabía que era un cambio de nombre el... El modelo, digamos, yo sabía que tampoco iba, iba a implementarse, digamos, con todo lo que significaría una mirada distinta, más comunitaria, de salud mental.” (Médico psiquiatra, Equipo clínico)

Con diferentes argumentos, los entrevistados en general tienen una **percepción de los desafíos** que limitan la confianza en el modelo comunitario de salud mental. Entre las razones que argumentan estas percepciones se encuentran la escasa disponibilidad de tiempos y recursos (desarrollada en el ítem Recursos disponibles), la cultura biomédica arraigada en los funcionarios más antiguos, y la dependencia de otros dispositivos como la ONG Rebrota para la realización de actividades comunitarias.

“Como que estoy más consciente de la limitación, de las limitaciones de implementación (...) como que le trato de poner el ojo a las ventajas y centrarme en la pregunta, pero se me hace un, como un cúmulo de todas las limitaciones para echar a andar esas ventajas.” (Psicólogo, Equipo clínico)

“como cuando uno siente que "Ah me gustaría hacer más, pero no puedo", ya como que no depende de mí. Como que hay cosas que en verdad no dependen de mí po. Si no es una varita mágica y "Ya, hagamos todo esto"” (Gestión clínica, Organigrama)

Otro elemento que tiene relación con el ítem es la **percepción del cambio**, con relación al proceso de reconversión del Policlínico de Psiquiatría en COSAM. Sobre este punto, la mayor parte de los entrevistados señala que dicho proceso de cambio ha sido poco visible, principalmente por la doble militancia hospitalaria como característica estructural, y ha estado dominado por la incertidumbre y la falta de información. Esto ha generado en parte del equipo respuestas emocionales negativas hacia el modelo comunitario, por formar parte de un contexto de cambio incierto. Sin embargo, destacan algunos participantes que observan el proceso con esperanza y motivación por aprender.

“No sé, el nombre, fue como cambiar el puro nombre a COSAM, porque dependemos 100% de otras cosas. Entonces como que no, no, no podemos avanzar mucho que digamos. Y yo creo que eso es lo único que nos falta. Como que se, se separen totalmente. Aunque digan que ya están separados, no, todos saben que no es así.” (TENS, Equipo clínico)

“Ahora como equipo se vivió con mucha más resistencia, desde esta rabia de la guata, como “¡Nadie nos dijo nada, nos impusieron esto y nadie nos dijo nada!” Eh, pero esto fue... Y esto ayudó a que hubiera mucha desesperanza de esto, de como “No, si esto va a mejorar...”, “¡No va a mejorar!”, así. (Coordinación Psicología, Organigrama)

“Encuentro que esto hay que tomarlo como un desafío nuevo, que, que tenemos la posibilidad de poder mejorar. Si teníamos alguna, si teníamos falencias, tenemos que mejorarlas. Y qué mejor ahora que, que a lo mejor nos pueden escuchar más, estamos más, con más acceso a, al, al director. Así que... No, hay que darle nomás (...). Si todos los cambios son buenos, esto es igual que cuando uno se cambia de trabajo. Hay que, hay que tomarlo como un nuevo desafío y, y darle nomás.” (Coordinación administrativa, Organigrama)

**Autoeficacia:** 11 participantes comentan respecto a sus **expectativas de éxito** en la implementación del modelo comunitario de salud mental en el COSAM, las que tienden a ser moderadas y con conciencia de que la realización íntegra del modelo ocurrirá más bien a largo plazo, por cuestiones institucionales del sistema público de salud, la falta de recursos y de respuestas diligentes desde el nivel superior. Por estos motivos, los participantes presentan la percepción de que las acciones implementadas hasta la fecha y las proyectadas en el corto plazo son insuficientes por sí solas.

“Esto no depende tan solo de lo que haga este dispositivo, sino el que hagan todos los dispositivos, y toda la red de salud mental, toda la especialidad, para que esto cambie en la provincia. Entonces, mientras no exista eso, para mí es, como insisto, estético.” (Jefatura CR Psiquiatría, Organigrama)

“Va a ser muy difícil, pero, que quizás va a pasar mucho tiempo antes de que podamos hacerlo como corresponde. Pero hay que tener paciencia yo creo. Que en el servicio público, como en la salud pública, los procesos, al menos acá en este país, son bien largos.” (Gestión clínica, Organigrama)

Relacionada a las expectativas de éxito, el sentido de **propósito del proceso**, en palabras de algunos participantes, está seriamente limitado, tanto por la falta de información como, principalmente, por la alta carga laboral reflejada en la estrecha distribución de los tiempos y los escasos recursos humanos disponibles.

“Yo creo que es como, es como desgastante, frustrante, y uno pierde un poco como el interés de repente de seguir trabajando, porque, yo lo he escuchado en muchos colegas, ya que hay una, estamos como bien quemados por la sobrecarga de cosas que hacemos. Porque yo puedo entender el rol fundamental

del terapeuta ocupacional, pero si no tiene hora nunca... Tampoco me voy a interesar mucho en saber a lo mejor cómo me puede ayudar, porque no hay posibilidades de que me ayude.” (Gestión de docencia, Organigrama)

**Identificación con la institución:** respecto a la identificación con el COSAM como dispositivo donde ocurre el proceso de reconversión y de implementación del modelo comunitario, existen dos visiones diferenciadas en los participantes. Respecto al **sentido de pertenencia al dispositivo**, es decir, el hecho de constituirse como un COSAM propiamente tal según el Modelo de Gestión y las necesidades del equipo y de la población atendida, la mayoría de los entrevistados señalan que se encuentran en un dispositivo en vías de convertirse en un COSAM, mientras otros afirman que el dispositivo no existe en la práctica y que la reconversión es puramente “estética”. Sin embargo, estas respuestas contrastan con el **sentido de pertenencia al equipo profesional** que conforma el COSAM como dispositivo en reconversión.

“Me siento parte como de un grupo humano que trabaja para un fin común. Pero no sé si ponerle COSAM, porque todavía no somos, no estamos tan "COSAM", como que nos falta para ser un COSAM. Entonces me siento parte como de un grupo de personas que está trabajando por un fin común, pero no sé si todavía llamarnos como... como un principio de COSAM. Un pre-COSAM.” (Gestión clínica, Organigrama)

Algunos entrevistados llegan a señalar que este sentido de “formar parte de un equipo” es una de las principales razones por las que permanecen en el dispositivo, considerando las brechas y frustraciones señaladas en las dimensiones anteriores. Tanto por el compromiso y vocación profesional, el elemento cultural de apoyo mutuo histórico en virtud de las necesidades y carencias, y los procesos de movilización política recientes, los participantes señalan sentirse altamente comprometidos con el equipo, con la atención a los usuarios y, por extensión, con las acciones necesarias para apoyar el proceso de implementación del modelo comunitario en el COSAM.

“Entonces cuando llego acá, y pongo todo el empeño, pero ha habido distintas fases en los últimos dos años en donde eso ha sido como más facilitado y en otras tremendamente dificultado... Me dan ganas de no pertenecer. Pero aquí estoy. En las acciones, sigo aquí. Y no tiene que ver solamente con las lucas, porque si fuera por las lucas la verdad que me habría ido hace muchos años. Pero, pero sigo aquí, porque yo creo que se puede todavía hacer procesos de cambio. Así que sí, yo me siento parte.” (Psicólogo, Equipo clínico)

**Atributos personales:** 10 de los participantes señalan atributos personales relacionados con la motivación y la vocación en el trabajo como aspectos clave para continuar

desempeñándose en el COSAM a pesar de las carencias y dificultades percibidas en el contexto de la reconversión e implementación del modelo comunitario. Se diferencian aquí aspectos relacionados con la **motivación por el trabajo** y aspectos propios de la **vocación de servicio público**, aunque ambos elementos están presentes de forma simultánea en los entrevistados.

“Yo creo que lo que más nos ayuda, y lo hemos conversado tantas veces en el box, que como lo que más nos ayuda a seguir acá (...) es solamente el aprender y el ayudar. El siempre saber que a lo mejor van a haber cosas nuevas que nos puede ayudar a aprender cosas, eh... Y también el hecho de que acá es donde uno más puede ayudar. Es aquí. No, no es afuera en la consulta particular. Es acá. Entonces al fin y al cabo es como realmente, como por amor a lo que hacemos.” (Coordinación Psicología, Organigrama)

La motivación por el trabajo se refleja de forma general, expresamente en el interés por aprender del área de la salud mental o del equipo profesional, la voluntad de generar mejoras y propuestas, y cuestiones relacionadas con el clima laboral de buen trato y apoyo mutuo. Por otro lado, la vocación de servicio público se expresa de manera más específica, en la importancia otorgada al hecho de pertenecer a la administración pública, la atención especial a las características de la población atendida, la disposición a realizar distintos tipos de tareas, y la realización de esfuerzos por mantenerse activos en el establecimiento. Estos elementos facilitan la realización del trabajo y el proceso en sí mismo de implementación.

“Yo creo que hay a nivel como de calidad, siento, como de ofrecer una prestación a la comunidad, creo que hay una buena calidad de funcionarios en COSAM. Como que en ese sentido yo me siento privilegiado (...) porque yo sé que al menos vamos y hacemos la pega, cachai. Hay que hacerla. Y yo creo que ahí el rol activo y la característica personal de ocupar tu voluntad en servicio de las personas, como que eso es muy importante.” (Terapeuta ocupacional, Equipo clínico)

“Yo creo que lo que podría fortalecerlo es que hay un equipo humano, eh, con un ideal y con un compromiso al servicio público, o al, a la necesidad de ayudar al otro, muy potente. Yo creo que la gente aquí es una, es gente como, que tiene una calidez y una calidad humana muy importante, como que en la mayoría. O sea, lo que yo puedo observar, de todo lo que trabajé (...) Como que, ah sí, son comprometidos, hay calidez, hay como buenas intenciones y ganas.” (Jefatura COSAM, Organigrama)

En este sentido, los entrevistados agregan de forma específica algunos **rasgos compatibles con el Modelo Comunitario** necesarios para mantener el proceso de implementación desde las acciones individuales. Los rasgos más mencionados son la flexibilidad y tolerancia a la frustración, la accesibilidad entre funcionarios, la resolutivez ante las necesidades de las personas, una perspectiva no jerárquica en el trabajo en equipos multidisciplinarios, y una visión humanitaria y sensible hacia las necesidades de los usuarios atendidos.

“Y eso va a depender de la habilidad y la expertise de cada profesional de identificar si es que hay alguna, no sé po, situación que requiera de la intervención de trabajo social, que requiera de psicología o de cualquier otra prestación, digamos, que nosotros podamos entregar (...) Pero eso tiene que ver con habilidades y características como personales, creo yo, más que del modelo.” (Trabajadora social, Equipo clínico)

“Un interés mínimo. Claro, porque necesariamente yo creo que las personas tendrían flexibilidad. Es un elemento súper importante, ya. Ser accesible. No ser un dios. Ser una persona accesible a un paciente. Cercano. Conocer su historia.” (Gestión comunitaria, Organigrama)

“Porque por más que puedas tener un modelo comunitario, si la persona que está trabajando ahí no tiene una mirada, digamos, del otro como sujeto, no va a funcionar mucho el modelo. Entonces quizás mientras no se pueda instalar bien, sí uno puede transformar su mirada de la situación en el trabajo, con los pacientes. Ya. Y eso quizá te pueda dar algo más de esperanza.” (Médico psiquiatra, Equipo clínico)

Se reconocen algunas diferencias en cuanto al desarrollo de dichos rasgos con relación a la **formación de origen**, donde se señala que los médicos psiquiatras han tenido más dificultades que los profesionales no médicos para adecuarse a estos rasgos esperables en un profesional de COSAM.

Junto a esto se señalan, por oposición, algunos **rasgos no deseables** para el modelo comunitario, como la rigidez en las tareas asignadas, el aprovechamiento de las facilidades de la administración pública para evadir responsabilidades laborales, y una eventual perspectiva deshumanizante de las personas, más atendidas en función del cumplimiento de indicadores y asuntos legales que por comprometerse con la realidad del otro como sujeto.

“Y a veces eso pasa por hacer un cambio personal, ya, un trabajo personal, sobre todo en los médicos, porque los médicos se nos forma mucho en una cosa así como muy autoritaria, como de “Lo que tú dices es lo que es”. Como que no le preguntas a nadie tu parecer” (Gestión clínica, Organigrama)

“Sin duda, eso está en todas partes. De gente de que pide licencias excesivas, y gente que le da esas licencias, y hasta personas que tienen problemas de comunicación, tienen problemas de toma de decisiones. Hasta ese punto (...) hay gente que va a sentarse. O a hacer lo que le pide nomás el dispositivo y nada más.” (Terapeuta ocupacional, Equipo clínico)

“Está muy dependiente de las personas. Está muy enfocado al tema derecho, está mucho más enfocado hacia lo legal, que hacia ese compromiso con la persona. O sea, yo acepto una persona más que nada por como soy yo, que como por cómo debería ser desde mi profesión.” (Jefatura CR Psiquiatría, Organigrama)

## 5. Proceso de implementación

Esta dimensión se refiere tanto a los pasos de un proceso formal de implementación (planificación, ejecución y evaluación) como a las acciones de compromiso realizadas por sus participantes más activos, sean líderes de opinión, defensores o “campeones”, o líderes designados interna o externamente. Es la segunda dimensión con menos referencias hechas por los entrevistados, con un total de 120 segmentos codificados en la Tabla 22.

**Tabla 22.** Codificación de la dimensión Proceso de implementación

<b>Dimensión (categoría) Proceso de implementación (120)</b>		
<b>Ítem (código)</b>	<b>Definición</b>	<b>Subcódigos obtenidos</b>
Planificación (38)	Grado en que se desarrolla por adelantado un esquema o método de conducta y tareas para implementar la intervención, y la calidad de tales esquemas o métodos	Ausencia de planificación previa (19) Contexto (9) Plan local sobre la marcha (10)
Ejecución (43)	Llevar a cabo o cumplir la implementación de acuerdo con el plan	Acciones de gestión hospitalaria (19) Acciones según Modelo (24)
Reflexión y evaluación (8)	Retroalimentación cuantitativa y cualitativa sobre el progreso y calidad de la implementación acompañada de un resumen regular personal y del equipo sobre el progreso y la experiencia	Reflexión y evaluación (8)
Compromiso: Agentes externos (4)	Individuos afiliados con una entidad externa que formalmente influyen o facilitan las decisiones de la intervención en una dirección deseable	Agentes externos (4)
Compromiso: Líderes de opinión (5)	Individuos en la organización que tienen influencia formal o informal sobre las actitudes y creencias de sus colegas respecto a implementar la intervención	Líderes de opinión (5)
Compromiso: Campeones (8)	Individuos que se dedican a apoyar, promocionar y ‘manejarse’ en una intervención, superando la indiferencia y resistencia que la intervención puede provocar en una organización	Campeones (8)
Compromiso: Líderes internos designados (14)	Individuos desde dentro de la organización que han sido formalmente designados con la responsabilidad de implementar la intervención, como coordinador, mánager de proyecto, líder de equipo u otros roles similares	Líderes internos designados (14)

**Planificación:** los 12 participantes que contestan preguntas sobre la existencia de alguna planificación de las actividades de implementación del modelo comunitario en el COSAM se refieren de forma unánime a la **ausencia de una planificación previa**. Tanto desde las jefaturas del nivel gestor como a nivel de los funcionarios del equipo clínico, incluyendo las unidades de apoyo administrativo desde el Hospital, señalan que no se ha entregado una planificación desde el nivel superior hospitalario, como tampoco se ha podido instalar un programa interno detallado y distribuido entre los funcionarios.

“Entonces yo desconozco eh, si es que cuando se inició o cuando se dio como el vamos a la instalación, se generó algún plan o proyecto de, como de implementación, ya. Por lo menos cuando yo llegué a tomar como esta posta por decirlo así, eh, no se venía siguiendo ningún modelo de implementación. O sea, no es que a mí se me haya pasado un modelo, "ya, mira, vamos aquí, sigue por aquí o esto es lo que estaba proyectado", por decirlo así” (Jefatura COSAM, Organigrama)

Una de las principales explicaciones que comentan los entrevistados sobre la falta de una planificación al momento de iniciarse la reconversión del dispositivo es el **contexto** del proceso, el cual es reconstruido a partir de los eventos que recuerdan algunos entrevistados, aunque de forma imprecisa y sin fechas concretas.

De acuerdo con los relatos, se señala que la indicación de reconvertir el Policlínico de Psiquiatría en un COSAM llegó a la jefatura del CR de Psiquiatría en el último trimestre de 2019, poco después de la paralización del dispositivo en el contexto del estallido social chileno en octubre de ese año. Sin embargo, el inicio de la pandemia de COVID-19 impidió el desarrollo de acciones de gestión del COSAM para priorizar las atenciones vía telemática y la organización de las tareas presenciales por sistemas de turnos semanales. Esta situación continuó hasta marzo del año 2021, con el retorno a las actividades presenciales de la totalidad del equipo clínico. En ese entonces se designa la antigua coordinación del Policlínico de Psiquiatría como jefatura del COSAM Leonor Mascayano, siendo asignada esta función a una profesional no médica del dispositivo. El año 2022 es reemplazada por la jefatura del COSAM vigente durante el periodo contemplado en este estudio, y se inicia la reorganización interna del equipo profesional en un organigrama, además de la elaboración de manuales organizacionales y protocolos de actividades clínicas y comunitarias.

Así, los participantes señalan que las tareas de gestión de la jefatura y equipo gestor del momento estudiado operan como una **planificación local sobre la marcha**, respaldado por las propias instancias de coordinación y las actas emanadas en las reuniones al momento de

tomar las decisiones en el equipo gestor.

“Entonces ya desde la experiencia yo te podría decir, porque no lo vas a encontrar anotado en ninguno, en ningún, en ninguna cosa que haya quedado esta implementación como estipulada” (Jefatura COSAM, Organigrama)

“Pero no había nada más, cachai. No se exigió como capacitación en el tema de gestión ni ningún tipo de cosas. Y de ahí empezó a implementarse el que éramos COSAM y hacer cambios, y hacer cambios desde ahí para abajo, cachai” (Coordinación Trabajo Social, Organigrama)

**Ejecución:** en este método de organización interna emergente, los entrevistados comentan que en la práctica se han realizado acciones concretas que demuestran la existencia de un proceso de cambio en curso. Sin embargo, emergen en los relatos dos tipos de acciones diferentes: acciones relacionadas con la gestión hospitalaria, para la implementación de mejoras en el proceso de reconversión del dispositivo, y acciones propias del Modelo Comunitario, específicas de acuerdo con el Modelo de Gestión de COSAM actual.

Sobre las **acciones de mejora de gestión hospitalaria**, se señala la reorganización de las planificaciones horarias, la incorporación de equipos multidisciplinarios en las visitas domiciliarias (tarea previamente realizada sólo por trabajadores sociales), y la creación de nuevos manuales, reuniones y protocolos de actividades clínicas como el rescate de usuarios inasistentes y la entrega de fármacos a domicilio.

Destaca en varios entrevistados la percepción de que la instalación de visitas domiciliarias integrales es el mayor reflejo de la implementación del modelo comunitario de salud mental, cuestión que otros participantes niegan, por el hecho de que las visitas domiciliarias integrales son prestaciones ya existentes en el modelo de administración hospitalaria previo. Esto se relaciona con la comprensión de los conceptos, incorporados en el ítem Compatibilidad, y con la percepción del cambio, como elemento del ítem Conocimientos y creencias sobre la intervención.

“mientras no hay cambios se trabaja más desde la inconciencia, desde la costumbre. Pero ahora es como “No, estamos cambiando, ¿y cómo lo estamos haciendo?” Pero fue más bien por cambiar el modelo, no por el modelo en sí. Ya, la derivación asistida, rescate de pacientes... Que también pudieron haberse hecho. Claro, no es algo propio de ser COSAM o no ser COSAM.” (Médico psiquiatra, Equipo clínico)

Respecto a las **acciones propias del Modelo Comunitario**, se señala el énfasis puesto en la sectorización del dispositivo, la organización de los profesionales en reuniones según grupos de CESFAM designados por territorio, mayor coordinación con la APS y planes de



continuidad de cuidados, mayor permanencia en la realización de intervenciones psicosociales grupales y actividades en conjunto con dispositivos comunitarios, y el uso protocolar del Plan de Cuidados Integrales (PCI) como organizador de las prestaciones entregadas a cada usuario. Se destaca además una forma de relacionarse entre profesionales que tiende hacia la toma democrática de decisiones y la coordinación de acciones desde una perspectiva multidisciplinaria.

Se menciona que estas acciones aún están en desarrollo y con dificultades para su ejecución plena, mientras se señala también la falta de otras acciones de mayor relevancia comunitaria, como la atención a todo el ciclo vital, el levantamiento de diagnósticos comunitarios, y capacitaciones en temas de alta relevancia como la interculturalidad o la diversidad sexual y de género, entre otros.

**Reflexión y evaluación:** del mismo modo que se menciona una ausencia de planificación previa, los participantes señalan que no existen formatos acordados para la evaluación del proceso de implementación, ni indicadores de desempeño, ni plazos para una revisión. Se tiene la percepción de que las tareas deben cumplirse según las necesidades emergentes, sobre la base de las prioridades de gestión a resolver (descritas en el ítem Prioridad relativa). Ante la pregunta específica por alguna instancia de retroalimentación desde el nivel hospitalario superior, un entrevistado señala que *“se tuvo que generar una paralización, porque esa retroalimentación nunca llegó”* (Gestión comunitaria, Organigrama).

Otro participante sugiere que las metas e indicadores de desempeño deben ser establecidos por una comisión de delegados, tanto de los equipos internos del COSAM Leonor Mascayano como de los demás dispositivos en proceso de transformación, que tengan la capacidad de definir indicadores, plazos y formas de verificación, todo esto de la forma más operativa posible.

“Porque las fechas, de repente tú sabes que decimos "Vamos a hacer esto", pero las fechas, pasan meses, pasan años y justo de repente que nos sentamos a decir "¿Estamos OK?", y otros dicen "Sabes qué, este no es mi delegado" (...) Pero todo parte por estos delegados. Cierto. Y que nos sentemos en una mesa a conversar y digamos "Esto vamos a hacer, en estos plazos cachai, y ocupar la infraestructura en estos horarios"” (Coordinación administrativa, Organigrama)

Finalmente, respecto a las acciones de **Compromiso** referidas por los participantes, se destacan los siguientes roles:

La figura de los **líderes internos designados** es la más recurrente, al referirse a los propios miembros del equipo gestor del COSAM, como también a otros funcionarios encargados de tareas específicas en las actividades de producción del dispositivo. La jefatura del COSAM señala que los miembros del organigrama fueron elegidos de forma estratégica por la idoneidad de su formación profesional, como es el caso de elegir un profesional trabajador social para la gestión comunitaria o una profesional enfermera para la coordinación con la unidad de SOME.

Otros roles también fueron designados expresamente para aumentar su nivel de involucramiento con el modelo comunitario, tanto a nivel personal como en los equipos profesionales internos. Destaca en este sentido la participación de médicos psiquiatras como aliados estratégicos en el rol de gestión de procesos clínicos.

“aporta mucho con el tema de los psiquiatras, porque es un estamento grande, pero es un estamento complicado. Entonces yo siento que fue clave tener una figura de psiquiatra, que además de revisar la interconsulta, que es el proceso que uno dice, ya, mecánico, ayudaba en la gestión, y ayudaba como en esto de, de también reconvertir.” (Jefatura COSAM, Organigrama)

Otros liderazgos que forman parte específica del organigrama del COSAM Leonor Mascayano son los coordinadores de los equipos profesionales. Estas figuras son elegidas por los propios equipos, por lo que se encuentran validadas por los funcionarios del dispositivo en general. La designación democrática de estos roles hace que en muchos casos estos profesionales sean reconocidos como **líderes de opinión**, en función de su experiencia, conocimientos y aptitudes para la gestión de las necesidades de cada equipo.

Se menciona la reciente presentación de un equipo de **agentes externos**, encargados por la dirección del Hospital Guillermo Grant Benavente para resolver las carencias más urgentes manifestadas en el proceso de paralización del COSAM Leonor Mascayano. Se reconoce en estos agentes su influencia para activar algunas solicitudes históricas, principalmente en temas de infraestructura, recursos materiales y plataformas de información, todo lo cual es evaluado positivamente por los entrevistados. Esta figura, de aparición reciente, es completamente nueva en el dispositivo y se encuentra aún operativa al momento de presentar esta investigación.

Finalmente, se destaca como **campeones** a funcionarios que presentan un interés más explícito con el proceso de implementación del modelo comunitario, lo cual se manifiesta en su participación en intervenciones psicosociales grupales y actividades en la comunidad, como también en su rol de liderazgo espontáneo en la reciente paralización del COSAM. Se señala específicamente a profesionales trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales dentro de este grupo.

Desde una perspectiva crítica, sin embargo, algunos participantes señalan que, ante la inexistencia en la práctica de un COSAM propiamente tal según el Modelo de Gestión y con las limitaciones identificadas para la instalación del modelo de salud mental comunitaria, no existe, en la práctica, ningún rol de liderazgo o de compromiso con el modelo en sí.

“Es que yo creo que el COSAM, no es COSAM. Entonces, eh, ¿hablar de que hay líderes que están llevando el COSAM a ser un COSAM? Yo creo que en este momento no hay (...) Personas motivadas en hacer lo mejor posible para que funcione el COSAM entre comillas, ¡sí! Sí hay, y yo creo que eso sería super injusto no reconocerlo. Pero, pero liderazgo para implementar un COSAM yo creo que no hay, porque primero yo creo que no se entiende realmente qué es lo que debe hacer un COSAM.” (Jefatura CR Psiquiatría, Organigrama)

## Triangulación de resultados

Para la integración de los resultados del análisis de datos cuantitativos y cualitativos del presente estudio, siguiendo el diseño explicativo secuencial anunciado en el marco metodológico, se elaboró un protocolo de triangulación. Este es caracterizado por O’Cathain y colaboradores (49) como una técnica de integración que permite combinar ambos tipos de hallazgos en la fase de interpretación, es decir, una vez que los datos cuantitativos y cualitativos ya han sido obtenidos y analizados separadamente, con el propósito de obtener una visión amplia del fenómeno a estudiar. Este tipo de integración permite encontrar simultáneamente convergencias, complementariedad y disonancias entre los dos tipos de hallazgos, lo que coincide con lo descrito por Erzberger y Prein (52) sobre la triangulación como forma de construcción de hipótesis de base empírica.

Una forma estándar de realizar este protocolo de triangulación es mediante la creación de matrices de codificación de convergencias, las que permiten encontrar acuerdo total, acuerdo parcial, desacuerdo o silencio entre ambos conjuntos de datos. Esta triangulación se realiza siguiendo el orden del diseño explicativo secuencial seleccionado para esta investigación, es decir, la explicación de los resultados del análisis cuantitativo inicial a través de los hallazgos del análisis cualitativo posterior (45,46).

Se elaboró un primer borrador de matrices de convergencia en base a los tres ejes del análisis cuantitativo: Características de la población, Atenciones clínicas y Actividades del Modelo Comunitario, analizando cada uno a la luz de las categorías cualitativas del CFIR: Características de la intervención, Circunstancias externas, Circunstancias internas, Características de los individuos y Proceso de implementación.

Sin embargo, para homologar esta parte del análisis de resultados al tercer objetivo específico propuesto para la investigación (“Identificar facilitadores, barreras e implicancias de la implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria en los elementos constitutivos del COSAM Leonor Mascayano”), los primeros hallazgos de las matrices creadas a modo de borrador fueron reorganizados y completados en nuevas matrices de convergencia, que son las presentadas en este capítulo.

Estas nuevas matrices fueron construidas en base a los elementos constitutivos del COSAM de acuerdo con el modelo de pensamiento sistémico planteado por la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud, a saber: **Prestación de Servicios, Recursos Humanos, Sistemas de Información, Tecnologías Médicas, Financiamiento, Liderazgo**

y **Gobernanza**, y **Personas (Usuarios)**, cruzando los datos organizados de acuerdo con las dimensiones del CFIR como marco de estudio del proceso de implementación. Los hallazgos en estas matrices permiten observar los elementos facilitadores y obstaculizadores, obtenidos del análisis por diseño explicativo secuencial, del proceso de implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria en el COSAM Leonor Mascayano.

### Prestación de servicios

El primer elemento constitutivo que analizar es la Prestación de servicios, definido como las “*intervenciones, personales o no, seguras, eficaces, seguras y de calidad, destinadas a quienes las necesitan, cuando y donde se necesitan (incluida la infraestructura), realizadas con un mínimo desperdicio de recursos*” (43)(p.31). La matriz de convergencia para este elemento se presenta en la Tabla 23.

Este elemento abarca los tres ejes de análisis del diseño cuantitativo, es decir, el flujo de la población usuaria (ingresos, egresos y población bajo control), la distribución de las atenciones clínicas y las actividades propias del Modelo Comunitario. Los participantes de las entrevistas semiestructuradas en el diseño cualitativo comentaron sobre la influencia de la mayor parte de las dimensiones del CFIR para la comprensión de dichos datos.

Respecto al flujo de la población atendida, existe una notoria alza en los *ingresos* hacia 2019, seguido de una abrupta caída en 2020, volviendo a aumentar progresivamente en los años posteriores. La variación más notable se observa en la *población bajo control* en 2022, registrada por el COSAM, superior a todos los años anteriores, registrados por el HGGB. Sin embargo, los *egresos* presentan escasa variación a lo largo de todo el periodo, a pesar del aumento en los ingresos y las cifras progresivas de población beneficiaria.

Destaca la gran diferencia entre las *atenciones médicas* y no médicas, donde las atenciones de psiquiatra adulto e infantil son superiores en número y tasas de atención a todas las demás atenciones combinadas a lo largo de todo el periodo estudiado. En el año 2022 se registran más atenciones médicas que en todos los años en estudio, con una diferencia de más de 10 mil registros con las atenciones no médicas. Al comparar con lo esperado en el Modelo de Gestión de COSAM, las cantidades y tasas de atención presentadas hacen aún más evidente la diferencia en ambos tipos de atención.

Entre las *atenciones no médicas*, la psicoterapia individual es la más frecuente en todos los años, seguida de consultas de salud mental de trabajo social y de terapia ocupacional. Las atenciones de trabajo social se mantuvieron relativamente constantes en todo el periodo, con variaciones menores a los demás tipos de atención, presentando su menor frecuencia en 2022. Ese mismo año, las consultas de terapia ocupacional, de otros profesionales, psicoterapia individual e intervenciones psicosociales grupales muestran más registros que en los dos años anteriores.

Respecto a las *actividades en línea con el Modelo Comunitario*, el año 2022 destaca por una realización de consultorías, visitas integrales de salud mental y coordinaciones con el intersector y comunidad notablemente mayor que en 2020 y 2021. Las visitas integrales de salud mental registran mayor frecuencia en los años 2018 y 2019 por un profesional, mientras en 2022, en menor frecuencia, hay mayor proporción de visitas realizadas por varios profesionales. Las actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria muestran una suerte de explosión en 2022, con mayor cantidad y variedad de actividades que en los 4 años anteriores. En otras palabras, el COSAM registra por su cuenta más actividades en línea con el modelo comunitario en un año que todo el HGGB en el resto del periodo estudiado.

En cuanto a las *Características de la intervención*, en general los fundamentos del Modelo Comunitario son valorados por los entrevistados, existiendo una percepción de numerosas ventajas relativas sobre el modelo hospitalario del Policlínico, que se puede observar en la realización concreta de un mayor número de atenciones no médicas, consultorías con la APS y actividades de coordinación comunitaria en 2022 que en los años anteriores. Dicha valoración, sin embargo, contrasta con las cifras de atenciones médicas, que se mantienen superiores a todas las demás actividades del dispositivo.

Esto tiene relación directa con las *Circunstancias externas*, donde los entrevistados acusan una alta exigencia sobre las atenciones médicas, en desmedro de las prestaciones no médicas y comunitarias, dada la dependencia hospitalaria del COSAM. Además, el proceso de implementación y las carencias en otros COSAM también parecen incidir en las altas cantidades de ingresos y controles frente a los pocos egresos del dispositivo.

Respecto a las *Circunstancias internas*, destaca la falta de recursos humanos, de tiempos y de infraestructura para la atención de toda la población, que excede notablemente lo dispuesto para un COSAM de acuerdo con el Modelo de Gestión ministerial. El dispositivo hace esfuerzos de reorganización interna a través de la puesta en marcha del organigrama y tareas

de gestión, con lo que logra aumentar el número de atenciones no médicas y comunitarias y mantener constantes las atenciones médicas, como se observa en la dimensión de *Proceso de implementación*, a pesar de que los profesionales acusan contar con menos tiempo y disponibilidad de atenciones debido a las nuevas tareas incorporadas en su programación.

Finalmente, se observa en la dimensión *Características de los individuos* que la permanencia proporcional de atenciones médicas y no médicas a lo largo del tiempo influye en la baja percepción de cambio en el equipo clínico y la percepción de la implementación como desafiante y difícil, dadas las limitaciones de recursos y exigencias institucionales.

**Tabla 23.** Matriz de convergencia de Prestación de servicios, según dimensiones del CFIR

<b>Elemento constitutivo</b>	<b>Prestación de servicios:</b> intervenciones, personales o no, seguras, eficaces, seguras y de calidad, destinadas a quienes las necesitan, cuando y donde se necesitan (incluida la infraestructura), realizadas con un mínimo desperdicio de recursos			
<b>Dimensiones CFIR</b>	<b>Acuerdos totales (Convergencias)</b>	<b>Acuerdos parciales (Complementariedad)</b>	<b>Desacuerdos (Disonancias)</b>	<b>Silencios</b>
<b>Características de la intervención</b>	<i>Fundamentos:</i> validación del cambio de Modelo en el dispositivo; aumento de atenciones no médicas y comunitarias.	<i>Ventaja relativa:</i> rol del trabajo social en la pertinencia del abordaje clínico; estabilidad de atenciones de trabajo social a lo largo del periodo estudiado.  <i>Evidencia:</i> tasas de atenciones médicas; evidencia de aspectos del modelo hospitalario que permanecen en los COSAM.	<i>Fundamentos - Ventajas relativas:</i> validación de fundamentos del Modelo y percepción de sus ventajas; se contraponen a baja cantidad de atenciones no médicas y actividades comunitarias.	Participantes reportan que el contenido de las atenciones médicas del dispositivo sigue regido por estándares biomédicos del modelo de Policlínico. Los REM presentan la cantidad de atenciones médicas, pero no se cuenta con indicadores de sus contenidos.
<b>Circunstancias externas</b>	<i>Políticas e incentivos externos:</i> falta de estímulo a actividades comunitarias a nivel de provisión de recursos; exigencias hospitalarias de producción médica.	<i>Presión de pares:</i> falta de recursos y proceso de implementación en curso; baja tasa de egresos en COSAM y baja proporción NNA en 2022.	<i>Recursos y necesidades de pacientes:</i> riesgo de “perder pacientes” debido a falta de atenciones espontáneas y urgencia; se contraponen a estabilidad de flujos de la población atendida.	-
<b>Circunstancias internas</b>	<i>Características estructurales - Recursos disponibles:</i> creación de programaciones para optimizar organización interna y capacidad de respuesta; se mantienen tasas de ingresos, controles y atenciones médicas.  <i>Recursos disponibles:</i> falta de infraestructura para atenciones clínicas y comunitarias.	<i>Compatibilidad:</i> aumento en atenciones no médicas y actividades comunitarias en 2022; modos de trabajo hospitalario y poca incidencia interdisciplinaria en años anteriores.	<i>Prioridad relativa:</i> preocupación por disminución de atenciones médicas ante aumento de actividades no clínicas; atenciones médicas se mantienen altas y alcanzan máximos totales en 2022.	Participantes expresan limitaciones de agenda de atenciones, burocracia administrativa y falta de interacción entre equipos internos. REM no permiten obtener concentración (atenciones por usuario en el periodo estudiado) para corroborar esta percepción.



<b>Características de los individuos</b>	-	<i>Autoeficacia:</i> la permanencia proporcional de atenciones médicas y no médicas puede relacionarse con la baja percepción de cambio en el equipo clínico y la percepción de la implementación como desafiante y difícil, dadas las limitaciones de recursos.	<i>Conocimiento y creencias:</i> a pesar de validación expresada por trabajadores sociales y su confianza en el Modelo, las atenciones de trabajo social disminuyeron en 2022 respecto a los años anteriores.	
<b>Proceso de implementación</b>	Contexto ( <i>Planificación</i> ) y Acciones de mejora de la gestión ( <i>Ejecución</i> ): actividades presenciales posterior a la emergencia sanitaria de COVID-19 y programaciones del equipo profesional; se evidencia en 2022 el aumento de atenciones clínicas de todos los profesionales respecto a los años anteriores.			

### Personal sanitario (Recursos humanos)

El elemento constitutivo del personal sanitario, o recurso humano del sistema de salud, es descrito en el modelo de pensamiento sistémico de la OMS como la existencia de un equipo “*receptivo, equitativo y eficiente en función de las circunstancias y los recursos existentes, y disponible en número suficiente*” (43)(p.31). La matriz de convergencia de este elemento se presenta en la Tabla 24.

En los datos cuantitativos, el número y tasas de los diferentes tipos de *atenciones clínicas* se relacionan no sólo con el volumen de la población, sino también con la disponibilidad del personal. La mayor tasa de atenciones médicas responde a un equipo clínico compuesto mayoritariamente por médicos psiquiatras, siendo sus atenciones las más próximas a los indicadores propuestos por el Modelo de Gestión ministerial. Por otro lado, el aumento de actividades no médicas en general se explica desde las dimensiones del CFIR, exploradas en las entrevistas cualitativas.

En este elemento se pueden observar dos factores notorios y contrapuestos que inciden en el proceso de implementación del Modelo: las graves brechas de recursos humanos como principal limitante, frente a las características del equipo clínico como principal facilitador.

A nivel de *Circunstancias internas*, la grave brecha de profesionales no médicos en el COSAM es identificada como la principal limitación para el funcionamiento del dispositivo, lo que incide, por ejemplo, en la baja proporción de atenciones a niños, niñas y adolescentes en 2022, relacionada directamente con la falta de personal especializado en dicha población. A ello se agregan otros factores limitantes, como la falta de instancias formativas en el Modelo Comunitario para el equipo clínico del COSAM y la permanencia de elementos culturales biomédicos propios del antiguo Policlínico de Psiquiatría. Esto último, sin embargo, se contrapone con los diagnósticos de baja precisión clínica en la mayor parte de la población (“trastornos de personalidad” y “otros”) observados en el análisis cuantitativo.

Estas limitaciones convergen con las *Circunstancias externas*, donde resalta la falta de incentivos y la relación distante con el nivel superior jerárquico, la dirección del Hospital Guillermo Grant Benavente, que limita aún más la resolución de las brechas mencionadas. Además, la coordinación entre los dispositivos se restringe a una cantidad limitada de tareas de manejo de casos, e instancias ocasionales de comunicación de necesidades en contingencias sociales, las que no perduran en el tiempo.

El factor que más favorece el proceso de implementación dentro de este elemento, identificada de forma unánime por los entrevistados, se presenta a nivel de las *Características de los individuos*. Destaca la percepción de un equipo clínico con atributos como la vocación de servicio público y un profundo sentido de pertenencia al equipo profesional, además de la confianza básica en el propio Modelo desde los profesionales no médicos. Esto complementa algunos aspectos favorables en las circunstancias internas, como el cambio generacional del equipo y el liderazgo de la jefatura en el periodo estudiado. A nivel del *Proceso de implementación*, destacan las acciones de una variedad de funcionarios identificados como líderes de opinión, actores designados y “campeones”, lo cual es destacado a pesar de la visión crítica de inexistencia, en la práctica, de un COSAM propiamente tal.

**Tabla 24.** Matriz de convergencia de Personal sanitario (recursos humanos), según dimensiones del CFIR

<b>Elemento constitutivo</b>	<b>Personal sanitario (recursos humanos):</b> receptivo, equitativo y eficiente en función de las circunstancias y los recursos existentes, y disponible en número suficiente			
<b>Dimensiones CFIR</b>	<b>Acuerdos totales (Convergencias)</b>	<b>Acuerdos parciales (Complementariedad)</b>	<b>Desacuerdos (Disonancias)</b>	<b>Silencios</b>
Características de la intervención	-	<i>Ventaja relativa:</i> rol de trabajo social favorece la pertinencia del abordaje clínico, siendo las atenciones de trabajo social las más estables a lo largo del periodo estudiado.	-	-
Circunstancias externas	<i>Políticas e incentivos externos:</i> contingencia relacionada con brechas profesionales y relación distante entre COSAM y HGGB; tasas de atenciones no médicas limitadas por falta de recursos humanos.	<i>Presión de grupo - Cosmopolitismo:</i> comunicación poco frecuente entre equipos de diferentes dispositivos, se organizan ocasionalmente durante las contingencias sociales.	-	-
Circunstancias internas	<i>Características estructurales - Recursos disponibles:</i> brecha de profesionales no médicos y equipo clínico con mayoría de médicos psiquiatras; explica mayor volumen de atenciones médicas, baja disponibilidad de atenciones no médicas y baja proporción de NNA en 2022.	<i>Acceso a información - Cultura biomédica:</i> falta de capacitación en el Modelo y retención de usuarios “crónicos”; puede incidir en baja tasa de egresos. Cambio generacional ( <i>Cultura</i> ) y <i>Prioridad relativa:</i> esfuerzos de profesionales más jóvenes y con experiencia en otros COSAM en la realización de actividades comunitarias.  <i>Compromiso de liderazgo:</i> rol de la jefatura del COSAM como decisivo en la organización interna y avance en acciones del Proceso de implementación.	<i>Prioridad relativa:</i> preocupación por disminución de atenciones médicas ante aumento de actividades no clínicas; atenciones médicas se mantienen altas y alcanzan máximos totales en 2022.	

Características de los individuos	<i>Conocimiento y creencias:</i> confianza en el Modelo, principalmente desde trabajadores sociales; estabilidad de atenciones de trabajo social, cantidad mayor después de atenciones médicas y psicoterapia.	<i>Atributos personales:</i> vocación de servicio público, preferencia por el trabajo comunitario y rasgos profesionales deseables, presentes en la mayoría del equipo profesional.	-	
Proceso de implementación	-	<i>Acciones de Compromiso:</i> roles de líderes designados, líderes de opinión y “campeones”, facilitan el proceso de implementación.	<i>Acciones de Compromiso:</i> desde perspectiva crítica, al “no haber COSAM”, no existen líderes en la implementación del Modelo.	

## Información de salud

El elemento de Información de salud en el modelo sistémico de la OMS se refiere a la existencia de información que posibilite “*la producción, el análisis, la difusión y el uso de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el desempeño de los sistemas de salud y la situación sanitaria*” (43)(p.31). La matriz de convergencias de este elemento se presenta en la Tabla 25.

Se ha señalado la existencia de dos fuentes de registro en este estudio: los REM del HGGB entre los años 2018 a 2021, y los REM elaborados desde el COSAM Leonor Mascayano en 2022 (con excepción del registro de atenciones médicas). Si bien el hecho de contar con REM desde el propio dispositivo puede presentar un número de potenciales ventajas, impresiona que no están siendo utilizados por el equipo gestor del COSAM. Varios participantes señalaron desconocer las necesidades y recursos específicos de la población usuaria, por lo que la toma de decisiones del equipo gestor es orientada por los flujos de población y listas de espera. La inexistencia de informes epidemiológicos del dispositivo da cuenta de esto.

A nivel de *Circunstancias externas*, se señala una población usuaria con perfiles multiproblemáticos y cuadros clínicos de salud mental graves, en línea con lo dispuesto para el nivel de especialidad. Si bien esto puede relacionarse con el aumento de ingresos y la alta tasa de población bajo control, los grupos diagnósticos registrados para la mayor parte de la población no permiten confirmar la especificidad ni la “cronicidad” de los cuadros clínicos descritos en las entrevistas. Desde las *Circunstancias internas*, esta falta de precisión es disonante con la formación del equipo clínico y la predominancia cultural biomédica.

A nivel de *Características de la intervención*, los pocos participantes que se declaran conocedores del Modelo de Salud Mental Comunitaria señalan evidencia desfavorable sobre su efectivo funcionamiento; por otro lado, entre las circunstancias internas se señalan dificultades para acceder a información sobre el Modelo y potenciales problemas de compatibilidad entre el registro de las actividades comunitarias y su contenido práctico, lo cual pudiese alterar o “viciar” sus fundamentos validados de antemano por el equipo profesional.

El *Proceso de implementación* evidencia que el aumento de actividades en línea con el Modelo Comunitario, como las visitas integrales de salud mental y actividades de consultoría, se encuentran en un área gris entre gestiones de carácter hospitalario y acciones del propio Modelo. Esto también coincide con el poco acceso del equipo profesional del COSAM a instancias formativas sobre el Modelo de Salud Mental Comunitaria.

**Tabla 25.** Matriz de convergencias de Información de salud, según dimensiones del CFIR

<b>Elemento constitutivo</b>	<b>Información de salud:</b> ha de posibilitar la producción, el análisis, la difusión y el uso de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el desempeño de los sistemas de salud y la situación sanitaria			
<b>Dimensiones CFIR</b>	<b>Acuerdos totales (Convergencias)</b>	<b>Acuerdos parciales (Complementariedad)</b>	<b>Desacuerdos (Disonancias)</b>	<b>Silencios</b>
Características de la intervención	-	-	<i>Evidencia:</i> deficiente respecto a otros contextos y ambigua sobre el tipo de actividades realizadas; se contrapone al aumento en consultorías y actividades de coordinación con el intersector y la comunidad.	
Circunstancias externas	<i>Recursos y necesidades de pacientes:</i> población de alta complejidad y gravedad de cuadros clínicos; se relaciona con aumento de ingresos y población bajo control.	<i>Recursos y necesidades de pacientes:</i> mayor proporción de diagnósticos en TDP y “Otros”. Grupo TDP explica (en parte) la alta tasa de población bajo control y la baja cantidad de egresos. Grupo “Otros” no permite confirmar cronicidad de la población atendida.	-	No se ha levantado perfil epidemiológico de la población del COSAM.
Circunstancias internas	<i>Características estructurales:</i> programaciones horarias delimitan actividades del COSAM. Esto ayuda al equipo gestor a obtener sus propios REM en 2022, contando con información más precisa sobre la población, prestaciones y actividades del dispositivo.	<i>Acceso a información - Cultura:</i> falta de capacitación en el Modelo Comunitario; puede incidir en registros diagnósticos y bajo flujo de egresos. <i>Compatibilidad:</i> necesidad de creación de prestaciones y registro preciso de actividades no clínicas.	<i>Acceso a información - Cultura biomédica:</i> interés del personal por la subespecialización, diagnósticos precisos y lenguaje biomédico predominante; se contradice con alta proporción del grupo diagnóstico “Otros”, sin precisión diagnóstica. <i>Compatibilidad - Acceso a información:</i> contenido de las actividades comunitarias puede ser “fácil de viciar”, en cuanto pudiesen realizarse actividades no consistentes con los fundamentos del Modelo.	No hay elementos cualitativos que expliquen distribución de atenciones clínicas por sexo y grupos de edad en la población del COSAM.  REM no precisan funcionarios participantes de actividades comunitarias, lo que impide observar la participación de profesionales médicos versus no médicos en actividades propias del Modelo.

Proceso de implementación	<i>Planificación y Reflexión y evaluación:</i> proceso de reconversión de COSAM opera “sobre la marcha”. No se han planificado instancias de retroalimentación sobre metas cumplidas en el proceso de implementación del COSAM.	<i>Ejecución:</i> visitas de salud mental y consultorías son entendidas como actividades comunitarias, pero son actividades preexistentes a nivel de gestión hospitalaria.	-	-
---------------------------	---	--	---	---



### Tecnologías sanitarias

Las tecnologías de uso sanitario o tecnologías médicas descritas por la OMS incluyen “*productos médicos, vacunas y otras tecnologías de comprobada calidad, seguridad, efectividad y costoeficacia, y su utilización científicamente racional y costoeficaz*” (43)(p.31).

La matriz de convergencias de este elemento se presenta en la Tabla 26.

No se describen con precisión los elementos tecnológicos necesarios para un COSAM en los lineamientos del Modelo de Salud Mental Comunitaria, como tampoco se precisan en el Modelo de Gestión ministerial. Las tecnologías de mayor necesidad, descritos por los participantes del proceso cualitativo, son el arsenal farmacológico y la disponibilidad de vehículos para las actividades de visita integral de salud mental y otras actividades comunitarias.

Destaca en el COSAM Leonor Mascayano la existencia de un arsenal farmacológico de alta actualización y vasta disponibilidad, llegando a suplir la necesidad de varios dispositivos a la vez. Este sería el mayor recurso disponible identificado en las *Circunstancias internas*. Respecto a la disponibilidad de móviles para actividades comunitarias, al igual que otras necesidades materiales y de infraestructura, no figuran como prioridad para la administración hospitalaria a nivel de *Circunstancias externas*, por lo que su mínima disponibilidad es aprovechada según lo permita la organización horaria interna del equipo profesional. Otros materiales para actividades comunitarias o de mejora del propio dispositivo suelen ser cubiertos por los propios funcionarios, muchas veces sin compensación desde el nivel institucional superior.

**Tabla 26.** Matriz de convergencias de Tecnologías médicas, según dimensiones del CFIR

<b>Elemento constitutivo</b>	<b>Tecnologías médicas:</b> comprende productos médicos, vacunas y otras tecnologías de comprobada calidad, seguridad, efectividad y costoeficacia, y su utilización científicamente racional y costoeficaz			
<b>Dimensiones CFIR</b>	<b>Acuerdos totales (Convergencias)</b>	<b>Acuerdos parciales (Complementariedad)</b>	<b>Desacuerdos (Disonancias)</b>	<b>Silencios</b>
Características de la intervención	-	-	-	Disponibilidad de móviles y tecnologías de contacto con la comunidad como parte de la Evidencia del Modelo en otras localidades. No hay detalles de la necesidad a nivel local.
Circunstancias externas	<i>Políticas e incentivos externos:</i> falta de recursos para la realización de actividades comunitarias, incluyendo móviles para visitas integrales de salud mental.	-	<i>Políticas e incentivos externos:</i> en 2022 se realizan más actividades comunitarias que en todo el periodo anterior, a pesar de la falta de recursos desde el HGGB.	-
Circunstancias internas	<i>Recursos disponibles:</i> arsenal farmacológico es el único recurso ampliamente disponible en el dispositivo, sosteniendo además a otros dispositivos de la red (COSAM San Pedro, Hospital de Día).	<i>Recursos disponibles:</i> los materiales y tiempos para actividades comunitarias dependen casi exclusivamente de los funcionarios, a menudo sin compensación institucional.	-	<i>Compatibilidad:</i> necesidad de tecnologías que permitan nuevos registros, agendamiento vía remota y atenciones de urgencia. No hay información cuantitativa sobre la necesidad de dichos servicios.

## Financiamiento

El elemento de Financiamiento es descrito por la OMS como “*fondos suficientes para la salud, a fin de que las personas puedan utilizar los servicios que necesitan y estén protegidas contra las catástrofes financieras y el empobrecimiento a que podría conducir las la obligación de pagar por estos servicios*” (43)(p. 31).

A nivel local, y dado que el COSAM Leonor Mascayano pertenece a la red pública de salud mental, el financiamiento es observable directamente en la disponibilidad de recursos humanos, remuneraciones, cantidad de horas de atención, recursos materiales e infraestructura del dispositivo. La matriz de convergencias de este elemento se presenta en la Tabla 27.

Todos los participantes de esta investigación señalan de forma unánime que existen carencias significativas en todos los recursos arriba mencionados. Del mismo modo, atribuyen la falta de recursos directamente a la falta de priorización de parte de la administración hospitalaria del dispositivo, en lo que se entremezclan prejuicios culturales históricos sobre el Servicio de Psiquiatría y el rol del psiquiatra en la comunidad médica, problemas de financiamiento dentro del mismo Hospital, y desconocimiento de las necesidades específicas del Modelo de Salud Mental Comunitaria, especialmente en términos de recursos humanos. Esta situación levanta dudas en algunos participantes sobre la pertenencia del COSAM Leonor Mascayano a la administración hospitalaria, discusión que no ha tenido resolución hasta la fecha.

**Tabla 27.** Matriz de convergencias de Financiamiento, según dimensiones de CFIR

<b>Elemento constitutivo</b>	<b>Financiamiento:</b> fondos suficientes para la salud, a fin de que las personas puedan utilizar los servicios que necesitan y estén protegidas contra las catástrofes financieras y el empobrecimiento a que podría conducirlos la obligación de pagar por estos servicios			
<b>Dimensiones CFIR</b>	<b>Acuerdos totales (Convergencias)</b>	<b>Acuerdos parciales (Complementariedad)</b>	<b>Desacuerdos (Disonancias)</b>	<b>Silencios</b>
Circunstancias externas	<i>Políticas e incentivos externos:</i> exigencias ministeriales apuntan a metas de producción y rendimiento del dispositivo en base a atenciones médicas; se mantiene alta tasa de atenciones médicas en todo el periodo, en desmedro de atenciones no médicas.	<i>Políticas e incentivos externos:</i> administración hospitalaria restringe el presupuesto disponible para mejoras o apertura de dispositivos de salud mental para facilitar la sectorización; se mantienen altas tasas de ingresos y controles y bajas tasas de egresos.	-	-
Circunstancias internas	<i>Recursos disponibles:</i> brechas de recursos humanos y carencias materiales se explican con la falta de financiamiento desde la administración hospitalaria.	<i>Acceso a información:</i> desconocimiento sobre el Modelo Comunitario; baja prioridad otorgada desde la administración hospitalaria.	-	-

## Liderazgo y Gobernanza

Se describe el elemento de Liderazgo y Gobernanza desde el modelo sistémico de la OMS como la existencia de “*marcos normativos estratégicos, además de facilitar una supervisión efectiva, establecimiento de alianzas, rendición de cuentas, reglamentaciones e incentivos, así como prestar atención al diseño del sistema*” (43)(p. 31). La matriz de convergencias de este elemento se presenta en la Tabla 28.

A nivel de *Circunstancias externas*, se replica la ya mencionada falta de priorización y la relación distante con el nivel institucional superior, que ha limitado la disponibilidad de recursos y el mantenimiento de exigencias de rendimiento y producción diferentes a las prioridades del Modelo Comunitario. Por otro lado, a nivel de presión de grupo y cosmopolitismo – entendido como el grado de presencia del COSAM Leonor Mascayano en la red de salud mental – se observan dinámicas emergentes de encuentro y comunicación cercana con los equipos de los demás dispositivos de la especialidad, las cuales pudieran favorecer la resolución de necesidades de gestión, como la coordinación de casos y el proceso de sectorización de la población, mediante la formación de alianzas.

En las *Circunstancias internas*, se destaca en este elemento la elaboración de un organigrama interno, homologado al organigrama tipo de un COSAM según el Modelo de Gestión, como principal acción de gobernanza para la implementación del Modelo Comunitario en el dispositivo. Esta acción a nivel de características estructurales permite la delimitación de programaciones horarias para el equipo profesional, la creación de nuevas prestaciones además de las atenciones clínicas, y la efectiva realización de un gran número de actividades en línea con el Modelo, a pesar de las limitaciones materiales señaladas en la dimensión anterior, además del aumento de las atenciones no médicas respecto al año anterior.

Se mencionan necesidades históricas como la mejora en las instancias de comunicación entre los equipos internos, aún divididos por “estamento” profesional. Esta división fue mantenida de forma estratégica como canal de información histórico y legitimado por el equipo clínico del dispositivo; sin embargo, se reconoce que dicha estructuración interna puede presentar problemas al reconvertir el dispositivo en un COSAM, en comparación con los otros COSAM de la provincia.

El liderazgo de la jefatura del COSAM durante el periodo estudiado es un aspecto favorecedor clave en este elemento. Los participantes señalan la existencia de jefaturas previas ineficientes para el proceso de reconversión, atribuyendo la posibilidad real de mejoras y

creación de nuevas prestaciones al apoyo de la jefatura del año 2022. Dicho rol motiva a los demás actores del equipo gestor y otros participantes identificados como líderes en la dimensión del *Proceso de implementación*. El estilo personal de la jefatura, sumado a rasgos culturales internos del equipo clínico relacionados con el apoyo mutuo ante las carencias institucionales, genera a nivel de *Características de los individuos* un fuerte sentido de pertenencia al equipo, que complementa la vocación de servicio y el interés por el perfeccionamiento clínico antes mencionados y que puede constituirse como factor que favorece el proceso. Dicho sentido de pertenencia difiere de la identificación del dispositivo como un COSAM, donde los participantes manifiestan percepciones heterogéneas.

Una limitación para el proceso a nivel de gobernanza es la inexistencia de elementos que otorguen dirección al proceso de implementación, como documentos organizaciones que incluyan la misión y visión del COSAM, planes estratégicos con metas y evaluación del proceso, levantamientos de necesidades a través de encuestas participativas para los funcionarios y la población usuaria, y la mencionada elaboración del perfil epidemiológico de la población. El equipo gestor señala que dichas acciones no han sido resueltas debido a la persistencia de necesidades urgentes de gestión hospitalaria, arrastradas históricamente por el dispositivo y acrecentadas en el contexto actual posterior a la pandemia, que se relacionan con la atención del gran volumen de población usuaria asignada al COSAM.

**Tabla 28.** Matriz de convergencia de Liderazgo y Gobernanza, según dimensiones del CFIR

<b>Elemento constitutivo</b>	<b>Liderazgo y gobernanza:</b> contar con marcos normativos estratégicos, además de facilitar una supervisión efectiva, establecimiento de alianzas, rendición de cuentas, reglamentaciones e incentivos, así como prestar atención al diseño del sistema			
<b>Dimensiones CFIR</b>	<b>Acuerdos totales (Convergencias)</b>	<b>Acuerdos parciales (Complementariedad)</b>	<b>Desacuerdos (Disonancias)</b>	<b>Silencios</b>
Circunstancias externas	<i>Políticas e incentivos externos:</i> relación con el nivel superior distante a nivel físico y de gestión del dispositivo; falta de recursos y demoras en la resolución de necesidades, y ausencia total de incentivos para la implementación.	<i>Presión de grupo:</i> situaciones en otros COSAM y contingencias sociales mejoran comunicación entre dispositivos de la red. Esto puede mejorar la resolución de necesidades de consultoría, derivaciones y actividades en red.	<i>Políticas e incentivos externos:</i> falta de estímulos institucionales para la realización de actividades comunitarias; sin embargo, éstas alcanzan niveles máximos en 2022.	
Circunstancias internas	<i>Características estructurales:</i> la creación del organigrama del COSAM, programaciones horarias para el equipo gestor y clínico, y nuevas prestaciones en línea con el Modelo de Gestión de COSAM, explican la realización efectiva de consultorías, visitas de salud mental y actividades comunitarias en 2022.	<i>Clima de aprendizaje - Compromiso del liderazgo:</i> creación de propuestas de intervención grupal y comunitaria, atribuida al apoyo e incentivos de la jefatura. <i>Redes y comunicación:</i> mejor comunicación entre equipos internos vía programación horaria.	<i>Prioridad relativa:</i> preocupación por disminución de atenciones médicas ante aumento de actividades no clínicas; atenciones médicas se mantienen altas y alcanzan máximos totales en 2022.	
Características de los individuos	-	<i>Identificación con la institución:</i> liderazgo validado por sentido de pertenencia al equipo y atributos personales.	-	-

<p>Proceso de implementación</p>	<p><i>Ejecución:</i> puesta en marcha de organigrama y programaciones horarias es el principal factor que permite el aumento de atenciones clínicas y comunitarias en 2022. <i>Compromiso:</i> se establecen Líderes internos designados de forma estratégica para resolver necesidades de actividades comunitarias y respuesta a alto flujo de ingresos.</p>	<p><i>Planificación</i> sobre la marcha - <i>Evaluación:</i> ausencia de misión y visión o propuestas de retroalimentación puede incidir en la permanencia proporcional de las atenciones clínicas. El equipo gestor expresa que debe continuar resolviendo urgencias antes de elaborar propuestas nuevas en la distribución de las atenciones y la gestión de la población atendida.</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
----------------------------------	---	---	----------	----------



## Personas

El elemento final del modelo de pensamiento sistémico de la OMS se refiere a las Personas, entendidas en este contexto como la población usuaria. Se propone en dicho modelo que las personas participen en el sistema de salud *“no sólo como mediadores y beneficiarios, sino también como actores en la conducción del sistema”* (43)(p.31), en el sentido que sus necesidades y características orienten los esfuerzos de los dispositivos de salud, por lo que este elemento está puesto en el centro del modelo sistémico. La matriz de convergencias correspondiente se encuentra en la Tabla 29.

A lo largo de los tres ejes del análisis cuantitativo se describen aspectos epidemiológicos relevantes de la población usuaria. Para empezar, los registros del HGGB hasta 2021 resaltan mayor atención hacia la población masculina a nivel de ingresos, egresos y población bajo control, con una tendencia a razones de sexo más equitativas cada año. Dicha proporción entre hombres y mujeres se revierte en 2022, con los registros propios del COSAM. Se muestra un aumento progresivo en la distribución de atenciones a personas adultas y mayores de 60 años, con mayor participación de mujeres, y una notoria disminución del grupo de niños y adolescentes, especialmente varones.

Respecto a los diagnósticos, se observa una disminución de personas diagnosticadas con trastornos de inicio en la infancia, contra un aumento en los diagnósticos de trastornos afectivos en las mujeres de todas las edades, trastornos de ansiedad a nivel de ingresos y población bajo control, y la esquizofrenia y discapacidad intelectual en hombres adultos. Sin embargo, los diagnósticos de mayor magnitud, como se ha descrito, corresponden a trastornos de personalidad y aquellos incorporados en la categoría “Otros”, que aumentan año tras año en todos los indicadores.

En cuanto a la población destinataria de las atenciones clínicas, el grupo con mayor número y tasa de atenciones en el último año corresponde a niñas, adolescentes y mujeres adultas hasta los 39 años. Las mujeres jóvenes reciben la mayor cantidad y variedad de atenciones clínicas, con excepción de las consultas de terapia ocupacional e intervenciones psicosociales grupales, otorgadas en mayor cantidad a los hombres. Esto ocurre de forma simultánea con el aumento de la población de mujeres adultas de todas las edades y la disminución de los hombres en ingresos y población bajo control. En otras palabras, se realizan más atenciones clínicas hacia mujeres en tanto hay más mujeres que atender. Finalmente, en las actividades en línea con el Modelo Comunitario, se describe un progreso en las consultorías con APS de

mayor atención a casos de mujeres, lo que coincide con la tendencia descrita, especialmente en el último año de estudio.

La descripción de la población usuaria a nivel de las dimensiones del CFIR se encuentra principalmente en la dimensión *Circunstancias externas*, que dedica un ítem a los “Recursos y necesidades de los pacientes”. Además de las características de cuadros clínicos graves y perfiles multiproblemáticos descritos en los elementos constitutivos anteriores, una característica señalada por varios entrevistados es la permanencia de una parte significativa de la población usuaria en el COSAM Leonor Mascayano de forma voluntaria, a pesar del proceso de sectorización. Es decir, se continúa atendiendo a una cantidad importante de usuarios que no pertenecen al territorio asignado actualmente.

Además de representar una dificultad en sí misma en el proceso de sectorización que se intenta llevar en el dispositivo, esta permanencia voluntaria responde a otros factores descritos como limitantes del proceso, como la falta de recursos disponibles en los otros COSAM de la provincia, y la baja percepción de cambio en un dispositivo que conserva el mismo equipo profesional, el mismo edificio y la misma dependencia institucional que el anterior Policlínico de Psiquiatría hospitalario. Por otro lado, se señala la existencia de fuertes lazos de los usuarios hacia los profesionales tratantes, lo que da cuenta de los atributos personales favorables ya descritos en los elementos constitutivos anteriores como parte de las *Características de los individuos*, a saber, vocación de servicio y motivación por el trabajo.

Finalmente, como se ha mencionado en los elementos anteriores, el COSAM Leonor Mascayano no ha levantado perfiles epidemiológicos precisos, encuestas participativas ni diagnósticos comunitarios con la población usuaria. Las mayores instancias de participación y conexión de los usuarios con el dispositivo son la asistencia a intervenciones psicosociales grupales y algunas actividades realizadas en conjunto con otros dispositivos de la comunidad, lo que no representa expresamente un avance hacia la participación como se entiende en los fundamentos del Modelo Comunitario.

**Tabla 29.** Matriz de convergencias de Personas, según dimensiones del CFIR

<b>Elemento constitutivo</b>	<b>Personas:</b> papel de las personas no sólo como mediadores y beneficiarios, sino también como actores en la conducción del sistema.			
<b>Dimensiones CFIR</b>	<b>Acuerdos totales (Convergencias)</b>	<b>Acuerdos parciales (Complementariedad)</b>	<b>Desacuerdos (Disonancias)</b>	<b>Silencios</b>
Características de la intervención	-	-	-	<i>Fundamentos y Ventajas relativas:</i> se señala el Modelo como una oportunidad de generar participación social en los usuarios y funcionarios. Sin embargo, no se cuenta con indicadores que expresen la realización de estas instancias.
Circunstancias externas	<i>Recursos y necesidades de pacientes:</i> población usuaria descrita con alta complejidad y gravedad de cuadros clínicos; aumento de ingresos y población bajo control, trastornos afectivos en mujeres y trastornos de ansiedad en todos los grupos de población. Parte de la población se mantiene en el dispositivo voluntariamente a pesar del proceso de sectorización; puede influir sobre altas tasas de población bajo control.	<i>Recursos y necesidades de pacientes:</i> COSAM cuenta con instancias de interacción con la población usuaria y actividades coordinadas con algunos dispositivos comunitarios; sin embargo, son señalados como insuficientes y contemplan escasamente otros sectores fuera del área de salud. Esto se relaciona con la mayor realización de actividades del Modelo, pero con poca interacción con el intersector (educativo y laboral)	-	-
Circunstancias internas	-	<i>Prioridad relativa:</i> realización de actividades comunitarias (charlas de difusión y otras) son acciones individuales de funcionarios designados. <i>Metas y retroalimentación:</i> no se cuenta con Plan Estratégico en el COSAM.	-	-

Características de los individuos	-	<i>Atributos personales:</i> vínculo de usuarios con el dispositivo es explicado por la calidad del equipo clínico, descrito con virtudes de vocación de servicio y motivación por el trabajo.	-	-
-----------------------------------	---	--	---	---

### Facilitadores y barreras de implementación en los elementos constitutivos

A partir de las matrices de convergencia presentadas en este capítulo, es posible elaborar los aspectos identificados en el análisis de método mixto como facilitadores y limitantes del proceso de implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria, desde la perspectiva del Marco Unificado de Investigación en Implementación o CFIR, sobre cada uno de los elementos constitutivos del COSAM Leonor Mascayano, desde el modelo de pensamiento sistémico para el fortalecimiento de los sistemas de salud de la OMS.

Los hallazgos en el cruce de datos desde ambos modelos fueron organizados en una matriz de doble entrada (Tabla 30), y se describen a continuación.

**Prestación de Servicios:** los principales *facilitadores* de la implementación hallados en este elemento se refieren, en general, a la validación y confianza puesta por el equipo clínico y gestor, principalmente desde profesionales no médicos, en los fundamentos del Modelo de Salud Mental Comunitaria, sus ventajas relativas y posibilidades de mejora, como también en la capacidad del dispositivo de reorganizarse internamente y delimitar sus programaciones horarias, permitiendo la efectiva realización de sus actividades. Se puede observar que estos facilitadores están relacionados directamente con los elementos de Liderazgo y Gobernanza, como también con características del Recurso Humano del dispositivo, que se presentan más adelante.

En cuanto a las *barreras* existentes en este elemento, se evidencia la falta concreta de disponibilidad de atenciones a la población usuaria en el dispositivo, y un funcionamiento de la red de salud mental que aún requiere optimización. Sumado a la falta de evidencia favorable a nivel nacional y local sobre el funcionamiento del Modelo, desde la perspectiva de los participantes con mayores conocimientos y experiencia, estos hechos provocan una percepción de dificultad en la entrega de servicios de salud mental comunitaria, considerados desafiantes en función de las limitaciones de recursos y coordinación existentes.

**Recursos Humanos:** este elemento presenta la mayor cantidad de *facilitadores* para la implementación del Modelo, descritos principalmente a nivel de circunstancias internas, características de los individuos y acciones de compromiso en el proceso de implementación, desde las dimensiones del CFIR. Los participantes describen un número de ventajas en este Modelo, relacionadas con su amplitud de análisis clínico con pertinencia psicosocial, una mejor organización de los equipos, y mayores oportunidades de participación para los usuarios y los propios funcionarios en instancias comunitarias significativas. Esto se complementa con un alto sentido de pertenencia al equipo profesional y compromiso con el

servicio público, atributos percibidos por los entrevistados en la mayor parte de los funcionarios del dispositivo. Las mejoras en la comunicación y el trabajo interdisciplinario, la realización efectiva de actividades que apuntan hacia el modelo comunitario y la naciente coordinación con los demás dispositivos de la red, son acciones fundadas en la disposición personal de los funcionarios del COSAM por mejorar el funcionamiento interno y la atención a la población usuaria. Destacan una variedad de actores que cumplen roles de compromiso con el proceso de implementación, en alianza con la jefatura del COSAM en el periodo estudiado.

La principal **barrera** radica en la falta de recursos humanos disponibles. Las grandes brechas de profesionales no médicos y de cargos exclusivos para el equipo gestor limitan significativamente la realización de actividades del Modelo Comunitario, como también la disponibilidad de atenciones clínicas. El COSAM Leonor Mascayano cuenta con un equipo profesional compuesto en mayor número por médicos psiquiatras, y la mayor parte del equipo no cuenta con formación o capacitaciones en el Modelo de Salud Mental Comunitaria, con la consiguiente predominancia de elementos culturales internos propios del modelo biomédico hospitalario. Esto se complementa con la baja prioridad que la administración del HGGB asigna tanto al Modelo Comunitario como al dispositivo en sí.

**Información en salud:** respecto al uso de la información en salud disponible en el COSAM Leonor Mascayano, existen **facilitadores** relacionados con la disponibilidad de datos formales, a saber, los Registros Estadísticos Mensuales desde 2022 en adelante. Junto a ello, los participantes de las entrevistas logran inferir algunas características generales de la población usuaria, como cuadros clínicos y necesidades múltiples, ajustados al nivel de especialidad del dispositivo.

Por otro lado, se observan múltiples **barreras** en este elemento a nivel de información clínica, del Modelo Comunitario y del proceso en sí. A nivel clínico, el equipo gestor no ha generado instancias para el análisis del perfil epidemiológico de la población, como tampoco se han levantado encuestas participativas ni diagnósticos comunitarios, requeridos por el Modelo de Gestión ministerial para completar la implementación del Modelo. Una posible consecuencia es la disonancia existente entre el manifiesto interés del equipo profesional por la precisión diagnóstica y la predominancia de grupos diagnósticos no específicos en la población atendida en el COSAM.

Sumada a la falta de formación del equipo profesional dada la poca prioridad para generar instancias de capacitación desde el nivel jerárquico superior, existe poca evidencia alentadora

sobre el Modelo de Salud Mental Comunitaria a nivel nacional y local. Finalmente, el equipo gestor no cuenta con planes de trabajo o líneas estratégicas organizacionales plasmadas en documentos formales que evidencien el proceso de reconversión en COSAM, operando principalmente sobre necesidades emergentes y urgencias acarreadas desde el Policlínico de Psiquiatría.

**Tecnologías sanitarias:** este es otro elemento en el cual se observan más barreras que facilitadores para el proceso de implementación. El principal **facilitador** a nivel tecnológico es la existencia de un arsenal de fármacos actualizado y de amplia disponibilidad, que abastece tanto al COSAM Leonor Mascayano como a varios otros dispositivos de salud mental.

Poco se describe sobre las necesidades específicas a nivel tecnológico para la implementación del Modelo Comunitario a nivel de evidencia y documentos ministeriales, lo que puede constituir una de las **barreras** en este elemento. El dispositivo tiene una escasa disponibilidad de recursos materiales esenciales para su funcionamiento, lo que impacta en la realización de actividades que apuntan hacia el Modelo. Un ejemplo de esto son las visitas en terreno, indispensables en el Modelo Comunitario, que no se pueden realizar frecuentemente por la falta de vehículos dispuestos desde el HGGB.

**Financiamiento:** directamente relacionado con el elemento anterior, se describen únicamente **barreras** a nivel de financiamiento en el proceso de entrevistas cualitativas. Como se ha descrito en los elementos anteriores, tanto el COSAM Leonor Mascayano como la puesta en marcha del Modelo de Salud Mental Comunitaria, no tienen prioridad para la administración hospitalaria del HGGB. Esto se traduce directamente en un bajo financiamiento hacia el dispositivo y, en consecuencia, en todas las carencias de recursos, materiales y humanos, descritas a lo largo del presente estudio. A esto se suma el evidente desconocimiento del proceso de reconversión desde el nivel jerárquico superior, lo cual acentúa las pocas facilidades en la entrega de información o procesos de capacitación en el Modelo a nivel interno, descritas en el elemento Información en salud.

**Liderazgo y Gobernanza:** en este elemento se pueden observar múltiples factores que dificultan y facilitan el proceso de implementación, los cuales inciden y son influenciados por todos los elementos anteriores. A nivel de **facilitadores**, destaca la capacidad de reorganización interna del dispositivo mediante la creación de un organigrama eficiente, el establecimiento de programaciones horarias diferenciadas, y la creación de nuevas prestaciones para el equipo clínico que buscan incentivar la coordinación interna y el trabajo interdisciplinario. Estas decisiones han apoyado significativamente el avance en la

reconversión del dispositivo, y responden a las necesidades emanadas desde el propio equipo para dar respuesta a las exigencias de sectorización territorial propias del modelo de COSAM.

Se destaca el establecimiento de roles estratégicos que facilitan la ejecución de mejoras y la participación de profesionales médicos y no médicos en el proceso. Este modo de gobernanza interna es apoyado por un fuerte sentido de pertenencia al equipo, presente en la mayoría de los funcionarios del dispositivo, y los atributos personales mencionados en el elemento de Recurso Humano. El contexto de contingencia que atraviesa el COSAM ha permitido el encuentro con equipos profesionales de otros dispositivos, lo que puede favorecer las pendientes mejoras en la coordinación y el trabajo en red que requiere la implementación del Modelo.

Las **barreras** a nivel de gobernanza se relacionan principalmente con la falta de recursos humanos, en el contexto de baja prioridad que recibe este proceso desde el nivel jerárquico superior, lo que se traduce en la falta de cargo internos específicos de gestión. Junto con la reorganización interna y la falta de experiencia de gran parte del equipo profesional en el Modelo Comunitario, la situación provoca una sensación de sobrecarga, debido a las limitaciones de tiempo y la alta carga de tareas administrativas, en especial entre los funcionarios médicos.

Por otro lado, la inexistencia de un documento organizacional con una misión, visión y líneas estratégicas de trabajo, sumado a la falta de claridad sobre el mandato de reconversión, provoca la sensación de estar continuamente trabajando sobre la marcha, en respuesta a las urgencias y brechas descritas en los elementos anteriores.

**Personas:** como se ha mencionado en los elementos previos, además de las estrictas tareas de atención clínica, existen pocas instancias de encuentro entre el equipo profesional, tanto clínico como gestor, y la población usuaria del COSAM Leonor Mascayano. Esto crea situaciones detectadas como **barreras** en el proceso de implementación del Modelo Comunitario, que se relacionan con la nula participación de los usuarios en las decisiones de gestión del dispositivo y la falta de instancias participativas, limitadas únicamente a talleres grupales y actividades de difusión. A esto se suma la falta de percepción de cambio en el dispositivo, por la permanencia del mismo equipo profesional y las mismas instalaciones, lo que provoca una permanencia de un gran número de usuarios de forma voluntaria en el dispositivo, a pesar del proceso de sectorización territorial, el que todavía se encuentra en formación.



Respecto a los elementos **facilitadores** del proceso, se destaca el fuerte vínculo de la población usuaria con sus profesionales tratantes en el equipo clínico, acentuado por las características y virtudes de los propios funcionarios, y el potencial para generar instancias participativas, manifestado por los participantes que afirman confiar en el Modelo Comunitario y sus fundamentos. Además, la creación de roles estratégicos por profesión dentro del organigrama interno del COSAM puede facilitar la realización de actividades de índole comunitaria y la coordinación con la red de salud mental, necesaria para fomentar la participación de las personas en el sistema de salud.

**Tabla 30.** Matriz de doble entrada, dimensiones de implementación según elementos constitutivos del sistema

Elementos constitutivos	Dimensiones de implementación CFIR				
	Características de la intervención	Circunstancias externas	Circunstancias internas	Características de los individuos	Proceso de implementación
Prestación de servicios	Fundamentos y Ventaja relativa Validación de origen y variedad de ventajas		C. estructurales Optimización mediante organigrama y división de programaciones	Conocimiento y creencias y Atributos personales Confianza en el Modelo (no médicos)	Planificación Ejecución Prestaciones ordenadas en programación horaria
	Fortaleza de la evidencia Pocos resultados favorables en el país	Políticas e incentivos y Presión de pares Funcionamiento de la red poco óptimo	Recursos disponibles y Prioridad relativa Falta de disponibilidad de atenciones	Autoeficacia Percepción de dificultad en entrega de servicios	
Recursos humanos	Ventaja relativa Equipo valora trabajo interdisciplinario y con pertinencia psicosocial	Presión de pares Cosmopolitismo Encuentros con otros dispositivos de la red	C. estructurales Compromiso de liderazgo Prioridad relativa Equipo bien organizado, foco en interdisciplina	Conocimiento y creencias Atributos personales Identificación Vocación de servicio, motivación al trabajo	Acciones de compromiso Variedad de líderes internos y actores que impulsan el proceso
		Políticas e incentivos Baja prioridad de RRHH no médicos	Recursos disponibles Cultura Acceso a información Brechas de RRHH y poca formación en el Modelo		
Información en salud		Necesidades de pacientes Características ajustadas al nivel de especialidad	C. estructurales Disponibilidad de datos REM 2022		
	Evidencia Evidencia deficiente a nivel local	Necesidades de pacientes Desconocimiento de perfil epidemiológico de población usuaria	Acceso a información Cultura - Compatibilidad Registros clínicos poco orientados según Modelo		Planificación - Evaluación Inexistencia de plan de trabajo detallado en documento formal
Tecnologías sanitarias			Recursos disponibles Arsenal farmacológico amplio y actualizado		
	Evidencia Poca descripción de necesidades tecnológicas	Políticas e incentivos Falta de recursos dispuestos por HGGB	Recursos disponibles Vehículos y materiales no disponibles		
Financiamiento					
		Políticas e incentivos Modelo no prioritario desde administración hospitalaria	Recursos disponibles Acceso a información Brechas no resueltas y desconocimiento Modelo		

<b>Liderazgo y gobernanza</b>		<i>Presión de pares</i> <i>Cosmopolitismo</i> Encuentro entre equipos puede favorecer mejoras de implementación	<i>C. estructurales</i> <i>Compromiso de liderazgo</i> <i>Clima de aprendizaje</i> <i>Redes y comunicación</i> Organigrama eficiente, alto apoyo desde jefatura a la implementación	<i>Identificación</i> <i>Atributos personales</i> Fuerte identificación con equipo profesional, atributos personales se validan en el liderazgo	<i>Ejecución</i> <i>Acciones de Compromiso</i> Establecimiento de roles estratégicos que facilitan ejecución de mejoras
	<i>Fundamentos</i> Poca claridad sobre mandato de reconversión	<i>Políticas e incentivos</i> Modelo no prioritario desde administración hospitalaria	<i>Recursos disponibles</i> <i>Prioridad relativa</i> Falta de cargos internos y alta carga de trabajo no clínico en funcionarios		<i>Planificación - Evaluación</i> Inexistencia de plan estratégico, acciones sobre la marcha
<b>Personas</b>	<i>Fundamentos</i> <i>Ventaja relativa</i> Potencial para generar instancias participativas			<i>Atributos personales</i> Fuerte vínculo de usuarios con equipo clínico	<i>Acciones de Compromiso</i> Tareas de actores estratégicos favorecen actividades comunitarias
		<i>Políticas e incentivos</i> <i>Necesidades de pacientes</i> Permanencia de usuarios no sectorizados, falta de instancias participativas	<i>Recursos disponibles</i> <i>Retroalimentación</i> <i>Prioridad relativa</i> Nula participación de la población usuaria en decisiones de gestión	<i>Autoeficacia</i> Baja percepción de cambio en la población usuaria	

Verde: **facilitadores**; naranja: **barreras**

## VI. Discusión

El primer objetivo específico de esta investigación fue “*Describir la población atendida, prestaciones clínicas y actividades de producción del dispositivo a lo largo de su reconversión desde el Policlínico de Psiquiatría hospitalario en el COSAM Leonor Mascayano*”. Para dar respuesta a este objetivo se realizó un análisis cuantitativo mediante diseño descriptivo transversal, con datos recolectados desde los Resúmenes Estadísticos Mensuales del dispositivo entre los años 2018 a 2022. Se describieron variables numéricas y categóricas sobre la población atendida, las prestaciones clínicas y las actividades del modelo de salud mental comunitaria en el periodo señalado.

En el análisis de la **Población atendida**, un hallazgo llamativo son las proporciones por sexo. Se observa que los hombres superan a las mujeres en todas las tasas de ingreso, egreso y población bajo control en el dispositivo durante los primeros 4 años de estudio. Las mayores diferencias se presentaron en 2019, con tasas de ingreso de 4,81 varones versus 2,71 mujeres por cada 1000 beneficiarios Fonasa calculados para el dispositivo. La proporción en todas las tasas se revierte sólo en 2022.

Este hallazgo contrasta con la evidencia internacional que demuestra que las mujeres presentan una mayor prevalencia de trastornos mentales como ansiedad y depresión, lo que sucedía antes de la pandemia de COVID 19, como también se observó un mayor grado de aumento en la prevalencia de dichos trastornos en las mujeres como efecto de la misma pandemia (11). En Chile, igualmente, la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 detectó prevalencias notablemente mayores para las mujeres en depresión (10,1% en mujeres versus 2,1% en hombres), como también en ideación e intento suicida (13,14). Ya en el año 2013, el Plan de Acción de Salud Mental de la OMS 2013-2030 expresaba una creciente preocupación por la salud mental de las mujeres en todo el mundo, asociada a factores de mayor riesgo para dicho grupo, como el empobrecimiento, la violencia doméstica y el estrés laboral (17).

Un factor que puede relacionarse con este hallazgo son los grupos diagnósticos. En los años 2018 a 2021, los mayores porcentajes en ingresos, egresos y población bajo control correspondieron a personas diagnosticadas con trastornos por consumo de sustancias, con casi el 50% de los diagnósticos de ingreso en el primer año. Al respecto, la primera entrega de resultados de la ENS 2016-2017 reportó una prevalencia de consumo de riesgo de alcohol notablemente mayor en los hombres, con un 20,5%, frente al 3,3% en mujeres, en los últimos

12 meses (53). Dichas prevalencias en la población han mantenido una proporción históricamente similar en nuestro país; el estudio de prevalencias de diagnósticos de salud mental en la población chilena de Vicente y colaboradores en 2006 presentaba prevalencias vitales de trastornos por consumo de sustancias (en general) del 20,7% en hombres, versus 8,7% en mujeres (54).

Con todo, el factor que explica directamente las diferencias de sexo en los hallazgos cuantitativos, como se ha señalado en la sección de Resultados, es que los Resúmenes Estadísticos Mensuales de donde se obtuvieron los datos cuantitativos de los años 2018 a 2021 fueron elaborados desde el Hospital Guillermo Grant Benavente, que registró los datos de varios dispositivos de salud mental de la provincia, incluyendo aquellos con convenio SENDA-MINSAL, donde protocolarmente son derivadas y atendidas las personas con diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias. El hecho de que el COSAM Leonor Mascayano no cuente con dicho convenio de prestaciones explica la abrupta caída en la presencia de este grupo diagnóstico en todos los indicadores para el año 2022, donde se utilizaron los REM del propio dispositivo.

Por otro lado, se observa una presencia significativamente mayor de mujeres en todos los indicadores del último año de estudio. Esto también puede tener relación con los grupos diagnósticos asociados. A lo largo de los años del estudio se observa un aumento en los diagnósticos de trastornos afectivos en las mujeres de todas las edades y trastornos de ansiedad a nivel de ingresos y población bajo control. El aumento en la presencia de mujeres con dichos diagnósticos coincide con la prevalencia en la población de los trastornos del ánimo y de ansiedad, como demuestra la evidencia nacional e internacional explicada más arriba (11–14,53).

Los diagnósticos de mayor magnitud en la población atendida en el dispositivo corresponden a los trastornos de personalidad antes mencionados, y aquellos incorporados en la categoría “Otros”, que aumentan año tras año en todos los indicadores. Respecto a esta última categoría, el actual manual de uso de los REM (50) no detalla cuáles son los diagnósticos que deben ser registrados en esta categoría, por lo que no es posible determinar qué diagnósticos han sido incorporados como “Otros” en los REM de todos los años en estudio. Además, aparecieron grupos diagnósticos con cambios abruptos de un año al siguiente, como los “Trastornos del desarrollo” que muestran 0% de controles en el año 2022. Esto puede deberse directamente a errores de registro, o bien a la incorporación de este grupo dentro de la categoría “Otros” antes mencionada.

Por otro lado, el grupo diagnóstico de trastornos de personalidad compone el 25% de la población bajo control en el COSAM Leonor Mascayano al año 2022. Los antecedentes epidemiológicos sobre trastornos de personalidad en Chile son escasos y difíciles de precisar. Un estudio de caracterización de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile en 2010 señala que las personas con dicho diagnóstico suelen presentar historiales de tratamientos interrumpidos y cifras de prevalencia altamente variables, tanto en la población general como en atenciones ambulatorias y de hospitalización (55). Misma conclusión alcanza una revisión sistemática de literatura del año 2014 sobre pacientes de psiquiatría ambulatoria (56).

Un estudio español en 2015 señaló una alta prevalencia de trastornos de personalidad en los centros ambulatorios de salud mental detectados mediante encuestas, pero con un “infradiagnóstico” en la atención clínica (57). La cifra más precisa se encuentra en el Informe WHO AIMS elaborado en Chile en 2014, donde la prevalencia del diagnóstico en la población atendida en centros ambulatorios de especialidad a nivel nacional rodea el 9% (21). La alta presencia de trastornos de personalidad diagnosticados clínicamente en el COSAM Leonor Mascayano ofrece una valiosa oportunidad para estudiar y optimizar la prestación de servicios hacia este significativo grupo de la población, pero también de revisar críticamente los criterios diagnósticos que se están utilizando, a la luz de los determinantes sociales de la salud.

En cuanto a las **Atenciones clínicas** estudiadas, el hallazgo más notorio es la enorme diferencia entre atenciones médicas y no médicas. Las tasas de prestaciones calculadas en el COSAM cada 1000 beneficiarios para el año 2022 son de 62,17 atenciones de psiquiatra adulto y 21,24 atenciones de psiquiatra infantil, frente a 24,98 atenciones de todos los profesionales no médicos en total. Entre ellas, la más alta es la tasa de psicoterapia individual, con 12,87 atenciones (realizadas únicamente por psicólogos), seguida de 5,33 consultas de trabajador social.

Este es otro hallazgo relevante a la luz de la evidencia nacional. El Informe WHO-AIMS de 2014 reveló que las tasas de profesionales de salud mental de especialidad en el servicio público a nivel nacional, calculadas cada 100.000 beneficiarios Fonasa, arrojaban una mayor presencia de psicólogos, con una tasa de 17,1, frente a una tasa de 5,8 médicos psiquiatras, para el año 2012 (21).

Esta mayoría se mantiene al considerar tanto los centros de salud mental comunitarios como dispositivos de psiquiatría ambulatoria, como el antiguo Policlínico de Psiquiatría. Las distribuciones de atenciones médicas y no médicas específicamente a nivel provincial, es

decir, en los dispositivos del Servicio de Salud Concepción, siguieron esta misma tendencia (21). Por lo tanto, en el presente estudio, el origen de los datos de las atenciones médicas (en 2022 se siguen registrando a nivel de múltiples dispositivos del HGGB) y no médicas (registradas en 2022 en el propio COSAM) puede ser un factor que incide en el hallazgo antes mencionado.

Sin embargo, en el mismo WHO AIMS de 2014, al medir la cantidad de personas que recibían intervenciones psicosociales en centros ambulatorios de salud mental a nivel nacional, se descubrió una alta heterogeneidad de proporciones entre los diferentes Servicios de Salud; a nivel local, menos del 20% de la población atendida recibió atenciones no médicas en el nivel de especialidad en Concepción para el año 2012 (21). El hallazgo de este estudio parece mostrar que dicha proporción se ha mantenido y posiblemente ha aumentado su diferencia en el tiempo, con un total de atenciones médicas que llega a triplicar el número de atenciones de todos los demás profesionales, para la población del COSAM Leonor Mascayano en 2022.

Respecto a las **Actividades en línea con el modelo de salud mental comunitaria**, el año 2022 destaca por una presencia de consultorías, visitas integrales de salud mental y coordinaciones con el intersector y la comunidad notablemente mayor que en todos los años previos. En el caso de las visitas domiciliarias integrales, si bien los números son mayores en 2018 y 2019, la mayoría de las actividades de esos años eran realizadas individualmente por un profesional, mientras en 2022, casi todas las visitas domiciliarias integrales son realizadas por 2 o más profesionales.

En esto se puede observar el interés del equipo gestor del COSAM Leonor Mascayano por otorgar un carácter más integral, o al menos multidisciplinario, a este tipo de actividades, siendo la integralidad de miradas profesionales uno de los aspectos fundamentales del enfoque biopsicosocial que antecede al modelo de salud mental comunitaria (1,2,26). Por otro lado, la coordinación entre niveles de salud es uno de los aspectos más destacados del actual modelo de salud mental comunitaria en Chile, ya que fortalece la capacidad de respuesta del sistema público de salud, de manera conjunta, a las necesidades de salud mental de la población, siendo la actividad de consultoría la instancia donde se cristaliza el carácter cooperativo e integral del modelo (1,2,58).

Por otro lado, en la realidad del COSAM Leonor Mascayano, la mayor parte de las actividades de consultorías, visitas domiciliarias integrales y especialmente la coordinación intersectorial y comunitaria, tienen la participación de trabajadores sociales, y en ocasiones son realizadas únicamente por estos profesionales. Considérese que, en el año 2022, donde ocurrió el

aumento más notorio en la variedad de actividades de esta índole, disminuyó también el número de consultas de salud mental de trabajo social, las que se habían mantenido relativamente estables en el tiempo a lo largo de los años de estudio. En este aspecto entran en juego variables relacionadas con el contenido y propósito de las actividades, el registro formal realizado en el dispositivo, y la disponibilidad de recursos humanos. Todo esto se desarrolla más adelante en este capítulo.

El segundo objetivo específico de esta investigación fue *“Describir los significados y percepciones del proceso de implementación del modelo de salud mental comunitaria desde la perspectiva de los actores involucrados, en base al Marco Unificado de Investigación en Implementación (CFIR)”*. Para dar respuesta a este objetivo se realizó un análisis cualitativo mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a participantes del equipo gestor y del equipo clínico del COSAM Leonor Mascayano, basadas en la guía proporcionada por los lineamientos del CFIR. El análisis cualitativo fue organizado en torno a categorías ex ante, elaboradas con las dimensiones e ítems que contiene dicho marco de investigación.

La dimensión más referida por los y las entrevistadas, siendo también la de mayor cantidad de ítems en el CFIR, fueron las ***Circunstancias Internas***. En general, se señala que la doble militancia de los profesionales en dos dispositivos diferentes, con el mismo personal y dentro del mismo edificio (Servicio de Psiquiatría y COSAM Leonor Mascayano), la falta de capacitaciones y otras instancias de formación en el modelo comunitario, y la urgente falta de recursos humanos y materiales, son elementos que afectan negativamente la implementación del modelo comunitario.

Estos hallazgos, aunque presentan espacios de discusión específicos a la realidad local, también se relacionan con dificultades y nudos críticos de naturaleza histórica a nivel nacional. La heterogeneidad en la composición de los equipos profesionales y en sus líneas programáticas es parte de los nudos críticos principales detectados en el Informe WHO AIMS (21) y, a pesar de ser abordada en el Modelo de Gestión de Centro de Salud Mental Comunitaria, se mantiene como aspecto a criticar en los años posteriores a la publicación de dicho documento (5,26,31).

Dentro del COSAM Leonor Mascayano se identificó la creación de un nuevo organigrama homologado al Modelo de Gestión, el establecimiento de programaciones horarias diferenciadas, y la creación administrativa de nuevas prestaciones para el equipo clínico que buscan incentivar el trabajo interdisciplinario, como acciones de organización interna que han favorecido la reconversión del dispositivo y la implementación del modelo.



Este hallazgo coincide con lo señalado en varios artículos elaborados por Minoletti y colaboradores respecto al funcionamiento de los diferentes Planes Nacionales de Salud Mental y la realización de los principios del modelo comunitario a nivel nacional (4,27,58). También en el estudio de Mundt y colaboradores sobre los efectos de los planes nacionales de salud mental en la prestación de servicios se señala, como fortaleza de la red de salud mental, la capacidad de generar coordinaciones internas y reorganizar las prestaciones para dar avance al modelo comunitario en el país, a pesar de las limitaciones de presupuesto de la red (28).

La falta de acceso a información y capacitación en el modelo de salud mental comunitaria también se percibe como una dificultad para el funcionamiento del COSAM Leonor Mascayano, aspecto que se relaciona con las dimensiones de características de la intervención y las circunstancias externas. Dicha limitación también ha sido detectada como un nudo crítico en la elaboración de los documentos de gestión actuales (2,26).

En estrecha relación con lo anterior, al abordar las **Características de la Intervención**, en este caso, del modelo de salud mental comunitaria, se observó que los participantes otorgan alta validación a sus fundamentos y ventajas relativas, pero una percepción desfavorable respecto a la evidencia de su efectiva implementación en el contexto local y nacional. Las miradas más críticas de los participantes refieren que, a pesar de sus ventajas, no existe, en la práctica, un modelo comunitario de salud mental en pleno funcionamiento en el país. En esta percepción se entremezclan cuestiones éticas, administrativas y políticas, relacionadas con la contingencia que el dispositivo atraviesa durante la realización del estudio.

Respecto a la evidencia, se ha mencionado que Chile se encuentra favorablemente posicionado a nivel de la región de las Américas respecto a la instalación de planes nacionales, redes integradas y creación y reconversión de dispositivos (1,16,18), como también se ha presentado evidencia de acciones, como la disminución de hospitalizaciones en favor de una mayor disponibilidad de prestaciones y equipos clínicos en dispositivos ambulatorios y comunitarios (4,21,28,29).

Sin embargo, como se planteó más arriba y en el marco teórico de esta investigación, existen preocupaciones legítimas sobre el contenido de las intervenciones y el verdadero alcance de las actividades comunitarias realizadas por los dispositivos de salud mental. Distintos autores señalan que la percepción de estar trabajando sin claridad sobre los lineamientos teóricos y organizacionales del modelo comunitario puede llevar, en la práctica, a replicar estigmas y modos de funcionamiento basados en el modelo biomédico que se pretende superar

(19,31,32,59). Este es un elemento que puede incidir en la baja percepción de cambio, detectada tanto en el equipo profesional como también desde la población usuaria, según lo reportado por los entrevistados.

Respecto a la administración del dispositivo, elemento que se relaciona con las ***Circunstancias Externas***, la principal preocupación de los participantes tiene relación con la dependencia del COSAM Leonor Mascayano al Hospital Guillermo Grant Benavente. La administración hospitalaria de un dispositivo comunitario podría suponer una contradicción respecto a los principios del propio modelo comunitario, al otorgar prioridad a las prestaciones clínicas y médicas por sobre otro tipo de actividades, desde las actividades de coordinación comunitaria propiamente tales, hasta las prestaciones clínicas de otros profesionales no médicos.

La heterogeneidad administrativa de los dispositivos de salud mental de especialidad es una realidad evidenciada en el mencionado informe WHO AIMS 2014 (21) y formó otro nudo crítico, como punto de partida del análisis que llevó a la confección del Modelo de Gestión de Centros de Salud Mental Comunitaria (26). Para resolver dicho nudo, el documento señala expresamente que el Centro de Salud Mental Comunitaria deben estar constituido como “*un centro de costo, con dependencia administrativa del Servicio de Salud*” (26).

No se mencionan específicamente en estos documentos las posibles ventajas de la administración de Servicio de Salud en un COSAM por sobre la administración hospitalaria. Sin embargo, en el análisis de gobernanza del Plan Nacional de Salud Mental realizado por Minoletti y colaboradores (4) se señala que las variaciones geográficas en el desarrollo de los servicios tienen relación con las sensibilidades hacia la salud mental, la actitud favorable o no de los gestores de los Servicios de Salud y de hospitales a la transformación de los dispositivos, e incluso sus capacidades específicas de gestión de recursos.

Por otro lado, las prestaciones médicas a nivel hospitalario continúan teniendo mayor valoración económica, y por lo tanto, han sido más priorizadas a nivel de gasto público, como lo expone el estudio de Cea (32) y otros artículos de análisis crítico del desarrollo del modelo de salud mental comunitaria (5). Estos elementos podrían explicar la percepción de “abandono” y falta de prioridad desde la dirección del Hospital respecto a la administración y mejoras en el COSAM Leonor Mascayano. En la discusión sobre los elementos constitutivos del sistema se abordará directamente el financiamiento como elemento constitutivo del COSAM.

Respecto al **Proceso de implementación**, los participantes refieren desconocer el momento de inicio de la implementación del modelo en el COSAM, como también desconocen que el equipo gestor cuente con una planificación o alguna instancia de retroalimentación sobre los objetivos logrados. Esto se atribuye principalmente a las circunstancias contextuales de inicio del proceso, como también a la falta de una hoja de ruta con objetivos a largo plazo, en función de la resolución de cuestiones urgentes sobre la atención a la población actual.

Como se plantea al inicio de este estudio, existe poca evidencia sobre las etapas de reconversión o de instalación de intervenciones como el modelo de salud mental comunitaria, siendo esta problemática la que fundamenta la teoría de ciencias de la implementación. Una experiencia relevante sobre el proceso de transformación del modelo biomédico asilar al modelo comunitario, es la reseña de la reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral en una red comunitaria de salud mental, publicada en el contexto de instalación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del 2000 (60).

En dicha reseña se describen algunos pasos relevantes para el cambio de modelo, relacionados con el levantamiento de perfiles clínicos diferenciados en la población atendida, el desmantelamiento de medidas coercitivas para la creación de intervenciones con pertinencia clínica, como la “Unidad de Autovalentes”, la realización de encuestas para detectar las necesidades de la población, y la creación de un plan estratégico con tres ejes de atención clínica integral, trabajo en red para la rehabilitación psicosocial, y transferencia de recursos humanos a otros dispositivos de la red de salud (60). Estos pasos configuran una hoja de ruta que pudiese ser relevante para el proceso del COSAM Leonor Mascayano y otros dispositivos en reconversión.

Ante los escenarios de carencias internas, incomunicación con el nivel superior, evidencia incierta y falta de planificación, los entrevistados recalcan las **Características de los Individuos** como el aspecto más favorable dentro de las dimensiones del CFIR. A lo largo de las entrevistas se señala un alto sentido de pertenencia al equipo profesional y compromiso con el servicio público, atributos percibidos en la mayor parte de los funcionarios del dispositivo. Las mejoras en el trabajo interdisciplinario, la realización efectiva de actividades que apuntan hacia el modelo comunitario y la naciente coordinación con los demás dispositivos de la red, son acciones fundadas en la disposición personal de los funcionarios del COSAM por mejorar la organización interna y la atención a la población usuaria.

La formación profesional es señalada como una parte importante de los elementos evaluados en el informe WHO AIMS 2014, y se apunta a ello como una de las brechas más importantes en el desarrollo del plan nacional de salud mental de la época (21). Sobre las características personales, un estudio cualitativo sobre los equipos psicosociales en programas de adicciones en el sur de Chile destaca que el trabajo cotidiano con las personas y la posibilidad de encontrar nuevos conocimientos y experiencias de transformación a pequeña escala, en la interacción cotidiana, es un elemento que otorga sentido de trascendencia a la labor de los funcionarios, a pesar de las dificultades impuestas por la situación de precariedad en la que se desempeñan (31).

Artículos sobre la atención a personas con diagnósticos psiquiátricos graves destacan los aspectos éticos, de competencia profesional y de buen trato al usuario como claves para permitir su recuperación, los que además deben ser resguardados por las condiciones organizacionales de los dispositivos de atención, por la formación otorgada a sus funcionarios, y por prácticas que permitan la toma de decisiones y la participación activa de los usuarios en los procesos de salud (19,31,59,61–64).

El tercer objetivo específico de esta investigación fue *“Identificar facilitadores, barreras e implicancias de la implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria en los elementos constitutivos del COSAM Leonor Mascayano”*. Para dar cumplimiento a este objetivo, se recurrió a la mixtura de los resultados cuantitativos y cualitativos, mediante un protocolo de triangulación identificando acuerdos totales, parciales, desacuerdos y silencios, organizando la información en torno a los siete elementos constitutivos del sistema de salud, desde el modelo de pensamiento sistémico en salud. Esto permite identificar factores en todas las potenciales dimensiones del sistema, tal como lo propone la OMS (43), lo que no siempre se incluye en la evaluación de la implementación. Una matriz final presenta los facilitadores y barreras hallados en cada uno de estos elementos, según las dimensiones del CFIR.

Respecto a la **Prestación de servicios**, se evidencia como facilitador la capacidad de reorganizar internamente sus prestaciones y actividades a través de la creación del organigrama, la delimitación de programaciones horarias y las mejoras en los registros. Como ya se ha señalado, esta capacidad se relaciona directamente con el elemento Liderazgo y gobernanza. A pesar de esta reorganización, la principal barrera consiste en la imposibilidad de crecer en la oferta de prestaciones en el COSAM como parte del proceso de implementación, presentando listas de espera y una baja frecuencia mensual en las atenciones otorgadas a cada usuario.

La capacidad de proporcionar servicios a la población a pesar de las limitaciones presupuestarias es una conclusión ya evidenciada en el estudio de Mundt y colaboradores sobre el avance del modelo de salud mental comunitaria en el país (28). Esta conclusión se puede extrapolar hacia este dispositivo, que ha señalado grandes brechas de recursos humanos y materiales, pero, a la vez, un alto interés por mantener el funcionamiento del dispositivo en línea con las nuevas disposiciones del Modelo de Gestión.

Además de lo relatado por los entrevistados de manera unánime, no fue posible acceder a los indicadores de listas de espera y concentración de prestaciones del COSAM Leonor Mascayano durante la realización de esta investigación. Estos factores han sido estudiados en el país, con los indicadores más precisos incorporados en el informe WHO AIMS de 2014, el que señala que el promedio de atenciones por persona aumentó en el periodo estudiado de 5,5 en 2004 a 9,8 en 2012, pero aumentando también el número de días de espera para la primera consulta de médico psiquiatra, de 24 a 35 días en promedio (21). Por otro lado, la disponibilidad de atenciones se relaciona directamente con la presencia de funcionarios de distintas profesiones en los equipos clínicos, donde ya se ha mencionado la heterogeneidad de la composición de los equipos como un aspecto permanente en los dispositivos de la red de salud mental del nivel secundario (5).

Esto se relaciona directamente con el siguiente elemento del sistema, los **Recursos Humanos**. Se pueden inferir cifras de espera mucho mayores a las señaladas arriba, en un dispositivo que cuenta con menos recursos humanos de los que propone el Modelo de Gestión, pero con una población usuaria que excede por mucho la cantidad calculada para dichos recursos. Los documentos oficiales señalan la existencia de importantes brechas de recursos humanos para los centros de salud mental comunitaria, a pesar del aumento en la contratación de personal desde la puesta en marcha de los planes nacionales de salud mental recientes (1,21,26,28,31).

Por otro lado, este elemento tiene la mayor cantidad de aspectos facilitadores de la implementación, los que en su mayoría tienen relación con las virtudes de vocación profesional, alianza con los usuarios, validación de los principios del modelo de salud mental comunitaria y un sentido de pertenencia al equipo profesional. Todos estos elementos están evidenciados en los párrafos anteriores, principalmente en la dimensión de Características de los Individuos, y están presentes en artículos y revisiones críticas sobre el funcionamiento del Plan Nacional de Salud Mental actual.

Respecto al elemento **Tecnologías médicas**, éste es el menos desarrollado en los datos cuantitativos y en las entrevistas cualitativas de la investigación. El Plan Nacional y sus documentos de gestión señalan la necesidad de contar con tecnologías suficientes para la intervención en salud mental; incluso el Modelo de Gestión de Centro de Salud Mental Comunitaria identifica este tipo de dispositivos como de “alta densidad tecnológica”, refiriéndose a este concepto como “*el equipamiento, los medicamentos, los sistemas organizativos y de apoyo, como también las competencias y habilidades del recurso humano que las utiliza*” (26)(p. 34). Por lo tanto, un centro del nivel de especialidad, como el COSAM Leonor Mascayano, es considerado dentro de esta categoría.

No se precisa en éste ni en otros documentos qué tipo de tecnologías se requieren específicamente para el nivel de especialidad en salud mental. El único elemento que pudiese considerarse de alto desarrollo tecnológico actualmente, además de la formación en psiquiatría como especialidad médica, es la oferta de medicamentos. En este respecto, el COSAM Leonor Mascayano cuenta efectivamente con una alta disponibilidad de estos elementos tecnológicos, para la población de éste y otros dispositivos de la provincia.

Se requiere mayor indagación sobre los requerimientos tecnológicos de los dispositivos de salud mental de especialidad en Chile. Recientemente se han levantado publicaciones sobre los cambios en las modalidades de atención clínica impuestos por la pandemia de COVID 19, siendo el más relevante la telemedicina; existen ya publicaciones chilenas con sugerencias y propuestas para hacer de ésta una modalidad formal en la salud mental, lo cual requiere un conjunto de normativas, recursos materiales y recursos humanos (65,66).

En cuanto al elemento **Sistemas de Información**, junto con la ventaja de contar actualmente con fuentes propias de información estadística y epidemiológica de la población atendida en el dispositivo, se presenta la desventaja de no utilizar esta información activamente para estudios epidemiológicos, diagnósticos comunitarios ni otro tipo de levantamiento de necesidades. Miembros del equipo clínico comentaron, además, que los registros en la plataforma de ficha electrónica pueden ser problemáticos debido a que pudiese existir un subregistro de actividades administrativas y de atención a los usuarios que se realizan constantemente en el COSAM.

La necesidad de optimizar los sistemas de información es otro nudo crítico en el Modelo de Gestión de Centro de Salud Mental Comunitaria. Como señalaron Minoletti y colaboradores, los sistemas de información unificados son un elemento central en la gobernanza del Plan Nacional de Salud Mental, en cuanto su uso permite monitorear la integración de los

dispositivos con la APS, observar los flujos de ingresos y egresos de usuarios y disminuir errores de gestión (4). Un sistema de información débil puede llevar directamente al detrimento de las condiciones de salud mental de la población atendida, en especial en los países en desarrollo, según lo señala el propio Plan de Acción en Salud Mental 2013-2030 (17). Entre las propuestas emergentes en un estudio sobre los sistemas de salud mental colaborativos en Latinoamérica, Sapag y colaboradores recalcan la necesidad de fortalecer los sistemas de información a nivel de registros, administración y evaluación de resultados (67).

Respecto al elemento **Financiamiento**, éste parece ser la barrera fundamental para el funcionamiento del dispositivo, para la reconversión y, en último término, para la implementación del modelo de salud mental comunitaria en el COSAM Leonor Mascayano. Identificado de forma unánime como un elemento sin ningún facilitador, se señala la falta de un presupuesto acorde a las necesidades de un dispositivo con un volumen enorme y creciente de población por atender, como causa de las brechas de recursos humanos, recursos materiales y cargos formales de gestión, además de las necesidades de infraestructura atendidas sólo recientemente. El financiamiento deficiente del COSAM Leonor Mascayano, al igual que en el resto de los dispositivos de la red de salud mental de la provincia, es atribuido directamente a la administración hospitalaria, ya identificada como problemática en la dimensión de Circunstancias Externas del CFIR, en el sentido que no prioriza actividades comunitarias y parece no priorizar las prestaciones de salud mental en general, con excepción de las atenciones de médico psiquiatra y hospitalizaciones.

El último punto se relaciona con el estudio de Cea sobre el financiamiento de prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en el país, donde se evidencia que, a pesar de disminuir el número de prestaciones hospitalarias en favor de las extrahospitalarias y ambulatorias, como lo proponen los lineamientos de la salud mental comunitaria, el gasto estatal y el volumen de recursos invertidos entre el periodo 2014 a 2018 parece expresar una proporción inversa. Por lo tanto, señala el autor, *“el debate respecto a la falta de financiamiento debe redirigirse hacia la discusión respecto a la ejecución efectiva del presupuesto, es decir, dónde y cómo se invierten los recursos”* (32) (p. 10).

Revisiones sobre el financiamiento y la legislación sobre la salud mental estatal en diferentes países de Latinoamérica y el mundo señalan diferentes estados de avance entre los países de ingresos altos y los de ingresos medios y bajos (16). El estudio de Leiva y colaboradores sobre el abordaje de los determinantes sociales de la salud mental en países latinoamericanos

(22) señala que la necesidad de transitar desde las prestaciones hospitalocéntricas a priorizar las actividades comunitarias y de atención primaria parece ser una necesidad más sentida en los países de ingresos altos, mientras los países de bajos ingresos presentan prioridades más elementales, como superar las barreras de acceso, financiamiento y coordinación intersectorial. Una de las conclusiones de los autores es que:

*“la evidencia indica que para virar desde un enfoque biomédico hacia uno que incorpore los determinantes sociales de la salud, no se deberían mantener idénticas estrategias en comunidades distintas, puesto que probablemente no serían efectivas para responder a sus necesidades particulares” (22)(p. 5)*

Conclusión que presenta puntos interesantes de discusión, ya que por un lado se afirma la permanencia del modelo biomédico, que aparece como una de las barreras de implementación del modelo de salud mental comunitaria a nivel de Circunstancias Internas y en el elemento Prestación de servicios. Por otro lado, recalca puntos clave del modelo de pensamiento sistémico propuesto por la OMS relacionados con las características de los sistemas adaptativos complejos, a saber, que dependen de su propia historicidad y de la retroalimentación de su entorno específico, como también pueden ser resistentes al cambio, poco predecibles y contraintuitivos (41,43).

En el estudio citado, al igual que en varios artículos de revisión del modelo, se señala la urgente necesidad de ampliar el presupuesto para la salud mental en Chile, lo que dependería de la creación de marcos legales supeditados a voluntades políticas (1,4,5,29,32). Es la percepción compartida por algunos de los participantes del análisis cualitativo, especialmente quienes tienen mayor experiencia y acceso a conocimiento sobre el modelo de salud mental comunitaria.

Siendo el financiamiento en el modelo un tema reconocido como urgente, pero aparentemente poco investigado, la reciente investigación de Olga Toro ofrece algunas luces de la situación actual y sugerencias sobre los mecanismos de pago de los Centros de Salud Mental Comunitaria (68). Se señala que el financiamiento de los dispositivos de salud mental sigue las reformas y modos de funcionamiento del sistema de salud general, lo cual podría crear incentivos relacionados con la eficiencia y la resolución de casos, pero desalineados con los principios del modelo de salud mental comunitaria. Se proponen mecanismos de pago a los dispositivos mediante esquemas de pago combinados, avanzar hacia una perspectiva estratégica de la función de compra, y diseñar una política de financiamiento específica para la salud mental comunitaria (68).



Sobre el elemento de **Liderazgo y Gobernanza**, se evidenciaron en esta investigación facilitadores y barreras que se encuentran presentes en todos los demás elementos y son influenciados por todos ellos, dada la naturaleza no jerárquica de un sistema adaptativo complejo (43). La gobernanza de un sistema de salud crea las bases para la prestación de servicios, establece las formas de trabajo y formación del recurso humano, depende cercanamente de los sistemas de información de salud, determina la necesidad de tecnologías, y especialmente, se sustenta en el financiamiento disponible para el sistema.

A nivel local en el COSAM Leonor Mascayano, se pueden observar estas relaciones entre los diferentes elementos constitutivos. El equipo gestor y las decisiones de la jefatura del periodo estudiado permitieron crear una organización interna para delimitar las actividades de producción, visibilizando los logros y las brechas de recursos, y establecieron diferenciaciones horarias para precisar cuál es la disponibilidad de recurso humano del COSAM. Para ello se sustentaron en la asignación de roles específicos a diferentes funcionarios, lo que reforzó la coordinación interna y la comunicación interdisciplinaria. Todos estos elementos son homólogos a los aspectos identificados como favorables en la gobernanza en el modelo de salud mental comunitaria en el país (4,67).

De forma similar, las barreras identificadas en el COSAM Leonor Mascayano son, entre otras, la falta de un documento organizacional con directrices estratégicas claras, el poco uso de fuentes de información estadística para el levantamiento de necesidades diferentes a las situaciones urgentes y temas pendientes de administración del Policlínico de Psiquiatría, las limitaciones de recursos humanos, y los pocos mecanismos de participación de la población usuaria en las decisiones del dispositivo. Barreras presentes también a gran escala en el sistema de salud mental chileno, a saber, debido a la falta de marcos de legislación oficial, el uso poco provechoso de los sistemas de información, y las dificultades históricas para implementar los mecanismos de participación ciudadana sugeridos en los Modelos de Gestión (2,4,26).

El último punto tiene relación con el elemento final del modelo sistémico, las **Personas**. Los entrevistados señalan que, además de descocer las características específicas de la población usuaria más allá de lo observado caso a caso, existen pocos o ningún mecanismo de participación usuaria en las decisiones de gestión, y escasas instancias de encuentro entre funcionarios y usuarios a nivel colectivo, solamente intervenciones grupales y actividades de difusión. Este puede ser uno de los problemas claves de la gobernanza, que no ha sido suficientemente incorporado como facilitador de la implementación (4).

La falta de operatividad de los mecanismos participativos planteados en los documentos oficiales podría estar en la misma línea de la naturaleza biomédica persistente de las atenciones profesionales en un dispositivo descrito como comunitario; es decir, que dicha carencia puede deberse a la falta de comprensión sobre los lineamientos teóricos y organizacionales que permitirían su práctica de forma íntegra. Lo cierto es que las metodologías participativas en salud mental cuentan con planteamientos teóricos, éticos y de compromiso político con la salud de las personas y comunidades, que pueden desafiar, poner en tensión o, al menos, proponer alternativas a las prácticas tradicionales de los servicios de salud mental, los que usualmente se vinculan con el público usuario desde su rol como extensión del aparato estatal hegemónico (19,29,61,69).

Comprender la participación usuaria como mecanismo que puede y debe guiar la toma de decisiones del equipo profesional del dispositivo, requiere un replanteamiento de dichas relaciones, que se puede generar mediante el fortalecimiento de los lazos entre profesionales y usuarios. Esto ha sido planteado en el artículo de Olivares y Barrera como un elemento que provee significado y propósito a los equipos de salud mental comunitaria (31). Precisamente, el vínculo entre equipo profesional y población usuaria es identificado como uno de los facilitadores del proceso de implementación en este elemento constitutivo en el COSAM Leonor Mascayano; de ahí la percepción de un alto potencial para el desarrollo de las instancias participativas pendientes en el dispositivo.

## VII. Conclusiones

El presente estudio ofrece evidencia sobre las variables que inciden en el proceso de implementación del modelo de salud mental comunitaria en un dispositivo en transformación desde lo hospitalario hacia lo comunitario. Con esto se aporta al conocimiento sobre un proceso de cambio que es clave para la instalación de este modelo en el país, proceso que, estando aún en plena realización a nivel local y nacional, cuenta con pocas especificaciones en los documentos de gestión ministeriales y pocas evidencias a nivel académico.

La descripción cuantitativa de la población y prestaciones del COSAM Leonor Mascayano permite observar que los flujos de población atendida, la distribución de las atenciones clínicas y la realización de actividades en línea con el modelo comunitario cuentan con particularidades propias de la zona geográfica que ameritan futuras indagaciones. En el último año, sin embargo, estos fenómenos siguen la tendencia descrita a nivel de la evidencia nacional e internacional. Esto depende tanto de la calidad de los registros, como de las variaciones propias de la población, y también de las acciones implementadas por el equipo gestor y clínico del COSAM para su atención.

Dado que el último estudio específico de prevalencia de diagnósticos psiquiátricos en la población chilena data de hace casi 20 años, y la última Encuesta Nacional de Salud 2016-17 incluyó sólo algunos indicadores de salud mental de la población, se requiere una actualización de los estudios epidemiológicos de salud mental a nivel local y nacional. Esto tiene especial relevancia en vista de las influencias que la pandemia de COVID 19, los procesos migratorios actuales y la propia instalación del Plan Nacional de Salud Mental pudieran tener sobre los procesos de salud, enfermedad mental y atención en la población chilena.

El uso del Marco Unificado de Investigación en Implementación (CFIR) resulta útil en la descripción de los factores que inciden sobre el fenómeno de la implementación, en este caso, del modelo de salud mental comunitaria, desde una perspectiva científica actualizada. Esta perspectiva contempla la incorporación de elementos del contexto local, que pueden guiar y mejorar las decisiones de los equipos gestores en los Servicios de Salud, en los hospitales que aún administran dispositivos comunitarios, y desde los propios dispositivos de salud mental.

En este sentido, la descripción de los significados que otorgan los actores del COSAM Leonor Mascayano al modelo de salud mental comunitaria y su implementación local permite relevar sus propias percepciones, creencias y virtudes como aspectos clave en la realización de los Modelos de Gestión ministeriales. Esto podría enmarcarse en la línea de enfoque “bottom-up” de los procesos de políticas públicas. Adoptar dicho enfoque es especialmente importante en el caso del modelo de salud mental comunitaria. La realidad evidenciada en este estudio presenta pocos apoyos institucionales, incertidumbres y desconocimientos sobre el modelo, y una grave carencia de recursos físicos, materiales y humanos en la salud mental. En este escenario, el funcionamiento de los dispositivos y las mejoras que se han logrado instalar en el área han dependido en gran medida, si no exclusivamente, de la capacidad de organización, el compromiso y las virtudes de sus propios funcionarios y gestores.

Por lo tanto, es necesario potenciar las destrezas de los equipos clínicos, validar sus experiencias, y dotarlos de los conocimientos y recursos necesarios para llevar el proceso de transformación desde lo biomédico hacia lo comunitario en sus prácticas cotidianas. En esto, se debe validar el rol fundamental que cumplen los liderazgos locales en promover el sentido de pertenencia y de propósito en los equipos clínicos.

La perspectiva de pensamiento sistémico promovida por la OMS permite ampliar la mirada sobre el proceso de implementación del modelo, incorporando elementos que no siempre están presentes en la literatura ni en las decisiones de los equipos gestores de la salud mental comunitaria. Entender las interacciones de los elementos constitutivos de un sistema adaptativo complejo y en proceso de cambio, en este caso, de reconversión, permite observar todos los elementos que podrían facilitar o restringir el cumplimiento de las indicaciones expresadas en el Plan Nacional de Salud Mental y sus documentos de gestión. En el caso de esta investigación, los elementos de Financiamiento y de Gobernanza, además de la participación de las Personas, son aquellos donde se presentan las principales carencias y ventajas que determinan el funcionamiento de los demás elementos en interacción.

Desde los hallazgos de este estudio, se considera imprescindible aumentar el presupuesto destinado a la salud mental en nuestro país hacia un 6% del presupuesto de salud, como lo ha expresado prácticamente toda la literatura disponible sobre el área. Dicho aumento debe acompañarse de políticas claras sobre mecanismos de financiamiento y distribución de recursos con pertinencia local. Esto permitirá la actualización de los sistemas de información, tecnologías, prestaciones de servicios y composición del recurso humano en los dispositivos de salud mental comunitaria.

Se debe promover la creación de planes estratégicos para la instalación y la reconversión de dispositivos que permitan un avance bien estructurado hacia la implementación del modelo, contemplando diversas áreas estratégicas, objetivos precisos e instancias de retroalimentación, generados esencialmente a nivel de los equipos locales, con apoyo de los Servicios de Salud. Finalmente, se deben crear mecanismos relevantes para la incorporación de las personas usuarias en la creación de dichos planes estratégicos. El levantamiento de información epidemiológica, la realización de encuestas y la capacitación de los equipos clínicos en metodologías participativas en salud, son estrategias que permitirán obtener información valiosa para dirigir los esfuerzos de los dispositivos de salud mental comunitaria hacia las necesidades, recursos y narrativas de las comunidades a las que deben servir.

La metodología mixta de investigación siguiendo el diseño explicativo secuencial ha probado ser de gran utilidad para los propósitos de este estudio, proporcionando explicaciones sobre los resultados numéricos de un dispositivo en pleno proceso de cambio. Dado que la literatura apoya el uso de métodos mixtos para la investigación en salud, se recomienda el uso de este diseño para indagar en otros procesos de reconversión de dispositivos, como también en la implementación de intervenciones y políticas públicas de salud a nivel local. Por otro lado, el diseño exploratorio secuencial, que invierte el orden de la secuencia desde lo cualitativo hacia lo cuantitativo, puede ser útil para generar herramientas de chequeo y evaluación de un proceso de implementación, sobre la base de los elementos más críticos para el sistema de salud y más significativos para sus propios funcionarios. Esto permitiría estandarizar la evaluación de la implementación del modelo de salud mental comunitaria, y así, realizar comparaciones entre dispositivos de salud de diversas zonas geográficas y realidades locales. Con esto se puede ayudar a robustecer el cuerpo teórico y ampliar la evidencia de las ciencias de la implementación, como un enfoque útil tanto para la investigación académica como para la ejecución de políticas públicas.

## VIII. Limitaciones

Entre las principales limitaciones del análisis cuantitativo, cabe resaltar la inexistencia de Resúmenes Estadísticos Mensuales autónomos del COSAM Leonor Mascayano antes del año 2022. La transición del Policlínico hacia COSAM fue más rápida que las adecuaciones de los sistemas estadísticos requeridos. Esto implica que el análisis no sigue una continuidad precisa de las actividades de este dispositivo a lo largo del tiempo, sino más bien, como se explica en el capítulo de Marco Metodológico, una comparación descriptiva entre las actividades del COSAM en el año 2022 y el registro del HGGB en los años anteriores.

A esta limitación se suma la estrategia de cálculo de la población beneficiaria atendida a lo largo del tiempo. Considérese que, a saber, el COSAM Leonor Mascayano no atiende a todos los beneficiarios Fonasa de la comuna de Concepción, sino a aquellos inscritos en una parte de los dispositivos de APS de la comuna, cuyas cifras exactas, características demográficas y variaciones a lo largo del tiempo, no fueron obtenidas durante la realización de este estudio. Así, se utilizaron los datos de población beneficiaria de Fonasa como referencia para comprender, de manera aproximada, las variaciones en las tasas de atención y su diferencia respecto a los estándares del Modelo de Gestión.

Por último, una cantidad importante de los archivos REM presentaron frecuentes errores aritméticos, que debieron ser corregidos por el investigador. Esto refleja un uso limitado de las funciones de fórmula del software Excel para la confección precisa del registro por parte del personal del dispositivo.

Respecto al análisis cualitativo de esta investigación, un aspecto que pudiese crear un sesgo en las respuestas de los y las participantes es el momento de realización de las entrevistas, registradas entre agosto y septiembre de 2023, poco tiempo después de la paralización del COSAM Leonor Mascayano, ocurrida en julio del mismo año. Esta contingencia podría incidir sobre la percepción negativa de las Circunstancias internas y externas, o bien sobre la percepción positiva de las Características de los individuos, dadas las discusiones en curso sobre el funcionamiento del dispositivo, la relación actual con el nivel institucional superior y las expectativas puestas en los resultados de la negociación entre ambas partes.

Otro aspecto para considerar es la naturaleza de la pauta de entrevista cualitativa ofrecida por el CFIR, dada su extensión y exhaustividad de tópicos. La disponibilidad variable de tiempo para la conversación, generando entrevistas de entre 25 hasta 65 minutos de duración, puede representar otra limitación del estudio, al no lograrse profundizar en algunos temas con aquellos entrevistados con menos tiempo disponible.

Futuras investigaciones que usen el marco de ciencias de la implementación pueden recurrir al diseño y uso de instrumentos cuantitativos, como la aplicación de encuestas que incluyan los ítems del CFIR. Publicaciones como el estudio de 2016 sobre la implementación de una intervención de salud mental escolar en Chile (70), pueden dar algunas luces sobre esta posible adaptación metodológica.

## IX. Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2017.
2. Ministerio de Salud. Modelo de Gestión. Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2018.
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2014 oct. Report No.: CD53/8.
4. Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irrázabal M, Díaz R, et al. Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018 [citado 14 de noviembre de 2021];42. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49515>
5. Gatica-Saavedra M, Vicente B, Rubí P. Plan nacional de salud mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile. *Rev Médica Chile*. abril de 2020;148(4):500-5.
6. Agudelo-Hernández F, Rojas-Andrade R. Ciencias de la Implementación y Salud Mental: un Diálogo Urgente. *Rev Colomb Psiquiatr*. septiembre de 2021;S0034745021001384.
7. Mascayano F, Gajardo J. Ciencia de Implementación en la evaluación de programas y servicios de salud en Chile. *Rev Médica Chile*. julio de 2018;146(7):945-6.
8. World Health Organization. System Thinking for Health System Strenghtening [Internet]. France: World Health Organization; 2009 [citado 26 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348191>
9. Tausch A, e Souza RO, Viciano CM, Cayetano C, Barbosa J, Hennis AJ. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *Lancet Reg Health - Am*. enero de 2022;5:100118.
10. Vigo DV, Kestel D, Pendakur K, Thornicroft G, Atun R. Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. *Lancet Public Health*. febrero de 2019;4(2):e89-96.
11. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. noviembre de 2021;398(10312):1700-12.



12. Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud. Documento segunda entrega de resultados. Tercera Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017. 2019.
13. Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Salud Mental 1. Trastornos del Ánimo: Depresión y Bipolaridad I-II. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2021.
14. Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Salud Mental 2. Comportamiento suicida. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2021.
15. Ministerio de Salud. Informe Final. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2007.
16. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020 [Internet]. World Health Organization; 2021 [citado 2 de junio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352406>
17. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301>
18. Sapag JC, Álvarez Huenchulaf C, Campos Á, Corona F, Pereira M, Véliz V, et al. Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) en Chile: aprendizajes y desafíos para América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 6 de abril de 2021;45:1.
19. Madariaga Araya C. Clínica psiquiátrica y ciudadanía: de la crisis del paradigma biomédico a la Salud Mental Colectiva. En: Madariaga Araya C, Oyarce Pisani AM, Martínez-Hernández Á, Menéndez Spina E, editores. Repensar la Salud Mental Colectiva Diálogos, Saberes y Encrucijadas. 1.ª ed. Santiago de Chile: Editorial Contrakorriente; 2021. p. 31-80.
20. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Declaración de Caracas. Organización Panamericana de la Salud; 1990.
21. Ministerio de Salud. Evaluación del sistema de salud mental en Chile. Santiago de Chile; 2014. Report No.: 2.
22. Leiva- Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. Rev Panam Salud Pública. 16 de diciembre de 2021;45:1.
23. Thornicroft G, Tansella M. La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios. Madrid: Triascatela; 2005. (Serie Biblioteca Básica de Psiquiatría).

24. Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychol Med.* mayo de 1998;28(3):503-8.
25. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy & practice, case studies. [Internet]. 2010 [citado 25 de mayo de 2021]. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf)
26. Ministerio de Salud. Modelo de Gestión. Centro de Salud Mental Comunitaria. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2018.
27. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Pública.* noviembre de 2005;18(4-5):346-58.
28. Mundt AP, Martínez P, Jaque S, Irrázaval M. The effects of national mental health plans on mental health services development in Chile: retrospective interrupted time series analyses of national databases between 1990 and 2017. *Int J Ment Health Syst.* diciembre de 2022;16(1):5.
29. Sepúlveda R. Las políticas de Salud Mental en Chile. El Modelo Comunitario entre la gubernamentalidad y la utopía liberadora. En: Madariaga Araya C, Oyarce Pisani AM, Martínez-Hernández Á, Menéndez Spina E, editores. *Repensar la Salud Mental Colectiva Diálogos, Saberes y Encrucijadas.* 1.ª ed. Santiago de Chile: Editorial Contrakorriente; 2021. p. 351-73.
30. Minoletti A. Abogacía para mejorar las políticas públicas en salud mental en Chile. *Atopos.* 2011;10.
31. Olivares-Aising D, Barrera MDV. Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. *Psicoperspectivas Individuo Soc* [Internet]. 13 de julio de 2019 [citado 12 de noviembre de 2021];18(2). Disponible en:  
<https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/1602>
32. Cea-Madrid JC. Gasto público en prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en el modelo de salud mental comunitaria en Chile. *Saúde E Soc.* 2020;29(3):e190893.
33. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. Reprinted. Maidenhead: Open Univ. Press; 2009. 206 p. (Understanding public health).
34. Birkland, Thomas A. An Introduction to the Policy Process. 4.ª ed. New York: Routledge; 2016.
35. Cerna L. The Nature of Policy Change and Implementation: A Review of Different Theoretical Approaches. *Organ Econ Coop Dev.* 2013;31.

36. Suárez-Obando F, Gómez-Restrepo C, Castro S. Ciencias de la implementación: de la evidencia a la práctica. *Acta Médica Colomb.* 8 de diciembre de 2017;43(4):207-16.
37. Tansella M, Thornicroft G. Implementation science: understanding the translation of evidence into practice. *Br J Psychiatry.* octubre de 2009;195(4):283-5.
38. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. *Implement Sci.* diciembre de 2006;1(1):1, 1748-5908-1-1.
39. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* diciembre de 2009;4(1):50.
40. CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research. CFIR Booklet [Internet]. CFIR Booklet. 2022. Disponible en: <https://cfirguide.org/guide/app/#/>
41. Erazo Á. Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;6.
42. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ.* 15 de septiembre de 2001;323(7313):625-8.
43. Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud [Internet]. Savigny D de, Adam T, editores. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 [citado 8 de enero de 2022]. 115 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44222>
44. Muñoz Poblete C. Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Rev Chil Salud Pública* [Internet]. 21 de octubre de 2013 [citado 8 de enero de 2022];17(3). Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/28632>
45. Tariq S, Woodman J. Using mixed methods in health research. *JRSM Short Rep.* 1 de junio de 2013;4(6):204253331347919.
46. Hamui-Sutton A. Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investig En Educ Médica.* octubre de 2013;2(8):211-6.
47. Fetters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving Integration in Mixed Methods Designs- Principles and Practices. *Health Serv Res.* diciembre de 2013;48(6pt2):2134-56.
48. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas Individuo Soc.* 2003;11:53-82.
49. O’Cathain A, Murphy E, Nicholl J. Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ.* 17 de septiembre de 2010;341(sep17 1):c4587-c4587.

50. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Manual Series REM 2021-2022. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2021.
51. Farmer T, Robinson K, Elliott SJ, Eyles J. Developing and Implementing a Triangulation Protocol for Qualitative Health Research. *Qual Health Res.* marzo de 2006;16(3):377-94.
52. Erzberger C, Prein G. Triangulation: Validity and empirically-based hypothesis construction. *Qual Quant.* 1 de mayo de 1997;31(2):141-54.
53. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2017.
54. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry.* 2006;
55. López S C, Pérez C F, Troncoso P M, Saldaña C J, Bustamante X ML, Jerez C S. Caracterización de las hospitalizaciones realizadas en la Unidad de Trastornos de Personalidad de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile entre los años 2006 y 2008. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet].* junio de 2010 [citado 26 de noviembre de 2023];48(2). Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272010000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
56. Beckwith H, Moran PF, Reilly J. Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: A systematic literature review. *Personal Ment Health.* mayo de 2014;8(2):91-101.
57. Giner Zaragoza F, Lera Calatayud G, Vidal Sánchez ML, Puchades Muñoz MP, Rodenes Pérez A, Císcar Pons S, et al. Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria: estudio descriptivo. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* diciembre de 2015;35(128):789-99.
58. Minoletti A, Soto-Brandt G, Sepúlveda R, Toro O, Irarrázaval M. Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Rev Panam Salud Pública [Internet].* 2018 [citado 27 de noviembre de 2023];42. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49470>
59. Encina E. Participación colectiva como salud mental: Cuestionamientos y alternativas a las políticas públicas en salud mental en Chile. *Rev Mad [Internet].* 29 de abril de 2014 [citado 12 de noviembre de 2021];0(30). Disponible en:  
<http://www.revistamad.uchile.cl/index.php/RMAD/article/view/30977>
60. Gómez Chamorro M. La Reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral en Red

- Comunitaria de Salud Mental y Psiquiatría. Cuad Méd Soc. 2005;15.
61. Castro A. SALUD MENTAL Y GUBERNAMENTALIDAD: REFLEXIONES EN TORNO A LA LOCURA EN CHILE MENTAL HEALTH AND GOVERNANCE: REFLECTIONS ON MADNESS IN CHILE. 2019;28.
  62. Cárcamo Guzmán K, Cofré Lira I, Flores Oyarzo G, Lagos Arriagada D, Oñate Vidal N, Grandón Fernández P. Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. Psicoperspectivas Individuo Soc [Internet]. 13 de julio de 2019 [citado 12 de noviembre de 2021];18(2). Disponible en: <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/1582>
  63. Espejo DG, Avendaño RP. ESFUERZOS Y BARRERAS QUE INFLUYEN EN LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN CHILE. . p. 2019;6(1):19.
  64. The INTER NOS group, Del Olmo-Romero F, González-Blanco M, Sarró S, Grácio J, Martín-Carrasco M, et al. Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. abril de 2019;269(3):325-39.
  65. Aracena M, Cortez-Monroy F, Soto M, Monsalve P, Basualto P, Quiroz R, et al. Políticas públicas para un sistema de atención híbrida en salud mental: una propuesta para Chile. En: Propuestas para Chile Concurso Políticas Públicas 2022. 1.<sup>a</sup> ed. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2023. p. 9-39.
  66. Loaiza A, Inostroza MP, Fernández P, Valdivia S, Sandaña C. Propuesta de implementación de Telemedicina en el Centro de Salud Mental (COSAM) en la región de Antofagasta [Actividad Final de Graduación para optar al grado de Magíster en Salud Pública con menciones]. Universidad Andrés Bello; 2022.
  67. Sapag JC, Mancevski A, Perry A, Norman CD, Barnsley J, Ferris LE, et al. Developing and Testing an Evaluation Framework for Collaborative Mental Health Services in Primary Care Systems in Latin America. Community Ment Health J [Internet]. 10 de octubre de 2023 [citado 29 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s10597-023-01186-y>
  68. Toro Devia O. Incentivos al Modelo de Salud Mental Comunitaria: Mecanismos de pago hacia los Centros de Salud Mental Comunitaria [Tesis para optar al grado de Doctor en Salud Pública]. Universidad de Chile; 2022.
  69. Cea-Madrid JC. Metodologías participativas en salud mental: alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario. Teoría Crítica Psicol. 2015;(5):79-97.

70. González Ramírez L. Características de la implementación de una intervención en salud mental escolar: la experiencia de los equipos ejecutores [Internet]. [Santiago de Chile]: Universidad de Chile; 2016. Disponible en:  
<https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/151698>

## X. Anexos

### Anexo 1. Definición de ítems del Marco Unificado de Investigación en Implementación (CFIR)

Fuente: CFIR Booklet (40). Traducción libre.

Ítems	Definición
<b>I. Características de la intervención</b>	
Fuentes de la intervención	Percepción de los actores clave respecto al desarrollo interno o externo de la intervención
Fortaleza y calidad de la evidencia	Percepción de los actores sobre la calidad y validez de la evidencia que apoya la creencia en que la intervención tendrá el resultado deseado
Ventaja relativa	Percepción de los actores de la ventaja de implementar la intervención frente a una solución alternativa
Adaptabilidad	El grado en que una intervención puede ser adaptada, refinada o reinventada para satisfacer las necesidades locales
Capacidad de prueba ( <i>trialability</i> )	La capacidad de probar la intervención a pequeña escala en la organización, y de poder revertirla (deshacer la implementación) si es requerido
Complejidad	Percepción de dificultad de la implementación, reflejada en duración, foco, radicalidad, disrupción, centralidad, intrincación y número de pasos requeridos para implementar
Calidad de diseño y embalaje	Excelencia percibida sobre cómo la intervención está envuelta, presentada y ensamblada
Costo	Costos de la intervención y costos asociados con la implementación de la intervención, incluyendo inversión, insumos y costos de oportunidad
<b>II. Circunstancias externas</b>	
Necesidades y recursos del paciente	Grado en que las necesidades del paciente, al igual que las barreras y limitaciones para satisfacer dichas necesidades, son precisamente conocidas y priorizadas por la organización
Cosmopolitismo	Grado en que una organización está conectada en red con otras organizaciones externas
Presión de pares	Presión mimética o competitiva para implementar una intervención; comúnmente debido a que la mayoría u otras organizaciones clave, pares o competencia, ya han implementado o están apostando por una ventaja competitiva
Políticas e incentivos externos	Un constructo amplio que incluye estrategias externas para difundir la intervención, incluyendo políticas y regulaciones (del gobierno u otra entidad central), mandatos externos, recomendaciones y guías, pago por desempeño, colaboraciones, y reporte público o comparativo
<b>III. Circunstancias internas</b>	
Características estructurales	La arquitectura social, edad, madurez y tamaño de una organización
Redes y	La naturaleza y calidad de las redes sociales y la naturaleza y calidad de la

comunicaciones	comunicación formal e informal dentro de la organización
Cultura	Normas, valores y afirmaciones básicas de una organización
Clima de implementación	La capacidad de absorción del cambio, receptividad compartida por los individuos involucrados hacia una intervención, y el grado en que el uso de la intervención será recompensado, apoyado y esperado dentro de la organización
Tensión para el cambio	Grado en que los actores perciben la situación actual como intolerable o en necesidad de cambio
Compatibilidad	Grado de ajuste tangible entre los significados y valores atribuidos a la intervención por los individuos involucrados, cómo éstos se alinean con las propias normas y valores de los individuos y los riesgos y necesidades percibidas por ellos, y cómo la intervención encaja con los sistemas y flujos existentes
Prioridad relativa	Percepción compartida por los individuos sobre la importancia de la implementación dentro de la organización
Incentivos y recompensas de la organización	Incentivos extrínsecos, como premios por metas compartidas, revisiones del desempeño, promociones y aumentos en el salario, e incentivos menos tangibles, como aumento de estatus o respeto
Metas y retroalimentación	Grado en que las metas son claramente comunicadas, realizadas y retroalimentadas al personal, y alineación de dicha retroalimentación con las metas
Clima de aprendizaje	Un clima en el que a) los líderes expresan su propia falibilidad y necesidad de la asistencia y aportes de los miembros del equipo; b) los miembros del equipo sienten que son compañeros esenciales, valorados y reconocidos en el proceso de cambio; c) los individuos se sienten psicológicamente seguros para intentar nuevos métodos; y d) hay suficiente tiempo y espacio para el pensamiento y la evaluación reflexiva
Preparación para implementación	Indicadores tangibles e inmediatos del compromiso de la organización con su decisión de implementar la intervención
Compromiso del liderazgo	Compromiso, involucramiento y responsabilidad de los líderes y administradores con la implementación
Recursos disponibles	El nivel de recursos dedicados para la implementación y operaciones en curso, incluyendo dinero, capacitación, educación, espacio físico y tiempo
Acceso a información	Facilidad de acceso a información y conocimiento digerible sobre la intervención y cómo incorporarla en las tareas de trabajo
<b>IV. Características de los individuos</b>	
Conocimiento y creencias sobre la intervención	Actitudes de los individuos y valor puesto en la intervención, al igual que su familiaridad con los hechos, verdades y principios relacionados a la misma
Autoeficacia	Creencia de los individuos en su propia capacidad de ejecutar cursos de acción para lograr las metas de la implementación
Etapas individuales de cambio	Caracterización de la fase de cambio en que se encuentra un individuo, a medida que progresa hacia un uso hábil, entusiasta y sostenido de la intervención
Identificación con la organización	Un constructo amplio relacionado a cómo los individuos perciben la organización, y su relación y grado de compromiso con ella



Otros atributos personales	Un constructo amplio que incluye otros rasgos personales, como tolerancia a la ambigüedad, capacidad intelectual, motivación, valores, competencia, capacidad y estilo de aprendizaje
<b>V. Proceso</b>	
Planificación	Grado en que se desarrolla por adelantado un esquema o método de conducta y tareas para implementar la intervención, y la calidad de tales esquemas o métodos
Compromiso	Atraer e involucrar a los individuos apropiados en la implementación y el uso de la intervención mediante una estrategia combinada de marketing social, educación, modelado de roles, capacitación y otras actividades similares
Líder de opinión	Individuos en la organización que tienen influencia formal o informal sobre las actitudes y creencias de sus colegas respecto a implementar la intervención
Líder interno de implementación designado formalmente	Individuos desde dentro de la organización que han sido formalmente designados con la responsabilidad de implementar la intervención, como coordinador, mánager de proyecto, líder de equipo u otros roles similares
Campeón	Individuos que se dedican a apoyar, promocionar y 'manejarse' en una intervención, superando la indiferencia y resistencia que la intervención puede provocar en una organización
Agente de cambio externo	Individuos afiliados con una entidad externa que formalmente influyen o facilitan las decisiones de la intervención en una dirección deseable
Ejecución	Llevar a cabo o cumplir la implementación de acuerdo con el plan
Reflexión y evaluación	Retroalimentación cuantitativa y cualitativa sobre el progreso y calidad de la implementación acompañada de un resumen regular personal y del equipo sobre el progreso y la experiencia

## Anexo 2. Guía de entrevista del Marco Unificado de Investigación en Implementación (CFIR)

Fuente: CFIR Booklet (40). Traducción libre.

### Características de la intervención

#### Fuente de intervención

1. ¿Quién desarrolló la intervención?
  - ¿Cuál es su opinión sobre este grupo/individuo?
2. *(Esta pregunta también está relacionada con Proceso: Participación. Codifique aquí las respuestas relacionadas con la fuente de la intervención. Codifique las respuestas relacionadas con quién participó en el proceso de decisión bajo Participación, como una indicación de participación temprana (o no). La participación en la toma de decisiones es una estrategia de compromiso eficaz para ayudar a las personas a sentirse dueñas de la intervención.)*
  - ¿Por qué se está implementando la intervención en su entorno?
    - ¿Quién decidió implementar la intervención?
    - ¿Cómo se tomó la decisión de implementar la intervención?

#### Fortaleza y calidad de la evidencia

1. ¿Qué tipo de información o evidencia conoce que muestre si la intervención funcionará o no en su entorno?
  - ¿Qué evidencia ha escuchado de su propia investigación? ¿Pautas de práctica? ¿Literatura publicada? ¿Compañeros de trabajo? ¿Otra organización?
  - ¿Cómo afecta este conocimiento su percepción de la intervención?
2. En un entorno de atención médica, las partes interesadas influyentes pueden incluir médicos influyentes y muy respetados, mientras que en un entorno educativo, esto puede incluir maestros o educadores influyentes y muy respetados.
  - ¿Qué piensan las partes interesadas influyentes de la intervención?
    - ¿Qué piensan los líderes administrativos u otros de la intervención?
3. ¿Qué tipo de evidencia o prueba de respaldo se necesita sobre la efectividad de la intervención para lograr que el personal participe?
  - ¿Compañeros de trabajo? ¿Líderes administrativos?

#### Ventaja relativa

*La codificación entre Tensión por el cambio, Ventaja relativa y Necesidades y recursos de aquellos a quienes sirve la organización se matizará, pero aquí hay algunas pautas generales:*

- *Tensión por el Cambio: Declaraciones que demuestran una fuerte necesidad de la intervención y/o que la situación actual es insostenible.*
  - *Ventaja relativa: Declaraciones que demuestran que la intervención es mejor (o peor) que los programas existentes.*
  - *Necesidades y recursos: Declaraciones sobre las necesidades específicas de las personas que demuestran la necesidad de la intervención, pero que no representan necesariamente una gran necesidad o un statu quo insostenible.*
1. ¿Cómo se compara la intervención con otros programas similares existentes en su entorno?
    - ¿Qué ventajas tiene la intervención en comparación con los programas existentes?
    - ¿Qué desventajas tiene la intervención en comparación con los programas existentes?
  2. ¿Cómo se compara la intervención con otras alternativas que se hayan considerado o que usted conozca?
    - ¿Qué ventajas tiene la intervención en comparación con estos otros programas?
    - ¿Qué desventajas tiene la intervención en comparación con estos otros programas?
  3. ¿Hay otra intervención que la gente preferiría implementar?
    - ¿Puede describir esa intervención?
    - ¿Por qué la gente preferiría la alternativa?

#### Adaptabilidad

1. ¿Qué tipo de cambios o alteraciones cree que necesitará hacer a la intervención para que funcione de manera efectiva en su entorno?
  - ¿Cree que podrá hacer estos cambios? ¿Por qué o por qué no?
2. ¿Quién decidirá (o cuál es el proceso para decidir) si se necesitan cambios en la intervención para que funcione bien en su entorno?

- ¿Cómo sabrá si es apropiado hacer algún cambio?
- 3. ¿Hay componentes que no deben ser alterados?
  - ¿Cuáles no se deben modificar?

#### **Capacidad de prueba (trialability)**

1. ¿Se pondrá a prueba la intervención antes de su implementación a gran escala?
  - [En caso afirmativo] ¿Puede describir cuáles son sus planes para poner a prueba la intervención?
  - [En caso afirmativo] ¿Cómo será el piloto?
2. ¿Cree que sería posible pilotear la intervención antes de ponerla a disposición de todos?
  - ¿Por qué o por qué no?
  - ¿Será esto útil?

#### **Complejidad**

*Este constructo aborda la complejidad de la intervención, no la complejidad de la implementación. Los desafíos relacionados con la implementación deben codificarse con el código CFIR apropiado, por ejemplo, los desafíos relacionados con la participación del personal deben codificarse como *Involucramiento: Partes interesadas clave*, o los desafíos relacionados con hacer de la intervención una prioridad para el liderazgo deben codificarse (doblemente) como *Compromiso del liderazgo* y *Prioridad relativa*.*

1. ¿Qué tan complicada es la intervención?
  - Considere los siguientes aspectos de la intervención: duración, alcance, complejidad y número de pasos involucrados y si la intervención refleja una desviación clara de las prácticas anteriores.

#### **Calidad del diseño y Embalaje**

1. ¿Cuál es su percepción de la calidad de los materiales de apoyo, el empaque y el ensamblaje de la intervención para su implementación?
  - ¿Por qué?
2. ¿Qué apoyos, como recursos en línea, materiales de marketing o un conjunto de herramientas, están disponibles para ayudarlo a implementar y utilizar la intervención?
  - ¿Cómo se accede a estos materiales?
3. ¿Cómo afectarán los materiales disponibles la implementación en su entorno?

#### **Costo**

1. ¿En qué costos se incurrirá para implementar la intervención?
2. ¿Qué costos se consideraron al momento de decidir implementar la intervención?

#### **Circunstancias externas**

##### **Necesidades y recursos del paciente**

*La codificación entre *Tensión por el cambio*, *Ventaja relativa* y *Necesidades y recursos de aquellos a quienes sirve la organización* se matizará, pero aquí hay algunas pautas generales:*

- *Tensión por el Cambio: Declaraciones que demuestran una fuerte necesidad de la intervención y/o que la situación actual es insostenible.*
  - *Ventaja relativa: Declaraciones que demuestran que la intervención es mejor (o peor) que los programas existentes.*
  - *Necesidades y recursos: Declaraciones sobre las necesidades específicas de las personas que demuestran la necesidad de la intervención, pero que no representan necesariamente una gran necesidad o un statu quo insostenible.*
  - *En un entorno de atención médica, las personas atendidas por la organización pueden incluir pacientes y cuidadores, mientras que en un entorno educativo, esto puede incluir estudiantes y padres.*
1. ¿Hasta qué punto el personal es consciente de las necesidades y preferencias de las personas a las que sirve su organización?
    - ¿Qué tan "en contacto" están el personal y el liderazgo con las personas a las que sirve su organización?
  2. ¿En qué medida se consideraron las necesidades y preferencias de las personas atendidas por su organización al decidir implementar la intervención?
    - ¿Puede describir ejemplos específicos?
    - ¿Se modificará la intervención para satisfacer sus necesidades y preferencias?
  3. ¿Qué tan bien cree que la intervención satisfará las necesidades de las personas atendidas por su organización?

- ¿De qué manera la intervención satisfará sus necesidades? Por ejemplo, ¿mejorar el acceso a los servicios? ¿Tiempos de espera reducidos? ¿Ayuda con la autogestión? ¿Reducción del tiempo y los gastos de viaje?
- 4. ¿Cómo cree que las personas atendidas por su organización responderán a la intervención?
- 5. ¿Qué barreras enfrentarán las personas atendidas por su organización para participar en la intervención?
- 6. ¿Ha obtenido información de los participantes sobre sus experiencias con la intervención?
  - ¿Cuáles son sus percepciones de la intervención?
  - ¿Puede describir qué tipo de información específica ha escuchado?
- 7. ¿Ha escuchado historias sobre las experiencias de los participantes con la intervención?
  - ¿Puede describir una historia específica?

### **Cosmopolitismo**

*Estas son preguntas a nivel individual, pero las respuestas deben agregarse para caracterizar de manera más general hasta qué punto la organización alienta a las personas a tomar la iniciativa para traer ideas desde afuera.*

1. ¿Hasta qué punto se relaciona con colegas o personas en profesiones/puestos similares fuera de su entorno?
  - ¿Cuáles son los lugares?
2. ¿Qué tipo de intercambio de información tiene con otras personas fuera de su entorno, ya sea en relación con la intervención o, de manera más general, sobre su profesión?
  - ¿A qué trabajo en red profesional se dedica? ¿Conferencias locales o nacionales? ¿Capacitaciones?
3. ¿En qué medida su organización lo alienta a establecer contactos con colegas fuera de su propio entorno?
  - ¿Puede asistir a conferencias locales/nacionales? ¿Otros lugares?

### **Presión de grupo**

1. ¿Puede decirme qué sabe acerca de otras organizaciones que han implementado la intervención u otros programas similares?
  - ¿Cómo ha influido esta información en la decisión de implementar la intervención?
2. ¿En qué medida están implementando la intervención otras organizaciones?
  - ¿Cómo afecta esto el apoyo para implementar la intervención en su entorno?
3. ¿En qué medida están implementando la intervención otras unidades dentro de su organización?
  - ¿Cómo afecta eso el apoyo para implementar la intervención en su propio entorno?
4. ¿Hasta qué punto la implementación de la intervención proporcionaría una ventaja para su organización en comparación con otras organizaciones en su área?
  - ¿Existe una ventaja competitiva?
  - ¿Hay algo acerca de la intervención que atraería a más personas a su organización, en lugar de otra en su área?

### **Políticas e incentivos externos**

*En un entorno de atención médica, las políticas e incentivos externos pueden incluir medidas de rendimiento clínico y pago por rendimiento, mientras que en un entorno educativo, esto puede incluir medidas de rendimiento de pruebas estandarizadas y asignación de fondos.*

1. ¿Qué tipo de medidas de desempeño, políticas, reglamentos o pautas locales, estatales o nacionales influyeron en la decisión de implementar la intervención?
  - ¿Cómo afectará la intervención la capacidad de su organización para cumplir con estas medidas, políticas, reglamentos o directrices?
2. ¿Qué tipo de incentivos financieros o de otro tipo influyeron en la decisión de implementar la intervención?
  - ¿Cómo afectará la intervención la capacidad de su organización para recibir estos incentivos?
  - ¿Cómo afectará la nueva intervención el pago o los ingresos de su organización?

### **Circunstancias internas**

#### **Características estructurales**

*Este constructo se puede utilizar para capturar cualquier información relevante con respecto a la arquitectura social, la edad, la madurez, el tamaño o el diseño físico de la organización. El espacio insuficiente puede mencionarse aquí, pero debe codificarse en Recursos disponibles.*

1. ¿Cómo afectará la infraestructura de su organización (arquitectura social, edad, madurez, tamaño o diseño físico) la implementación de la intervención?
  - ¿Cómo facilitará/obstaculizará la infraestructura la implementación de la intervención?
  - ¿Cómo solucionará los desafíos estructurales?

2. ¿Qué tipo de cambios de infraestructura serán necesarios para acomodar la intervención?
  - ¿Cambios en el alcance de la práctica? ¿Cambios en las políticas formales? ¿Cambios en los sistemas de información o sistemas de registros electrónicos? ¿Otro?
  - ¿Qué tipo de aprobaciones se necesitarán? ¿Quién tendrá que participar?
  - ¿Puede describir el proceso que será necesario para hacer estos cambios?

### **Redes y Comunicaciones**

*La codificación entre el acceso al conocimiento y la información, la participación y las redes y la comunicación se matizará, pero aquí hay algunas pautas generales:*

- *Acceso al conocimiento y la información: Declaraciones relacionadas con el acceso de los líderes de implementación y los usuarios al conocimiento y la información sobre el uso del programa, es decir, la mecánica del programa.*
  - *Involucrar: Declaraciones relacionadas con lograr que las partes interesadas "vendan" el programa, es decir, lograr que se involucren, independientemente de si saben cómo usar el programa.*
  - *Redes y Comunicación: Declaraciones relacionadas con la formación, calidad y funcionamiento del equipo; declaraciones sobre la comunicación general y las relaciones en la organización.*
1. ¿Puede describir sus relaciones de trabajo con sus colegas?
    - ¿Con compañeros de su unidad?
    - ¿Con compañeros de otras unidades?
    - ¿Puede contarme una historia sobre un momento en que necesitó trabajar con otros para resolver un problema? ¿O para implementar una intervención en el pasado o esta intervención?
  2. ¿En qué medida se reúne con sus compañeros fuera del trabajo?
    - ¿A hablar sobre trabajo?
    - ¿Solo para divertirse juntos?
  3. ¿Se reúne (formal o informalmente) con un equipo de personas?
    - ¿Cuál es la membresía del equipo?
    - ¿Con qué frecuencia se reúnen? ¿Formalmente? ¿Informalmente?
  4. ¿Puede describir su relación de trabajo con los líderes?
    - ¿Su supervisor? ¿Supervisores de otros colegas?
  5. ¿Puede describir su relación de trabajo con las partes interesadas influyentes?
  6. ¿Se llevan a cabo reuniones, como reuniones de personal, con regularidad?
    - ¿Asiste usted a menudo?
    - ¿Quién asiste a menudo?
    - ¿Qué proporción del personal suele asistir?
    - ¿Con qué frecuencia se realizan las reuniones?
    - ¿Cómo es una agenda típica? ¿Qué tan útiles son estas reuniones?
  7. ¿Cómo suele enterarse de nueva información, como nuevas iniciativas, logros, problemas, personal nuevo, salidas de personal?
  8. Cuando necesita hacer algo o resolver un problema, ¿quiénes son sus personas de referencia?
    - ¿Puede describir un ejemplo reciente?

### **Cultura**

1. ¿Cómo describiría la cultura de su organización? ¿De su propio entorno o unidad?
  - ¿Siente que la cultura de su propia unidad es diferente de la de la organización en general? ¿En qué maneras?
2. ¿Cómo cree que la cultura de su organización (creencias generales, valores, suposiciones que adopta la gente) afectará la implementación de la intervención?
  - ¿Puede describir un ejemplo que resalte esto?
3. ¿En qué medida se adoptan y utilizan las nuevas ideas para realizar mejoras en su organización?
  - ¿Puede describir un ejemplo reciente?
4. *Esta pregunta puede ser abierta o generar porcentajes para que sumen 100%. por ejemplo, mi cultura es 50% de equipo, 40% empresarial, 10% jerárquica.*

Algunas personas caracterizan la cultura en términos de cuatro tipos generales. En qué medida caracterizaría su cultura como:

- Cultura de equipo (clan) (flexible, enfoque interno): Un lugar de trabajo amigable donde los líderes actúan como mentores, facilitadores y constructores de equipos. Se valora el desarrollo a largo plazo y hacer cosas juntos.
- Cultura jerárquica (jerarquía) (control, enfoque interno): un lugar de trabajo estructurado y formalizado donde los líderes actúan como coordinadores, monitores y organizadores. Se valora el cambio incremental y hacer las cosas bien.
- Cultura empresarial (adhocracia) (flexible, enfoque externo): Un lugar de trabajo dinámico con líderes que estimulan la intervención. Se valora los avances y hacer las cosas primero.
- Cultura racional (mercado) (control, enfoque externo): un lugar de trabajo competitivo con líderes como conductores duros, productores o competidores. Se valora el rendimiento a corto plazo y hacer las cosas rápido.

### **Clima de implementación**

1. *Es probable que esta pregunta descubra temas para explorar más dentro de otros subconstructos, pero esté atento a otros temas que pueden no estar incluidos en su evaluación.*

¿Cuál es el nivel general de receptividad en su organización para implementar la intervención?

- ¿Por qué?

### **Tensión para el cambio**

*La codificación entre Tensión por el cambio, Ventaja relativa y Necesidades y recursos de aquellos a quienes sirve la organización se matizará, pero aquí hay algunas pautas generales:*

- *Tensión por el Cambio: Declaraciones que demuestran una fuerte necesidad de la intervención y/o que la situación actual es insostenible.*
- *Ventaja relativa: Declaraciones que demuestran que la intervención es mejor (o peor) que los programas existentes.*
- *Necesidades y recursos: Declaraciones sobre las necesidades específicas de las personas que demuestran la necesidad de la intervención, pero que no representan necesariamente una gran necesidad o un statu quo insostenible.*

1. ¿Existe una gran necesidad de esta intervención?
  - ¿Por qué o por qué no?
  - ¿Otros ven la necesidad de la intervención?
2. ¿Qué tan esencial es esta intervención para satisfacer las necesidades de las personas atendidas por su organización u otras metas y objetivos organizacionales?
3. ¿Cómo se sienten las personas acerca de los programas/prácticas/procesos actuales que están disponibles en relación con la intervención?
  - ¿Hasta qué punto los programas actuales no satisfacen las necesidades existentes? ¿La intervención satisfará estas necesidades?
  - ¿Cómo llenará la intervención los vacíos actuales?

### **Compatibilidad**

- *En un entorno de atención médica, los valores relacionados con la interacción con los pacientes pueden incluir la atención centrada en el paciente, mientras que en un entorno educativo, los valores pueden incluir ubicar a los estudiantes de educación especial en aulas de inclusión.*

1. ¿Qué tan bien encaja la intervención con sus valores y normas y los valores y normas dentro de la organización?
  - ¿Valores relacionados con la interacción con las personas a las que sirve su organización, por ejemplo, toma de decisiones compartida frente a ser directivo?
  - ¿Valores relacionados con la referencia a programas basados en proveedores externos frente a la prestación de servicios por parte del personal interno?
2. ¿Qué tan bien encaja la intervención con los procesos y prácticas de trabajo existentes en su entorno?
  - ¿Cuáles son los posibles problemas o complicaciones que pueden surgir?
3. ¿Puede describir cómo se integrará la intervención en los procesos actuales?
  - ¿Cómo interactuará o entrará en conflicto con los programas o procesos actuales?
4. ¿La intervención reemplazará o complementará un programa o proceso actual?
  - ¿De qué maneras?

### **Prioridad relativa**

1. ¿Qué tipos de iniciativas o actividades de alta prioridad ya están ocurriendo en su entorno?

- ¿Cuál es la prioridad de implementar la intervención en relación con otras iniciativas que están sucediendo ahora?
  - ¿La implementación entrará en conflicto con estas prioridades?
  - ¿La implementación ayudará a lograr (o aliviará la presión relacionada con) estas prioridades?
2. Describa las actividades o iniciativas que parecen tener la máxima prioridad para usted (para la organización)
    - ¿Qué tipo de presión siente para lograr esto? ¿De dónde viene? ¿Por qué?
  3. ¿En qué medida podría la implementación pasar a un segundo plano frente a otras iniciativas de alta prioridad que se están llevando a cabo ahora?
    - ¿Qué tan importante cree que es implementar la intervención en comparación con las otras prioridades?
    - ¿Qué tan importante es para otros, como sus compañeros de trabajo o líderes, implementar la intervención en comparación con las otras prioridades?
  4. ¿Cómo conjugará con las prioridades contrapuestas en su propio trabajo? ¿Cómo harán sus colegas con estas prioridades?
    - ¿Cuáles son las otras prioridades?
    - ¿Cómo se compara la prioridad de implementar la intervención con otras prioridades en su organización? ¿Para su propio trabajo?

#### **Incentivos y recompensas organizacionales**

1. ¿Qué tipo de incentivos existen para ayudar a asegurar que la implementación de la intervención sea exitosa?
  - ¿Cuál es su motivación para querer ayudar a que la implementación sea exitosa?
2. ¿En qué medida cree que su supervisor considerará su papel en esta implementación en su (próxima) evaluación? ¿En la consideración por su trabajo o rol?
3. ¿Hay algún reconocimiento o recompensa especial planificada que esté relacionada con la implementación de la intervención?
  - ¿Puede describirlas?
  - ¿Estarán dirigidas a grupos/equipos/unidades o individuos?

#### **Metas y Retroalimentación**

1. ¿Ha establecido usted/su unidad/su organización metas relacionadas con la implementación de la intervención?
  - [En caso afirmativo] ¿Cuáles son los objetivos?
2. ¿En qué medida su organización/unidad establece metas para los programas/iniciativas actuales?
  - ¿Cómo se comunican los objetivos en la organización? ¿A quién se comunican?
  - ¿Puede dar un ejemplo de una meta? ¿Cómo y a quién se comunica?
  - ¿Se hacen cambios en función de cómo van las cosas? ¿Puede dar un ejemplo?
3. ¿En qué medida se monitorean los objetivos organizacionales para el progreso?
  - ¿Puede dar un ejemplo de monitoreo en términos del tipo de información, quién está informado y cómo?
4. ¿Recibe algún informe de retroalimentación sobre su trabajo?
  - ¿Cómo son? ¿Contenido, modo, forma?
  - ¿Qué tan útiles son esos informes?
  - ¿Cómo se pueden mejorar?
  - ¿Con qué frecuencia los recibe? ¿De dónde vienen?
  - ¿Quién los diseñó?
5. *Esta pregunta se puede enmarcar en términos de la intervención. Por ejemplo, en un entorno de atención médica: ¿Cómo se alinea la implementación de la intervención con los objetivos organizacionales relacionados con la prevención?*  
 ¿Cómo se alinea la implementación de la intervención con otras metas organizacionales?

#### **Clima de aprendizaje**

- *Las preguntas relacionadas con la implementación de intervenciones anteriores pueden proporcionar información sobre muchos constructos potenciales para realizar un seguimiento posterior, por ejemplo, explorar hasta qué punto los mismos facilitadores/barreras pueden estar en juego para la nueva implementación de interés.*
1. ¿Puede describir una iniciativa reciente de mejora de la calidad o la implementación de un nuevo programa?
    - ¿Puede describir la nueva iniciativa/programa y la motivación para implementarla?

- ¿Puede decirme los principales hitos o logros clave en el camino?
  - ¿Qué factores ayudaron a que fuera un éxito o un fracaso?
  - ¿Quiénes fueron los "jugadores" clave?
  - ¿Cuál fue su participación?
  - ¿La gente estaba contenta con el resultado/la iniciativa?
  - ¿Puede decirme cómo se involucraron los líderes? ¿Quién? ¿Sus roles? ¿Cómo ayudaron/obstaculizaron?
2. Si viera un problema en su propio entorno, ¿qué haría?
    - ¿Puede contar una historia sobre un problema reciente que haya resuelto o una iniciativa en la que haya participado?
  3. ¿Hasta qué punto siente que puede probar cosas nuevas para mejorar sus procesos de trabajo?
    - ¿Siente que tiene tiempo y energía para pensar en formas de mejorar las cosas?
    - ¿Se sintió valorado/respetado por su supervisor por el papel que desempeñó?
    - ¿Qué papel jugó su supervisor (u otros líderes)? ¿Qué acciones tomaron?

### **Preparación para la implementación**

#### **Compromiso del liderazgo**

1. ¿Qué nivel de respaldo o apoyo ha visto o escuchado de los líderes?
  - ¿Quiénes son estos líderes y cómo han afectado esto hasta ahora? ¿Hacia delante?
2. ¿Qué nivel de participación ha tenido el liderazgo de su organización hasta ahora con la intervención?
  - ¿Conocen la intención de implementar la intervención?
  - ¿Quiénes son estos líderes? ¿Cómo varían las actitudes de los diferentes líderes?
  - ¿Qué tipo de apoyo le han dado? ¿Puede proporcionar ejemplos específicos?
3. ¿Qué tipo de apoyo o acciones puede esperar de los líderes de su organización para ayudar a que la implementación sea exitosa?
  - ¿Quiénes son estos líderes? ¿Cómo varían las actitudes de los diferentes líderes?
  - ¿Conocen la intención de implementar la intervención?
  - ¿Qué tipo de apoyo puede esperar en el futuro? ¿Puede proporcionar ejemplos específicos?
  - ¿Qué tipos de barreras podrían crear?

#### **Recursos disponibles**

- *Los recursos pueden incluir financiamiento operativo y de capital, tiempo de personal dedicado (por ejemplo, se ha contratado personal nuevo o la implementación es una tarea colateral), espacio, equipo y/o tecnología de la información. Revise cada uno para asegurarse de que todos los recursos necesarios se exploren y se describan completamente.*
1. ¿Espera tener suficientes recursos para implementar y administrar la intervención?
    - [En caso afirmativo] ¿Con qué recursos cuenta? ¿Hay algún otro recurso que haya recibido o le hubiera gustado recibir?
    - ¿Qué recursos serán fáciles de adquirir?
    - [Si no] ¿Qué recursos no estarán disponibles?
  2. ¿Cómo espera obtener los recursos necesarios?
    - ¿Quién participará en ayudarlo a obtener lo que necesita?
    - ¿Qué desafíos espera encontrar?

#### **Acceso al conocimiento y la información**

*La codificación entre el acceso al conocimiento y la información, la participación y las redes y la comunicación se matizará, pero aquí hay algunas pautas generales:*

- *Acceso al conocimiento y la información: Declaraciones relacionadas con el acceso de los líderes de implementación y los usuarios al conocimiento y la información sobre el uso del programa, es decir, la mecánica del programa.*
  - *Involucrar: Declaraciones relacionadas con lograr que las partes interesadas "vendan" el programa, es decir, lograr que se involucren, independientemente de si saben cómo usar el programa.*
  - *Redes y Comunicación: Declaraciones relacionadas con la formación, calidad y funcionamiento del equipo; declaraciones sobre la comunicación general y las relaciones en la organización.*
1. ¿Qué tipo de capacitación está planeado para usted? ¿Para colegas?
    - ¿Cree que la capacitación lo preparará para desempeñar las funciones y responsabilidades que se esperan de usted? ¿Puede explicar?



- ¿Cuáles son los aspectos positivos de la formación planificada?
- ¿Qué falta?
- ¿Qué tipo de formación continua se prevé?
- 2. ¿Qué tipo de información y materiales sobre la intervención ya se han puesto a su disposición?
  - ¿Copias de materiales?
  - ¿Contacto personal?
  - ¿Intercambio de información interna, por ejemplo, reuniones de personal?
  - ¿Ha sido oportuna? ¿Importante? ¿Suficiente?
- 3. ¿A quién le pregunta si tiene dudas sobre la intervención o su implementación?
  - ¿Qué tan disponibles están estos individuos?
- 4. *Esta pregunta también puede ser relevante para Compromiso: Actores clave.*  
 ¿Qué tipo de información y materiales sobre la intervención se planean para las personas en su entorno?
  - ¿Copias de materiales?
  - ¿Contacto personal?
  - ¿Intercambio de información interna, por ejemplo, reuniones de personal?
  - ¿Será oportuna? ¿Importante? ¿Suficiente?

### Características de Individuos

#### Conocimientos y Creencias sobre la Intervención

- *Muchas respuestas a estas preguntas pueden estar (doblemente) codificadas para otros constructos, por ejemplo, para Ventaja relativa si el participante cree que la intervención tiene ventajas sobre un programa existente, o para Evidencia de solidez y calidad si el participante cree que el programa será más eficaz sobre la base de la evidencia existente.*
- 1. ¿Qué sabe sobre la intervención o su implementación?
- 2. ¿Cree que la intervención será eficaz en su entorno?
  - ¿Por qué o por qué no?
- 3. ¿Cómo se siente acerca de la intervención que se utiliza en su entorno?
  - ¿Cómo se siente acerca del plan para implementar la intervención en su entorno?
  - ¿Tiene algún sentimiento de anticipación? ¿Estrés? ¿Entusiasmo? ¿Por qué?
- 4. ¿En qué etapa de implementación se encuentra la intervención en su organización?
  - ¿Cómo cree que va el programa?
  - ¿Por qué dice eso?

#### Autoeficacia

1. ¿Qué tan seguro está de que podrá implementar con éxito la intervención?
  - ¿Qué le da ese nivel de confianza (o falta de confianza)?
2. ¿Qué tan seguro está de que podrá usar la intervención?
  - ¿Qué le da ese nivel de confianza (o falta de confianza)?
3. ¿Qué tan seguros cree que se sienten sus colegas sobre la implementación de la intervención?
  - ¿Qué les da ese nivel de confianza (o falta de confianza)?
4. ¿Qué tan seguros cree que se sienten sus colegas sobre el uso de la intervención?
  - ¿Qué les da ese nivel de confianza (o falta de confianza)?

#### Etapas individuales de cambio

1. *Explore en qué nivel se encuentra el individuo utilizando Rogers (o las etapas de cambio de Porchaska) como guía:*  
 ¿Qué tan preparado está para usar la intervención?
  - Etapa de conocimiento (Precontemplación) - conocimiento de aspectos clave de la intervención
  - Etapa de persuasión (Contemplación): le gusta la intervención, la discute con otros, la compra, tiene una visión positiva
  - Etapa de decisión (Preparación) - tiene la intención de buscar información adicional y probarla
  - Etapa de implementación (Acción): adquiere información adicional, usa la intervención regularmente y tiene un uso continuo
  - Etapa de confirmación (Mantenimiento) - reconoce los beneficios, ha integrado la intervención en las rutinas, promueve el uso a otros

#### Identificación Individual con Organización

- Las respuestas a otras preguntas pueden codificarse (doblemente) aquí. Por ejemplo, la aceptación de los objetivos organizacionales o relacionados con la intervención puede obtenerse en Objetivos y retroalimentación, pero también puede ser relevante aquí.

#### Otros atributos personales

- El tipo de declaraciones codificadas aquí dependerá de los objetivos del estudio, por ejemplo, el lugar de control y otros conceptos de la psicología organizacional o de la salud que se encuentren relacionados con una implementación particular.

### Proceso

#### Planificación

1. ¿Qué ha hecho (o qué planea hacer) para tener un plan para implementar la intervención?
2. ¿Puede describir el plan para implementar la intervención?
  - ¿Qué tan detallado es el plan? ¿Quién lo conoce? ¿Es el plan demasiado complejo? ¿Comprensible? ¿Realista y factible?
  - ¿Cuál es su papel en el proceso de planificación?
  - ¿Quién está involucrado en el proceso de planificación? ¿Cuáles son sus roles?
  - ¿Están involucradas las personas apropiadas en el proceso de planificación? ¿Qué tan involucradas están?
  - ¿Planea realizar un seguimiento del progreso de la implementación en función de su plan?
  - ¿Qué sucede si tiene que modificar o revisar su plan debido a obstáculos, errores o equivocaciones?
3. ¿Qué papel ha jugado su plan de implementación durante la implementación?
  - ¿Se utilizó para guiar la implementación de la intervención?
  - ¿Se usó para comparar el progreso planificado con el real?
  - ¿Hubo revisiones o mejoras al plan?
  - ¿Se compartió/revisó el plan con otras partes interesadas? ¿Con qué frecuencia?

#### Compromiso

Los constructos de participación se centran en las estrategias utilizadas para involucrar a las personas, así como en el resultado de esas estrategias. Sin embargo, también puede codificar la presencia o ausencia última de estos individuos, así como su "calidad": sus capacidades, motivación y habilidades, es decir, qué tan buenos son en su trabajo. La codificación entre el acceso al conocimiento y la información, la participación y las redes y la comunicación se matizará, pero aquí hay algunas pautas generales:

- *Acceso al conocimiento y la información:* Declaraciones relacionadas con el acceso de los líderes de implementación y los usuarios al conocimiento y la información sobre el uso del programa, es decir, la mecánica del programa.
- *Involucrar:* Declaraciones relacionadas con lograr que las partes interesadas "vendan" el programa, es decir, lograr que se involucren, independientemente de si saben cómo usar el programa.
- *Redes y Comunicación:* Declaraciones relacionadas con la formación, calidad y funcionamiento del equipo; declaraciones sobre la comunicación general y las relaciones en la organización.

#### Líderes de opinión

1. ¿Quiénes son las personas influyentes clave para unirse a esta implementación?
2. ¿Qué dicen las personas influyentes sobre la intervención?
  - ¿Quiénes son estos individuos influyentes?
  - ¿En qué medida influirán en el uso de la intervención por parte de otros? ¿En el éxito de la implementación?

#### Líderes internos de la implementación designados formalmente

1. Esta pregunta también está relacionada con la fuente de intervención. Codifique las respuestas relacionadas con la fuente de la intervención en fuente de intervención. Codifique las respuestas relacionadas con quién participó en el proceso de decisión aquí, como una indicación de participación temprana (o no). La participación en la toma de decisiones es una estrategia de compromiso eficaz para ayudar a las personas a sentirse dueñas de la intervención.

- ¿Cómo se involucró su organización en la implementación de la intervención?
- ¿Cómo se tomó la decisión de participar en la intervención?
  - ¿Quién participó en el proceso de toma de decisiones?
  - ¿Estuvo involucrado en este proceso?

2. ¿Quién liderará la implementación de la intervención?
  - ¿Cómo entró/llegará esta persona a este rol? ¿Nombrado? ¿Designado? ¿Voluntario?
  - ¿Qué atributos o cualidades tiene esta persona que la convierte en un líder efectivo de esta implementación? ¿Qué atributos o cualidades le faltan?
  - ¿Tiene esta persona suficiente autoridad para hacer lo necesario para implementar la intervención?

3. ¿Quién más está involucrado en liderar la implementación?

#### **Campeones**

1. Aparte del líder de implementación formal, ¿hay personas en su organización que puedan defender (ir más allá de lo que se podría esperar) la intervención?
  - ¿Fueron designados formalmente en este cargo, o fue un rol informal?
  - ¿Qué posición tienen estos campeones en su organización?
  - ¿Cómo cree que ayudarán con la implementación? ¿Hacer que la gente use la intervención?
2. ¿Puede describir la percepción que tiene la gente de este campeón/individuo?
  - ¿Hasta qué punto respeta las opiniones y acciones del campeón?
3. ¿Qué tipo de comportamientos o acciones cree que exhibirá este individuo/campeón?
  - Por ejemplo, ¿ayudar a incorporar a los líderes senior, ayudar a resolver problemas? ¿O un pequeño papel?

#### **Agentes de cambio externos**

1. ¿Alguien (o un equipo) fuera de su organización lo ayudará a implementar la intervención?
  - ¿Puede describir a esta persona/grupo?
  - ¿Cómo se involucraron?
  - ¿Cuál es su papel?
  - ¿Qué tipo de actividades realizarán?
  - ¿Qué tan útil cree que será/h? ¿De qué maneras?

#### **Partes interesadas clave**

1. ¿Qué medidas se han tomado para animar a las personas a comprometerse a utilizar la intervención?
  - ¿A qué personas se dirigirá?
  - ¿Cómo se acercará a ellas?
  - ¿Qué información les dará?
  - ¿Con qué frecuencia y cómo se comunicará con ellas?
2. ¿Cuál es su estrategia de comunicación o educación (sin incluir la capacitación, consulte Acceso al conocimiento y la información) para difundir la intervención?
  - ¿Qué materiales/modos/lugares planea usar? Por ejemplo, tableros de anuncios electrónicos, correos electrónicos, folletos.
  - ¿Qué proceso piensa utilizar para comunicarse? Por ejemplo, ¿ir a reuniones de personal, hablar informalmente con la gente?
3. ¿Quiénes son las personas clave para participar en la intervención?
  - ¿Para animar a las personas a utilizar la intervención? ¿Para ayudar con la implementación?

#### **Participantes de la intervención**

- *En un entorno de atención médica, los participantes de la intervención pueden incluir pacientes, mientras que en un entorno educativo, esto puede incluir estudiantes. Estas preguntas asumen que la intervención es un programa para uso individual.*
1. ¿Cómo comunicarán usted o sus colegas a las personas a las que atiende su organización acerca de la intervención?
    - ¿Cómo participarán en la intervención?
    - ¿Cómo accederán a la intervención?

#### **Ejecución**

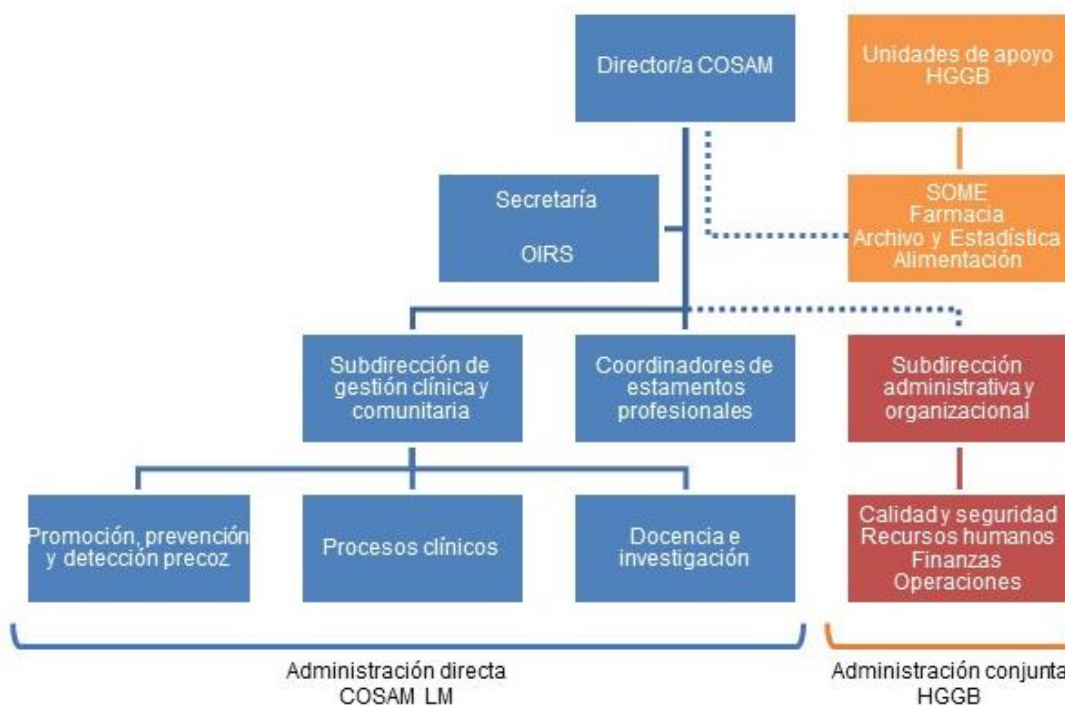
- *La ejecución solo se evalúa durante o después de la implementación porque está determinada por qué tan bien ejecutaron el plan de implementación. Si la ejecución no ha ido de acuerdo con el plan, (doble) codifique la construcción CFIR adecuada que explique por qué no funcionó.*
1. ¿Se ha implementado la intervención de acuerdo con el plan de implementación?
    - [En caso afirmativo] ¿Puede describir esto?
    - [Si no] ¿Por qué no?

## Reflexión y evaluación

- Reflexionar y evaluar se refiere al proceso utilizado en el proceso de implementación, por ejemplo, cualquier esfuerzo de evaluación que hayan realizado con respecto a la intervención, y si planean extenderlo a una audiencia más amplia. Este constructo no pretende capturar la reflexión y evaluación que los participantes pueden hacer durante la entrevista, por ejemplo, en relación con el éxito de la implementación. Ese tipo de comentarios deben codificarse en Conocimientos y creencias sobre la intervención.
1. ¿Qué tipo de información planea recopilar a medida que implementa la intervención?
    - ¿Qué medidas seguirá? ¿Cómo la rastreará?
    - ¿Cómo se utilizará esta información?
  2. ¿Recibirá informes de retroalimentación sobre la implementación o la intervención en sí?
    - ¿Cómo serán? ¿Contenido, modo, forma?
    - ¿Qué tan útiles cree que serán?
    - ¿Cómo podrían mejorarse?
    - ¿Con qué frecuencia los obtendrá? ¿De dónde vendrán?
    - ¿Quién los diseñará?
  3. ¿Cómo evaluará el progreso hacia las metas de implementación o intervención?
    - ¿Cómo se distribuirán los resultados de la evaluación a las partes interesadas?
  4. ¿Se obtendrán comentarios del personal? ¿De las personas atendidas por su organización?
    - [En caso afirmativo] ¿Qué tipo de comentarios?
  5. ¿Hasta qué punto su organización/unidad ha establecido metas para implementar la intervención?
    - ¿Cómo se comunicarán los objetivos en la organización? ¿A quién se comunicarán?
    - ¿Cuáles son los objetivos? ¿Cómo y a quién se comunicarán?

### Anexo 3. Organigrama y funciones del COSAM Leonor Mascayano

Fuente: Borrador de documento “Manual Organizacional COSAM Leonor Mascayano”, cedido por la jefatura del COSAM Leonor Mascayano.



La jefatura del COSAM Leonor Mascayano decide homologar su organigrama interno al modelo de organigrama proporcionado por el Modelo de Gestión, principalmente respecto a la dirección y subdirección clínica y comunitaria. La subdirección administrativa es proporcionada por la dirección del Hospital Guillermo Grant Benavente. Las actividades de gestión señaladas bajo su dependencia, al igual que las de calidad y seguridad de las personas, son realizadas por el propio subdirector administrativo.

#### **Funciones de administración directa COSAM Leonor Mascayano:**

**Jefatura COSAM:** Liderar todos los procesos Administrativos y Clínicos que se desarrollen al interior del centro, resguardando el estar alineadas con las políticas públicas en salud y el plan nacional de salud mental. Organizar la estructura interna del Centro de acuerdo al Modelo de Gestión y Normas e instrucciones Ministeriales. Conducir el proceso de mejora continua de la calidad de la atención. Administrar la gestión de los recursos humanos a cargo, evaluar desempeño, autorizar permisos y vacaciones, incentivar la formación y desarrollo de los recursos humanos, de acuerdo a la normativa vigente y organigrama del centro.

**Gestión clínica y comunitaria (subrogancia Jefatura COSAM):** su función es organizar las prestaciones del dispositivo según las necesidades de la población atendida, colaborar en la elaboración de diagnósticos participativos, planificar las consultorías en salud mental y otras actividades de coordinación clínica con los establecimientos de la red, gestionar procesos de referencia y contrarreferencia, actualizar guías clínicas, normativas y protocolos internos, coordinación con las unidades de apoyo del HGGB, y difusión sobre derechos y deberes de los usuarios del COSAM.

**Gestión de promoción, prevención y detección precoz (gestión comunitaria):** su función es la gestión de actividades de promoción y prevención en salud mental, actividades intersectoriales y organizadas por la comunidad (usuarios, agrupaciones de familiares u otras organizaciones civiles) y coordinar actividades comunitarias con el propósito de promover estilos de vida saludables, crear instancias de inclusión comunitaria, impulsar la prevención del estigma en salud mental y desarrollar estrategias para la detección precoz e intervención temprana de enfermedades mentales en la población.

**Gestión de procesos clínicos (gestión clínica):** su función es gestionar la demanda de ingresos y prestaciones clínicas, gestionar criterios de derivación a profesionales, y elaborar, evaluar y actualizar flujograma (Plan de Cuidado Integral).

**Gestión de docencia e investigación:** su función es apoyar los procesos de capacitación en temáticas relevantes para los funcionarios, supervisar los procesos de formación de profesionales y técnicos, desarrollar procesos de investigación que respondan a las necesidades del establecimiento, y mantener información epidemiológica de la población atendida.

**Coordinadores de estamentos:** su función es organizar a los profesionales de cada estamento, apoyar los canales de información desde la jefatura, resolver necesidades de atención y derivaciones, elevar solicitudes según necesidades específicas de cada estamento hacia la jefatura, y organizar jornadas de autocuidado y otros eventos de necesidad del equipo profesional.

## Anexo 4. Formulario de Consentimiento Informado

### Implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria en la Reconversión de un Policlínico de Psiquiatría Hospitalario hacia un Centro de Salud Mental Comunitaria

Investigador: Camilo Vega Neira

RUT: 17.045.560-6

Magíster (c) en Salud Pública, Universidad de Chile

Fono: (+56) 981915798

Email: [camilovegan@gmail.com](mailto:camilovegan@gmail.com) Dirección particular: Baquedano 172, Concepción

Le invito a participar del proyecto de investigación titulado “Implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria en la reconversión de un Policlínico de Psiquiatría hospitalario hacia un Centro de Salud Mental Comunitaria”, el que se basa en la necesidad de implementar a cabalidad los principios de la salud mental comunitaria en un dispositivo de la red de salud mental de nuestro país. Se le invita a usted como participante en su calidad de miembro de la red del COSAM Leonor Mascayano, unidad de estudio de esta investigación.

Los indicadores de salud mental y las recomendaciones de la OMS y OPS, establecen el mandato de transitar desde el modelo biomédico de la psiquiatría hacia un modelo de salud mental comunitaria, con evidencia de mejores resultados, mayor costo-efectividad y respeto integral a los Derechos Humanos. Chile adhiere a este mandato en su actual Plan Nacional de Salud Mental de 2017 y sus Modelos de Gestión de 2018, que ordenan reconvertir los policlínicos de psiquiatría en centros basados en el Modelo de Salud Mental Comunitaria. Sin embargo, pese al cumplimiento de este mandato y a su favorable evidencia clínica, persisten dificultades en la realización de los principios del Modelo, tanto a nivel de gestión como en prácticas cotidianas de los dispositivos de salud mental, que perjudican su implementación integral. Aunque han sido mencionadas en la literatura, estas dificultades no han sido suficientemente investigadas o evidenciadas a nivel académico.

Ante este escenario, las ciencias de la implementación son un cuerpo de investigación emergente que aborda la realización de las prácticas basadas en evidencia, estudiando su incorporación en los contextos reales de las instituciones. El Marco Unificado para la Investigación en Implementación (CFIR, en inglés) describe los componentes de este proceso y entrega pautas para su análisis. Por otro lado, la OMS ha publicado una guía para la aplicación de pensamiento sistémico en el fortalecimiento de la salud, entendiendo las instituciones como sistemas complejos con elementos constitutivos específicos. La interacción entre ambos modelos, y su manifestación en un Centro de Salud Mental Comunitaria en formación, abren una valiosa oportunidad de investigación y mejoramiento de la gestión.

El **Objetivo General** del proyecto es identificar los factores que influyen en la implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria, en la reconversión de un Policlínico de Psiquiatría hospitalario en un Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM). Los **Objetivos Específicos** son: 1) Describir las características de la población atendida y actividades de producción en el dispositivo a lo largo de su reconversión; 2) Comprender el significado del proceso de implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria desde la perspectiva de los actores involucrados, en base al Marco Unificado de Investigación en Implementación (CFIR); 3) Identificar facilitadores, barreras e implicancias de la implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria en los elementos constitutivos del COSAM.

Para estos objetivos, le entrevistaré a usted en calidad de informante clave. La entrevista será individual, en el horario y lugar de su comodidad y conveniencia. Se estima una duración de entrevista de aproximadamente 30 a 40 minutos. El formato de la entrevista requerirá que se realice un registro audiovisual, ya sea grabación en audio o grabación de videollamada, la que será transcrita y procesada según el diseño y programa de software elegido previamente para la investigación.

Informo que este estudio no tendrá ningún costo monetario para usted. Cualquier costo anexo a la realización de la entrevista (traslado o alimentación), será cubierto por el propio entrevistador.

Por otro lado, su participación no incluye beneficios individuales o materiales. El único beneficio que se espera compartir será el beneficio social de contribuir al conocimiento para el futuro de las políticas de salud mental de nuestro país, y para el mejor funcionamiento del propio COSAM.

Se resguardará el anonimato en la participación protegiendo su identidad personal en el tratamiento y exposición de la información obtenida. El registro audiovisual será almacenado en dispositivos electrónicos personales, que permanecerán fuera del COSAM Leonor Mascayano o cualquier otro espacio donde se realice la entrevista. Sólo yo, en calidad de investigador principal, tendré acceso a dichos registros mediante clave personal de acceso. Los registros no serán publicados por ningún medio. El único uso que tendrán las grabaciones será su transcripción y procesamiento en el sistema de software elegido para la investigación, el cual utilizaré individualmente. En caso de requerir citas textuales para ejemplificar, éstas serán incluidas en el informe de investigación protegiendo su identidad personal.

De esta manera, el estudio presenta escaso o ningún riesgo para usted. El único riesgo potencial guarda relación con la confidencialidad de la información presentada, el que será minimizado resguardando su identidad según se detalla en el párrafo anterior.

Finalmente, su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Puede usted negarse a la realización del registro audiovisual, en cuyo caso, deberé tomar apuntes de su relato. Además, puede retirarse de la entrevista en el momento que usted estime conveniente, y puede solicitar retracto del consentimiento, y por lo tanto retirarse del estudio, sin necesidad de explicar su decisión.

Los resultados de esta investigación, además de publicarse en el informe de tesis de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile, serán compartidos con usted y con el equipo profesional y directivo del COSAM Leonor Mascayano, Concepción, en una reunión especialmente dedicada a este propósito.

En caso de requerir más información, pongo a disposición mis datos de contacto indicados al inicio de este documento.

Para más información sobre sus derechos como participante de una investigación, debe comunicarse con el presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, Dr. Nelson Pérez Terán., Teléfono: 56-41-2722745 (red MINSAL: 412745), Email: cec@ssconcepcion.cl, ubicado en el Hospital Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, San Martín 1436, Concepción.



**Conclusión**

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto de investigación “*Implementación del Modelo de Salud Mental Comunitaria en la Reconversión de un Policlínico de Psiquiatría Hospitalario hacia un Centro de Salud Mental Comunitaria*”, a realizarse en el COSAM Leonor Mascayano, Concepción.

\_\_\_\_\_  
**Nombre participante**  
RUT:

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Investigador principal**  
RUT:

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Director HGGB o su delegado**  
RUT:

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**