

**“SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA COMUNITARIA DE  
INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA PERSONAS EN SITUACIÓN DE  
CALLE Y ABRIENDO CAMINOS DE PARTICIPACIÓN DE NIÑOS Y  
ADOLESCENTES CON FAMILIAR SIGNIFICATIVO DETENIDO”**

Encargado por Servicio de Salud Metropolitano Central

**INFORME FINAL**



Informe Final Sistematización de Experiencia Comunitaria de Intervención del Programa Personas en Situación de Calle y Abriendo Caminos de Participación de Niños y Adolescentes con Familiar Significativo Detenido

Autores: César González M. y Claudio Montero U.

Equipo de Investigación:

Claudio Montero U. (Coordinador Proyecto)  
César González M. (Coordinador Trabajo de Campo)  
Nadia Poblete H.  
Daniel Barril S.  
Domingo Asún S.  
Paula Asún I.  
Víctor Gallardo P.

Contraparte Técnica: Patricia Panchana (Servicio de Salud Metropolitano Central)

Área de Estudios – Galerna Consultores  
Independencia 2686, Valparaíso  
[www.galerna.cl](http://www.galerna.cl)

Valparaíso, 15 de mayo de 2015

“Los contenidos de este informe pueden ser reproducidos en cualquier medio, citando la fuente”

Para citar: Galerna Consultores, (2015). *Sistematización de Experiencia Comunitaria de Intervención del Programa Personas en Situación de Calle y Abriendo Caminos de Participación de Niños y Adolescentes con Familiar Significativo Detenido: Informe Final*. Encargado por Servicio de Salud Metropolitano Central. Santiago, Chile: González, C. & Montero, C.

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN .....	5
I. MARCO DE REFERENCIA .....	7
1.1 Modelo de Salud Familiar Comunitario y Programa Piloto Salud Mental .....	7
1.2 El Programa Piloto Salud Mental como Experiencia Intersectorial.....	9
II. SINTESIS METODOLÓGICA DE LA SISTEMATIZACIÓN.....	11
2.1 Objetivos de la Sistematización .....	13
2.2 Momentos de la Sistematización .....	14
2.3 Organización del Trabajo de Campo .....	16
2.4 Modelo de Análisis .....	18
III. HALLAZGOS DE LA SISTEMATIZACION.....	20
3.1 Antecedentes del Programa Piloto desde los Referentes Técnicos MDS y SSMC .....	20
3.2 Sistematización de las Experiencias de Ejecución del Programa Piloto .....	25
3.2.1 Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago .....	26
i. Trabajo de Campo .....	26
ii. Objetivos, Población Usuaria y Características del Equipo .....	27
iii. Trabajo intra e intersectorial en el marco del Programa Piloto .....	29
iv. Aspectos vinculados a la implementación del Programa Piloto.....	33
v. Valoración y aprendizajes en torno al Programa Piloto.....	39
3.2.2 Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú ....	45
i. Trabajo de Campo .....	45
ii. Objetivos, Población Usuaria y Características del Equipo .....	45
iii. Trabajo Intra e Intersectorial en el marco del Programa Piloto .....	47
iv. Aspectos vinculados a la implementación del Programa Piloto.....	52
v. Valoración y aprendizajes en torno al Programa Piloto.....	57
3.2.3 Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM de Estación Central.....	61
i. Trabajo de Campo .....	61
ii. Objetivos, Población Usuaria y Características del Equipo .....	61

iii. Trabajo Intra e Intersectorial en el marco del Programa Piloto .....	68
iv. Aspectos Vinculados a la Implementación del Programa Piloto .....	81
v. Valoración y aprendizajes en torno al Programa Piloto.....	93
3.2.4 Programa Piloto Salud Mental Calle Centro de Salud N° 5 de Estación Central .....	100
i. Trabajo de Campo .....	100
ii. Objetivos, Población Usaria y Características del Equipo .....	100
iii. Trabajo Intra e Intersectorial en el marco del Programa Piloto .....	104
iv. Aspectos vinculados a la implementación del Programa Piloto.....	106
v. Valoración y Aprendizajes en torno al Programa Piloto .....	111
3.3 Nudos Críticos desde la perspectiva de Referentes Técnicos MDS y SSMC .....	114
3.4 Nudos Críticos desde la perspectiva de los Equipos Ejecutores del Programa Piloto.....	127
3.5 Aprendizajes desde la Perspectiva de Referentes Técnicos MDS y SSMC.....	131
3.6 Aprendizajes desde la perspectiva de los Equipos Ejecutores del Programa Piloto .....	138
3.7 Desafíos para el Programa Piloto en Salud Mental .....	142
IV. PROPUESTA DE MODELO DE GESTIÓN.....	144
4.1 La Intersectorialidad en el Modelo de Gestión .....	144
4.2 Organización del Modelo de Gestión .....	147
4.2.1 Vías de Acceso y Población Objetivo .....	147
4.2.2 Identificación del Programa .....	148
4.2.3 Localización .....	149
4.2.4 Objetivos del Programa .....	149
4.2.5 Perfil de los Equipos Profesionales.....	150
4.2.6 Proceso de Coordinación .....	151
4.2.7 Plan de Intervención.....	151
4.2.8 Egreso .....	152
4.3 Sistematización y Evaluación del Modelo de Gestión .....	153
V. BIBLIOGRAFÍA .....	155



## PRESENTACIÓN

El presente texto corresponde al informe final del estudio denominado “Sistematización de Experiencia Comunitaria de Intervención del Programa Personas en Situación de Calle y Abriendo Caminos de Participación de Niños y Adolescentes con Familiar Significativo Detenido” desarrollado por el Área de Estudios de Galerna Consultores por solicitud del Servicio de Salud Metropolitano Central durante los meses de marzo y mayo del año 2015.

Esta sistematización, como su nombre lo indica, buscó dar cuenta del Modelo de Gestión desarrollado desde el Servicio de Salud Metropolitano Central para el Programa Piloto Salud Mental Personas en Situación de Calle y niños/as con Familiar Significativo Privado de Libertad. En este marco de indagación, la sistematización buscó dar respuesta a: ¿cómo se ha implementado desde el SSMC el programa piloto salud mental personas en situación de calle y niños/as con familiar significativo privado de libertad?

Para ello, la sistematización desarrollada a través de un acercamiento de cualitativo operacionalizado bajo la modalidad de un estudio de casos, implementó un levantamiento de información secundaria y primaria que permitiera el proceso de reconstrucción crítica de la implementación del Programa Piloto. A nivel del análisis, la sistematización desarrolló un análisis en profundidad intra – caso y un análisis integrado en torno a la implementación del Programa Piloto Salud Mental Personas en Situación de Calle y Niños/as con Familiar significativo privado de libertad.

Las experiencias de implementación seleccionadas para la sistematización y sometidas al análisis en profundidad intra – caso fueron las siguientes:

- Programa Piloto Salud Mental para Personas en Situación de Calle implementado desde el Centro Comunitario de Salud Mental de Santiago
- Programa Piloto Salud Mental Niños/as con Familiar significativo privado de libertad implementado por el Centro de Salud Familiar Ana María Juricic de Maipú
- Programa Piloto Salud Mental para Personas en Situación de Calle implementado desde el Centro Comunitario de Salud Mental de Estación Central
- Programa Piloto Salud Mental para Personas en Situación de Calle implementado desde el Centro de Salud Familiar N° 5 de Estación Central

De este modo, cabe señalar que la sistematización incorporó sólo una experiencia vinculada al Programa Piloto en Salud Mental Niños/as con Familiar significativo privado de libertad (implementado por el Centro de Salud Familiar Ana María Juricic de Maipú) y sólo experiencias de ejecución del Programa Piloto Salud Mental Calle vinculadas a personas en situación de calle con un nivel de habitabilidad de residencia (Programa Piloto Salud Mental Calle implementado desde el Centro Comunitario de Salud Mental de Santiago) y hospedería (Programa Piloto Salud Mental Calle implementado desde el Centro Comunitario de Salud Mental de Estación Central y desde el Centro de Salud Familiar N° 5 de Estación Central).

Estos elementos son relevantes de explicitar, ya que permiten dimensionar y encuadrar los hallazgos y resultados de la sistematización.

El presente informe, por su parte, busca dar cuenta de forma consolidada de los hallazgos derivados de los análisis intra – caso y del análisis integrado en torno a la implementación del Programa Piloto Salud Mental Personas en Situación de Calle y Niños/as con Familiar Significativo Privado de Libertad focalizado en sus nudos críticos, los aprendizajes obtenidos a partir de la experiencia de ejecución y sus desafíos. Para finalizar, con una propuesta de modelo de gestión para el Piloto Calle – Caminos en la Red de Salud.

Estructuralmente, el presente informe se ha organizado a partir de los siguientes apartados:

- Marco de referencia
- Síntesis metodológicas de la sistematización
- Hallazgos de la sistematización
- Propuesta de modelo de gestión
- Bibliografía

A partir de los resultados de esta sistematización y del conocimiento generado en torno al modelo de gestión desarrollado desde el Servicio de Salud Metropolitano Central para el Programa Piloto Salud Mental Personas en Situación de Calle y Niños/as con Familiar Significativo Privado de Libertad, se espera entregar insumos que aporten a la elaboración e implementación de políticas, programas y estudios orientados a analizar y abordar las problemáticas de salud mental que afectan a esta población.

## **I. MARCO DE REFERENCIA**

El marco de referencia se configuró a partir de dos ejes y perspectivas de comprensión y análisis complementarias. Por una parte, se incorporó el modelo de salud familiar comunitaria, entendiendo a este como el marco estructural que debería orientar el modelo de atención que brinda el Programa, y por otra, el enfoque de la intersectorialidad en el diseño y ejecución de políticas públicas y programas sociales.

### **1.1 Modelo de Salud Familiar Comunitario y Programa Piloto Salud Mental**

La atención primaria de salud (APS) constituye uno de los pilares del sistema de salud del país, siendo reconocida internacionalmente como uno de los principales factores de la respuesta en salud (OMS, 2008). Desde la Declaración de Alma Ata hasta las últimas conferencias desarrolladas por la Organización Panamericana de la Salud, se ha reiterado la necesidad de profundizar en el desarrollo y renovación de dicha estrategia considerando objetivos sanitarios, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y los cambios epidemiológicos producidos a nivel mundial. Así mismo, perseverar en el logro los objetivos planteados por la OMS para la atención primaria, a saber: cobertura universal, servicios centrados en las personas, políticas públicas saludables y liderazgo, en función de lograr reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos (Bass, 2012).

En este sentido, en Chile desde los años 90 se ha desplegado un proceso de reforma de la salud con diversos componentes, en función de fortalecer el sistema sanitario nacional profundamente afectado por las políticas de corte neoliberal implementadas por la dictadura militar en los años 80' (reestructuración del sistema de salud pública y municipalización de la administración de los establecimientos de nivel primario). Este proceso de reforma a nivel de APS ha considerado una progresiva transformación desde "consultorios a centros de salud y de centros de salud a CESFAM" (MINSAL, 2008), en donde se considera un abordaje desde el modelo biopsicosocial frente al tradicional modelo biomédico, reconociendo una forma distinta de analizar el proceso salud/enfermedad, una nueva forma de relación de los equipos de salud con las personas, familias y comunidad y una forma distintas de hacer salud (MINSAL; 2008).

Así las políticas públicas en el ámbito de la APS deben articularse en función del desarrollo de un Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario, que aborden los siguientes desafíos:

- Lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutoria y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de otros.

- Alcanzar un aumento porcentual creciente de las acciones de promoción y prevención, sin que se produzca deterioro en la resolución oportuna y eficiente de la demanda por morbilidad.
- Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio en su propia situación de salud.

En esta línea, la atención en salud mental también ha sufrido modificaciones entre las que destacan, de acuerdo con lo señalado en el Segundo Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile (MINSAL – OPS, 2014), que la mayoría de los centros de atención primaria han incorporado psicólogos/as a sus equipos, lo que se ha traducido en un mayor número de horas destinadas a salud mental, mayor disponibilidad de medicamentos y una serie de normativas para abordar el manejo de problemas en el ámbito de la salud mental.

Todo lo anterior ha implicado también una identificación de las necesidades específicas de acuerdo a las realidades socioculturales de diversos tipos de población. En consecuencia, la atención en salud debiera buscar responder a esas particularidades más que implementar procedimientos totalmente estandarizados.

Es en este contexto, en el cual se inserta el Programa Piloto Calle y Programa Piloto Caminos, el cual tiene como objetivo desarrollar acciones para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas beneficiarias del Programa de apoyo a personas en situación de calle y del Programa de apoyo a hijos de personas privadas de libertad afectadas por problemas de salud mental.

## 1.2 El Programa Piloto Salud Mental como Experiencia Intersectorial

El Ministerio de Desarrollo Social (MDS) implementa diversos programas de apoyo e intervención psicosocial dirigidos a población vulnerable, en particular el Programa Piloto de Salud Mental, como señalamos en el punto anterior, busca acercar los dispositivos de atención pública en salud mental a la población participante de los programas Calle (adultos en situación de calle) y Abriendo Caminos (niños, niñas y jóvenes con un adulto significativo privado de libertad).

La generación de convenios de colaboración entre el MDS y el Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC), da cuenta de un esfuerzo por abordar desde un enfoque intersectorial las necesidades de atención en salud mental de población vulnerable. El enfoque de intersectorialidad en las políticas públicas ha tenido un desarrollo progresivo en el marco del Chile postdictadura, como una estrategia que apunta al abordaje colaborativo entre diversos actores institucionales de problemática sociales complejas y multifactoriales.

En este sentido, corresponde a una estrategia que busca romper con miradas parciales y lineales en la resolución de temáticas de interés público, a la vez de apuntar a la sinergia del aparato estatal, evitando la duplicación de funciones y acciones, incorporando además activamente a actores privados o de la sociedad civil.

Sin embargo, para que exista un trabajo intersectorial se requiere “aplicar un enfoque de coordinación, entendido como un proceso multidimensional que involucra a diversos actores y cuyo propósito es articular esfuerzos y crear sinergias que permiten alcanzar objetivos estratégicos” (Bedregal y Torres, 2013). A su vez, desarrollar un enfoque de coordinación, requiere la movilización de recursos y la generación de marcos de trabajo compartidos.

En el caso del Piloto de Salud Mental se aprecia el desafío, en su instalación y desarrollo, de generar estos marcos de trabajo compartidos, tanto a nivel central entre los ministerios y servicios involucrados, como a nivel de los centros de salud (intrasectorial). En este sentido, el abordaje intersectorial no está asegurado por el traspaso de recursos financieros o la sola generación de mesas de trabajo interministeriales o interservicios, se requiere desarrollar procesos de:

- “Integración conceptual de objetivos, integración de algunos procesos y apertura para comprender lo que los otros sectores pueden aportar.
- Inclusividad, ya que desde el diseño de la política hasta la evaluación se debe considerar la intersectorialidad.
- Mancomunidad, lo que implica compartir recursos, responsabilidades y acciones” (Bedregal y Torres, 2013).

Lo anterior es particularmente relevante de considerar, ya que la misma experiencia de acciones de “promoción de salud mental y prevención de enfermedades mentales planteadas en el plan nacional han tenido un bajo nivel de implementación, debido a la falta de apoyos político y financiero” (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012), donde el desarrollo de una política intersectorial como el Sistema Chile Crece Contigo, ha ofrecido una posibilidad de contribuir “a mejorar la salud mental de la población con mayor vulnerabilidad social” (Minoletti, Rojas y Horvitz-Lennon, 2012).

Al mismo tiempo, los desafíos de equidad que debe abordar la salud pública, tanto en acceso, financiamiento, distribución equitativa de servicios y niveles de salud de los diferentes grupos sociales; así como la integración del enfoque conceptual de los determinantes sociales de la salud, que permite incorporar los contextos sociales y políticos que impactan en la salud, en los cuales el sistema de salud es también un determinante; implica reconocer la importancia del abordaje intersectorial y visibilizar los nudos críticos que limitan su despliegue en el sistema de salud y, particularmente, en el caso del Programa Piloto de Salud Mental.

## II. SINTESIS METODOLÓGICA DE LA SISTEMATIZACIÓN

La sistematización es un instrumento metodológico o forma de investigación cualitativa. Surge en América Latina vinculada a experiencias de promoción y desarrollo social y es su origen ligado a la educación popular como sus propuestas teórico metodológicas lo que ha generado un debate sobre la validez de los conocimientos que produce.

Al respecto, mientras las principales corrientes de pensamiento en torno a la sistematización han realizado esfuerzos por establecer sus bases epistemológicas y metodológicas, la ampliación de las experiencias de sistematización desde el ámbito de las áreas poblacionales urbanas, campesinas e industriales en los años 70, a las ONGs en la década del 80 y finalmente a universidades en los años 90, terminó de incorporar y validar este método en las Ciencias Sociales, a pesar de lo cual, sin embargo, no existe una sola concepción y enfoque sobre lo que es sistematizar. Para efecto del presente proceso de Sistematización rescatamos las siguientes definiciones:

- La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo (Jara, 2004).
- Una alternativa a la evaluación tradicionalmente aplicada a los proyectos sociales y educativos. También se presenta como una respuesta a las insuficiencias de la investigación social predominante para analizar las problemáticas que relevan los proyectos de cambio y de intervención social (Martinic, 1998).
- La sistematización de experiencias es un proceso de reconstrucción y reflexión analítica sobre una experiencia vivida (o sobre determinados aspectos de ésta), mediante el cual se interpreta lo sucedido, para comprenderlo. Ello permite obtener un producto consistente y sustentado, a partir del cual es posible transmitir la experiencia, confrontarla con otras y con el conocimiento teórico existente, y así contribuir a una acumulación de conocimientos generados desde y para la práctica (Francke, Morgan, 1995).

En general, los autores coinciden ampliamente en que la sistematización es una respuesta contra las orientaciones y principios del positivismo y la sitúan por lo tanto dentro de la investigación cualitativa.

Sin embargo, mientras una parte importante de investigadores la definen como investigación social o investigación-acción, autores como Palma (1992), considera que incluso “es posible pensar la sistematización como una práctica opuesta o alternativa a la investigación”.

Existe también un importante esfuerzo por parte de los principales estudiosos del tema, para distinguir la sistematización de otras metodologías como la evaluación, particularmente de la evaluación de proyectos sociales. Estas discusiones están orientadas a la relación sujeto-objeto, cuestión que está en el centro de la crítica al paradigma positivista y que fundamentó el surgimiento de formas de investigación como la sistematización.

Asimismo, no existe una definición consensuada sobre qué es la sistematización aunque hay un amplio acuerdo sobre su objetivo general el cual es **aprender de las prácticas**, es decir generar conocimiento (científico) mediante la reflexión sobre una práctica. A partir de este objetivo, las definiciones presentan diferencias en objetivos, aspectos metodológicos y en los alcances de la sistematización.



## **2.1 Objetivos de la Sistematización**

### **Objetivo General**

Dar cuenta del Modelo de Gestión desarrollado desde el SSMC para el Programa Piloto Salud Mental Personas en Situación de Calle y niños/as con Familiar Significativo Privado de Libertad.

### **Objetivos Específicos**

- Determinar las ventajas de la atención de grupos con requerimientos específicos y la estrategia de atención en Salud mental.
- Identificar cercanía entre la metodología y procesos del Piloto Calle- Caminos y del Modelo de Salud Familiar Comunitario.
- Elaborar propuesta de Modelo de Gestión para el Piloto Calle- Caminos en Red de Salud.

## **2.2 Momentos de la Sistematización**

Estos momentos que se presentan a continuación no deben ser interpretados como etapas secuenciales de un proceso lineal. Es necesario entenderlos de una manera sistémica y estratégica: cuando la preocupación y energías del equipo sistematizador (en adelante el equipo) estaban concentradas en un momento dominante, todos los otros momentos también estaban presentes y las decisiones que se tomaron en el momento dominante repercutieron, en mayor o menor grado, sobre todos los otros (Martínez, 2004).

Esto significa que si bien siempre existió un momento dominante, todos los otros momentos permanecían “abiertos” durante el proceso, de modo que en la gestión de la sistematización el equipo podía ‘traer al frente’ cada uno de ellos en función de los requerimientos del proceso. De este modo, para cumplir con los objetivos de la sistematización, esta se adaptó a la metodología de sistematización planteada por Víctor Martínez (2004), que desde un enfoque de práctica social define cinco momentos:

### **a) Momento de Negociación**

Tal como su nombre lo indica, en este momento tuvieron lugar las conversaciones entre los actores claves destinadas a establecer los acuerdos y consensos básicos sobre los que se edifica todo el proceso. Este momento se relacionó con la primera etapa de Diseño y Planificación del proceso de sistematización, en la cual se establecieron acuerdos operativos y coordinación con la Contraparte Técnica de la Sistematización.

### **b) Momento Normativo**

Una vez que se generaron los acuerdos y consensos básicos entre los actores claves, se pasó a desarrollar el plan operativo de la sistematización: este es el producto principal del momento normativo, en donde se norman las acciones pertinentes para alcanzar los objetivos propuestos. Igualmente, este momento se relacionó con la primera etapa de Diseño y Planificación del proceso de sistematización.

### **c) Momento Reconstructivo**

Una vez elaborado y consensuado el proyecto de sistematización, se pasó a su implementación. El momento reconstructivo, asociado a la Etapa de Levantamiento de Información, fue el momento de producción de la información básica sobre la que se desarrolló la sistematización: corresponde a la construcción del texto de campo. Este texto de campo quedó construido con la información diversa, profusa incluso, generada a partir de la aplicación de las técnicas seleccionadas (investigación documental, entrevistas semiestructuradas y grupo triangular). En este momento reconstructivo se procedió a realizar una descripción estructurada de:

- el modelo operativo del programa piloto
- la experiencia desarrollada
- el conocimiento experto desarrollado por profesionales de la acción

#### **d) Momento Analítico / Reflexivo**

El cuarto momento es el momento que denominamos momento analítico / reflexivo. Su finalidad, tal como su nombre lo indica, es analizar y reflexionar sobre la experiencia reconstruida para elaborar, por un lado, el modelo operativo que refleje lo más fielmente posible las prescripciones institucionales y, por otro, el modelo de acción que refleje lo más fielmente posible la práctica construida por los equipos del programa piloto. En este momento de la sistematización el objetivo fue el de explicar el proceso vivido, sacando a luz los nuevos conocimientos obtenidos durante la experiencia.

#### **e) Momento de Transferencia**

Por último tenemos el momento de transferencia de los aprendizajes obtenidos, el componente comunicacional de la sistematización. Hemos presentado la sistematización como el proceso de construcción de un texto, pasando de un texto de campo a un texto de sistematización, a un texto interpretativo provisional para llegar finalmente al texto para el lector.

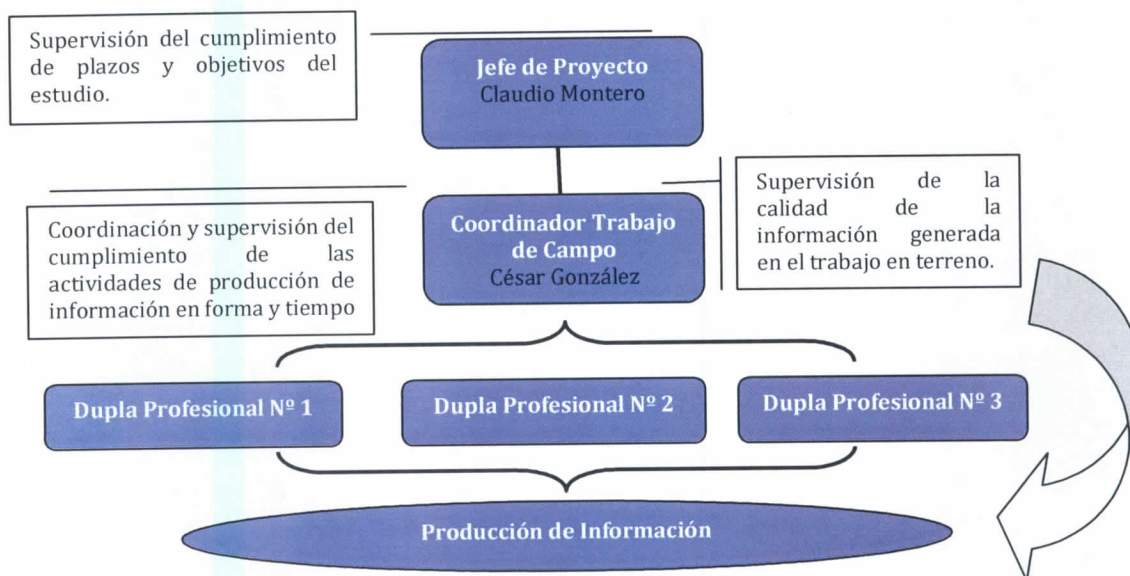
Uno de los problemas que justifican la sistematización tiene que ver con la dificultad de comunicar lo que se sabe de una práctica: los equipos no tienen tiempo para comunicar, o tiempo para reflexionar sobre su propia práctica, carecen de marcos interpretativos o carecen de metodología. En el momento de transferencia, se trata de dar cuenta de los resultados del proceso de sistematización, traduciéndolos en un documento escrito que sirva para comunicar lo aprendido y para orientar nuevas acciones.

Los momentos Analítico/Reflexivo y de Transferencia, se asocian a la Tercera Etapa de Análisis y Conclusiones del proceso de sistematización.

### 2.3 Organización del Trabajo de Campo

La estructuración operativa del equipo en el marco del trabajo de campo (estudio de casos), buscó resguardar la calidad del proceso de producción de información. En este contexto, la organización del equipo fue la siguiente:

Figura Nº 1: Organización Trabajo de Campo



Como se observa en este esquema, el proceso de producción de información se desarrolló a partir de la figura de un Coordinador del Trabajo de Campo, función que fue asumida por un profesional con amplia experiencia en investigación social y sólida formación académica, quien se encargó de coordinar, apoyar y supervisar las actividades implementadas en cada una de las experiencias seleccionadas.

Así también, para resguardar la calidad de la información generada a través de la implementación de los instrumentos en cada una de las experiencias, el proceso estuvo a cargo de una dupla profesional, compuesta por un profesional coordinador encargado de gestionar las actividades con los actores implicados y aplicar las entrevistas individuales semiestructuradas (profesional de mayor antigüedad en el Piloto, coordinador del Programa de Calle o Abriendo Caminos vinculado al Piloto, usuarios/as) y un profesional de apoyo encargado de implementar las técnicas grupales (grupo triangular)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Las entrevistas semiestructuradas implementadas a nivel central, es decir las entrevistas desarrolladas a los/as profesionales a cargo del Programa Piloto en Salud Mental desde el SSMC y a la profesional a cargo de la coordinación con la experiencia piloto a nivel del MDS, fueron implementadas por el Jefe de Proyecto.

Cabe destacar, que cada uno de los/las profesionales integrantes de las duplas profesionales, experimentó un proceso de inducción al estudio y se le capacitó en torno a la aplicación de los instrumentos.

De este modo, las duplas profesionales fueron entregando a medida que implementaban cada una de las técnicas de producción de información, el respaldo en audio de las entrevistas y los documentos vinculados a la implementación del Piloto al Coordinador del Trabajo de Campo, quien revisaba el material y en caso de ser necesario, solicitaba algunas acciones de profundización o aclaración a las duplas profesionales.

## 2.4 Modelo de Análisis

El modelo de análisis que se desarrolla a continuación se enmarca en el *Momento Reconstructivo* del proceso de sistematización, enfocado en visibilizar la experiencia implementada y el conocimiento experto desarrollado por los/las profesionales de la acción.

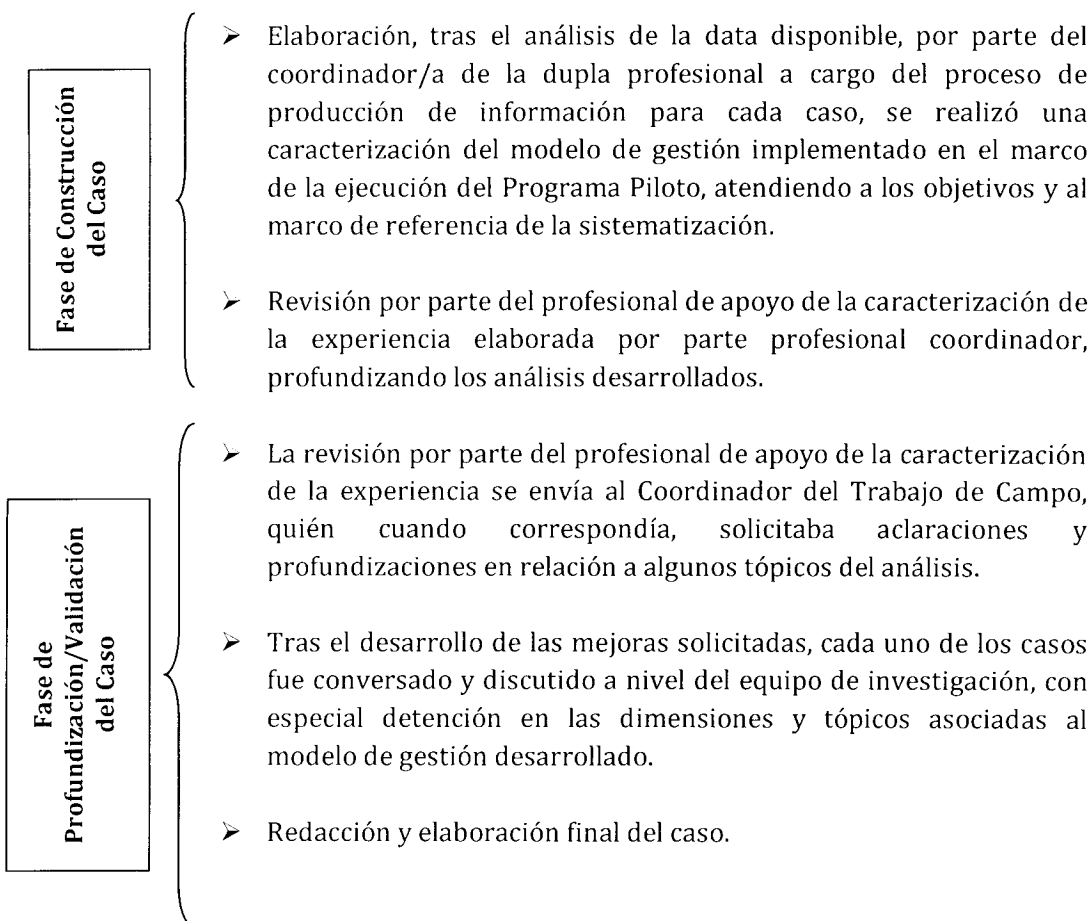
Considerando las técnicas aplicadas, la información y el corpus de datos generado, el análisis se orientó a partir de la búsqueda permanente de una triangulación metodológica cualitativa (entrevistas semiestructuradas, grupo triangular, revisión documental). De este modo, se buscó a través del análisis por un lado, examinar las diversas situaciones, acontecimientos, prácticas o significados desde diversos ángulos de los actores implicados, y por otro, disponer de un dispositivo que permitiera establecer un control cruzado de la información producida, utilizando las diferentes fuentes, instrumentos o técnicas implementadas.

Así también, cabe destacar que todas las entrevistas fueron registradas a partir de la grabación del audio y transcritas de forma textual.

En este contexto, el proceso de análisis se desarrolló del siguiente modo:

- Se implementó un análisis paralelo de la información en relación a la naturaleza de los datos e información producida. De este modo, se codificó y analizó por un lado todos los datos generados a partir de la revisión documental y por otro, toda la data resultante de la aplicación de las técnicas conversacionales (entrevistas semiestructuradas y equipo triangular).
- Respecto al análisis de la data obtenida a través de la aplicación de las técnicas conversacionales (individuales y grupales), ésta se sistematizó a través del programa computacional ATLAS.ti (versión 6.2). El modelo adoptado fue el análisis de contenido, particularmente en esta investigación, se optó por la técnica del análisis de contenido categorial (Pourtois y Desmet, 1992), el cual buscó delimitar “unidades de codificación” o de registro, finalizando con la elaboración de inferencias a partir de las propiedades y atributos de estas categorías según su frecuencia y relevancia (Pourtois y Desmet, 1992: 217). De este modo, para la codificación del material, se elaboraron categorías dentro de cada una de las dimensiones de exploración definidas a partir de los objetivos y el marco de referencia de la sistematización.
- Tras haber codificado y analizado los datos generados tanto por la aplicación de las técnicas de revisión documental y las técnicas conversacionales, buscando aumentar la consistencia de las interpretaciones, se desarrolló un análisis de convergencia y/o complementariedad de los hallazgos derivados de cada una de estas fuentes de información.

- Finalmente, y para fines expositivos, se estructuró un reporte por cada caso que permitiera: 1) dar cuenta del trabajo de campo implementado para cada experiencia y 2) describir como se ha ejecutado en cada una de ellas el Programa Piloto.
- El reporte de cada experiencia, se generó tras un proceso de construcción y revisión del caso que implicó las siguientes fases o etapas:



### **III. HALLAZGOS DE LA SISTEMATIZACION**

Estructuralmente, los hallazgos de la sistematización vinculados a como se ha implementado desde el Servicio de Salud Metropolitano Central el Programa Piloto en salud mental para personas en situación de calle y niños/as con familiar significativo privado de libertad, se han organizado a partir de los siguientes apartados:

- Antecedentes Programa Piloto desde los referentes técnicos MDS y SSMC
- Sistematización de las experiencias de ejecución del Programa Piloto
- Nudos críticos desde la perspectiva de referentes técnicos MDS y SSMC
- Nudos críticos desde la perspectiva de los equipos ejecutores del Programa Piloto
- Aprendizajes desde la perspectiva de referentes técnicos MDS y SSMC
- Aprendizajes desde la perspectiva de los equipos ejecutores del Programa Piloto
- Desafíos para el Programa Piloto en Salud Mental

#### **3.1 Antecedentes del Programa Piloto desde los Referentes Técnicos MDS y SSMC**

El proceso de implementación de la política social, considerado como un ciclo que implica etapas de diseño, ejecución, evaluación y rediseño, presenta diversas tensiones asociadas entre otras razones, a la distancia o “falta de diálogo entre el saber de lo general y lo particular, propios de los distintos momentos de la política social” (Sarmiento, 2014).

Es decir, el diseño de una política social necesariamente implica la generalización de algunas características relevantes de la población objetivo, así como la reducción de complejidad de la realidad a partir de un enfoque teórico que intenta abarcar en forma amplia un determinado fenómeno, en función de la operacionalización de una intervención sobre problemáticas sociales que se reconocen multidimensionales. Lo anterior, de no existir instancias de reconocimiento y encuentro entre los actores involucrados, puede producir un quiebre entre el diseño y la ejecución de la política social.

En este sentido, el proceso de reconstrucción de los orígenes del Programa Piloto da cuenta de una implementación obstaculizada por los limitados canales de comunicación y retroalimentación entre los niveles centrales y operativos relacionados con su ejecución, situación particularmente compleja considerando el enfoque intersectorial que está a la base y que justamente requiere promover la integración entre los actores institucionales involucrados.



Esta situación es reconocida por los referentes técnicos del Ministerio de Desarrollo Social (MDS) y del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC), situación que se complejiza por las rotaciones de equipos profesionales en el nivel central del MDS y la limitada documentación disponible relacionada con la fundamentación técnica del Programa Piloto.

“El Piloto no tiene línea base, es decir, se inició, fue un proyecto que se generó en el intersector, entre un equipo de MIDEPLAN, en su momento, de los profesionales de acá, del Ministerio de Planificación y un equipo de profesionales del Ministerio de Salud. Al inicio estaban trabajando en conjunto, profesionales de los departamentos de la Unidad de Salud Mental, tanto de Redes Asistenciales como de Salud Pública y luego no continuó trabajando el equipo que para el programa estaba dispuesto en la Subsecretaría de Salud Pública y terminamos solamente diseñando con un equipo que estaba en Subsecretaría de Redes Asistenciales...” (Referente Técnico Ministerio de Desarrollo Social).

“Nosotros lo que tenemos de la creación del Piloto es la ficha técnica que da cuenta de dos modalidades: la modalidad de atención calle y la modalidad de atención caminos y al término del año 2012 supimos que se hizo una sistematización para el Programa Piloto Calle y para el Piloto Abriendo Caminos. Luego, no se tenía claridad si cada piloto iba a funcionar o no. Muchos de los equipos al término del 2012 se cerraron, detuvieron la atención porque no había claridad de continuidad del programa...” (Referente Técnico Ministerio de Desarrollo Social).

“Tiene mucho que ver también con el tema de los cambios de gobierno, de los cambios de los equipos, del cuán sistematizada está la información dentro del ministerio para poder hacer un traspaso adecuado de todo lo que se ha trabajado, la forma en que se ha invertido, el impacto que han tenido los programas en estas personas, familias y poblaciones. No ha sido fácil, ni obtener información de lo que fue su diseño como tal, para que esto no sea una búsqueda detectivesca. Revisar archivadores, pasear por todos los equipos buscando personas que hubiesen escuchado de quiénes participaron del diseño de este programa, tanto del Ministerio de Desarrollo Social como del Ministerio de Salud, quiénes participaron, dónde estuvieron, quiénes eran, hay documentos en alguna parte donde se pueda acceder, buscar carpetas con correos electrónicos, revisar correos electrónicos. Encontrar que no había estudios previos, no había línea de base, no había una metodología. Había una ficha técnica precaria, que daba cuenta de la modalidad” (Referente Técnico Ministerio de Desarrollo Social).

Así, el Programa Piloto cuenta con una trayectoria histórica difícil de reconstruir en profundidad por la discontinuidad de los equipos profesionales a cargo de su implementación y la ausencia de información sistemática de su proceso de ejecución. No obstante, se observan algunos elementos relevantes que han impactado negativamente en su desarrollo, por una parte, una insuficiente fundamentación de sus lineamientos técnico/operativos y, por otra, una ejecución con altibajos relacionados con limitaciones presupuestarias, administrativas y de acompañamiento técnico, que se han intentado revertir desde el año 2014.

Los testimonios recogidos desde los referentes técnicos del SSMC, refuerzan estas apreciaciones, además de destacar la ausencia de un diálogo previo con los niveles operativos de ejecución del Programa Piloto, lo que habría permitido limitar algunas de las dificultades que posteriormente se observaron en su implementación.

“...Pero responde a lo que la MIDESOL y el MINSAL creen que el otro necesita, no parte al revés, no parte de un diagnóstico elaborado con la gente, por último la gente de los centros de salud en los lugares donde se iba a instalar...” (Referente Técnico SSMC).

“La verdad no tengo idea como se definió la población, cuando yo llegué eso estaba zanjado, de hecho numéricamente incluso, o sea eran x cupos asociados a una población definida, determinada, que ya estaba segmentada por comuna, estaba todo como dicen los católicos oleado y sacramentado cuando yo llegué, entonces el criterio que se usó para definir eso como muestra de una población y además como grupo partícipe de un programa más amplio, no tengo idea como ocurrió, solo conozco las características de esa población y cómo finalmente algo de información se levanta a propósito del abordaje terapéutico que se hizo desde los equipos...” (Referente Técnico SSMC).

Particularmente, el profesional que originalmente asume como contraparte técnica del Programa Piloto en el SSMC destaca en su relato las tensiones asociadas a una mirada intersectorial limitada, en donde la integración en el proceso de diseño del Programa Piloto y su posterior instalación en los centros de salud no considera con suficiente profundidad las complejidades de la implementación de programas con estas características en el ámbito de la salud pública.

“Hay dos instancias que en su origen se necesitan poner de acuerdo porque generalmente no trabajan muy juntos, que es Salud y el Ministerio de Desarrollo Social, entonces ya desde ahí tenía que haber una apuesta en común y acuerdos que permitieran ese trabajo en conjunto y además porque había una cosa bien extraña en el sentido de cómo se da históricamente el trabajo de los programas y los pilotos en salud que era que funcionaban bajo el alero de salud y de los servicios en este caso, pero con la supervisión y financiamiento y por tanto los condicionamientos asociados a un ministerio que no era ese, entonces eso nos trajo no pocas complejidades en lo que tiene que ver con la planificación y la ejecución. Y en el diseño también tuvo que aunar criterios ahí, porque desde Salud tenían una visión de los problemas por así decirlo a abordar, y desde desarrollo social (...), otra visión también” (Referente Técnico SSMC).

En este sentido, se debe considerar que la instalación y ejecución del Programa Piloto debería haber implicado la planificación de instancias de diálogo e integración intersectorial a nivel central, intermedio y local, así como entre actores públicos y privados, si consideramos el rol de los programas de acompañamiento psicosocial que debían constituirse como instancias de derivación y de intercambio técnico para los equipos profesionales del Programa Piloto.

En la práctica, este proceso se habría resuelto a partir de la iniciativa de los referentes técnicos del SSMC en diálogo con los equipos ejecutores y actores institucionales relevantes a nivel local, antes que por una orientación técnica precisa por parte de los niveles centrales de los ministerios involucrados.

“Y de ahí los actores se van multiplicando hacia abajo. En mi caso personal me tocó trabajar con muchas direcciones de CESFAM, que son los consultorios que también cada uno tiene su visión particular de cómo enfrentar la ejecución ya in situ digamos de estos programas. Por otro lado las distintas direcciones que supervisan y, se me olvidó la palabra técnica, pero finalmente los que están a cargo de estos distintos grupos de consultorios porque eran todos dependientes del Servicio, pero también tienen financiamiento municipal, entonces ahí la municipalidad tenía algo que decir, la de Santiago centro, la de Maipú” (Referente Técnico SSMC).

“Claro, y esto desde lógicas institucionales en términos de origen del conflicto, y también de rencillas así ya más de chimuchina digamos, de que la directora se sentía amenazada porque no sé quién le decía qué hacer, o sea desde cosas muy pequeñas, muy personales, hasta ya el choque de los lineamientos institucionales que era un poco más razonable que ocurriera. Entonces todo eso permea hacia abajo, y también los equipos quedaron un poco desorientados respecto de las indicaciones que nosotros como supervisores hacíamos, que el diseño de alguna manera mostraba, y por otro lado lo que les decía el jefe, que finalmente los que contrataban a esos equipos no éramos nosotros, nosotros coordinábamos esa ejecución, el ministerio entregaba los recursos para la contratación de esos equipos pero quien decía quienes trabajaba ahí eran la dirección de los consultorios, entonces ellos estaban en una posición bien compleja hasta que en algún momento logramos aunar criterios y manteniendo lo que traspasaba o transmitía el diseño del piloto, esto se implementó ya no bajo la lógica de ejecución que ese diseño planteaba, sino que se sectorizó y empezó a funcionar con equipos un poco más móviles, no tan islas. Antes era como el CESFAM, y equipo del Piloto, y no había ni una relación entre ellos, y después más que un equipo en particular, se empezaron a contratar horas de los equipos sectorizados como un poco lo que pasa en el COSAM (...) y ahí por un lado permitió que hubiera una comunicación mayor entre los distintos profesionales de los consultorios y también le dio más espacio a la articulación de criterios entre las distintas direcciones o supervisores que estaban asociados a la ejecución del piloto y ahí mejoró bastante la cosa, desde la adherencia por ejemplo, porque es impensable que finalmente algo de todo este conflicto que yo te retrato no se traspasara al usuario, y desde la salud mental de los equipos también, o sea ya no sentían que no sabían a quién hacerle caso y que su pega estaba como en constante riesgo, entonces eso les permitió trabajar más tranquilos, y ahí se empezaron a dar estos espacios que yo te cuento como de talleres alternativos a las prestaciones más típicas a las prestaciones de salud mental, y todo ese tipo de cosas...” (Referente Técnico SSMC).

La anterior cita, nos parece relevante de incorporar en toda su extensión, ya que justamente grafica la necesidad de generar marcos de acción comunes con las direcciones de los centros de salud y la importancia de que el Programa Piloto se integre a la dinámica de intervención de cada centro de salud, como pasos necesarios para lograr generar condiciones de posibilidad para el despliegue de la intervención.

Por ello, si bien se reconocen diversas limitaciones en el proceso de diseño e instalación del Programa Piloto, es relevante destacar la importancia de los equipos profesionales en el proceso de instalación y resolución de desfases técnicos y de gestión asociados a la cultura y organización institucional en el ámbito de la salud pública, que al parecer no fueron considerados al momento del diseño.

### 3.2 Sistematización de las Experiencias de Ejecución del Programa Piloto

A continuación se presenta el análisis intra – caso de cada una de las experiencias sistematizadas. De este modo, en este apartado se identifican los principales hallazgos asociados a las características que ha asumido la implementación del Programa Piloto en los centros de salud seleccionados.

La descripción de la implementación del Programa Piloto, la exposición y desarrollo de los hallazgos se van a presentar considerando la matriz de dimensiones de exploración elaborada a partir de los objetivos y el marco de referencia de la sistematización. De este modo, en el desarrollo de este apartado, se generará una descripción de la implementación del Programa Piloto en relación a:

- Aspectos vinculados a los objetivos, población usuaria y características del equipo profesional (objetivos del Programa Piloto, características de la población atendida y características del equipo profesional)
- Trabajo intra e intersectorial en el marco del Programa Piloto (vinculación de los equipos con el SSMC, vinculación de los equipos profesionales del piloto con el equipo de salud de los centros de salud, vinculación de los equipos profesionales del piloto con Programa Calle y Abriendo Caminos)
- Aspectos vinculado a la implementación del Programa Piloto (procedimientos para ingresar usuarios/as, criterios utilizados por los programas Calle y Caminos para la selección de casos derivados al piloto, características del proceso de diagnóstico de los casos, características de la intervención desarrollada desde el piloto, procesos de derivación utilizados por el equipo profesional del piloto a la red de salud, egreso/alta de usuarios/as)
- Valoración y aprendizajes en torno al Programa Piloto (valoraciones de la experiencia piloto desde los usuarios/as, evaluaciones de los equipos de los programas Calle y Caminos de la intervención desarrollada desde el piloto, obstaculizadores y facilitadores organizacionales del piloto en salud mental, aprendizajes a partir de la experiencia piloto)

### 3.2.1 Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago

#### i. Trabajo de Campo

En el siguiente cuadro se detallan las técnicas implementadas en el marco del proceso de producción de información en esta experiencia de implementación del Programa Piloto:

**Tabla N° 1: Técnicas de Producción de Información Implementadas  
Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago**

<b>TÉCNICA</b>	<b>ACTOR</b>	<b>Nº de Aplicaciones</b>
<b>Entrevistas Semiestructuradas</b>	Profesionales con mayor tiempo de ejecución en el Programa Piloto en Salud Mental en cada uno de los centros de salud implicados	1
	Coordinadores/as del Programa Abriendo Caminos y Programa Calle vinculados al Programa Piloto en Salud Mental	1
	Usuarios/as del Programa Piloto en Salud Mental vinculados al programa Abriendo Caminos y al Programa Calle	1
<b>Grupos Triangulares</b>	Equipos ejecutores del Programa Piloto en Salud Mental de los centros de salud implicados	1

## ii. Objetivos, Población Usuaría y Características del Equipo

Respecto al objetivo de la intervención desarrollada, los/las profesionales del equipo señalan que a través de la implementación del Programa Piloto en Salud Mental han buscado acercar a las personas en situación de calle a la red de salud disponible en el territorio, lo que es coherente con las orientaciones técnicas del Programa, las que establecen como objetivo del Programa Piloto en Salud Mental Calle: “mejorar el acceso a atención en Salud Mental de Personas en Situación de Calle, a través de la implementación de un Modelo de Atención adecuada y pertinente”.

No obstante lo anterior, y si bien se reconoce como una gran meta del programa el mejorar el acceso a atención en salud mental por las características y problemáticas de las personas en situación de calle, los profesionales del equipo van más allá de este objetivo establecido desde las orientaciones técnicas del programa y se plantean además algunos desafíos en el marco de las intervenciones, las que se vinculan con la mejora de las condiciones de salud de los usuarios/as.

“El objetivo principalmente es lograr un acercamiento de las personas en situación de calle a los dispositivos de salud, ese ha sido y en el papel sigue siendo el objetivo, pero en el fondo la idea no es que solamente se acerquen a los dispositivos de salud, sino que también que se puedan solucionar sus problemas de salud, que es un objetivo mucho más grande, pero por lo menos nosotros hemos tenido ese objetivo en la mente, que se pueda solucionar su problema de salud, que no solo que se acerquen (...) Es mucho más difícil, porque el 50% no adhiere. Nosotros el año pasado vimos cerca de treinta personas aproximadamente y a fin de año quedamos como con quince personas y eso son los que adhieren, como un 50%. Entonces también para el Ministerio de Desarrollo Social no es un objetivo menor lograr que se acerquen, es un gran objetivo porque es súper difícil y se requiere muchos recursos para lograr eso en estas personas, eso me he dado cuenta y de verdad se invierte mucho y también es súper frustrante porque estoy haciendo esto y en realidad no está funcionando, pero al final tú te das cuenta, por lo menos por un par de personas, que se mejoren y que salgan de la calle, por ejemplo un paciente calle hace tiempo que está viviendo en la casa, logro tener un trabajo y ganaba \$600.000, pero por temas de ludopatía era incapaz de tener plata, se la gastaba toda y seguía en la calle y de a poco fue mejorando y además era bipolar y bueno ahora está arrendando una pieza, se compró un auto, mantuvo su trabajo, por lo menos funciona en algunas personas” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

Actualmente, el equipo profesional del Programa Piloto que se está implementando en el COSAM de Santiago, está compuesto por tres profesionales, una médico psiquiatra que tiene seis horas en el programa, la terapeuta ocupacional que tiene cuatro horas destinadas al piloto y el psicólogo que cuenta con dieciocho horas de dedicación. Respecto a la cantidad de horas en recurso humano disponible para la implementación del Programa Piloto, el equipo señala que estas se han venido reduciendo paulatinamente al pasar los años de ejecución. En

razón de esta misma reducción de horas es que el equipo ha debido también ir disminuyendo la periodicidad de las reuniones de coordinación interna (y externa) para priorizar la atención con los usuarios/as.

“Nosotros teníamos reuniones, cuando el programa partió el 2012, que eran casi todas las semanas, pero ahí el equipo tenía muchas más horas, eran nueve horas más, veintidós de psicólogo y veintidós de terapeuta, entonces daba para tener una hora semanal de una reunión. Actualmente las horas de Verónica (*terapeuta*) son cuatro semanales, las mías (*psiquiatra*) son seis y las de Joaquín (*psicólogo*) me parece que son cerca de dieciocho y que son las que más son y no da para tener reuniones semanales, y tampoco hemos tenido reuniones mensuales, pero intentamos tener reuniones cada dos meses para discutir casos. Yo creo que ese es un tema importante, porque ha sido súper difícil poder tener una rigurosidad de reuniones por los tiempos, porque imagínate que Verónica ya tiene cuatro horas, sólo en trasladarse hasta Domeyko son 45 minutos de ida y después de vuelta, entonces es complicado. Yo quedo en las mismas y trato de hacer dos días atenciones, en ir y volver, en auto es más rápido, es como media hora y son como dos horas semanales en eso, entonces lamentablemente ha sido difícil el tema de las reuniones y hemos potenciado el tiempo en ver a las personas y en el fondo cada dos meses a duras penas logramos reunirnos, y esa es la realidad actual” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

Sumado a lo anterior, cabe destacar que en el equipo no existe un rol de coordinación propiamente tal, se trata más bien de funciones que de manera transversal se van coordinando entre los profesionales, y que tienden a recaer de mayor manera en la psiquiatra del equipo en razón de su antigüedad (trabaja en el Programa Piloto desde el año 2012) y del compromiso que ha sostenido históricamente con el programa.

Por otra parte, dos de los tres profesionales actuales cuentan además con horas de trabajo asignadas al COSAM de Santiago, por lo cual se encuentran físicamente insertas en este centro de salud, en cambio, el psicólogo desarrolla la mayor parte de su trabajo tanto en la ONG Nuestra Casa -ejecutora del Programa Calle- como en el entorno en el cual se desenvuelven las personas. Este hecho añade mayor dificultad a la coordinación del equipo.

Finalmente, es posible mencionar que los tres profesionales actuales cuentan con especialización en temas neurológicos asociados a temáticas de la salud cognitiva y mental, lo cual ha significado un aporte relevante para el abordaje de las necesidades que se han podido visualizar en la población que el programa atiende (personas con múltiples problemáticas de salud mental y cognitiva y un acceso débil o nulo a la red de salud pública).



“Yo creo que tenemos una muy buena relación entre nosotros tres, eso igual es bueno en un equipo, y a mí me parece que y lo valoro muy positivamente, el trabajo de Jorge (psicólogo), porque él además tiene formación en neurorehabilitación y neurocognición y eso me parece súper importante, porque son personas, en su gran mayoría, creo que cuando hicimos el *screening* dos personas no tenían déficit, y me parece muy bien que podamos tener ese recurso y capacidad técnica en un profesional para poder evaluar. Encuentro que es muy buen psicólogo, tiene harta experiencia también como docente, es una persona súper criteriosa, cuidadosa y lo valoro hartito como profesional. Igual que Verónica que también unas de sus grandes fortalezas es que maneja muy bien el tema neurocognitivo, porque por la suerte de nosotros y de los pacientes, ella también tiene diplomado y estudios en neurocognición y neurorehabilitación, entonces vino como anillo al dedo con este tipo de paciente y creo que Verónica es una persona súper responsable, muy pro activa, es un gran aporte para el equipo, lástima que tengan tan poquitas horas, eso ha hecho que en verdad no se pudiera hacer tanto como quisiéramos” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

### **iii. Trabajo intra e intersectorial en el marco del Programa Piloto**

Respecto al trabajo en redes y la vinculación con instituciones del sector salud (intrasectorial) y aquellas que implican a organizaciones de sectores diferentes (intersectorial) realizado en el marco de la ejecución del Programa Piloto para mejorar el acceso a atención en Salud Mental de Personas en Situación de Calle, los/las profesionales señalan que la vinculación que existe con el Servicio de Salud Metropolitano Central se instala a partir del desarrollo de reuniones mensuales de orientación y análisis de los casos más complejos y el monitoreo y seguimiento del proceso de intervención implementado, evaluando las acciones ejecutadas, el nivel de adhesión de los/as usuarios/as, la relación con otras instituciones, etc. En este contexto, cabe destacar la participación de representantes del Ministerio de Desarrollo Social en estos espacios e instancias.

“Tenemos reuniones una vez al mes y eso se ha mantenido desde el 2012 hasta la fecha, con las asesores técnicas del Servicio de Salud Metropolitano Central que han sido diferentes, que actualmente ha sido Patricia y esas reuniones actualmente han sido de dos horas y son mensuales en donde participamos las tres personas del programa piloto de acá de salud mental, la Patricia y además están participando personas del Ministerio de Desarrollo Social. (...) Sí, son dos cosas. Una es como ver la parte administrativa de las reuniones, de un asesoramiento en el funcionamiento y también ir revisando como está funcionando de forma más general el piloto, por ejemplo ver cómo está la adherencia, cuánto ha funcionado, de los pacientes que vienen acá, cómo hemos solucionado los problemas, las contingencias, cómo hemos podido coordinar cosas con el equipo psicosocial, cosas así más generales y también realizamos algunas reuniones donde repartimos el tiempo entre eso, como revisar el funcionamiento general, y entre revisar casos puntuales, entonces ahí hemos realizado una reunión clínica donde estamos nosotros y ellos para conversar un caso de un paciente, presentamos un paciente y

después hacemos una conversación con respecto del caso, del plan de tratamiento... la idea es que lo que presentemos sean casos complejos donde nosotros tengamos algunas dudas, también donde necesitemos apoyo sobre todo o necesitemos tomar alguna decisión importante, donde necesitamos de algún tipo de asesoramiento, por lo menos compartir la información cuando de repente no se puede tomar las mejores medidas porque no existen. Por ejemplo, en caso de necesidad de internación, donde existe como un vacío para personas con patología dual, presentamos el caso, pedimos ayuda en que se pueda manejar de la mejor manera posible. También en casos como de dar altas en el sentido de que hay personas que nosotros tratamos y que superan la situación de calle, pero sigue gravemente enfermos, entonces, en ese sentido por lo menos, ahí ya tenemos más o menos claro de que lo que se hace en el fondo es que se pasa a otro programa, pero sigue en atención, es como ese tipo de dudas" (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

En relación a la vinculación entre el equipo profesional del Programa Piloto y el equipo ejecutor del Programa Calle que deriva los casos, el contacto y comunicación ha sido constante y expedito durante todos los años de implementación de la experiencia piloto. No obstante, desde los profesionales del Programa Piloto se establece que la frecuencia de reuniones de coordinación ha ido disminuyendo con el tiempo (en un inicio eran mensuales y actualmente se busca generar estos espacios de forma bimensual), principalmente por la reducción de horas profesionales dedicadas al Programa. A pesar de ello, continuaría existiendo una comunicación continua a través de correos electrónicos y vía telefónica, a partir de la cual los/las profesionales de ambos equipos se coordinan y orientan en el marco del abordaje y tratamiento de los casos.

(Respecto a la relación entre los equipos profesionales) "Es súper buena, yo creo que en todo sentido, porque tenemos una súper buena relación personal en las reuniones, muy buena coordinación con ellos, igual tratamos de juntarnos una vez al mes. Al principio, el 2012, por el tema que hubo más horas fue súper y después lo hemos hecho cada dos meses. Independiente de las reuniones donde nos juntamos con todo el equipo, nosotros mantenemos una comunicación, súper estrecha con ellos porque todas las semanas estamos en coordinación con los psicólogos, porque ellos son los que nos están dando más apoyo en estos momentos en las coordinaciones y en los rescates, entonces por ejemplo todas las semanas tenemos comunicación principalmente por mail por lo menos dos veces por semana en relación a los pacientes, desde contarle sobre los pacientes, que están citados y después decirle 'mira sabes que no asistió este y este paciente, qué pasó', y ahí nos dicen qué pasó o también ellos hacen los rescates o también comunicación que nos digan 'apareció este paciente que estaba desaparecido, lo pueden citar lo antes posible'. Entonces la comunicación ha sido súper buena, yo creo que la hemos ido afinando a través del tiempo y por lo menos estoy bastante conforme de eso, independiente de las reuniones" (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

"El nivel de coordinación para mi gusto es excelente, o sea tenemos acceso vía mail, teléfono, nos encontramos cada... hoy día cada mes y medio en reuniones de coordinación, de análisis de casos, de trabajo en conjunto, donde además en eso también hemos tenido el buen ojo y el buen criterio de que el equipo, constituido por un psiquiatra, psicólogo y

terapeuta ocupacional, vienen a nuestro equipo a una reunión, conocen muy bien el espacio, han sido flexibles con sus horarios (...) y por lo tanto, la coordinación, el estar al tanto de las personas, el poder compartir las orientaciones y además, en este sentido el trabajo que se hace es de que nosotros derivamos a las personas que nosotros consideramos, hay un proceso, un protocolo con llenado de documentos, un escrito que tienen para la derivación la hacemos nosotros, nosotros hacemos las pesquisas, invitamos, ellos nos entregan las horas, nosotros invitamos y luego en estos espacios de reunión, nosotros lo que recibimos son orientaciones por parte de los profesionales del equipo de salud mental para nosotros trabajar, para no generar una doble intervención, o sea, la idea es que el psicólogo de nuestro equipo no haga lo mismo que está haciendo este psicólogo, que el psiquiatra, la terapeuta nos digan mira "esta persona está en este contexto, este es el diagnóstico, estas son las técnicas a trabajar, háganse cargo de estas cosas" y ahí nosotros como equipos vemos 'ya en este caso entra la psicóloga, entra el gestor, entra el asistente social' nosotros en este sentido, que es bien importante, trabajamos con la orientaciones que entrega el equipo porque si no vamos a ser una doble intervención" (Coordinadora Programa Calle vinculado al Programa Piloto implementado desde el COSAM Santiago).

En este marco de trabajo colaborativo, actualmente el Programa Piloto en Salud Mental Calle es altamente valorado por el equipo profesional ejecutor del Programa Calle, ya que les permite contar con una instancia de apoyo al trabajo en salud mental sumamente relevante el marco de su intervención, instalándose hoy en día como un recurso clave para el proceso de reinserción y mejora general de las condiciones de vida de sus usuarios/as.

"Bueno y yo siento que... han sido hartos años de piloto, yo creo que claro, decíamos chuta, esto va a ser un año, que difícil, que complejo, porque entendemos los recursos, todas las dificultades que esto implica, como el de proyectarlo y el mantenerlo, pero siempre uno quiere más también y empieza a visualizar y ve en el cotidiano que es súper complejo el tema de la salud mental, pero sí po' ha cumplido, entendiendo que tenemos nosotros una cobertura para quince personas, y que evidentemente hemos derivado más porque hay algunas que se pierden en el camino, otras que han sido egresadas, pero que efectivamente hemos recibido una buena atención para las personas, se ha flexibilizado, se ha reflexionado, hemos tenido la posibilidad de implementar y seguir pensando en nuevas estrategias, eso es algo que no hemos parado de hacer y eso a mí me parece que es súper importante y valorable porque van cambiando los actores, las personas en situación de calle como digamos cualquier persona en situación de casa, somos distintas, van cambiando nuestros ritmos, nuestras situaciones y tenemos que estar atentos y hemos intentado todo el rato, buscando distintas estrategias y con toda la intencionalidad de favorecer los procesos de las personas en situación de calle, entonces ahí yo siento que efectivamente hemos cumplido, queremos más po', queremos más cobertura, más tiempo, más horas porque es evidentemente necesario, sí po' queremos más. (...) O sea, claro como pa' la cobertura que tenemos, claro, uno dice "tenemos cobertura, este equipo de tres profesionales, claro, está... pero también entendemos que, claro queremos más horas, queremos más... la calidad del equipo ahí yo nada que decir, feliz, pero claro me encantaría que fueran más horas destinadas, una mayor cobertura de verdad que uno se acostumbra también a contar con este servicio que es súper importante, o sea yo... pa' mí, el piloto es parte de nuestro trabajo hoy día, entonces yo no me imagino sin el piloto, no

me imagino sin el piloto porque de verdad que es súper necesario... hemos tenido la posibilidad de ser un aporte pa' estas personas, increíble, en la colaboración..." (Coordinadora Programa Calle vinculado al Programa Piloto implementado desde el COSAM Santiago).

Ahora, respecto a la vinculación del Programa Piloto con el COSAM, cabe destacar que si bien en un inicio esta no fue sencilla, durante este último año ha mejorado y el equipo ha comenzado a instalarse con mayor propiedad al interior del Centro de Salud. Los factores que habrían obstaculizado la instalación y desarrollo del Programa Piloto se vincularían con que el equipo profesional no se instala ni desarrolla su trabajo en el Centro de Salud propiamente tal, sino más bien, su intervención la despliegan principalmente en la casa de residencia que mantiene la Corporación Nuestra Casa con los usuarios/as del Programa Calle. Esta situación potencialmente podría no haber permitido visibilizar y difundir el Programa Piloto al interior del Centro de Salud. No obstante, esto comienza a cambiar luego que la profesional psiquiatra de mayor antigüedad en el piloto es contratada en el COSAM. Desde ahí, se genera una mayor visibilidad y difusión del Programa Piloto en Salud Mental dentro del COSAM. Pese este cambio, actualmente aún la intervención desarrollada en el marco del Programa Piloto tiende a mantenerse a una cierta distancia del trabajo desarrollado por el COSAM, no pudiéndose constatar en el marco de esta sistematización el despliegue de un trabajo colaborativo en el abordaje y tratamiento de los casos.

"Eso ha sido un tema porque en el 2012 cuando se hizo el programa en la comuna de Santiago, era un equipo totalmente externo de profesionales que trabajaban en una unidad externa del COSAM y APS, físicamente nosotros realizamos y todavía hacemos intervenciones en la ONG que tienen una residencia. En algún momento nos juntábamos en otra parte que no era ningún centro, en general en la calle y en un principio aquí prácticamente en el COSAM prácticamente no se atendía a nadie porque el COSAM queda muy lejos de la residencia y por una estrategia que era favorecer la adherencia nosotros al principio atendíamos en la casa como estrategia de poder lograr que las personas tuvieran un poco más de adherencia en las intervenciones y una vez que conocíamos a los pacientes, se les decía donde podían ser atendidos y se le explicaba en qué consistía la red. Pero empezamos ahí y el siguiente paso era poder llevarlos al consultorio y después que lográbamos eso las personas que tenían un nivel de complejidad mayor como trastorno psiquiátrico severo que deberían ser visto en un COSAM los empezábamos a ver acá, era el mismo equipo pero cambiábamos de lugares según, pero lo seguíamos viendo nosotros. (...) Y en ese sentido la integración ha sido difícil porque era una unidad aparte y todavía es aparte, yo por ejemplo trabajo en el COSAM, eso ha hecho que de alguna forma el COSAM se entere un poco más de la existencia de este programa, pero es una casualidad porque si yo no trabajara en el COSAM seguiría siendo una isla. (...) Era bien desconocido y si bien algunas personas que lo conocían sabían que existía un programa y que se hacía algo pero no sabían muy bien ni cómo era la forma de ingresar ni nada de eso" (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

#### iv. Aspectos vinculados a la implementación del Programa Piloto

En relación al proceso de incorporación de usuarios/as al Programa Piloto, cabe destacar que estos/as ingresan a través del Programa Calle que es ejecutado por la organización no gubernamental Nuestra Casa. Se trata de usuarios/as que han pasado por situación de calle, pero que en el momento del ingreso residen en la casa principal de esta institución.

Ahora bien, Nuestra Casa se enfoca en la autovalencia de los sujetos con que trabaja, por lo cual se trata en general de personas que están en proceso de reinsertarse en el mundo laboral, familiar, y social, y que dentro de lo que ha sido su historia de calle tienden a presentar problemas de salud múltiples a nivel físico, mental y/o cognitivo.

“Son... esto es de una residencia, una ONG, la que nos deriva. Tienen un programa, Chile Solidario, que se cambia después al Ingreso Ético Familiar, que nunca es ético ni familiar. Bueno, la cosa es que ellos ingresan gente a su programa, nos derivan pacientes, que tienen claros problemas, en términos, de algún tipo de trastorno de personalidad, algunas adicciones, alcoholismo. Y en algunos casos, y no son pocos, psicosis. Nos derivan, hacemos las primeras evaluaciones, aplicamos un par de test, yo por lo menos aplico un par de test, luego los evalúa la psiquiatra y nosotros nos reunimos y vamos viendo como seguimos” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

De esta manera, el criterio inicial para generar la derivación al Programa Piloto es que la persona esté en ese momento residiendo en la Casa de la ONG, y que el instrumento diagnóstico arroje alguna patología o problemática en salud mental. Sin embargo, dadas las características de los usuarios/as, la gran mayoría presenta diferentes patologías de salud mental, por lo que la selección final tiene mayor relación con favorecer la adherencia al Piloto, priorizando a las personas que estén de acuerdo con participar del programa.

“Que esté en la residencia porque en el fondo... después esta situación cambia porque esta persona que está en la residencia puede tener una recaída, va a calle o vuelve o se va a la hospedería o vuelve con su familia, se va a arrendar, pero claro, cuando nosotros derivamos se hace efectivamente... hay un instrumento, cierto, que indica qué... en qué situación está la persona, que determina la importancia de la derivación, entonces se conforma un instrumento para la instancia de derivación, porque claro ese instrumento yo podría decir “¿sabe qué? No, él estaba para atención de salud primaria y no para salud mental”, entonces ahí está la derivación, cierto, una vez que se deriva con este instrumento que lo hace la psicóloga, el equipo de salud mental del piloto recibe esta derivación, hace esta primera entrevista o diagnóstico y ahí también se ve si efectivamente concuerda con lo entregado del equipo y si efectivamente puede ser parte de este piloto, que además se configura en la motivación de la persona, en que adhiera a este tratamiento, aunque sea constante, porque eso también es otra cosa” (Coordinadora Programa Calle vinculado al Programa Piloto implementado desde el COSAM Santiago).

“Cualquier persona que tenga problemas de salud mental tanto de menor o mayor complejidad puede acceder al piloto, que sea usuario de Nuestra Casa, eso es en el fondo, la idea es que ellos le hagan una primera evaluación y ellos filtran quienes están interesados, porque hay muchas personas que tienen problemas de salud mental, yo no sé si habrá alguno que no los tenga, porque en la Casa, por el perfil, yo creo que todos lo tienen, pero el filtro que ha estado más desde los usuarios, que muchos no están interesados de recibir apoyo y solucionar problemas de salud y eso ha sido un gran tope, porque si bien nos han derivado personas con problemas bastantes graves que vienen la primera vez y después no siguen interesados en venir o que en el fondo ellos nos identifiquen que tienen problemas graves y nunca aparecen y yo creo que ese ha sido el mayor tope de que la persona realmente quiera tratarse” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

Tras el ingreso de los/as usuarios/as, el proceso de diagnóstico es realizado desde cada uno de los profesionales que integra el equipo actual, cada uno desde su expertiz aplica diferentes instrumentos y pruebas, se realizan además algunos exámenes físicos para evaluar el estado de salud general del usuario. Estos últimos exámenes quedan bajo la supervisión del profesional psiquiatra, que además de sus funciones como profesional de salud mental, realiza las veces de médico general en el equipo en lo que es el diagnóstico inicial.

“Sí, la idea es que hagamos todos la evaluación inicial y después nos juntamos en la medida de lo posible, discutimos los casos y hacemos un diagnóstico más bien acabado entre los tres y discutimos el plan de tratamiento en general. Muchas veces no podemos juntarnos y en el fondo terminamos hablando de manera informal como entre médicos, como qué hacer con un paciente, cómo enfocar las intervenciones para seguir la misma línea. Yo creo que ese es un poco el déficit que uno tiene, el poco tiempo para juntarse y coordinar las cosas. Y que es un espacio súper importante pero ha sido súper difícil lograrlo. (...) Es súper individualizado, cuando llega un paciente hacemos una primera entrevista para diagnóstico donde lo hacemos por separado, yo hago un examen mental mucho más completo de los que se hacen después en los controles que son más breves, se hace una solicitud de exámenes si es necesario, sangre, orina se hace una primera evaluación simplemente de aclarar diagnóstico en las personas... para evaluar lo orgánico principalmente, como evaluar el daño hepático, si hay daño renal, para ver si hay daño cardíaco, para la mayoría de los casos es para eso y han sido exámenes de control para evaluar reacciones adversas a medicamentos y estudio de diagnóstico de psicosis si es que hay es necesario pedir escáner o electroencefalograma... Joaquín en general lo que hace es una entrevista mas estructural y más larga, además a todos los pacientes nosotros decidimos tomarles una evaluación neuropsicológica, porque nos dimos cuenta que en su gran mayoría tiene déficit neurocognitivo importante, entonces era bueno tener ese *screening* porque nos servía también para saber cómo podíamos trabajar, porque dependía del recurso cognitivo de la persona que tanto podías hacer. Entonces, en la evaluación que hace Joaquín se toma siempre un test de neurosis y además se toma el test que es el protocolo que es XXX (*problemas de audio*) y la evaluación psicológica general y con eso se hace el diagnóstico psicológico. Y Verónica hace una evaluación diagnóstico inicial, ahí no son necesarios tantos instrumentos, porque no tienen tantos déficit, generalmente las personas que están en Nuestra Casa son personas que puedan ser laboralmente activas tanto en trabajos formales como informales, pero sí tienen bastantes

déficit, no se objetiva en escala a eso me refiero" (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

Posterior al proceso de diagnóstico inicial, el equipo enfoca la intervención a partir de la identificación de las principales problemáticas de cada caso. Tras lo anterior, se realiza según los/las profesionales más que una terapia psicológica propiamente tal, un proceso de acompañamiento psicológico en donde se consideran temáticas relativas al abuso de sustancias, reinserción laboral, familiar y social, procesos de duelo y otras temáticas vinculadas a la salud mental de los/as usuarios/as. Por otro lado, la psiquiatra realiza controles cada dos semanas aproximadamente, en donde monitorea la situación de las persona en situación de calle, constatando si efectivamente está tomando los medicamentos y evaluando los avances y retrocesos de la intervención. Por su parte la terapeuta también realiza atención en box, pero con mucha menor frecuencia en razón a las escasas horas asignadas al programa.

Los procesos de intervención constan de trabajo con la psiquiatra en donde se recurre a medicación para ayudar a que el/la usuario/a recupere un estado de salud física y mental que le permita insertarse nuevamente en la sociedad y mejorar su calidad general de vida. Del mismo modo, se recurre a terapia psicológica para tratar temas puntuales de reinserción o de orientación y apoyo en temáticas de vida específicas como son los duelos, adicciones, la misma situación de calle, entre otros.

(Respecto a las acciones de la psiquiatra y psicólogo) "Se preocupa de mi estado de salud, me ve si hay avances y ella considera que ha habido avance y me modifica algunos medicamentos. Me ha dado también, polivitamínicos, para poder generar más apetito y subir de peso, cosa que lo he logrado en este poco tiempo... Y con también, una vez al mes nos reunimos, con el psicólogo también, no sé si será conveniente que yo lo diga, pero ambas son excelentes personas. Debe ser por su trabajo o quizás tienen alguna atención especial por la Corporación Nuestra Casa, gente que ha estado en situación de calle o que estuvimos. Él también, conversa varias cosas conmigo, pero ve la otra parte, como psicólogo no ve la parte médica, de medicamentos, sino que ve la parte familiar, en el caso mío, el duelo. Me insta a que recupere la familia, cosa que ido logrando de a poco, como los lazos familiares, tanto con mi señora y mis dos hijos que tengo. Pero excelente, incluso se preocupa de que en algunas de las sesiones próximas, nos reunamos como en familia" (Usuario/a Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

Ahora bien, es importante señalar que según lo señalado por los/las profesionales del Programa Piloto, existiría en el equipo capacidades y recursos técnicos suficientes como para abordaje de casos de baja complejidad a nivel de salud mental, pero la situación no es la misma cuando se trata de casos de alta complejidad. En estos últimos casos, cuando se requiere atención especializada o internación, el equipo profesional se encontraría con limitaciones técnicas como para poder dar una respuesta adecuada.



“Después de ese proceso va a depender mucho del diagnóstico de cuál va a ser el paso siguiente y en el caso de que sea trastornos psiquiátricos severos que cursen con psicosis por ejemplo, ahí hay grandes problemas porque personas en situación de calle que tengan psicosis es muy difícil tratarlas en calle, entonces ahí hay muchos esfuerzos porque puede hacerse un pequeño proceso de intervención u hospitalización, por ejemplo y una vez que eso pasa seguir un proceso ambulatorio. Pero nos ha ido súper mal con eso porque en verdad no hemos logrado hospitalizar a nadie y la mayoría de los pacientes psicóticos que hemos tenido graves los hemos perdido, desaparecen de la Casa y han perdido contacto con el equipo psicosocial y después no sabemos cómo encontrarlo, hemos ido hasta carabineros y en realidad son personas que se quedan en la calle y son súper difícil de encontrar y eso nos ha pasado en hartos casos. Hay pacientes psicóticos severos que todavía están en tratamiento de manera ambulatoria y no tienen hasta la fecha el resultado que uno esperaría y en el fondo remisión de síntomas psicóticos no ha pasado, si bien los seguimos tratando, interviniendo, por ejemplo casos concretos de personas con una psicosis severa, como de sustancias, la intervención va mas enfocada en reducción del consumo para estabilización y medicación con antipsicóticos, pero bien difícil que adhieran, con esos problemas nos hemos topado. Las personas que tiene trastornos psiquiátricos no tan severos funcionan mucho mejor los tratamientos en general, se les ofrece un plan de tratamiento que es con control de psiquiatra periódico de una o dos veces al mes, eso va a depender mucho de la gravedad, es raro que sea tres veces al mes, pero también ha pasado, pero es mucho más raro y donde se trata de hacer desde la parte farmacológica como ajuste farmacológico, psicoeducación con respecto al área mía que tiene que ver con lo biológico y con lo farmacológico y con la expectativa farmacológica. Joaquín hace también controles psicológicos periódicos, lo que yo tengo entendido, más que psicoterapia muchas veces es un acompañamiento, y eso depende mucho del tipo de paciente, cuando son pacientes que tienen mucho más recursos cognitivos se puede hacer una psicoterapia, cuando son pacientes que adhieren y que van al control, pero cuando son personas que no adhieren y que se pierden se hace un acompañamiento de intervenciones, de contención. Con relación a lo que yo se que hace la Verónica que en realidad es solo lo que hemos conversado, en el fondo tiene que ver con evaluación y después con alguna planificación con relación muchas veces a simplemente organización que no tiene que ver con el tema laboral, como organizar rutina, porque hay personas más deterioradas que tienen muchas dificultades de organizarse simplemente o en hábitos saludables, entonces va como desde eso hasta la parte laboral” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

Ahora bien, dada la alta pérdida y abandono de usuarios/as del Programa Piloto, se hace complejo establecer la duración del plan de intervención, principalmente porque a la fecha no ha habido un número tan amplio de egresos exitosos, y porque en muchos casos se trata más bien de tratamientos cíclicos, en donde los/as usuarios/as reaparecen y desaparecen cada cierto tiempo, dependiendo de sus períodos de recaída en la calle o en el uso de sustancias.

Respecto a los procesos de derivación implementados desde el Programa Piloto para casos de alta complejidad, generalmente estos no han funcionado y normalmente se quedan sólo como intentos (fallidos) de derivar a atención terciaria, hospitalización, internación, pero que en definitiva han fracasado según los profesionales porque el actual sistema de salud pública no da abasto para los casos y porque además desde la misma programación del Piloto no está



contemplado este proceso y por tanto, no existe recursos que permitan agilizar el procedimiento. En este marco, los procesos de derivación efectivamente implementados desde el Programa tienen relación con el traspaso de usuarios/as de baja o mediana complejidad a profesionales del mismo COSAM para atención de salud mental.

“No para nada por el tipo de compromiso psicosocial los derivo a todos al COSAM, porque por un lado COSAM es que está entre comillas más vinculado y conoce más el programa Calle y porque el COSAM tiene mucho más recursos para poder intervenir que APS en este tipo de persona, por ejemplo, pacientes que tienen problemas de alcoholismo lo que se vería en atención primaria donde ya esta mas estabilizado, yo prefiero que los veamos acá, por el compromiso psicosocial y por la inestabilidad que tienen las personas, no hemos derivado a nadie a APS hasta hoy” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

“Sí, como nosotros cumplimos el rol de nivel primario y secundario, solamente derivamos lo que consideramos que tiene que ir a un dispositivo de nivel terciario, que son hospitalizaciones, en general. Y eso hemos tenidos hartas limitaciones porque ninguna hasta la fecha ha funcionado. Ninguna solicitud, porque nos ha pasado con estos pacientes que muchos de ellos, no tienen conciencia de su enfermedad. Me refiero a los psicóticos, hemos encontrado, más de lo que pensábamos, de pacientes psicóticos, muy descompensados. Y ninguno se ha querido hospitalizar, entonces se han hecho gestiones a través del SEREMI para solicitar intervenciones administrativas incluso, así y todo no ha ido muy mal, porque las veces que han ido a las urgencias para que sean ingresados, los han rechazado. En otras oportunidades, nos ha sido muy difícil trasladar pacientes tan descompensados, que el traslado en sí, puede ser un riesgo para ellos o para el personal que los va a trasladar, pero generalmente el SEREMI emite estas resoluciones de traslado a los dispositivos de atención primaria y los dispositivos de atención primaria no tienen personal capacitado para hacer este tipo de traslado. Entonces da una tremenda vuelta, porque hay que volver a mandar al SEREMI, informar la situación, solicitar que redirija la resolución y eso también ha sido súper lento. Una no nos ha funcionado porque lo rechazan, otra por los trámites administrativos y la otra cosa es que, tampoco podemos hacer de repente, hay un gran vacío en la salud pública en general que se refiere a las personas que tiene patologías dual, porque no hay donde hospitalizarlos. El Servicio de Salud Metropolitano Central, no tiene camas para patología dual, en algún momento, fue el San Borja, pero como fue el terremoto, el San Borja quedó con menos camas y actualmente, no se pueden hospitalizar adicciones de forma programada y nosotros que tenemos un 90%, yo creo de los pacientes, tienen problemas de adicciones, entonces cuando hemos querido ellos han tenido la intención de poder optar a una desintoxicación, por ejemplo, no existe donde mandarlos, de forma programada y también los pacientes psicóticos con problemas de adicciones no los reciben en la posta del San Borja, que es donde nos corresponde a nosotros, por la urgencia del psiquiátrico es muy difícil que entren, entonces no hay dónde mandarlos, entonces eso también ha sido tema de conversación con las personas del MIDESO, del Servicio de Salud Metropolitano Central y es un vacío a nivel de la red de salud y que lamentablemente, el problema es que la persona en situación de calle, como te digo, nos ha tocado, son muy graves. Entonces para las personas más graves, suele pasar que la red pública no da muchas respuestas, las personas con trastornos psiquiátricos más graves, son las que más sufren, tienen menos resolutiveidad en lo que se les pueda ofrecer. Ahora, con respecto a pedir ayuda a otros

dispositivos, que no sean así, no sé po, pedir ayuda de centros de día, de calle, eso sí existe en la comuna y pueden optar a ese tipo de cosas, que son cosas más bien sociales, a esas cosas sí se puede. Pero cosas que tienen que ver con salud, en la parte de poder brindar atención, de fiscalizar, es un vacío. De hecho el programa tampoco lo contempla. Entonces eso sería una de las cosas que hay que fortalecer en el programa, en el programa inicial como se hizo, porque no contempla recursos para eso y esa es una de las grandes debilidades que tiene, porque debería considerar que estas personas en particular, son súper graves” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

En relación al egreso o alta de usuarios/as desde el Programa Piloto, esta se realiza principalmente cuando logran superar la situación de calle, visualizada en una reinserción laboral, una regularización de la situación habitacional, una autovalencia en general e idealmente que haya existido un proceso de reinserción familiar, elementos que hablan de una mejora considerable en las condiciones de vida de los/as usuarios/as. En este marco, los casos de egreso exitosos a la fecha, o de mejora de la calidad general de vida de los usuarios/as, han sido pocos, manifestando los/as usuarios/as aún al momento del egreso del Programa patologías o problemáticas de salud mental, por lo que junto con su egreso del Piloto, han sido derivados a COSAM para continuar su atención y tratamiento médico.

“Eso lo hemos discutido y también fue un tema que nosotros teníamos como aprensión y es muy cuestionable que cuando tú tienes una enfermedad te trates por esa enfermedad y cuando te mejores de esa te tienen que pasar a otro equipo que te va a tratar por otra enfermedad y si te mejoras de esa te van a pasar a otro equipo como por programa, entonces, yo era más de la idea de no traspasarlo de equipo en equipo porque por ejemplo si salían de situación de calle, ya no tenían para que estar en el Piloto Calle, entonces tenían que pasar al COSAM por ejemplo si era un trastorno bipolar o una sicosis o APS si era abuso de sustancias y ahí no dimos muchas altas en un principio. Bueno al final, lo discutimos en las reuniones y en el fondo quedamos en que había que traspasarlo porque no se justificaba que siguieran en el Programa Calle y esa fue una decisión que se tomó el año pasado y hemos tenido pocas altas exitosas a la cantidad de personas que han asistido al Programa. Altas exitosas me refiero a personas que han salido de la situación de calle lo cual es un éxito, que han tenido trabajo estable y han estado arrendando un lugar de manera estable y que en algunos casos han logrado vincularse con la familia principalmente, esas son personas que se van y este año dimos varias altas así según esos criterios, pero por ejemplo dentro de esas personas todavía requieren de apoyo de salud mental en su mayoría. Una era por un trastorno bipolar que va a quedar acá en el COSAM con otro equipo, la otra persona con un problema de dependencia de sustancias que también va a quedar acá, otra persona que era por ludopatía que también va a quedar acá, hubo otra persona que dimos de alta que está súper bien y esa persona en realidad no va a quedar en ninguna parte porque no necesita más tratamiento de salud mental por ahora” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

## **v. Valoración y aprendizajes en torno al Programa Piloto**

Es posible señalar que existe por parte de los/as usuarios/as una valoración muy positiva de la atención y acciones realizadas en el marco de la intervención del Programa Piloto. Principalmente se valora la aceptación y preocupación que manifiesta cada profesional por cada usuario/a, así como las atenciones concretas en salud mental ya sea a través de la entrega y control de medicamentos, como en relación a los procesos de acompañamiento psicológico. Es decir, la intervención general desarrollada por el Programa Piloto se visualiza por parte de los/as usuarios/as como un apoyo efectivo en los procesos de rehabilitación y reinserción general.

“Primero que nada, la aceptación que ellos tuvieron hacia mi persona, porque busqué ayuda en otras instancias, como psicólogos, por la forma... Otras instancias, como consultorio, pero no llegaba... no era como lo ideal, en lo cual estoy ahora, considero que es la mejor manera, están siempre preocupados. Las horas médicas, me dan las horas médicas en coordinación con Nuestra Casa, y si uno no se presenta a un control, ellos están siempre preocupados de retomar próximamente una hora o consultan acá en Nuestra Casa, si uno está o no está, o si se ha alejado y otras preguntas personales, que yo creo que harán... si como quién dice si uno anda descarriado. Pero en el caso mío no ha sido así, porque siempre estoy apresto a mis controles y si no puedo por razones de trabajo, porque trabajo en el sistema de turnos, se retoma una nueva hora. Pero bien... Resumiendo, estoy conforme, muy conforme con la atención que se me da. Y no solamente a mí, sino a los que llegan porque lo hemos conversado con los otros residentes de esta casa. Y todos están... A todos nos dan hora, nos dan medicamentos dependiendo del problema o patología que tengamos cada uno, también el apoyo psicológico que es primordial, más el apoyo y ayuda que hay en Corporación Nuestra Casa, eso. Estoy bien conforme y hay una buena valoración del trabajo que ellos efectúan con nosotros, sobretodo” (Usuario/a Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

Respecto a los obstaculizadores identificados para la implementación óptima del Programa Piloto, los profesionales identifican como central la baja cantidad de horas disponibles para los profesionales del equipo, lo que limita las posibilidades de establecer coordinaciones internas y externas y afecta la atención de usuarios/as. En cuanto al funcionamiento dentro del COSAM, las mayores limitaciones se vinculan con la escasa visibilidad del Programa Piloto en esa institución y en la red de salud general de la comuna.

En este sentido, se reconoce que es de suma importancia la estrategia de generar un proceso de difusión del Programa y un trabajo coordinado y expedito a nivel interinstitucional, de manera de poder agilizar los procesos de derivación correspondientes y poder dar respuesta efectiva a las necesidades de esta la población.

“Cuando yo estaba trabajando en el piloto, cuando se necesitaron horas para psiquiatra en el COSAM a mi me preguntaron y yo quedé, pero esto es una casualidad, Joaquín que es psicólogo nunca ha trabajado en el COSAM, entonces él prácticamente es invisible, casi nadie lo conoce ni en el COSAM ni en APS, yo creo que pasaría lo mismo conmigo si no estuviéramos trabajando en el COSAM y en la red de salud. Y la Vero que es la terapeuta, ella ingresó como parte del equipo de COSAM primero y después a ella se le asignaron unas poquitas horas en el Piloto, entonces ella es más conocida del COSAM, hace unas horas en el piloto que son muy poquitas en realidad y en ese sentido se sabe la existencia de un programa, pero el programa tampoco está fuertemente integrado en el COSAM. Por lo menos es más conocido en el COSAM y con lo que respecta en atención primaria hasta el año pasado si bien se supone que estaba mencionado que existía un programa así, nadie sabía de qué se trataba y las consultorías que se hacen al COSAM y atención primaria se había intentado como introducir un poco en el tema, pero por lo que yo entendí hasta este año nadie había entendido muy bien y este año intentamos a hacerlo diferente y hicimos básicamente una presentación donde destinamos un gran tiempo a una consultoría, casi toda una consultoría en hacer una presentación de qué se trataba el piloto, cuánto tiempo llevaban y todo y ahí recién ellos se dieron por informados y en verdad recién dijeron que ya sabían de qué se trataba y este año la idea es tener un trabajo en conjunto con el consultorio médico para hacer una propuesta de trabajo en conjunto donde idealmente, y yo espero que APS pueda ser parte del programa y no siga siendo una isla que los médicos de APS atiendan a los pacientes” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

En relación a este mismo tema, el equipo profesional del Programa Piloto señala la necesidad de generar mayor cooperación con APS, de modo tal de que ese espacio sea el primer acercamiento a la población usuaria del Piloto, y que desde ahí, se constituya la red de derivación hacia lo que es atención en COSAM y a nivel terciario. De esta manera, se destaca entonces la relevancia del trabajo interinstitucional y coordinado dentro de la misma red de salud de la comuna.

“Lo único que me parece la gran debilidad del programa es como se llevó a cabo en esta comuna porque en otras no es esto de no ser parte de la red, que seamos un tipo de isla, que no se haya creado como desde APS y desde APS que hayan llegado de ahí los pacientes, que APS los conozca porque eso hubiese sido un trabajo mucho más potente, porque APS ya interviene en el mismo sector, ya conoce la gente de ahí podrían haber tenido mucha mejor relación con la ONG. APS tiene otros recursos que se podrían haber agregado al programa porque ya lo tiene APS en el sentido de intervenir con nuestras personas y que hubiese sido la puerta de entrada para derivar a COSAM o a especialidades a nivel secundario o terciario, hubiese genial, eso yo creo que es la gran debilidad y creo en el fondo que hemos estado en conversaciones y trabajando para poder hacerlo así. De hecho el programa estaba planteado así en el papel, no se hizo acá, pero está planteado como puerta de entrada a APS como filtro y APS porque el programa estaba planteado con un equipo de psicólogos, médico general y terapeuta ocupacional con bastantes horas y otro equipo en el COSAM como refuerzo de recursos humanos de las mismas personas, psiquiatra en este caso, terapia ocupacional y psicólogo, gran cantidad de horas, está planteado en el papel y aquí no se hizo así. (...) En el fondo lo que me preocupa es que

estas personas se puedan visualizar en la red de salud porque así como programa isla o aparte no se alcanza a visualizar en la red de salud, APS no alcanza a visualizar el problema que tiene esa casa, que se supone que es el territorio de ellos, donde ellos pueden intervenir y no se están haciendo cargo, ni siquiera saben quiénes son, nada, no están contabilizados” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

Por otra parte, se reconoce también que el Piloto logra dar respuesta a necesidades que no están siendo acogidas desde el resto de la red de salud, específicamente en razón de las características de la población de calle. En este sentido, el Piloto constituye un aporte pues recoge un nicho poblacional que de algún modo estaría quedando fuera del sistema en relación a su escasa visibilidad y baja adherencia. A esto se suma el tema de la flexibilidad que existe en la intervención para adecuarse a las necesidades y características del usuario/a y del contexto en el que se desenvuelven las personas en situación de calle.

“Otra cosa buena que veo de este programa es que ofrece tratamiento para personas que en la red de salud no lo tienen, por ejemplo las personas que son adicta y tienen problemas de adicción severo, la red de salud yo creo que no dan respuesta porque no cumplen criterios. Una persona que no viene de cualquier programa ambulatorio básico de adicciones intensivos la sacan porque no cumplen o una persona que consume, la mayoría de los programas no están hechos para la reducción de daños, están hecho para mantener abstinencia, entonces, no se les da tratamientos a estas personas y en ese sentido este programa permite tratar a personas que no pueden ser tratadas en ninguna parte, por ejemplo, ese perfil de adicciones o por ejemplo personas que no adhieren al tratamiento, con depresión, psicosis, este programa sí da respuesta a eso y eso es algo muy bueno porque existe un vacío para las personas que no adhieren a los tratamientos que son una gran cantidad de la población porque a la red de salud no le conviene tratar a una persona que no viene porque eso requiere un gran costo y en ese sentido este programa es una salvación para esas personas porque si no, no tendrían nada” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

A nivel de los aprendizajes que se han producido a raíz del trabajo de implementación del Piloto en estos años, el equipo profesional está realizando en la actualidad una serie de gestiones para ver la posibilidad de reestructurar algunos aspectos del programa. Específicamente, y en relación al recurso humano, se ha visualizado la necesidad de poder contar dentro del equipo con capacidades y competencias técnicas en temas de rehabilitación cognitiva, en base a las características y patologías de la población del programa.

“Yo sí pienso que es súper necesario, un equipo que sea más o menos fuerte y que ojalá que también tenga asistente social. A mí sí me parece muy importante que tenga terapeuta ocupacional, una de las cosas que nosotros vimos y que vio Jorge principalmente, cuando hicimos las evaluaciones de los pacientes, era que casi todos tienen deterioro cognitivo de moderado a severo, entonces necesitan bastantes herramientas de neurorrehabilitación o de habilitación y eso lo tiene que hacer una terapeuta. Yo creo que la terapeuta es una de las personas más capacitadas, si bien, podemos intentar ayudar en esa área, los demás, la

terapeuta es una de las personas más capacitadas para hacer rehabilitación de ese tipo. Eso es por lo menos mi opinión, entonces si no está, es como que queda una pata coja de algo súper importante. Además, el hecho de tener asistente social es fundamental para las personas en situación de calle. Nosotros tenemos la fortaleza de que el equipo de la ONG, el equipo psicosocial, tiene asistente social, pero nosotros también recibimos pacientes que no estaban en la ONG, y ahí nos topábamos con este gran vacío” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

Por otra parte, se ha levantado la necesidad de fortalecer el trabajo comunitario e intersectorial a través de la conexión con las redes comunales y el apoyo de los/las profesionales relacionados al trabajo social que están incorporados dentro de la ONG. A esto se suma la necesidad de poder generar un trabajo cooperativo en todo lo que es la red de salud, incorporando principalmente a APS.

“A mí me gustaría que si se programa como programa, vaya como... o sea, que se establezca en el modelo comunitario, que parta por la pesquisa de la atención primaria, que la atención primaria tiene el principal rol, y que ellos sean en el fondo, los que van a derivar a atención secundaria, eso sería súper importante y en el fondo, como para resumirlo hartito, el modelo comunitario a mí me hace hartito sentido y yo creo que el programa está hecho así y debería hacerse así y fortalecerse ciertas áreas, que no están fortalecidas del modelo comunitario y poder implementarlo, creo que esa es la mejor forma. (...) Poder hacer muchos más vínculos con la redes comunitarias que hay y con los dispositivos comunitarios que hay, para poder ayudar a estas personas, nosotros en nuestra experiencia intentamos hacer vínculos, porque la comuna tiene un Programa Calle aparte, que no es parte ni de APS, ni de COSAM, sino que tiene a través de la DIDECO, hay varias instancias en donde hacen intervenciones en calle y en ese sentido, nosotros las hemos podido usar, pero es bastante poco ordenado, porque hemos intentado coordinaciones, se han hecho reuniones, incluso hemos visto casos en conjunto y todo, pero se podría potenciar mucho más de lo que nosotros hemos hecho hasta ahora. Eso puede ser una súper buena idea para que funcione y obviamente que yo creo que hay muchos otros dispositivos más, que se podrían implementar o usar y aprovechar para estas personas, es eso, le hecho de poder trabajar junto con APS también que en este caso no se ha hecho” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

Además, los/las profesionales coinciden en la necesidad de volver al patrón inicial en que estaba pensado el Piloto, manteniendo un equipo en APS y otro en COSAM, de modo de generar interacción y favorecer la visibilidad de los/as usuarios/as en la red de salud, objetivo central del Programa.

“Creo que esto de que el piloto haya durado tanto, ha permitido como dar o pensar en algunos cambios que le pudieran hacer estructurarse mejor y creo que también, hemos podido hacer coordinaciones con el equipo psicosocial que es el ejecutor de la ONG, en pro de eso y también estamos en conversaciones con APS, producto de eso y también, obviamente con la dirección de acá y con las personas del Servicio y del MIDESO, en pro de hacer algunas reestructuraciones. Quizás en esta comuna, se implementó el piloto de una manera diferente a otras comunas, en donde se hizo un equipo aparte, como una

especie de unidad aparte que atendía, que iba a encargarse del programa en su totalidad y ese equipo era un psicólogo, un terapeuta y un psiquiatra. No se hizo como estaba planteado en el programa y como se hizo en otras comunas, que era tener dos equipos: uno en APS y una atención secundaria en el COSAM, que trabajaran en el piloto y que en el fondo, la puerta de entrada fuera siempre APS y que ellos evaluaban si existía mayor complejidad y lo derivaban a COSAM. Acá se hizo de forma diferente, lo que a nosotros nos pareció que no era tan incluyente, porque había una unidad externa que funcionaba como una especie de isla y no incluía y hacía que los pacientes no fueran conocidos por APS, no los aceptaba APS, tampoco los aceptaba COSAM, porque nosotros inicialmente, ninguno trabajaba en el COSAM y las atenciones las hacíamos, el primer año sobre todo, las hacíamos principalmente, en calle, en los lugares donde estaban las personas, principalmente en la residencia y esa fue una de las cosas que nos pareció importante poder plantear y todavía nos parece importante poder cambiar” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).

En síntesis, recapitulando la experiencia de implementación del Programa Piloto Salud Mental Calle en el COSAM de la comuna de Santiago, los/las profesionales reconocen al Programa Piloto como un aporte que recoge las particularidades y necesidades de las personas en situación de calle, las que muchas veces debido a sus condiciones de vida y problemáticas quedan invisibilizados para la red de salud. En ese sentido, se estaría dando cumplimiento al objetivo general de acercar a esta población a la red, pero gran parte de esta población estaría quedando sin una respuesta efectiva para las problemáticas de salud mental que presentan. Sería necesario poder pensar en realizar reestructuraciones a la forma en que se ha pensado y se ha implementado el programa en esta comuna, partiendo por establecer relaciones más fluidas con APS, generar mayores recursos o procedimientos que permitan concretar exitosamente la atención a nivel terciario, así como fortalecer el trabajo en redes y a nivel comunitario, todo en la perspectiva de facilitar la mejora de las condiciones de vida de las personas en situación de calle.

“Yo estoy absolutamente de acuerdo y creo que una de las mejores formas de abordar el problema de salud mental es con el modelo de salud mental comunitario, no quiero que se mal entienda de que no tiene también su aporte biológico y farmacológico muchas personas lo entienden así, creo que es un modelo que realmente se puede acercar mucho más a las personas, creo que es el mejor modelo de atención que existe hasta la fecha o que por lo menos se puede acercar mucho mas y se puede responder mucho mejor a los problemas y lo que me da miedo de la cuestión es que muchas veces se quieran implementar como a la chilena que en el fondo es como hagámosla, tirémosla digamos que va a empezar el programa y que lo piensan hacer los profesionales y no llega ni una hora más si no al revés en el fondo es meter más intervenciones en un sistema que está colapsado, que no tienen como poder atender a las personas que ya tenemos, que eso para este programa es una gran debilidad, por ejemplo, cuando nosotros queremos hospitalizar a alguien el programa no dispone de recursos para hospitalizar tampoco dispone de recursos para mandar a alguien a un hospital, tampoco dispone para mandar a alguien a un intensivo de drogas, entonces te dicen ‘hagan esto pero si tienen pacientes muy graves no lo van a poder atender ni tratar’. Este programa no sirve para los más graves porque los más graves no tienen respuesta, en los tres años, te digo, nunca hemos logrado hospitalizar a nadie, los más graves, quedan graves y se pierden y es fatal y cómo hacerlo

así o implementar y pidiéndole a los equipos que hagamos las cosas con los mismos recursos que nos están dando ahora, y si pretenden hacerlo con los recursos que tiene este programa hasta hoy día también va a ser un total fracaso porque hasta hoy día el programa yo creo que porque todos estamos muy motivados a que funcione ha funcionado, pero este programa con las horas, con los recursos que tiene, le falta mucho. (...) Porque si tú quieres tratar a los más graves por ejemplo, si necesitas verlo una vez a la semana, el sistema de salud no te permite hacer eso. En general te permite verlo una vez al mes, por ejemplo, si tú quieres ver a alguien grave y lo mandas a hospitalizar no puedes porque no hay camas generalmente, o hay cama en un mes más, entonces digamos que perdiste a la persona, eso nos ha pasado o si quieres darle intervenciones para droga que son para personas así de graves y requieren planes intensivos donde tiene que estar todos los días por lo menos cuatro a seis horas en el centro, este programa no los incluye y tampoco los incluyen los planes ambulatorios intensivos, este perfil de paciente no encaja en ese programa porque no son pacientes que tengan buena adherencia, no son pacientes que lleguen a abstinencia cero, no son pacientes que tengan red de apoyo, que esos tres requisitos tiene que tener para entrar al programa, que tenga red de apoyo, que tengan abstinencia y que tengan adherencia. Entonces, este programa no lo tiene y para esas personas no existe tratamiento en la red de salud pública o quedan en el aire o tratamientos a medias y nosotros sabemos que estamos dándole tratamientos a medias y tú los ves y sabes que de verdad existen tratamientos de verdad para ellos y aquí no se van a mejorar. La idea sería que en el papel el programa original es súper bueno y el programa inserto con la mayor continuidad de recursos de profesionales, de estos tres profesionales en APS y también en atención secundaria, yo creo que le falta al programa en el papel es a nivel terciario, se necesitaría que disponga de recursos de hospitalización, por ejemplo hospitales de día, de ambulatorios intensivos, de centros diurnos para drogas y de corto estadía y mediana estadía, es que es el nivel terciario es donde se queda, eso le falta al programa en el papel” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Santiago).



3.2.2 Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú

i. Trabajo de Campo

En el siguiente cuadro se detallan las técnicas implementadas en el marco del proceso de producción de información en esta experiencia de implementación del Programa Piloto:

Tabla Nº 2: Técnicas de Producción de Información Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú

TÉCNICA	ACTOR	Nº de Aplicaciones	Observaciones
Entrevistas Semiestructuradas	Profesionales con mayor tiempo de ejecución en el Programa Piloto en Salud Mental en cada uno de los centros de salud implicados	3	Además de realizar la entrevista con el profesional con mayor antigüedad del equipo, también se entrevistaron dos profesionales que actualmente no forman parte del equipo, pero que trabajaron en el Programa durante sus primeros años de implementación.
	Coordinadores del Programa Abriendo Caminos y Programa Calle vinculados al Programa Piloto en Salud Mental	1	
	Usuarios del Programa Piloto en Salud Mental vinculados al programa Abriendo Caminos y al Programa Calle	1	
Grupos Triangulares	Equipos ejecutores del Programa Piloto en Salud Mental de los centros de salud implicados	1	

ii. Objetivos, Población Usuaria y Características del Equipo

El objetivo principal que se plantea en el discurso de los profesionales pertenecientes al equipo dice relación con facilitar el acceso a la red de salud de los usuarios, específicamente a las prestaciones en atención a salud mental.

“La idea del programa es poder apoyar a la población que se considera vulnerable a tener mayores oportunidades, con mayor acceso a salud, era disminuir la brecha que existe actualmente entre la oferta y la demanda en salud mental y ese es el objetivo del piloto” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

El equipo del piloto de este Centro de Salud ha mantenido históricamente una alta rotación de profesionales, contando en la actualidad con cuatro integrantes: una terapeuta ocupacional, una psicóloga, una educadora diferencial y un trabajador social.

La psicóloga y la terapeuta, que es además la actual coordinadora del equipo, cuentan con 44 horas en el piloto, de lunes a viernes. El trabajador social cuenta con 33 horas de trabajo de martes a viernes y la educadora diferencial con 22 horas de martes a jueves. Los cuatro además están bajo la modalidad de contrato a honorarios.

Es importante señalar que, si bien la educadora diferencial inicialmente no estaba considerada desde las bases del Programa, ella se incorporó al equipo a partir de una necesidad que percibieron los otros integrantes en el transcurso de la intervención.

“No, hasta octubre del año pasado solo existía los roles como psicólogo, trabajador social y terapia ocupacional éramos 3 en el equipo, pero nosotros el año pasado enviamos una solicitud y decíamos que requeríamos un profesional de la educación porque teníamos muchos niños con muchos problemas escolares, deserción escolar, se veía en muchos usuarios, y a pesar que con Danitza (psicóloga) lo trabajamos, no era nuestra área de expertiz, no es como lo haría alguien de educación y solicitamos un psicopedagogo y educador diferencial y la fundamentación con datos del piloto y al final nos aceptaron la solicitud y llegó en octubre más o menos la Teresa que es la educadora” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

Por otro lado, en general se trata de un equipo de profesionales que han logrado generar una buena integración entre ellos, específicamente en el último año, manteniendo una vinculación constante y directa, además de reuniones semanales de análisis de casos y revisión de estrategias de intervención.

“Si, cada uno trabaja en su propia área y además hacemos trabajos en dupla, porque nos toca asumir como trabajos del trabajador social y hay cosas que Danitza (*psicóloga*) y yo hacemos, pero por ejemplo, cosas de mucha especialidad las hace cada uno porque ahí no hay como poder suplir, porque es especialidad de cada uno, pero los elementos que son como transversales dentro del equipo los asumimos todos, o sea en las gestiones de repente gran parte las hago yo, pero los chiquillos hacen gestiones en los colegios y visitas a colegios, van a la COEDUC si es necesario y al Ministerio si es necesario, no es un trabajo exclusivo del trabajador social por ejemplo, en esa área más transversal todos participamos de acuerdo a nuestros horarios, previo acuerdo con el equipo. Hacemos reuniones semanales donde evaluamos los casos más complejos con lo que más nos ha costado avanzar en un nivel de vulneración alto o que de repente cambien las condiciones porque a veces cambian de un mes a otro, el niño vivía en esta casa y ahora se cambio a otra, o sea, cambian muy rápido las condiciones de las familias, de algunas. Y nos vamos poniendo de acuerdo, quien hace tal cosa, quien hace visitas, normalmente trabajamos en duplas en terreno, acá en el CESFAM individual y cuando vamos a visitas domiciliarias a gestiones o reuniones en dupla” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

Respecto a las características de los usuarios/as, estos son principalmente niños/as y jóvenes que presentan alguna/a problemática/s asociada/s a su salud mental y con necesidades y/o dificultades asociadas a su desempeño escolar, problemas de integración y/o aprendizaje en la escuela.

### **iii. Trabajo Intra e Intersectorial en el marco del Programa Piloto**

En relación al trabajo en redes y la vinculación con instituciones del sector salud (intrasectorial) y aquellas que implican a organizaciones de sectores diferentes (intersectorial) realizado en el marco de la ejecución del Programa Piloto, los profesionales señalan que la vinculación que existe con el Servicio de Salud Metropolitano Central se genera a partir del contacto con los referentes técnicos en reuniones de análisis de casos y monitoreo de intervención o la comunicación a través de teléfono o correo electrónico ante algún imprevisto o necesidad emergente.

“Con el Servicio de Salud no tenemos relación directamente, es a través del funcionamiento del CESFAM o de nuestros referentes técnicos que nos dan seguimiento mensual a las intervenciones, como van los planes con los usuarios, cómo va la relación con EN MARCHA (*ONG ejecutora Abriendo Caminos*) y cómo vamos nosotros como profesionales para optimizar el trabajo” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

“Hacemos una reunión mensual, con los referentes del servicio, de la DAP, de atención primaria y del Ministerio de Desarrollo Social. Nos hacen asesoría técnica, también en cuanto a las intervenciones, las orientaciones del programa, con algunos casos, administrativas...” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

“Nos hacen la solicitud de documentos, sean los informes de avance, las justificaciones no sé... para la solicitud de educadora diferencial también pasa por mano de nuestros referentes técnicos, la programación del año, todos los documentos llegan por las referentes técnicas...” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

“Es una supervisión técnica mensual que tenemos con los referentes del Servicio de Salud y del Ministerio, sobre el funcionamiento del piloto” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

Respecto a la vinculación entre el equipo del Programa Piloto y el equipo profesional ejecutor del Programa Abriendo Caminos en el Territorio, es relevante señalar que ésta ha transitado por altos y bajos en los años de implementación del Piloto, principalmente en razón de que no han existido mayores delimitaciones de las funciones e instalación de instancias de

coordinación o trabajo en conjunto de forma sistemática. Es decir, desde la ONG se asume que se trata de un trabajo interconectado y que por tanto, debiese generar mayor diálogo y comunicación entre los equipos, pero en la práctica esto se ha visto dificultado dado que los diferentes profesionales que han transitado por el equipo del Programa Piloto desde el 2011 han tendido a instalarse como un núcleo más bien cerrado, no sólo a la ONG En Marcha, si no a los mismos profesionales del CESFAM.

Esta dificultad en la vinculación y coordinación pareciera tener relación con la falta de definiciones concretas y claras, específicamente en relación a las acciones y funciones de los profesionales integrantes del equipo del Programa Piloto. En este contexto, los profesionales del Programa Abriendo Caminos han visto con desencanto que una vez derivados los casos, se ven marginados del proceso de intervención que realiza el equipo del Programa Piloto, lo cual en algunas ocasiones ha incidido de forma negativa en la relación establecida con las familias, y que en definitiva, ha ido mermando el trabajo conjunto y reduciendo las expectativas que se tenían inicialmente de la intervención implementada desde el Programa.

“Eso fue súper evidente al principio, como que hubo muchas crisis y el problema es que el piloto no se instaló, yo creo, como entregándonos a nosotros tanta información, entonces nosotros decíamos, pero si el piloto de abriendo caminos, trabaja con nosotros, porque es como un dispositivo, que se instala, que nace...está el Abriendo Caminos, que somos nosotros, trabajamos tema de apoyo psicosocial, y está el piloto de salud mental Abriendo Caminos, entonces nosotros derivamos los casos, ellos los atienden y tiene que haber sinergia acá, tenemos que conversar los casos, hacer planes de intervención, pero nosotros derivamos... pero esta coordinación como que nunca fue tan clara, desde el principio. No sólo por la rotación sino que, porque nunca fue tan claro cuál era nuestra relación con este, desde los ministerios, por ejemplo. Cuál era el acuerdo que habían hecho. Qué implicaba la relación entre nosotros. Nos ha pasado, por ejemplo, en las últimas reuniones, que tal vez, ahora hemos tenido más claridad desde que efectivamente el Abriendo Caminos, entra como un piloto, pero que tiene su vida propia, independiente como de lo que es el programa Abriendo Caminos, entonces esa relación no era tan clara. Ellos tenían reuniones de ATE y nosotros no participábamos, no nos enterábamos de que estaba pasando con los casos, cómo iban a trabajar (....) Yo creo, que ninguno de los dos lados entendía también cual era la relación del uno con el otro. Lo extraño era que nos llamábamos igual y trabajábamos con la misma gente, entonces nos pasa que vamos a reuniones de redes y decimos: “somos el Abriendo Caminos” y ellos: “Bueno, nosotros también”. Y es como... oh son lo mismo. Y hay que explicar que no, tenemos el mismo nombre, pero no somos lo mismo. Trabajamos desde espacios distintos, somos equipos distintos. De hecho ellos ahora están ingresando familias que no están en el programa abriendo caminos, tienen las mismas condiciones, pero no tienen acompañamiento del programa Abriendo Caminos, entonces ahí uno dice: “Bueno está más disociado” (Coordinadora Programa Abriendo Caminos vinculado al Programa Piloto implementado desde el CESFAM ANA María Juricic Maipú).

En concreto, los equipos de ambos programas se reúnen una vez al mes para analizar casos y utilizan también la comunicación telefónica o a través de correo electrónico. Sin embargo, una vez que se da la derivación desde el Programa Abriendo Caminos hacia el Programa Piloto pareciera no existir mayor retroalimentación entre los equipos.

“Entre medio en los procesos de intervención hay reuniones con la ONG para como transferir la información lo que se va a implementar, con la nueva población es que nosotros vamos hacer una entrega escrita de esta información porque actualmente era solo una entrega de palabras casi un informe multidisciplinario a la ONG al terminar el periodo de evaluación, entonces con la evaluación la entrega será escrita a la ONG y a las familias porque como se hacía de palabras hemos tenido muchas dificultades. Hay cosas que no podemos entregar que son los diagnósticos o sea nosotros vamos hacer una evaluación pero los diagnósticos no los entregamos eso es por la ley de derecho y deberes del usuario” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

En ese sentido, la falta de claridad en el trabajo interconectado y las funciones de cada Programa ha dado lugar a un desencuentro entre ambos equipos, que se traduce específicamente en la disminución de casos derivados desde la ONG al equipo del piloto.

“Nos reunimos una vez al mes que son las reuniones de estudio de casos donde cada equipo va informando cual es el avance de los casos que tenemos en común y que es lo que se está trabajando en la actualidad y tomamos acuerdos sobre qué cosas va hacer la ONG sobre ciertas áreas y que vamos hacer nosotros, cuando se topan un poco las intervenciones por ejemplo temas escolares de repente se cruzan y nos dividimos o en temas de conflictos de comportamiento emocionales también lo dividimos. Tenemos esas reuniones mensuales, hemos tenido reuniones con nuestros referentes técnicos, dos al menos para clarificar la complementariedad de los programas que se perdió un poco a lo largo del tiempo y nos desvinculamos un poco lo cual nos explica que sucedió porque hubo por lo menos dos años, 2013 principio del 2014 en que no hubieron derivaciones de EN MARCHA para acá” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

“Nosotros les decíamos que nos sentíamos utilizados por el Piloto, porque nosotros sentíamos que teníamos que tener coordinación en la intervención, porque nosotros veíamos que estábamos acá y ellos nacían como apoyo especializado a la demanda que generábamos desde el mismo programa, y nosotros veíamos que nos decían: “no, dennos la información de los casos, cuáles son, derívelos, complete la información”. Íbamos a reunión les presentábamos los casos y después, chao. No teníamos reuniones de coordinación, no sabíamos qué pasaba con las familias, nosotros les pedíamos la agenda y no nos daban agenda, no nos daban información de ningún tipo: “no, porque es secreto, no podemos mostrar en qué vamos con el plan de intervención, porque corresponde al secreto profesional” y era: “Ya si tampoco queremos el detalle, queremos saber lo que están trabajando...”. Eso fue al principio. Muchas veces les dijimos que nos sentíamos muy utilizados por el Piloto... quieren entrar a las casas, pero nosotros tenemos el contacto, los metemos a las casas de las familias, pero después no nos dicen nada de qué están haciendo con ellas, era como que no se entendía. Esta relación así, se arrastra, de que nunca hubo una formalización en la relación, de cuáles eran los protocolos de trabajo, cuál

era la información que se compartía, cuál era la forma de trabajar articuladamente entre estas dos instituciones. Claro, nos sentíamos que nos utilizaban para ingresar a las familias, porque les derivábamos casos, pero después cuando pedíamos cuántos, qué estás haciendo, era como nada. Yo creo que hoy cambia, cuando nos damos cuenta, que efectivamente, nuestra relación no es necesariamente articulada, que ellos son un ente que depende del Ministerio de Salud, que tiene su lógica de trabajo desde la atención de salud primaria y que no hay dependencia entre el programa y el piloto” (Coordinadora Programa Abriendo Caminos vinculado al Programa Piloto implementado desde el CESFAM ANA María Juricic Maipú).

Tal como se ha señalado, en los primeros años de implementación del Piloto, el equipo profesional tendió a mantenerse como un núcleo cerrado, no sólo al equipo del Programa Abriendo Caminos sino además al funcionamiento interno del Centro de Salud Familiar. Esto, sumado a la alta rotación de directores del Centro de Salud y de los profesionales integrantes del Piloto, ha generado una serie de dificultades en la visibilidad y validación del Programa dentro del CESFAM Ana María Juricic. Sin embargo, esta situación tendería a modificarse en el último año, con la llegada de los nuevos profesionales al equipo y con el cambio de jefatura dentro del Centro de Salud.

En este contexto, el equipo actual se propone un trabajo exhaustivo de difusión del Piloto dentro de la comunidad y la red de salud local, generando una nueva apertura a participar e integrarse dentro de las dinámicas del CESFAM y así, facilitando la comunicación y el desarrollo de un trabajo verdaderamente colaborativo.

“Antes del equipo que está actualmente era más o menos tensa la relación con algunos sectores, con dirección era bien complicado, porque ha habido muchas rotación de dirección, en dos años hemos tenido tres directores distintos, entonces hay que volver a explicar a cada dirección como es el piloto, como funciona, porque al final el CESFAM no ha logrado visualizar que era lo que hacía el piloto estaba todavía muy apartado del funcionamiento del CESFAM. En marzo desde que llegamos con Danitza y el trabajo con Franco tuvimos que hacer varias presentaciones de cómo estaba funcionando el Piloto, que era lo que abordábamos para presentarle a los sectores. Acá en el CESFAM hay tres sectores que es como se divide a la población territorialmente, entonces se lo presentamos a cada uno de los sectores y también a las direcciones, porque hemos tenido que presentárselo a distintas direcciones que van asumiendo los cargos y actualmente el trabajo esta mucho mas coordinado, o sea ahora nosotros podemos hacer gestiones con los profesionales del CESFAM, conseguirnos algunas horas médicas para los chiquillos, solicitar apoyo a otros psicólogos, por ejemplo con el tema de los papas, pedir alguna hora de trabajador social si es que nosotros no podemos abordar las temáticas, por ejemplo si pesquizamos alguna dificultad en algún familiar que está demasiado alejado del núcleo nosotros no podemos abordarlo porque no está directamente relacionado con el usuario entonces igual apoyamos a que alguien del CESFAM lo atienda o a veces llegan a consultar cosas acá y nosotros lo derivamos al CESFAM y actualmente el CESFAM también nos está derivando gente, entonces para esa derivación hay un conocimiento mucho mas acabado de lo que hacemos porque si no... no podrían llegarnos los casos, o sea saben las características de nuestros usuarios y cuáles son las metodologías que utilizamos para

trabajar con ellos” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

“No sé, yo creo que se sentían algo aparte del sector del CESFAM, costo integrarlo (...) Yo creo que los chicos se cerraron un poco” (Profesional que trabajó en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú durante sus primeros años de ejecución).

A partir de este proceso de revinculación que ha desarrollado el equipo actual en el Centro de Salud, se ha podido fortalecer el trabajo en conjunto, a tal punto de implementar algunas acciones concretas de coordinación y cooperación, como es la derivación de casos y la participación de usuarios del CESFAM en talleres del Programa Piloto.

“O sea, yo no tengo muy claro si antes en el piloto se hacía esto, me parece que era más hermético, o sea, las cosas del piloto son del piloto y los elementos del piloto son solo del piloto y los profesionales trabajaban para el CESFAM pero en otras horas, o sea, no se compartían como estos elementos de que los talleres pudieran estar más chicos del CESFAM. Eso ahora es así po’, como por necesidades de ambos lados, es una instancia importante para el CESFAM y también para nosotros es una oportunidad porque es la institución donde estamos situados y es súper necesario hacerlo” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

“Algunas (*gestiones*) son de persona a persona y otras son más regulares, o sea lo que pasa es que siempre cuando uno quiere algo por ejemplo una hora a medico más urgente nosotros le solicitamos a los usuarios que vengan a pedir la hora pero como está actualmente el sistema tiene que ir muy temprano a las seis de la mañana a pedir una hora y hay algunos que no pueden porque viven muy lejos y en realidad tiene situación de salud compleja y en esos casos personalmente me tengo que hacer cargo como coordinadora del Piloto a la jefa del sector y ella nos facilita la hora y eso lo puede hacer cualquier persona del CESFAM no solo nosotros o sea nos dirigimos a la jefa del sector cuando necesitamos apoyo específico entonces eso igual es el protocolo se pide hablar con la jefa de sector para hablar y agilizar las horas y hay una jefa por cada sector” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

#### iv. Aspectos vinculados a la implementación del Programa Piloto

En relación al proceso de incorporación de usuarios/as al Programa Piloto, cabe destacar que la gran mayoría estos ingresan a través del Programa Abriendo Caminos de la comuna de Maipú implementado por la ONG En Marcha. De esta manera, los casos son derivados desde el Programa Abriendo Caminos a partir de la detección por parte de los profesionales de algunas problemáticas de salud mental (depresión, vulneración de derechos, etc.) o necesidades de tipo cognitivo en los niños/as y jóvenes participantes. Antiguamente, durante el primer año de implementación del Piloto, se aplicaba un instrumento para detectar estos casos, pero posteriormente esta detección ha quedado en manos del criterio de los profesionales del Programa Abriendo Caminos.

Cabe destacar que actualmente, el Piloto también recibe derivaciones de otras entidades y existe una demanda espontánea que se ha ido instalando desde el mismo CESFAM, COSAM o CAM (Centro de Atención Municipal). En estos casos, los/las usuarios/as no pertenecen al Programa Abriendo Caminos.

“Lo que pasa es que a veces las familias demandan como, “necesito que ayude a mi hija porque está yéndole mal en el colegio, porque tiene déficit atencional o tiene hiperactividad, la van a expulsar” o “mi hija está muy deprimida por una cosa puntual...” entonces las familias demandan también y los profesionales van, de acuerdo al contacto de los tutores, o del contacto con los niños, van determinando que hay ciertos niños que pueden necesitar apoyo en salud mental. Entonces de ahí, derivamos. Antes aplicábamos un instrumento, que era un *screening* que nos habían pasado, pero se aplicó en una oportunidad porque nos pidió el ministerio. Otra segunda nosotros lo aplicamos por si el piloto volvía y volvió, entonces ahí derivamos los casos y después ya nunca más lo hicimos porque nunca más nos pidieron y ni era considerado dentro del proceso de derivación. Entonces eso quedó así, y quedó nada más la intuición diagnóstica de los profesionales y las familias” (Coordinadora Programa Abriendo Caminos vinculado al Programa Piloto implementado desde el CESFAM ANA María Juricic Maipú).

“Últimamente nos han llegado derivaciones de afuera del CESFAM porque el año pasado el piloto tomo el trabajo con las redes, entonces fuimos a cada lugar a presentarnos de nuevo, nuestros primeros cuatro meses fuimos a las instituciones, nos presentamos y dejamos nuestro correo institucional y este año nos han llegado derivaciones de dos partes fuera del CESFAM, de la red que no es de EN MARCHA (ONG ejecutora), nos mandaron uno de CAM de la municipalidad que es el centro de atención municipal y de COSAM querían hacer una contra derivación, entonces se les explico que tenía que ser con un trabajador social y están en proceso de enviarnos los usuarios” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).



Se puede señalar que las causales de ingreso en general tienden a ser coherentes al objetivo general del Piloto en el sentido de que se pesquisa desde los profesionales de las diferentes instituciones cierta/s problemática/s asociada/s a la salud mental de los jóvenes y niño/as, y se realiza el proceso de derivación con el objeto de facilitarles el acceso a la red de salud y prestaciones de atención en salud mental. Eso en términos generales, pues junto a estas problemáticas de salud mental coexisten en los/as usuarios/as una serie de necesidades y problemáticas asociadas al desempeño escolar y problemas de integración y/o aprendizaje en la escuela.

Respecto al proceso de diagnóstico, generalmente este tiene una primera fase que consiste en la visita al domicilio del niño/a o joven en donde se genera la invitación a participar del Programa Piloto. Una vez que esta invitación se lleva a cabo, el proceso diagnóstico continúa con una evaluación que realiza cada profesional del Programa Piloto desde su área de especialidad, a partir del cual se desarrolla la estrategia de intervención en función de las problemáticas y necesidades detectadas.

“Cuando un caso ingresa es... todos los profesionales, evaluamos según nuestra área y la intervención es focalizada a la problemática, a la mayor problemática principal que se ve en chico, si necesita intervención con los cuatro, los cuatro seguimos con el niño” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

“Pero por ejemplo, cuando se realiza una evaluación pedagógica y se detecta que en realidad el chico o la chica no tiene alguna dificultad de aprendizaje y que su... en caso de que existiera un mal rendimiento académico, más bien tiene que ver con situaciones emocionales o problemas conductuales, evidentemente, el caso pasa a las manos principalmente de la psicóloga, que es diferente cuando si se detectan dificultades de aprendizaje y ahí el caso también debo tomarlo yo, hay casos que debe tomarlo la terapeuta ocupacional porque hay aspectos que tienen su origen en no sé, por decir algo, en organizaciones espaciales, ahí nada mejor que una terapeuta” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

Una vez realizado el diagnóstico inicial, se especifica qué profesionales realizarán las acciones con el niño/a o joven. De este modo, el foco de las intervenciones desarrolladas desde el Programa Piloto consiste en el desarrollo de un trabajo de consejería con familias, vinculación con las escuelas, trabajo individual en box en el CESFAM y actividades de promoción como talleres de reciclaje y de fútbol, que si bien en un comienzo fueron estrategias para fortalecer el nivel de adhesión al Piloto, en razón de sus buenos resultados se han tendido a mantener a lo largo del tiempo, ampliándose además su convocatoria a otros usuarios del CESFAM.

“Se deriva un usuario ya sea desde la ONG o del CESFAM y se realiza una visita domiciliar compartida con un profesional del CESFAM o de ONG, se presenta la familia y se presenta la posibilidad de ingresar al piloto y se acuerda con la misma familia una hora de ingreso, o sea si la familia también está de acuerdo, con la ONG las familias ya están más interiorizada del programa están más abiertas a recibirte con el CESFAM, las familias se nos han asustado, pero después igual han aceptado comprendiendo el trabajo que se

lleva a cabo han aceptado. Vienen a la hora de atención y ese día se hace el ingreso y la firma del consentimiento el niño y el adulto que se va a ingresar y se completan algunos datos de las cartolas de familia que es lo que se exige del CESFAM cuando se trabaja con una familia que son datos generales y después de eso se empieza a entregar las horas a profesionales para la evaluación, hay un periodo de diagnóstico y después de ese periodo se genera las líneas de trabajo y después de inicia la intervención. (...) Se implementa el plan de intervención que consiste en intervención individual, intervención familiar, actividades grupales de promoción y prevención y trabajo en conjunto con la ONG en el caso que corresponda su población, hacemos gestiones con los colegios o sea trabajo de redes, depende de las familias en el periodo de la intervención nosotros calculamos que son de ocho meses hacia arriba dependiendo de problemas que se visualicen y si tiene o no acompañamiento psicosocial porque si no tiene acompañamiento psicosocial nosotros tenemos que hacernos cargo de esa parte que la ONG hace súper bien porque tienen un programa para eso, ir semanalmente a visitarlos apoyarlo con gestiones que de repente se escapan de nuestras manos porque nosotros no tenemos acceso a temas de viviendas, pensiones todas esas cosas igual escapan de nuestras manos porque ellos tienen convenio específico con esos lugares y nosotros no tenemos convenio con ellos, entre nosotros podemos apoyar mucho mas el área de la salud. Después se hacen las reevaluaciones para el egreso cuando se visualiza que una familia ya ha superado estas problemáticas se puede hacer el egreso del piloto. Nosotras en el periodo que hemos estado que somos las que llevamos más tiempo, personas con este proceso completo no hemos tenido, hemos tenido que dar los egresos de casos anteriores que llegamos al final de la y el inicio de la intervención o sea tenemos a personas con evaluación y con tratamiento” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

Es relevante señalar que el trabajo terapéutico propiamente tal, es decir, la atención semanal continua con el profesional de salud mental, se ha visto dificultado en razón de la misma adherencia de los/las usuarios/as, por lo cual el equipo ha privilegiado el acompañamiento y el trabajo más directo en los talleres y en el desarrollo de hábitos de estudio. Esto, a juicio de los mismos profesionales, tendría relación con que el tema de la salud mental aún es invisibilizado dentro de la población y no se ha podido instalar aún como una necesidad desde los/as usuarios/as.

“Los campos de acción de cada uno, eso es lo único que nosotros vemos... porque por ejemplo, nosotros lo que requerimos del piloto de salud mental es atención en salud mental, o sea, terapia psicológica para los niños y lo que ha pasado con el piloto de salud mental, es que no está haciendo eso, está... tienen no sé, una psicopedagoga, por ejemplo, ya hoy día nosotros no tenemos a nadie de esa área en el programa, pero por ejemplo en el año 2012 y 2013, trabajó una profesora haciendo apoyo pedagógico en las casas con los niños, tenemos resultados de cómo les fue, cómo mejoraron las notas, la asistencia. Entonces es un tema que nosotros trabajamos, pero ahora lo estaba tomando el piloto de salud mental. Entonces nosotros: “Bueno ¿Quién ve el tema de apoyo pedagógico a los niños? Claro igual nosotros no tenemos psicopedagoga, perfecto. Pero por ejemplo, ellos hacen talleres de fútbol, nosotros también hacemos talleres comunitarios y van los mismos niños. Entonces de repente nos pasó que vimos que ese es el problema, que nosotros sí demandamos atención en salud mental, porque es evidente, te digo, hay niños

que sobre todo en las crisis, cuando vuelven los privados de libertad y cambian las dinámicas familiares a nosotros nos ha pasado, que llega un privado de libertad a la casa y echa a la mamá de la casa y se queda con los niños en la casa él, eso obviamente, genera crisis en los niños. Y ahí nosotros decimos: “Bueno, ahí necesitamos atención en salud mental, trabajar el tema de separación”. Tenemos un importante número de niños, que sus padres están privados de libertad, pero nunca conocieron a su mamás tampoco y se criaron con la abuela, se van de casa en casa, como viven en la casa de la abuela materna, después pa la paterna, después se van a la casa de la tía. Entonces estos niños tienen un nivel de daño, que nosotros no podemos atender. Porque el Abriendo Caminos no es un programa especializado, hay que trabajar en lo social, hay psicólogos, pero trabajamos desde el acompañamiento psicosocial que no es terapia, que no es reparación. Nosotros no trabajamos reparación. Entonces necesitamos eso, lo demandamos y eso pensamos que era el piloto en salud mental, pero en el fondo nunca he logrado dar respuesta a eso o al menos a lo que nosotros visualizamos de la relación” (Coordinadora Programa Abriendo Caminos vinculado al Programa Piloto implementado desde el CESFAM Ana María Juricic Maipú).

Respecto a los procesos de derivación, estos consisten básicamente en facilitar el acceso a horas de atención dentro de la red de salud, específicamente dentro de CESFAM, gestionando desde el Programa Piloto horas de atención para los/as niños/as y jóvenes.

“La gente que nosotros atendíamos tiene ciertas características de baja adherencia, poca participación en general en la comunidad, por lo tanto un programa que tenía como objeto de salud mental y en general la gente no visualiza mucho de la salud mental por lo tanto había que entregarle una oferta más concreta, más tangible, por lo mismo utilizamos la estrategia de ligarnos con ciertos profesionales, a ciertas necesidades que la población que atendíamos acusaba. Por ejemplo atención dental, atención con médico y nutricionista, esas horas entre comillas nosotros podíamos gestionar y agilizar ese tipo de hora” (Profesional que trabajó en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú durante sus primeros años de ejecución).

No obstante, si bien no se realizan procesos de derivación propiamente tales a las redes comunitarias o de salud presentes en la comuna, si es posible compartir y buscar en ellas asesoramiento respecto al abordaje de los casos de mayor complejidad.

“No, nosotros hemos enviado a gente al CAM, como a esas instancias, pero no, no es que tengamos la posibilidad de derivar chiquillos, casi siempre nos llegan o nosotros nos tenemos que poner en contacto con instituciones que estén trabajando con ellos, porque la mayoría de las instituciones de acá es por vía judicial que ingresan los chicos, había una institución que podríamos que era TRAMPOLIN que es programa de participación comunitaria, pero lo cerraron, ya no hay más participación comunitaria en Chile, lo cerraron a nivel nacional, entonces ya no se puede. Tenemos hartos contactos por ejemplo nosotros participamos de varias redes, la red de infantojuvenil donde están todos los programas que trabajan con infancia y juventud, entonces ahí igual hablamos de los casos, si tenemos casos compartidos nos referimos a información, pero no es que nosotros podamos llegar y derivarlos porque ingresan por vía judicial, participamos en las redes SENAME SALUD, donde se reúnen programas del SENAME junto con algunos CESFAM y a veces COSAM y ahí también y se comparte información, se habla de casos, a veces los

mismos profesionales te apoyan con experiencias que ellos hayan tenido antes y también estamos en la mesa técnica de discapacidad que es el que trabaja con discapacidades en la comuna y la red de alcohol y droga y de esas instancias nos hemos tomado para ampliar el trabajo de los casos. Derivación a una red no hemos hecho ninguna” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

En relación al egreso o alta de usuarios/as desde el Programa Piloto, el equipo no ha realizado egresos aún de los casos ingresados, sin embargo, sí han realizado cierres de procesos con los casos previamente incorporados por el anterior equipo profesional. Los criterios para egresar a un usuario básicamente tienen relación por un lado con cumplir los objetivos del plan de intervención, y por otro, que no se manifiesten problemáticas de salud mental o problemas de aprendizaje. La otra gran causante de egreso considerada por el equipo del Piloto es el rechazo, la pérdida o la falta de adhesión del usuario/a.

“Dentro de nuestras bases técnicas no existe el egreso así que tuvimos que plantearlo nosotros es como si ellos estuvieran eternamente en el piloto, eso es lo que pensamos con la Danitza cuando llegamos por eso pasamos mucho tiempo intentamos rescatar a los chiquillos y todo, hasta que alguien llegó con la película más clara, nuestro referente técnico y nos dijo ‘hay que egresarlos y darlos de alta’, porque en realidad no le encontrábamos sentido tenerlos por siempre en el piloto y congestionar con las derivaciones de la ONG, pero eso se pensaba desde un principio, esa es la información que se manejaba en el CESFAM y la que nos entregaron a mí y a Danitza. Ahora cuando supimos que no era necesario empezamos a ver todos los casos, dimos egresos y los criterios de egresos son el egreso por alta que es cuando se cumple el objetivo terapéutico, que no se visualicen problemáticas de salud mental ni problemáticas en el área educacional, familiar ni personal. El egreso por abandono que es imposible rescatar a las familias por ejemplo hay unas familias que íbamos a las casas y estaban adentro y no nos abrían la puerta y no nos pudimos contactar, dejamos documentos para que pudieran contactarse, dejamos nuestros teléfonos, fuimos por lo menos a tres visitas, estuvimos por lo menos seis meses tratando de rescatarla y no hay caso. La otra forma de egreso es el rechazo, que las familias nos digan ‘no quiero continuar con el piloto’, pero en el rechazo no tiene que existir vulnerabilidad de derechos de los niños. Eso suelen ser familias de coberturas anteriores 2012 o 2013 y para el 2014 con nuevos profesionales, que cambia todo el equipo, están cansados igual, es como empezar de nuevo, todo otra vez porque por ejemplo los chicos han tenido cuatro o cinco psicólogos en tres años y es mucho, entonces esa área es la que se vio más afectada, dos terapeutas ocupacionales es Evelyn y yo, cuatro trabajadores sociales o cinco, entonces la rotación es alta y esas cosas igual desgastan a los usuarios. Esas son las medidas de egresos” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

## v. Valoración y aprendizajes en torno al Programa Piloto

Es posible señalar que las acciones desarrolladas por los profesionales en el marco del Programa Piloto son bien recibidas y valoradas, principalmente las referidas al trabajo con la educadora diferencial y los talleres.

“Con la tía Danitza (*psicóloga*) antes, pasaba más tiempo. Primero empecé con ella, a hacer guías o sea, cosas así, después con la tía Teresa (*educadora*) y ahora estoy con la tía Natalia (*terapeuta ocupacional*) en un taller de estampado. Vengo casi todos los días, porque el estampado, la tía Natalia, me ofreció cuando queramos venir. Y yo le digo: “vengo todos los días”, menos los martes porque me toca con la tía Teresa. Y me hace cosas de lo que me cuesta, ahora me está costando las divisiones no más” (Usuario/a Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

Respecto a los obstaculizadores identificados para la implementación óptima del Programa Piloto, estos tienen relación con la escasa difusión del Programa y con los problemas de definición de tareas, funciones y organización del trabajo interinstitucional entre el Piloto, el Programa Abriendo Caminos y el CESFAM.

“La falta de estos elementos escritos es súper importante que no esté protocolizado, o sea, claramente es un piloto, se está generando, pero eso es necesario tenerlo claramente definido para conducir un programa, los tiempos bien definidos, los egresos y altas bien definidas de parte de las bases, cuando van a ser las derivaciones, cuanto es el tiempo que es lo propuesto para ciertos tipos de patologías, eso es importante que igual que nos pedían la ONG En Marcha que no existía, que nosotros vamos generando con la experiencia, pero no está escrito. Muchas cosas de nuestros lineamientos no abordan esos elementos que son importantes especialmente cuando trabajas con otras instituciones” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

“Algo importante es el trabajo con la institución, que se presente claramente el programa en la institución donde llegue a implementarse, que se pueda hacer una inducción a nivel no solo de dirección si no de la gente que trabaja en el campo, porque ellos son los que pesquisan dificultades, por ejemplo, nosotros hemos tenido enfermeras que nos vienen a dar información de nuestros usuarios cuando ya los vieron, psicólogos también, ‘vi a la abuela de uno de tus chicos que le paso esto y esto otro’, entonces, que haya mayor conocimiento del programa dentro de la institución. Que el programa también conozca la forma de trabajar de nuestra institución, los lineamientos, cuál es su marco conceptual, cuál es su enfoque, que eso es súper importante. Acá trabajan desde el modelo de salud familiar, entonces hay que saber qué es el modelo de salud familiar, qué implica, cuáles son las estrategias, porque tú igual te mueves dentro de esa estrategia y apoyas con números a tu institución también, que es algo que le importa a ellos igual. Poder generar lazos formales entre el programa y otras redes de la comuna, o sea, que no solo sea que me presente si no que formalizar más el trabajo en conjunto con las redes” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

Otro obstaculizador, se relaciona con la alta rotación de los profesionales del Programa Piloto y de los profesionales de las instituciones que se relacionan con éste, como es la ONG ejecutora, las direcciones del CESFAM, los referentes técnicos del SSMC y de los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social. Así también, desde los profesionales del Programa Piloto se reconoce como un obstaculizador las transformaciones que el mismo Piloto ha ido sufriendo a lo largo de los años de implementación y que han obligado reiteradamente a redefiniciones y reestructuraciones internas y con las otras instituciones.

“La rotación de dirección, o sea nuestra directora igual está reemplazando a una directora que se fue por pre-postnatal, entonces no es la directora del CESFAM y no sé qué va a pasar con eso. Los cambios a nivel de servicio, todos los cambios a nivel gerencial traen consigo revueltas en la institución que afectan al piloto que estamos cada vez integrándonos al trabajo del CESFAM y al modelo también. Los cambios de profesional, la rotación de profesionales en el CESFAM, los cambios de jefas de sector, que al fin y al cabo igual tiene que ver con la voluntades de las personas que nosotros podamos conseguir, o sea, no está asegurado que los chicos del programa tengas preferenciales porque pasaría a llevar los derechos de toda la población a la salud, entonces tiene que ver netamente con temas de las personas que están en ciertos cargos (...) Sí, estos cambios también nos trajeron problemas con la ONG, es más, se dificultaban las relaciones, como el que las personas que diseñaron el piloto se hayan salido y hayan ingresado otras personas y hubiera también esta rotación porque nuestros referentes técnicos que son las que nos hacen estas supervisiones mensuales y nos explican más o menos como se generó la idea y todo, ellos también son relativamente nuevos dentro de sus cargos, entonces lo que había antes se perdió, no quedo mucho registro. Todos estos cambios, el que se nos entregue una información y después al otro mes se cambie la información, eso nos pasó a principio del año pasado, mucha información nueva, distinta, desde CESFAM, desde los referentes, desde la ONG, como que hizo que tuviéramos ciertas complicaciones en nuestro trabajo. Este cambio de los lineamientos técnicos que ofrecían especialidad pero que después ya no había especialidad porque COSAM no siguió la intervenciones, costó explicar a la ONG, o sea tuvimos que tener dos reuniones con nuestros referentes técnicos y sus referentes técnicos, todo el mundo en una casa para poder exponer el tema que se pudiera comprender porque el piloto había llegado a este funcionamiento actual, por qué no tenía un acompañamiento de psiquiatra como especialidad y esas cosas fueron limitando las disposiciones de los otros profesionales que actualmente se están resolviendo, estamos haciendo un trabajo en conjunto para que esas dificultades que se presentaron a finales del año pasado se superen que fueron bastantes” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

Por otra parte, a nivel de los facilitadores identificados para la implementación del Programa Piloto, aparecen algunas características particulares de los profesionales ejecutores vinculadas a un alto nivel de compromiso con el Programa y los/as usuarios/as y con las capacidades técnicas para flexibilizar la intervención para adecuarse a las contextos y características de las familias de los niños/as y jóvenes.

“Como fortaleza la capacidad de adaptarse a diferentes situaciones hacen que las cosas funcionen porque si tú más o menos recopilas toda la información que te he dado te puedes dar cuenta de que, problema con la jefatura, problemas con los recursos físicos, problemas con los materiales, problema con los espacios, el marco institucional que de repente te ata a cierta estrategia, claramente hay que darle un valor agregado a las funciones del equipo en sí porque si no tuvieran esa capacidad de adaptarse esa como resiliencia para enfrentar ciertas cosas yo creo que no hubiese nacido ciertas instancias para mejorar el programa. El programa tiene cierta falencia pero no nos quedamos con no hacer nada, como seguir las reglas del juego y inventar ciertas cosas para que la gente viniera porque nos decían que teníamos que atender gente, pero qué pasa si la gente no viene, es como ilógico, tampoco puedes ir con un megáfono a decirle a la gente, de partida una persona que necesita ser intervenida ella tiene q estar de acuerdo, es lo básico si no se cumple eso” (Profesional que trabajó en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú durante sus primeros años de ejecución).

“Personalmente creo que la libertad que te da el piloto para hacer propuestas, o sea si uno propone algo y está dispuesto hacerlo, depende solo de que tú quieras hacerlo, cualquier propuesta, y el tener este acceso, las posibilidades de ir a redes. El CESFAM no tiene esas posibilidades, o sea no puede participar en todas las redes que participamos nosotros, no puede ir a los colegios, el CESFAM no puede ir a los colegios, nosotros vamos a los colegios hacemos intervención, estamos con En MARCHA, o sea posibilidades dentro del piloto son amplias, depende de las actividades que uno quiera proponer” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

Por otro lado, también se considera como imprescindible contar con una mayor claridad en los lineamientos generales del programa, así como de las acciones y funciones esperadas para los distintos equipos y profesionales. En este sentido, además, la presencia de referentes técnicos a nivel central que posean manejo cabal de los antecedentes y que pueda efectivamente sentar las bases para un trabajo de coordinación y orientación adecuado a las necesidades reales de la implementación.

“Creo que es importante que a pesar de las ganas y el compromiso que pueda existir en un equipo tiene que haber un buen referente, un buen coordinador que maneje cabalmente el tema de los lineamientos del programa, que maneje el tema del trabajo de salud mental comunitaria, eso es súper importante porque si no hubiese sido así yo creo que el 2014 no hubiésemos avanzado como avanzamos y gracias que hubieron gente interesada dentro de los referentes del servicio y del Ministerio de Desarrollo Social, no hubiese avanzado tanto. Ahora claramente los ejecutores tuvieron que casi trabajar con lluvia, sol, relámpagos para que las cosas funcionara y el tema de tener tolerancia a la frustración fue súper importante porque había que ser como cuero de chanco para no caer, los primeros días de los talleres no venía nadie y uno ya piensa que no va a funcionar, pero cuando estás a punto de caer puedes tener ideas buenas y generar estrategias nuevas, eso fue lo que tuvo que ver con el tema de trabajo de difusión que se hizo y un millón de cosas” (Profesional que trabajó en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú durante sus primeros años de ejecución).

En síntesis, recapitulando la experiencia de implementación del Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos en el CESFAM Ana María Juricic de Maipú, cabe señalar que a pesar de las dificultades históricas que se han producido, el actual equipo profesional ha logrado generar estrategias de abordaje y de solución, que en definitiva han podido contribuir a su actual mejora en la adhesión de los niños/as y jóvenes, en la integración al CESFAM y en la validación y consiguiente coordinación con los otros profesionales del Centro de Salud. Por otro lado, el matiz que de algún modo adquiere la intervención en este contexto institucional se vincula con el carácter promocional y preventivo de la intervención desarrollada por el equipo profesional del Programa Piloto.

“El trabajo de promoción y prevención, esa sería la idea máxima que trabajamos nosotros en nuestras áreas y el tema multidisciplinario, pero el trabajo de promoción y prevención, el estar en constante ingreso a la vida cotidiana de los usuarios, permitarnos hacer las visitas caminando a la casa de nuestros usuarios, la territorialidad, esos elementos son los que yo personalmente destacaría que estén en atención primaria siendo CESFAM v/s especialidad” (Profesional con mayor antigüedad en el Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos CESFAM Ana María Juricic Maipú).

“Claro, en la medida de lo que está, sirve, obviamente nos sirve, porque la familia sí ingresa, así podemos conseguir horas prioritarias pa familiares que no están necesariamente dentro de la cobertura, como conseguimos...no sé hay un problema grave en una familia, necesitamos atención en algo, ya, se deriva, como que nos ayudan a gestionar horas, en el fondo la comunicación con el CESFAM es mejor gracias al piloto de salud mental. Pero no hay respuesta a la demanda de salud mental” (Coordinadora Programa Abriendo Caminos vinculado al Programa Piloto implementado desde el CESFAM Ana María Juricic Maipú).



### 3.2.3 Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM de Estación Central

#### i. Trabajo de Campo

En el siguiente cuadro se detallan las técnicas implementadas en el marco del proceso de producción de información en esta experiencia de implementación del Programa Piloto:

**Tabla Nº 3: Técnicas de Producción de Información Implementadas Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM de Estación Central**

<b>TÉCNICA</b>	<b>ACTOR</b>	<b>Nº de Aplicaciones</b>
<b>Entrevistas Semiestructuradas</b>	Profesionales con mayor tiempo de ejecución en el Programa Piloto en Salud Mental en cada uno de los centros de salud implicados.	1
	Coordinadores/as del Programa Abriendo Caminos y Programa Calle vinculados al Programa Piloto en Salud Mental.	1
	Usuarios/as del Programa Piloto en Salud Mental vinculados al programa Abriendo Caminos y al Programa Calle.	3
<b>Grupos Triangulares</b>	Equipos ejecutores del Programa Piloto en Salud Mental de los centros de salud implicados.	1

#### ii. Objetivos, Población Usuaría y Características del Equipo

El objetivo del Programa Piloto Salud Mental para personas en situación de calle (PsC), indica que lo que se pretende mejorar es el acceso a atención en salud mental de dichas personas, implementando una forma de atención adecuada y pertinente, para lo cual se debe contar con equipos profesionales en los dispositivos de atención primaria (APS) y de especialidad (COSAM). Estos profesionales recibirán capacitación para que, mediante su modalidad de atención, efectivamente se disminuyan las barreras de acceso a la atención en Salud Mental a través de atención próxima y pertinente. Todo lo anterior debería posibilitar la validación de un modelo de atención especializado para las PsC.

Para el caso del Programa Piloto implementado en el COSAM de la comuna de Estación Central, estos objetivos están plasmados formalmente, especialmente, en la información que entregan en los Informes de Avance, específicamente cuando se refieren a las modalidades, estrategias y acciones que han implementado, así como cuando se refieren a las evaluaciones de los/las profesionales participantes.

Ahora bien, es interesante para efectos de esta sistematización, el rastrear cómo estos enunciados formales, se plasman en los discursos de los entrevistados. A lo largo de las entrevistas y de los textos que resultaron de éstas, es posible encontrar cómo el equipo conceptualiza los objetivos del programa y cómo esta conceptualización se relaciona con aspectos de la práctica profesional.

En primer lugar, podemos señalar que el equipo incluye en su declaración de objetivos, el hecho de estar situados geográficamente en una comuna que emblemáticamente se asocia a las PsC, tal como lo es Estación Central, lugar que cobijó la obra del sacerdote Alberto Hurtado, dirigida justamente a albergar a las personas que deambulaban por las calles de Santiago. Es palabras de uno de los profesionales:

“...llevamos la salud mental a la comunidad y en esta comunidad que está inserta en un lugar donde, emblemáticamente, están ubicadas las personas que viven en situación de calle” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

La importancia de estas acciones y el objetivo de las mismas, es la de brindar una posibilidad para que las PsC accedan a programas de salud especializados, lo que en palabras de uno de los profesionales queda plasmado, fortaleciendo la idea de que dadas las condiciones de precariedad en las que viven, y las consecuencias asociadas en su salud tanto física como mental, estos programas lograrían ser una respuesta a la demanda por estrategias de salud pertinentes.

“O sea, son personas que están totalmente abandonadas. Yo no sé qué era de estas personas antes de que llegara el piloto, porque personas tiradas en las calles, 30° de calor, muertos de curados, con todo el sol en la cara...” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Por otro lado, el discurso del equipo denota su autopercepción en cuanto a ser un grupo de trabajo capaz de llevar adelante la tarea.

“nosotros realmente podemos trabajar con este tipo de personas y lentamente cuando ya nos fuimos incorporando observando cómo eran estos chiquillos que tenían complejidad totalmente distinta a las personas que realmente nosotros atendemos, como COSAM y los fuimos trayendo a COSAM en diversas actividades” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Por último, dado que este apartado intenta dar claves para comprender cómo los profesionales del equipo Piloto declaran los objetivos del programa, es relevante citar palabras de una profesional donde describe la manera cómo impacta en la vida de los usuarios el trabajo del Piloto. Aquí se puede interpretar que efectivamente se estarían haciendo las acciones para que las PsC del sector, tengan la posibilidad de acceder a un programa especializado y con el personal capacitado para brindar dicha atención, tal como lo plantean los objetivos del Piloto.

“hartas personas estaban totalmente abandonadas, totalmente. Las familias no los quieren ver; falta personal en el Hogar de Cristo... Salen a las ocho de la mañana del Hogar de Cristo, antes, 7:30 y ya están afuera, bebiendo todo el día tirados en la plaza, y después a las 8 o 9 entran nuevamente y a dormir, para que al otro día sea lo mismo, lo mismo. Ahora tienen la instancia de los talleres, de 3 a 5 de la tarde no están tomando o de 2 a 3 están con la atención de la asistente social, no están bebiendo, tienen más actividades.”  
(Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Tal como se puede apreciar, en el relato de los profesionales respecto de acciones que se llevan a cabo, están implícitos los objetivos del programa. Los hechos o reflexiones que hacen sobre las acciones, son posibles de vincularlos a dichos objetivos programáticos. Se optó por no considerar los discursos más bien declarativos sobre los objetivos que manejaba el equipo, ya que esta forma de expresión pudiese estar mediada por la “*deseabilidad social*”, ya que frente a la pregunta explícita por el manejo de objetivos del programa, los entrevistados responderían de forma literal lo que está escrito y que se espera que ellos manejasen.

Las descripciones de acciones y reflexiones asociadas, reflejan cómo se manejan dichos objetivos, ya que estos discursos denotan una realidad más que un cuerpo teórico. Por lo tanto, el equipo efectivamente maneja el sentido y finalidad del Programa Piloto, centrándose en brindar el acceso a salud mental directa a PsC de su territorio focalizado.

En este sentido, la intervención da cuenta de la complejidad asociada a la población focalizada, quiénes presentan diversas problemáticas desde una mirada integral de salud, considerando sus altos niveles de vulnerabilidad. Lo que se refleja en la siguiente cita asociada al proceso de diagnóstico:

“Muchos de estos pacientes tienen deterioro importante, entonces hay que, para llegar a un diagnóstico, hay que despejar otras cosas, hablar con los monitores que tienen, tratar de recabar antecedentes de otros lados. Entonces es más difícil que con otros casos, porque en otros casos o hay familiares que te van aportando datos, el paciente no está tan deteriorado y te aporta datos. Acá, a veces no hay nadie, y *de repente* apenas te puede contar algunas cosas. Entonces, el diagnóstico en general, es muy difícil hacerlo en un inicio, se demora un tiempo.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Por otra parte, la composición del equipo profesional tiene su historia asociada al COSAM de Estación Central, tal como se describe en palabras de una de las profesionales:

“Quien era la coordinadora, quien también además coordinaba la unidad de adicciones y además, con el tiempo, después tomó la coordinación técnica, nos llama y la más antigua me llama a mí y a una de las terapeutas ocupacionales, que también estaba en la unidad de discapacidad. Nos comenta un poco del piloto, después nosotros accedemos y empieza a buscar psiquiatras y psicólogos, ya” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Esta primera conformación se va ampliando con la integración de otros profesionales, lo cuales acceden mediante diversas vías:

“La psiquiatra la encuentra, más o menos, la busca por periódicos, publica por internet y llega la psiquiatra a trabajar con nosotros. La psicóloga también la encuentra a través de anuncios y se fue conformando así el equipo”. (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

“Luego entre cada uno de nosotros, por ejemplo la psiquiatra, comenta a un colega, que es el actual que tenemos, *“necesitamos otro psiquiatra”*. El trabajador social que nosotros incorporamos, también lo ubicamos por publicación, accedió también a una entrevista y quedó. Luego sentimos que era necesario hacer talleres pero con alguien con expertiz en talleres y se incorporó Juanita, porque se conocía el trabajo de ella...” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Tal como sucede en otros equipos que inician sus actividades, especialmente si es un Piloto, el equipo de Estación Central se conforma por algunos profesionales que ya prestaban servicios en el COSAM, institución que asume la responsabilidad de ejecutar el Piloto. La experiencia previa en temas de Salud Mental, el conocimiento de procedimientos y del territorio, así como la confianza profesional va marcando esta conformación.

Complementó esta fórmula la búsqueda de nuevos integrantes a través de vías abiertas y/o sustentadas en el conocimiento previo entre los/las profesionales. A juicio de los/las entrevistados/as, esta conformación nutrió, por un lado, del conocimiento y experticia previas presentes en los/las profesionales del mismo COSAM, necesarias para iniciar el Piloto y, por otro, de *“miradas nuevas”* respecto del objetivo de trabajo que traían los/las profesionales externos/as que se incorporaron.

Esta composición inicial, que principalmente contó con una coordinadora, una psicóloga, un psiquiatra y una terapeuta ocupacional, con lo cual seguían las Orientaciones Técnicas del Programa, fue dando paso a la incorporación de otros profesionales provenientes de diversas áreas. Se destaca que dichas incorporaciones dieron respuesta a las demandas que presentó la práctica ejecutada, tal como plantea una profesional entrevistada:

“Bueno el equipo funcionaba perfecto y todo, pero después encontramos, nos fuimos topando con hartas limitaciones en relación a los usuarios, sobre todo que había que hacer vinculaciones familiares, trabajos más sociales, por lo tanto, decidimos incorporar un trabajador social.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Actualmente, el equipo se conforma por los siguientes profesionales y técnicos:

- Carolina Cornejo, psicóloga. Coordinación
- Iván Guzmán, psiquiatra. Atención psiquiátrica.
- Nicole Carrizo, psicóloga. Atención psicosocial
- Alejandro Álvarez, trabajador social. Atención psicosocial
- Marcelo Palacios, técnico en rehabilitación. Monitoreo y fortalecimiento de la respuesta a tratamiento por consumo de alcohol y drogas en los usuarios.
- Juanita Yáñez. Monitora de talleres grupales de manualidades.

El equipo de trabajo se ha organizado de tal forma que intenta dar cumplimiento a los objetivos del Programa Piloto, en cuanto a garantizar oportunidades especializadas para la atención en salud mental de la población focalizada.

Para iniciar esta descripción, se hace necesario resaltar algunos elementos que, estando a la base, permiten comprender aspectos que los/las profesionales entrevistados/as han señalado. Lo primero a desarrollar es lo que el equipo profesional ha descrito como una forma distinta de atender.

“un grupo de profesionales que están en un proyecto que tienen que darle atención de salud mental a las personas de situación de calle, obviamente me imagino que el profesional que está atendiendo en el box se siente como mucho más “*chanta*”. Es como eso, eso es lo que creo, lo que algunos de los chiquillos me han dicho”. (Profesional Mayor Antigüedad Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

En esta declaración se aprecia la particular percepción respecto de la forma en que se organiza el trabajo. Siendo que el Piloto está dentro del sector salud, particularmente el COSAM, el hecho de que la población atendida presente las particularidades de las PsC, hace que el modelo tradicional de atención no sea pertinente. Se hace mención a claves de disponibilidad asociadas a un modelo más bien comunitario para personas en situación de calle. Por ejemplo, aquí se aprecia la vinculación de esta descripción narrativa con lo que se ha planteado desde diversos lineamientos de la política pública en salud, en cuanto a que los equipos que atienden a población particularmente deteriorada en salud mental, tal como lo son algunas PsC, deben atender desde un enfoque comunitario para atención en salud mental. Algunos de los principios de este Modelo Comunitario en Salud Mental, tienen que ver con la *disminución de las barreras de acceso* y la *proximidad de la atención*, lo que obliga a los equipos a organizarse de forma alterna al modelo tradicional.

Otras de las claves para comprender la forma cómo se organiza el equipo, tiene que ver con la flexibilidad y disponibilidad de los trabajadores para asumir exigencias tales como horarios extendidos, tareas fuera de lo programado y actuar más bien desde la contingencia. En palabras de la coordinadora se aprecia esta cualidad.

“bueno de hecho esto, los chiquillos acceden, exceden su horario de trabajo, son un cuarto para las siete y aquí están. Entonces tú puedes observar que existe disponibilidad, existe disposición, existe voluntad.” (Profesional Mayor Antigüedad Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Se suma a lo anterior, la disposición a la complementariedad en algunas de las funciones, específicamente aquellas que no requieren de las competencias particulares de cada profesión. En campos tales como de coordinación, realización de tareas de gestión, facilitación de acciones recreativas para los/las usuarios/as, entre otras, el equipo se complementa en funciones, según la disponibilidad horaria. Así queda plasmado en las Actas de Reuniones Técnicas y en la siguiente frase:

“porque cada uno de ellos pone algo distinto, no solo desde su profesión sino desde su persona y eso nos hace completamente distintos y es enriquecedor. Yo hoy día coordino, pero en el fondo cualquiera puede llevar la reunión y no me enoja ¿me entendí? Va a ser como “ok, ¿a mí se me escapo algo? Díganlo ustedes”. No es algo que yo tenga el poder, no para nada, lo hacemos con respeto... en equipo, reuniones, total, estamos en un equipo bien transversal.” (Profesional Mayor Antigüedad Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Entrando en lo que respecta a una clasificación más específica de funciones para cada uno de los integrantes del equipo, éstas se asocian claramente a las propias de cada profesión, salvo en quien ejerce las labores de coordinación, quien siendo psicóloga, está abocada a las labores administrativas y de liderazgo del equipo, llevando adelante las reuniones técnicas y gestionando la consecución de condiciones para que el resto del equipo lleve adelante el programa en terreno.

El equipo de trabajo directo se organiza según los requerimientos del trabajo con usuarios/as y de la disponibilidad horaria para el piloto. En lo particular, psiquiatra y psicóloga llevan adelante las líneas de acción relacionadas con el soporte terapéutico y clínico para la compensación de los/las usuarios/as y contención de crisis. El trabajador social asume las labores de vinculación o re-vinculación de los/las usuarios/as con redes de apoyo social y asistencial. La monitora facilita los talleres grupales donde desarrollan manualidades, mientras que el técnico en rehabilitación colabora en los objetivos relacionados a la reducción de daños por consumo de alcohol y drogas.

Coordinadora: 6 horas semanales

Psicóloga: 24 horas semanales

Psiquiatra: 11 horas semanales

Trabajador social: 11 horas semanales

Monitora: 9 semanas

Técnico en rehabilitación: 6 horas semanales

Al revisar las Orientaciones Técnicas del Piloto en Salud Mental para PSC (MIDESO, 2012) la carga horaria se relaciona con lo estipulado, aunque hay diferencias en el tipo de profesionales. Por ejemplo, se ha incorporado a un trabajador social, lo que originalmente no se había contemplado en la OO.TT. Esto se ha justificado debido a las labores de re-vinculación con redes y con familias, en aquellos casos que estas acciones son coherentes con el plan de trabajo, siendo la re-vinculación con redes y familias uno de los componentes centrales en el proceso de superación o limitación de diversas vulnerabilidades asociadas a la situación de calle.

Un aspecto relevante en cuanto al trabajo y la carga horaria, se relaciona con el espacio de la reunión técnica. Dado que ningún profesional se encuentra a jornada completa, siendo más bien medias jornadas o cuarto de jornadas, ***uno de los pocos momentos que el equipo se encuentra totalmente reunido*** es justamente en la Reunión Técnica.

Tal como se aprecia en las Actas de estas reuniones, así como en las descripciones que hacen directamente los profesionales y técnicos entrevistados, este espacio grupal es el momento de coordinación, revisión, articulación y retroalimentación, todo lo cual no solo nutre el trabajo directo con los/las usuarios/as, sino que también el clima laboral por cuanto refuerza las relaciones de confianza profesional, un aspecto que se destaca desde enfoques del tipo comunitario, tal como lo plantea Martínez Ravanal (2006), quien ha propuesto junto a otros autores, la relevancia que cobran las comunidades o grupos que “aprenden”, que son capaces de integrar las prácticas dentro de sus reflexiones y reorientaciones del trabajo.

“Para nosotros la reunión es importante, bajamos informaciones. A veces un día que voy yo, justo el paciente no está, no sé, fue a la playa, a tomar y no volvió en tres días y justo lo pilló Juanita, lo pilló la Nicole al otro día. Entonces, todos tenemos un poco de información, la unimos en la reunión y ahí sacamos conclusiones.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Para finalizar este punto, es pertinente resaltar dos aspectos en esta descripción del equipo. Uno de éstos tiene que ver con la ***alta rotación*** de profesionales y técnicos que ha tenido. Han sido parte psicólogos, psiquiatras y terapeuta ocupacional, quienes por diversos motivos han abandonado las labores. Descontando aquellos motivos de índole personal, lo que es justo destacar para efectos de esta sistematización, tiene relación con la percepción de que para el ejercicio de la profesión en este programa, ***se debe contar con un sentido del trabajo que escapa a los cánones tradicionales***, donde el espacio común de trabajo llámese *box o consulta* para los profesionales de la salud, se complementa claramente con el espacio de la calle como lugar de “la atención”. Si bien hay un devenir entre COSAM y Hogar de Cristo como espacios de trabajo, también es muy cierto, según lo relatado por los/las entrevistados/as, que el espacio de ***“la calle”*** es un lugar privilegiado para el trabajo con los/las usuarios/as.

Lo anterior, y ya lo mencionan los documentos de trabajo del Ministerio de Desarrollo Social, es una *realidad* relacional que potencia el vínculo terapéutico y de intervención psicosocial con PsC. Y, al parecer, no todos los profesionales están percibiendo dicha *realidad* como válida para su desempeño laboral y profesional. Sobre este aspecto se profundizará en los siguientes apartados, en especial cuando nos refiramos a los procesos de intervención.

Un segundo elemento relevante de destacar, y que se vincula con lo expresado en los párrafos precedentes, dice relación justamente con el enfoque comunitario del equipo del piloto, lo que es destacado tanto por el equipo mismo como por la profesional del programa Calle del Hogar de Cristo, así como por los/las usuarios/as entrevistados/as. Siendo un punto a desarrollar con profundidad en apartados siguientes, se releva por cuanto es una clave profusamente señalada por los entrevistados para comprender la conformación y organización del equipo profesional del piloto. Las siguientes frases dan cuenta de esto:

“O sea, para nosotros, el Hogar de Cristo, tener un psiquiatra en un programa es un bien muy valioso, que es impensado. Entonces, siempre yo creo que a lo largo de todo este tiempo, siempre hemos creído que es una muy buena oportunidad contar con el piloto.”  
(Coordinadora Hogar de Cristo vinculada al Programa Piloto implementado desde COSAM Estación Central)

“Ha llegado al grado que uno dice “¿cómo un médico, un doctor, me vio en el Hogar de Cristo?” (Usuario Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

La realidad de calle construye realidad organizacional para el equipo, impactando en las metodologías, organizaciones, priorizaciones y expectativas de éxito desde el paradigma sanitario de la intervención psicosocial con PsC, el cual está transitando desde un enfoque biomédico a un enfoque biopsicosocial y comunitario. Esto se relaciona con el Modelo de Atención Integral de Salud, de carácter familiar y comunitario (MINSAL-OPS, 2012) donde, entre otros factores, se indica que es necesario atender a las personas según las necesidades específicas de las poblaciones diversas de las que forman parte, y a dar respuesta a esas particularidades con estrategias peculiares, más que implementar procedimientos generalizables a una población homogénea.

### **iii. Trabajo Intra e Intersectorial en el marco del Programa Piloto**

En este apartado abordamos aspectos relevantes asociados al trabajo intra e intersectorial asociado a la implementación del Piloto. Desde las diversas fuentes consultadas, considerando actas, informes y entrevistas a profesionales y técnicos, es posible describir una serie de elementos que conforman la relación que se ha establecido entre el Equipo Piloto y el Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC). Son posibles de describir desde los canales de comunicación, pasando por los principales tópicos que abordan, hasta llegar a una evaluación de la vinculación y la proposición de mejoras en el rol que asume el SSMC dentro de la ejecución del Piloto



Al revisar los informes del año 2014, los cuales fueron elaborados y entregados por el equipo del Piloto, es posible señalar que los canales de comunicación que potencian la vinculación entre dicho equipo y el SSMC, son las “reuniones de discusión de casos clínicos, las coordinaciones vía e-mail; Coordinaciones Vía Telefónica y conversaciones con profesionales y monitores según necesidad.”

Ahora bien, la vinculación no es solo con los referentes técnicos del SSMC, sino que también con la contraparte del Ministerio de Desarrollo Social –MIDESO-, tal como es posible apreciar en el informe de avance del año pasado, donde en julio del 2014, el equipo informa que “Desde abril a la fecha: reuniones conjuntas con referentes técnicos SSMC y MIDESO, con fines técnicos y administrativos del proyecto”.

Así mismo, en el Segundo Informe entregado durante el año pasado, en noviembre de 2014, se describe que “existen reuniones mensuales con el equipo del SSMC y MIDESO, en donde se expone el trabajo realizado por el equipo, y se dialoga en torno a las estrategias de intervención a los usuarios”.

Por otro lado, este espacio de coordinación también ha incluido a otros actores, tales como el CES N° 5, también ejecutor del Piloto, por lo que se han integrado a estos espacios eventualmente.

“Pero si, de repente nosotros también tenemos reuniones en APS y COSAM y están ellas como referentes técnicos y vienen a la reunión y por eso podemos visualizar a las dos.”  
(Coordinadora Hogar de Cristo vinculada al Programa Piloto implementado desde COSAM Estación Central)

Además, y en palabras de la Coordinadora del Programa Calle del Hogar de Cristo, ellos también han sido partícipes de espacios de coordinación.

“Sí, siempre están como los representantes, bueno el COSAM, el equipo del COSAM. Digo con ellos porque con ellos me ha tocado que hay siempre alguien del servicio, más alguien del servicio, más alguien del MIDESO. Siempre hay como tres personas que son externas que van a escuchar nuestras reuniones.” (Coordinadora Hogar de Cristo vinculada al Programa Piloto implementado desde COSAM Estación Central)

Diversos son los tópicos que incluyen el campo de la vinculación y coordinación entre las contrapartes. Desde lo administrativo, hasta el análisis de casos. Por ejemplo, en Acta de Reunión Técnica del Equipo, con fecha del 11 de junio de 2014, se deja constancia que uno de los temas abordados fue la información sobre el convenio entre COSAM y contraparte técnico-administrativo (MIDESO y SSMC).

Ahora bien, la vinculación ha ido integrando diversos aspectos con el paso del tiempo, desde que se inició el Piloto, destacando un primer periodo más bien deficitario en la coordinación, tal como se expresa en la siguiente frase del equipo profesional de Piloto:

“... del primer año que hubo el cambio de Gobierno, donde ahí, por la estructuración de los cargos, no hubo muchas reuniones. Pero si habían muchas de estas reuniones previas y actualmente desde el año pasado no solamente la presentación de los casos, sino también... para que ellos nos aclaren ciertas dudas y también conozcan nuestro trabajo” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

La vinculación ha reforzado, con el paso del tiempo, su función asesora y facilitadora del trabajo del Piloto. Esto se expresa en el abordaje de casos de alta complejidad, en la búsqueda de espacios para la derivación de usuarios/as, así como en la búsqueda de soluciones dentro del campo de la institucionalidad pública. Así lo exponen los/las profesionales del equipo Piloto, señalando que la vinculación:

“Se traduce en hechos en los cuales el servicio nos puede ayudar o asesorar, por ejemplo en alguna internación, ya, de un caso. Se traduce también en que la persona que está a cargo del Ministerio de Salud conoce la temática ya. Y conoce y tiene la expertiz, la experiencia y cómo ha sido o cómo es el trabajo público, entonces desde esa perspectiva a nosotros nos abre bastante las puertas en caso de internación o en caso, incluso, en casos clínicos, ella de pronto nos aporta bastante.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

“Sí, tenemos reuniones, como una vez al mes, más o menos, cada un mes y medio. Con el Ministerio de Desarrollo Social, y Patricia, que viene. Conversamos de los casos, ponemos casos, mostramos los avances con algunos pacientes, solucionamos problemas de no sé po, tipo ética, pacientes zoofílicos, “¿lo vamos a atender o no?”, qué adopciones vamos a tener con el paciente y va súper fluido con ellos”. (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

En general, el Equipo ha expresado que la vinculación con la contraparte técnica es óptima.

“... en realidad, siempre ha sido buena... obviamente, de acuerdo a los Gobiernos, han cambiado a las personas, pero no ha sido mala, de hecho hemos tenido reuniones... casi yo podría decir que siempre con el ministerio.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Un campo particular de evaluación positiva se refiere al de la gestión, de la consecución de factores que potencian la acción de equipo, tal como lo expresa una profesional.

“Entonces, desde ahí ella nos ayuda y nos aporta bastante y también en hechos como no solo técnicos, sino también en estas cosas más de gestión pública, ya, que nos ayuda bastante, muchísimo. O sea es la percepción que tengo yo, pero yo creo que todas las gestiones que ella ha realizado en la cual nos ha ayudado han sido exitosas.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Asimismo, la contraparte del SSMC reconocería la capacidad del equipo para discernir y decidir respecto de las atenciones que se proponen, e incluso de la negación de la inclusión de un usuario/a, si es que éste presenta algún problema o incompatibilidad para ser incluido/a en el Piloto. Esto da cuenta de la confianza profesional entre ejecutores y contraparte técnico-administrativa. Sobre esto se exploya una profesional del Piloto:

“Dentro del servicio hemos tenido muy buenas relaciones, siempre nos ha apoyado hartoo, desde que estaba María Ángela, que era la otra coordinadora que teníamos. Nos ha apoyado en todo, nos escucha, entiende cuando nosotros decimos: ‘*no, este paciente no lo podemos atender por tales y tales razones*’.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

No obstante, algunos aspectos han sido descritos como negativos en la vinculación con el SSMC. Uno de estos, se relaciona con los cambios en dicha vinculación. La primera de estas críticas se relaciona con el inicio del Piloto, donde la relación era más bien distante:

“los dos primeros años del proyecto, había una relación con salud no tan cercana como ahora, aunque ahora ya hay reuniones sistemáticas a lo largo del año, bien seguidas.” (Profesional Mayor Antigüedad Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

En este mismo sentido, se describe un aspecto que está ligado a la implementación de las políticas públicas desde el Estado, y que se relaciona con los cambios que cada Gobierno imprime en sus equipos. Esto claramente afecta a los programas y proyectos que se ejecutan, ya que en ocasiones deja sin una contraparte con quien *dialogar* el avance y la toma de decisiones. Así se expresa en la siguiente frase:

“Si, con él sí, pero como después se cambió de trabajo y después vino el cambio de Gobierno, nosotros no tuvimos reuniones con nadie de salud, hasta que se estabiliza me imagino el tema de los cargos y tenemos el contacto con Patricia. En rigor nunca hemos estado como abandonados desde el Ministerio de Salud, nunca nosotros nos hemos sentido solos...” (Profesional Mayor Antigüedad Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Por otro lado, es posible describir la percepción en el equipo de que el diseño de este Piloto no habría estado nutrido de la **realidad** que se evidencia en la práctica. Se plantea la queja respecto de cierta falta de congruencia entre los requerimientos técnicos y lo que efectivamente se experimenta en el trabajo cotidiano.

“hacer un proyecto acá sentada, lo puedo hacer, pero ir allá y observar como realmente es el tema, es otra cosa, entonces bien, si bien es cierto hoy día tenemos una excelente comunicación con el Ministerio de Salud, también no es menor que alguien del Ministerio de Salud baje de las grandes esferas y visualice lo que mi equipo vive cada vez que va a la hospedería” (Profesional Mayor Antigüedad Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Lo anterior se relaciona directamente con lo que se *verifica* en la hospedería del Hogar de Cristo, a los riesgos que a juicio del equipo profesional ellos se enfrentan. La realidad del trabajo con el grupo de usuarios/as ofrece aspectos que dificultan el trabajo de los profesionales del equipo, aspectos que van desde la seguridad del entorno de la hospedería, condiciones de salubridad y falta de espacios para el trabajo adecuado del equipo. En la entrevista grupal emergió la siguiente descripción de esta situación.

“Pero el que hizo el proyecto y es una crítica y que, a mí me da lo mismo que se lo tome sin azúcar, no hace nada ¿me entendí? Entonces yo invito a la gente del Ministerio de Salud que vaya y que observe y que se dé cuenta a que está expuesto mi equipo, mis personas, mi gente, y que se den cuenta ahí como no nos tienen un lugar adecuado y como también trabaja la gente de la hospedería.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Lo anterior, se relaciona con hechos comunes en cuanto al diseño y ejecución de las políticas, programas y proyectos, que conforman la oferta estatal para la superación de condiciones de vulnerabilidad en una población específica. Cierta falta de contacto efectivo entre el “diseñador” de la política, el “ejecutor”, los “usuarios-beneficiarios-participantes” y el contexto sociocultural en que se ejecutan estas políticas. Aun así, el equipo ofrece una pista para esta situación.

“Debería haber más empatía del ministerio, y entender en terreno como es COSAM, o sea, que ellos, dentro de sus políticas, incluyan otras cosas extras que no están incluidas.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Por último, una queja se evidencia en muchos espacios de trabajo desde las Políticas Públicas que son ejecutadas por Organizaciones No Gubernamentales o por organismos públicos, tal como es el caso del COSAM, cuya dependencia es municipal. Esto tiene relación a la forma contractual que rige las labores de los equipos, principalmente a honorarios. En este caso, la queja se dirige a cierta *indolencia* por parte del SSMC, por cuanto una de las trabajadoras del piloto sufrió una infección grave asociada al trabajo y la cercanía con los usuarios, pero que debido a su gravedad requirió de una atención especializada y onerosa la cual, dado el tipo de precariedad laboral que se vincula al trabajo a honorarios, dejó en una difícil situación económica y personal a la profesional.

“... es un tema que va, que trasciende mucho más, que nos puede joder la vida como, por ejemplo, me pasó a mí que me contagié un virus y no sé, se fue de la mano, se me fue al cerebro y el Ministerio de Salud ‘bien, muchas gracias’, y yo siendo a honorarios.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Esto último es una condición laboral que se repite en muchos ámbitos de la Política Pública, y que se relaciona con la tercerización del trabajo en la superación de las vulnerabilidades que presentan grupos específicos de la población chilena, condición que se ha evidenciado en la experiencia de este Piloto.

Por otra parte, siendo el Programa Piloto en Salud Mental de la comuna de Estación Central un programa que se ha instalado desde el Área de Salud de la comuna, y dado el Modelo de Atención que se estipula en la Orientaciones Técnicas para este Piloto (MIDESOL, 2012), será posible referirse a las relaciones que establece el Equipo Piloto tanto con el COSAM, así como con el CES N° 5 que actúa como centro de atención primaria.

El Equipo del Programa Piloto conformado por profesionales y técnicos que, en su mayoría, participaron y/o participan de otras unidades del mismo COSAM, señala que dada esta condición, las relaciones con los demás equipos de salud del Centro son óptimas. Conocen el manejo de las comunicaciones internas, los objetivos de los demás programas y unidades, los procesos de derivación, y muy especialmente a los profesionales y técnicos que conforman el COSAM. En palabras de la coordinadora del Piloto:

“... y cómo te explicaba, cada uno de nosotros, además de trabajar en el piloto, está en una unidad trabajando además en COSAM. Entonces, por ejemplo, tenemos la señora Juanita que no solo trabaja por acá, sino para la unidad de adicciones, para la unidad de discapacidad, para la unidad de adultos. Antiguamente el psiquiatra trabajaba en la unidad de adultos, también en la unidad de adicción y también en Calle. La psicóloga Nicole hubo un tiempo que trabajó en adicciones y también en Calle, y el técnico en rehabilitación trabaja en la unidad de adicciones y también en Calle. El trabajador social trabaja en la unidad de adicciones y en Calle, y yo trabajo en la unidad de adultos y además en Calle. (Profesional Mayor Antigüedad Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Un aspecto que es relevante destacar, se refiere al impacto que ha generado el trabajo con PsC en el COSAM. Esto se debe principalmente al hecho que algunas de las actividades de atención, tanto individual como grupal, se desarrollan en el mismo COSAM. Esto implica la llegada de las PsC al centro de salud. Este es uno de los elementos que justamente intenta promover el Programa Piloto, es decir, facilitar el acceso a salud a las PsC, dándoles la oportunidad tanto de ser atendidas en sus territorios, calles y lugares de tránsito, pero también acercarlos a las unidades e instalaciones de salud existentes en la comuna, especialmente COSAM y los demás centros de salud.

Pues bien, en la lógica de brindar apoyo en el mismo centro de salud mental, lo que destacan los profesionales y técnicos del Programa Piloto, refiere al proceso de cambio que se ha iniciado en cuanto a la percepción del resto de los/las trabajadores/as respecto de las PsC que acuden al consultorio. Así, desde un rechazo inicial a la presencia de ellos/as en las dependencias, se está transitando a una forma de recibirlos y dar un espacio de atención pertinente. En palabras de la coordinadora del Piloto se puede interpretar esta situación:

“Entonces, de ahí al resto de los otros profesionales les fue generando ruidos y cuando empezamos a traer esta gente les empezó a generar ruido: “*!pero cómo!, ¿con este tipo de personas trabajan?, o sea ¿cómo lo hacen?*”... y de ahí nosotros vamos sensibilizando todo y, pero, de una manera muy sutil, no es que nosotros nos sentemos y digamos, “*miren chiquillos*”, sino que “*Ok, lo siento, ellos son nuestros pacientes, así como ustedes tienen los*

*drogadictos, nuestros pacientes son éstos y este es el lugar donde los tenemos que acoger, no tenemos otro lugar, entonces tienen que aceptarlos si o si".* (Profesional Mayor Antigüedad Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

El proceso implica un cambio en la percepción social que se tiene de las PsC, así como en la representación social que se asocia a ellas, donde priman elementos tales como suciedad, patologías mentales y consumo de alcohol, conductas transgresoras o derechamente delictivas, entre otras. Si bien, estas cualidades están presentes en algunas de las PsC, también es cierto que sus aspectos positivos quedan invisibilizados, por lo que se refuerza la anomia social y la autoexclusión que en muchos casos se verifica en las PsC.

Sobre este giro que puede estar dándose en el COSAM de Estación Central, una de las profesionales entrevistadas señala:

*"Nuestros propios colegas decían: '¿cómo y como podís trabajar con ese tipo de gente?' o 'pucha, mira todos hediondos' o 'mira, pero si está durmiendo en el pasto'. Entonces, de alguna u otra manera, nosotros como equipo buscamos esta modalidad de atraerlos en alguna actividad, más menos masiva, no sólo les servían a ellos sino también nos servía a nosotros como profesionales del COSAM".* (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

*"Yo creo que ha disminuido y ha disminuido bastante, puesto que hoy día cuando llega una persona en situación de calle y que viene por consulta espontánea, la secretaria ya sabe qué hacer, ¿en qué sentido? Puede contenerlo, puede pedir los antecedentes para ver si acaso puede ser atendido por el proyecto. Los profesionales dicen: 'Ah, este es perfil calle....'"* (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Este proceso de cambio en la percepción de las PsC, ha implicado una apertura en las restantes unidades del COSAM, por lo que se facilita la derivación interna. Además, el resto de las unidades sabe que la presencia del Programa Piloto en el mismo COSAM se ha constituido en una oportunidad en aquellos casos que, alejándose de lo que se esperaría, algunas personas que perfilan para el programa Calle han llegado a otras unidades para solicitar atención.

*"Lo toleran mucho más, incluso se han sensibilizados algunos profesionales... porque al final, bueno, entran con nosotros, pero también los podemos derivar a la unidad de adicciones o cuando llegan de la unidad de adicciones nos los pueden derivar a nosotros."* (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Otras de las instancias de Salud con las cuales se vincula el Programa Piloto es el CES N°5, centro también incorporado al Programa Piloto, que presta las atenciones a nivel primario y que además es dispositivo para derivaciones. Esto queda reflejado en el Primer Informe del año 2014 donde se señala: "Las atenciones desde el comienzo del piloto han sido inmediatas luego del traspaso de usuario (a) de APS."

Asimismo, se indica en este informe la realización de “Reuniones para el traspaso de usuarios(as) APS Consultorio”, describiendo que: “además, APS es de gran ayuda para gestionar las horas a médicos generales para nuestros usuarios (as)”.

Con esto se cubre la demanda por los otros ámbitos de atención en salud que los usuarios pudiesen presentar, y que efectivamente presentan, dadas las condiciones de precariedad biopsicosocial en la que viven, lo cual se manifiesta en enfermedades contagiosas, lesiones, traumatismos y enfermedades crónicas, las que muchas veces no cuentan con atención oportuna.

Ahora bien, esta vinculación ahí ido de *menos a más* con el paso del tiempo de ejecución, lo cual es relacionado por una de las profesionales entrevistadas al cambio del equipo existente en APS.

“Este año (2015) está recién funcionando bien APS, porque esto está desde antes... parece que la persona, que las personas que estaban no hacían bien las gestiones, porque no nos derivaban pacientes. No, mucho caos. Pero este año ha fluido bastante bien” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Asimismo, esta fluidez en la relación vincular entre el Programa Piloto y APS queda reflejada en las Actas de las Reuniones Técnicas del equipo del programa. Es así que en la reunión del 15 de julio de 2014, se deja constancia, entre otros aspectos, de la derivación que se realizará a APS de un usuario, indicando que se envíen informe de derivación y objetivos de plan de intervención.

En otra de las actas, esta vez de fines de marzo de 2015, entre otros aspectos, se destaca el carácter de la reunión, en cuanto a que fue espacio para la coordinación con APS. En esta reunión se establecen como criterios para la derivación de APS al Piloto los siguientes aspectos específicos que deberían presentar los usuarios: “- Sin DOC severo. - Si hay consumo de drogas y/o alcohol, que el usuario presente motivación al cambio, responsabilidad personal y “sufrimiento” (sic) por dicho consumo.”

En conclusión, la vinculación del Piloto con los equipos de Salud con los cuales debe estar conectado, COSAM y APS, es descrita actualmente como positiva. Ahora bien, es posible destacar que este carácter *óptimo* se relaciona fuertemente a las relaciones interpersonales y a las características personales de los miembros de los equipos que conforman esta red, donde, por ejemplo, destaca la descripción que se hace del psicólogo de APS, el cual es señalado por el equipo del Piloto como un “*efectivo gestor*” de acciones.

Desde una perspectiva organizacional, es posible corroborar que efectivamente son las personas y sus relaciones interpersonales, un factor clave para proyectar la eficacia laboral de las instituciones, ya que son los/las trabajadores/as quienes *encarnan* la misión y visión declaradas por dichas instituciones. Ahora bien, sería muy aportativo el potenciar procesos organizacionales, tales como capacitaciones a los/las trabajadores/as y revisión de procesos,

que se orienten a asegurar la calidad de las acciones dentro del actuar de la red local de salud, y que la pre-existencia de vínculos interpersonales o las cualidades idiosincráticas de los sujetos, no se constituyan como los factores decisivos y exclusivos al momento de evaluar la calidad del vínculo profesional intra-institucional, sino que sean parte de un conjunto mayor de cualidades presentes en los organismos de salud y sus trabajadores.

Al abordar los aspectos relevantes de esta sistematización en lo que se refiere a la vinculación entre los Programa Calle y el Programa Piloto, a partir de la experiencia de ejecución del segundo, surge uno de los nudos críticos que es posible interpretar desde la mirada de este equipo de sistematización. Dado que el sentido de los procesos de sistematización es relevar los aspectos que mejoren las prácticas y lograr aprendizajes desde las mismas, lo que se describe a continuación abordará tanto los aspectos positivos como los negativos en esta relación entre programas.

En cuanto a la comunicación entre programas, las primeras fuentes consultadas, es decir, los Informes del Piloto para el año 2014, señalan que ésta ha sido efectiva, fluida y aportativa para la ejecución. Por ejemplo, se cita una descripción hecha en el Primer Informe: “La comunicación que se ha establecido con los diferentes equipos ha sido más fluida en comparación con años anteriores. Esto nos ha permitido que los usuarios se presenten a las citaciones, dado que, se les refuerza la citación en conjunto con las respectivas instituciones pertenecientes. (Ya sea Hospedería mujeres, hombres u acogida). Este año se ha contado con espacio para realizar actividades grupales y atender en box a los pacientes.”

Complementariamente, en este mismo informe se señala uno de los aportes que ha significado esta comunicación: “Ha sido de vital importancia, mantener la comunicación fluida con los equipos que participan en el piloto, más aún, en el periodo de cierre de casos y realizar las derivaciones correspondientes, otorgando énfasis en los casos con patologías que requieran medicación y atención especializada”

Ahora bien, es posible detectar diferencias evaluativas en los discursos de las personas entrevistadas. Por ejemplo, citamos la descripción que hace la coordinadora del Programa Calle sobre los inicios del Piloto.

“Hemos tenido alguna dificultad con el proyecto. Algo que me faltó decir es que, en el inicio, además de esto que era como distinto, que era insertarse un grupo de trabajo distinto a la atención que se recibía comúnmente, era que ellos iban a tratar cada vez más de acercar no solo la atención acá, sino que también que de a poco iban a tratar de llevarlos al servicio, por ejemplo a que la persona pueda de a poco ir acercándose al servicio de salud o al COSAM, entonces también se plantean talleres no solo acá, además atención allá. Bueno, con el tiempo yo siento que eso ha ido variando un poco.”  
(Coordinadora Hogar de Cristo vinculada al Programa Piloto implementado desde COSAM Estación Central)



Consultada sobre cómo resolver esta divergencia en cuanto al modelo que implementa el Programa Piloto, señala lo siguiente:

"Y yo creo que es algo que voy a volver a plantear en algún momento, lo que pasa es que con el COSAM recién nos reunimos ayer, por ejemplo, fue la primera reunión, desde el año pasado que no nos veíamos, así como de coordinación nuevamente. Pero yo quiero plantear eso, a mí me interesa mucho ese modelo que tenían antes" (Coordinadora Hogar de Cristo vinculada al Programa Piloto implementado desde COSAM Estación Central)

En el ejemplo citado, es posible interpretar que los canales de comunicación no están del todo explicitados entre los programas. Se aduce falta de reuniones y/o de momentos de discusión de las acciones a seguir. Uno de los aspectos que estaría afectando esta falta de espacios comunicativos, se refiere a las lógicas del trabajo, dado que los modelos de ambos programas estarían orientándose a formas distintas de concebir el trabajo con los usuarios. En breves palabras de la Coordinadora de Hogar de Cristo, la situación es clara: "yo creo que quizás nos ha faltado comunicación"

La comunicación o, más bien, la falta de esta, afecta a todos los niveles, no sólo de coordinación general, sino que el trabajo cotidiano con los/las usuarios/as desde ambos programas. Faltaría motivación de ambos equipos para allanar el camino.

"Yo creo que eso tampoco se ha dado mucho, de ellos acercarse a nosotros, al equipo, al monitor, porque cada caso tiene un monitor diferente *"oye, en que estás tú con este caso"*, Quizás también ha faltado eso. Y al revés, quizás el monitor también ha faltado de estar más metido en cuando, no sé, viene el equipo del COSAM a ver qué talleres están haciendo. Ellos mismos, los monitores, motivar a sus casos para que asistan a los talleres." (Coordinadora Hogar de Cristo vinculada al Programa Piloto implementado desde COSAM Estación Central)

Desde la perspectiva del equipo del Programa Piloto, la situación es descrita con similares características, es decir, la falta de canales comunicativos y la ausencia de espacios para establecer criterios comunes, es relevante y afecta el trabajo del Programa Piloto. Esto se refleja en palabras expresadas en el marco de la entrevista realizada al equipo:

"Es una metodología de trabajo, que ellos tienen, es distinta y probablemente tiene que ver con sus temas más personales, no lo sé... No sé por qué empezó esto, ya ni me acuerdo cuando empezó la mala onda, pero si ha sido como una dificultad" (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

"Como que de verdad es, no se puede trabajar así, o sea decimos *"ya tenemos el taller y ya ocúpelo aquí"* y, de repente, ya sabes que *"tengo taller, pero nosotros también, si pero nosotros somos del Hogar de Cristo"*. Ok bien, accedemos, nos vamos ¿por qué? Porque no somos *ataosos*. Pero nos molesta y cuando lo ponemos en tapete y les decimos y alzamos la voz, dicen *"no, no es así"* y más *chuqui* se ponen los demás." (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

En la misma línea, a partir por los Informes de Avance, es posible apreciar una mirada positiva respecto de los espacios y momentos para la coordinación entre los equipos. En el primer informe se señalan: “- Reuniones mensuales con hospederías para evaluar la evolución del usuario(a)” “- seguimientos y revisiones periódicas en cuanto a avances y/o retrocesos que ha tenido cada usuario (a), a través, de reuniones trimestrales con los equipos.”

Y específicamente, en el segundo Informe se señala: “- Reuniones trimensuales con hospederías para evaluar la evolución del usuario(a).”

En lo informado, se aprecia una disminución de la periodicidad de las reuniones entre equipos para la coordinación de acciones. Lo anterior es refrendado por la Coordinadora Hogar de Cristo, quien señala:

“yo creo que lo que nos ha faltado, quizás en general, es la coordinación, la complementariedad que es básica. Está claro que lo entendemos, que debería ser. Yo creo que, y espero que en algún momento logremos complementarnos al 100%, porque finalmente creo que todos luchamos por el bien común, y nuestro foco de atención debe ser la persona, no los roces que existen entre los equipos, eso debería ir quedando de lado.” (Coordinadora Hogar de Cristo vinculada al Programa Piloto implementado desde COSAM Estación Central)

Esta situación afecta al desarrollo de las acciones de ambos programas, por cuanto los usuarios son los mismos, quienes están dentro de dos lógicas de intervención que, dada la implementación del Programa Piloto, se han encontrado en un campo común de acción, siendo ésta una oportunidad para desarrollar efectivamente un trabajo intersectorial. Hay que considerar que el convenio de colaboración entre el MIDESO y el SSMC “busca romper las miradas parciales y lineales en la resolución de temáticas de interés público, a la vez de apuntar a la sinergia del aparato estatal, evitando la duplicación de funciones y acciones, incorporando además activamente a actores privados o de la sociedad civil” (Galerna, 2015).

Complementando la descripción anterior, desde el Equipo del Programa Piloto se señalan aspectos que siguen en esta misma lógica, es decir, describir ausencia de coordinación y conflictos entre equipos al momento de ejecutar sus acciones.

“Allá no tenemos ningún espacio en común, no. Nos faltan espacios que nosotros nos otorguen para trabajar porque a veces tenemos que sentarnos en los patios, ahí, y tratar de realizar alguna actividad porque no tenemos. Nos dan la biblioteca y la biblioteca ahora ya la tiraron para otro programa sin ni siquiera preguntarnos a nosotros.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

“estamos ahí con los pacientes, pucha *¿qué vamos a hacer ahora? Bueno veamos, busquemos a alguien que nos solucione el problema.* Entonces ahí tenemos que trasladarnos al fondo, a donde nos pasan una cabaña, ir a buscar sillas, poner ampolletas, entonces. El Hogar de Cristo yo creo que no está como feliz con nuestro trabajo, yo así lo percibo, lo siento, para mí siento que eso es como *“ah, vienen a entretener a los viejos”*, ya,

quizás los lleven a cualquier lado. No facilitan.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

En las citas anteriores, es claro que el Equipo del Programa Piloto percibe que su trabajo no es valorado por el Equipo Calle del Hogar de Cristo. Lo que se refrenda con la siguiente declaración:

“Y que es como una pugna siempre en nosotros estar solicitando todos los años, necesitamos estos, ah sí *“le pasamos esto”*, al año siguiente estábamos ocupando esta sala, ah *“le pasamos otra”*. Vamos al año siguiente *“ah, pero es que no sé”*. O sea, de verdad, es un caos.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Una explicación para esta situación es la que elabora un participante de la entrevista realizada al Equipo del Programa Piloto:

“Yo a veces pienso que esto podía haber sido porque ellos siempre creyeron que nosotros éramos trabajadores de ellos, entonces, cuando la cosa se le dejó en claro que nosotros no éramos trabajadores de ellos, empezaron con más dificultad.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Frente a estos problemas, tanto de coordinación, pero también de comunicación, los profesionales plantean estrategias de solución. Por ejemplo, la Coordinadora Hogar de Cristo expresa:

“... bueno, los tiempos son escasos, además, la atención. Bueno, uno siempre desearía que estuvieran más acá y los tiempos que tenemos de reunirnos o de encuentro son una vez al mes, y una hora o dos horas. Entonces, quizás, y bueno, sería imposible estar mucho tiempo juntos. Pero yo creo que nos ha faltado, quizás, estar más juntos, de conocer más el plan de trabajo en conjunto, yo creo que ahí hemos estado trabajando en distintas bandas, puede ser.” (Coordinadora Hogar de Cristo vinculada al Programa Piloto implementado desde COSAM Estación Central)

Lo anterior implica una revisión de los tiempos que están siendo considerados para las jornadas de trabajo, especialmente en el Equipo del Programa Piloto, para hacer efectivas las posibilidades de coordinación. En esta misma línea, la Coordinadora Hogar de Cristo sigue:

“O sea, yo creo que el tiempo que ellos tienen es puntual y claramente la idea es que sea para la atención de los usuarios, no para nosotros, no es para que nos encontremos. Por eso, no sé *po*, el psiquiatra tiene cierta cantidad de horas y es para ver a los acogidos. Entonces puede ser que de repente... puede que falte un poco más de esa conversación entre los profesionales que estamos interviniendo, o tener un poco más de claridad de cuáles son los objetivos que ellos tienen y cuáles son los nuestros, respecto al caso.” (Coordinadora Hogar de Cristo vinculada al Programa Piloto implementado desde COSAM Estación Central)

Desde el Equipo del Programa Piloto, las soluciones también se expresan, no sólo en el ámbito de la coordinación, sino que también en la instalación efectiva que hace este equipo en dependencias del Hogar de Cristo, en cuanto a los espacios.

“Reuniones periódicas por el Hogar de Cristo y generar espacios. Se pudieran habilitar espacios para nosotros para trabajar en buenas condiciones, yo creo que sería súper bueno, quizás a lo mejor tener unos espacios físicos que se pudieran remodelar con dineros y que sea un lugar nuestro, donde podamos tener materiales donde no se pierdan, dónde vamos a hacer un trabajo de mejor calidad.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

De hecho, ya se ha intentado mejorar esta situación, tal como lo expresa una profesional del Programa Piloto:

“Lo resolvió bueno, la coordinadora conversándolo en este caso con Jessica, que es la coordinadora del Hogar de Cristo. Lo conversaron y quedamos en que íbamos a hacer esas reuniones mensuales para apuntar todos al mismo objetivo. Y ahí empezó a funcionar mejor la cosa.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Además, la experiencia también da claves respecto de qué es lo que hay que potenciar: la comunicación entre equipos. En palabras de un profesional del Programa Piloto:

“Lo bueno es que también tenemos reuniones con la hospedería y vamos viendo planes de ellos como hospedería o como casa de acogida y también tenemos que acomodarnos a ese plan, y hay que hacer ahí un engranaje...” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

“Bueno ahora las relaciones están mejor, hemos llegado a acuerdos, estamos haciendo reuniones mensuales, donde hablamos los casos y tratar de apuntar todos al mismo objetivo con los pacientes. Eso ha sido... un poco coordinarnos más.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

Asimismo, en las Actas de las reuniones Técnicas del equipo Piloto, se indican estrategias para coordinar las acciones, así como mejorar los canales de comunicación. Por ejemplo, en el acta de la reunión del 03 de junio de 2014 se indica, entre otros puntos, la información sobre futura reunión de coordinación con el Hogar de Cristo, la que queda agendada para el día 17 de junio a las 15:30. Para optimizar la comunicación, se anota la especificación que ésta será informada vía correo.

Todo lo anterior, es un aspecto crucial en el marco del trabajo intersectorial, ya que tal como expresan Bedregal y Torres (2013), el trabajo intersectorial debería apuntar hacia la “integración conceptual de objetivos, integración de algunos procesos y apertura para comprender lo que los otros sectores pueden aportar”, así como a la “mancomunidad, lo que implica compartir recursos, responsabilidades y acciones” (Galerna, 2015).

#### **iv. Aspectos Vinculados a la Implementación del Programa Piloto**

En cuanto al ingreso de los/las usuarios/as al Programa Piloto, se sigue lo dispuesto por las Orientaciones Técnicas (MIDESOL, 2012). En el Segundo Informe del año 2014 se especifica lo siguiente: “El criterio para la distribución de la cobertura fue realizado por Hogar de Cristo, llegando al centro de salud especializada previa derivación a APS”

Y lo reafirma una de las profesionales.

“Claro, tienen que primero pasar por APS” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Los criterios para ingresar a los usuarios quedan plasmados en el Informe de Avance del año 2014, donde se hace mención a la función del Programa Calle del Hogar de Cristo, en cuanto ser uno de los dispositivos de derivación del Piloto, previa atención en el consultorio de APS, para así seguir con la lógica del circuito del sector Salud.

Una vez recibida la solicitud de ingreso o derivación el equipo sanciona esto en la reunión técnica semanal.

“Claro, entonces, la reunión de hecho, lo conversamos y quedamos de que los vamos a ingresar al piloto a estos usuarios.” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Una de las reflexiones que emerge en los profesionales del Programa Piloto, se refiere a las particularidades de los usuarios, lo que se ve evidenciando con el paso del tiempo, una vez que fueron ingresados al programa.

“fuimos incorporando, observando cómo eran estos chiquillos que tenían complejidad totalmente distinta a las personas que realmente nosotros atendemos, como COSAM” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Ahora bien, con el transcurso de la ejecución se ha generado un nuevo escenario para el ingreso, ya que algunos usuarios, por demanda espontánea, han solicitado el ingreso al Programa Piloto. Lo anterior se relaciona con el trabajo que se desarrolla en el espacio del Hogar de Cristo, donde están otras personas en similares circunstancias que los usuarios del

programa, quiénes valoran el trabajo del cual son observadores. Probablemente, mediante la comunicación entre pares, así como por observación, se visibilizan las acciones de este Programa, lo cual es refrendado por una de las profesionales del equipo:

“también hemos tenido casos que quieren entrar al piloto... ahora tenemos dos usuarios, que ven los talleres y que quieren participar, quieren entrar” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

En cuanto a la coherencia entre casuales ingreso y los objetivos programa, esta queda de manifiesto, tanto por lo que se desglosa en los informes, así como por lo que queda registrado en las Actas de Reuniones Técnicas del Equipo. Existe unanimidad en cuanto a que todos los usuarios ingresados, corresponden a la población a la cual se dirige el programa.

Ahora bien, este juicio unívoco es interesante rastrearlo discursivamente no solo en los informes o datos estadísticos, sino que también en el juicio profesional de quienes están trabajando con los usuarios, en donde la descripción de los que ingresan es coherente o verosímil con los rasgos del usuario que se explicita en el programa. A decir de una profesional del equipo:

“O sea, hartas personas estaban totalmente abandonadas, totalmente. Las familias no los quieren ver, falta personal en el Hogar de Cristo, salen a las ocho de la mañana del Hogar de Cristo, antes, 7:30 ya están afuera, bebiendo todo el día, tirados en la plaza, y después a las 8 o 9 entran nuevamente y a dormir para que al otro día sea lo mismo, lo mismo. Ahora tienen la instancia de los talleres, de 3 a 5 de la tarde no están tomando o de 2 a 3 están con la atención de la asistente social, no están bebiendo, tienen más actividades” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Lo mismo es posible interpretar en el discurso de algunos usuarios del programa, que describen algunas de sus cualidades o rutinas, validan el accionar del Programa Piloto y de su ingreso al mismo.

“me vienen a ver, se han portado bien conmigo y yo eso les estoy muy agradecido, porque aparte de gustarle hablar, me sacan de la rutina. Y yo a veces me aburro, a veces me aburro en la calle, y me pongo a tomar, aquí, con estos mismos, y me viene la pena...” (Usuario Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Y algo similar en el juicio que expresa otro usuario, que someramente describe al conjunto de personas que han ingresado al programa:

“Porque vienen a ayudar a personas que tienen problemas, entonces yo, bueno en mi opinión, yo de que la veo anda para allá, para acá, con puros compadres que tienen problemas, entonces yo creo que es una muy buena acción” (Usuario Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

En conclusión, tanto por lo descrito formalmente en informes y actas del equipo, así como en por lo expresado por los usuarios mismos, se deduce que existe coherencia entre población proyectada con las personas que efectivamente han ingresado al programa.

Ahora bien, a partir de la práctica del piloto, se ha evidenciado que usuarios con patologías altamente complejas, tales como daño orgánico cerebral severo, son más bien reticentes al tipo de trabajo de se realiza, por lo que se ha cuestionado la factibilidad de ingresarlo e incluso en reuniones técnicas se dejó establecido que no se ingresarían más usuarios con este tipo de déficit.

Siguiendo con las indicaciones de las Orientaciones Técnicas, los criterios para la selección de casos derivados al Programa Piloto, los ha establecido el Programa Calle del Hogar de Cristo. Así es señalado tanto por los profesionales del Programa Piloto, como por los profesionales del Programa Calle. Estos criterios principalmente se traducen en la observación de síntomas y signos de patologías de salud mental, salud física, así como alteraciones graves del bienestar psicosocial de los usuarios de Programa Calle, todo lo cual justifica su derivación e ingreso al Programa Piloto.

En este apartado, es relevante citar los informes del Programa Piloto, entre los cuales se mantiene la misma información respecto de los criterios de selección:

“El criterio para la distribución de la cobertura fue realizado por Hogar de Cristo, llegando al centro de salud especializada, previa derivación a APS, personas con las siguientes características:

- Edad entre 50 y 80 años
- Consumidores problemático y crónico de Drogas y/o Alcohol
- Enfermedades Físicas Crónicas (Diabetes- HTA – Etc.)
- Enfermedades Infectocontagiosas incluyendo VIH
- Deterioro Orgánico Cerebral.
- Dificultades para tener autonomía.
- Nula vinculación familiar.
- Sin adherencia en el ámbito laboral.
- Baja posibilidad de rehabilitación
- Baja adherencia a un tratamiento.
- Patología Psiquiátrica”

A partir de estos criterios de derivación, se procede a desarrollar el proceso de diagnóstico de los usuarios incorporados al Programa Piloto.

Así, el equipo analizó los procedimientos de entrada o ingreso de los usuarios, percatándose que tanto psicóloga, como psiquiatra y trabajador social actuaban entrevistando al paciente, dándose en muchos casos, reiteración de entrevistas con el mismo objetivo, es decir, recabar información preliminar y relevante del usuario, con lo cual se pretendía establecer el diagnóstico de entrada. Las múltiples entrevistas a las cuales eran sometidos algunos usuarios

provocaban las quejas de éstos, en cuanto a que distintos profesionales, muchas veces, preguntaban lo mismo. Consultas por la historia de calle, historia familiar, antecedentes mórbidos, entre otros, se repetían en las sesiones iniciales.

Esto dio paso a que el equipo decidiera focalizar las acciones de entrada y primera evaluación en el trabajador social, por lo que se agregaba a este profesional una nueva función. Será éste quien indague en los factores de riesgo y protección relacionados con la vulnerabilidad psicosocial presente en la PsC. Ahora bien, se ha estipulado que si este profesional detecta signos y síntomas evidentes de psicopatología, especialmente en los casos de cuadros psicóticos, derivará inmediatamente al psiquiatra.

“Y él, obviamente, tiene la instrucción de que si el paciente está muy psicótico o necesita una intervención psiquiátrica urgente, él inmediatamente ingresa al paciente, al tiro, ya de inmediato. Y si no, lo manda con la psicóloga” (Profesional Mayor Antigüedad Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

“si está muy psicótico el paciente, va con psiquiatra inmediatamente, de no ser así, va con la psicóloga, luego con el psiquiatra y luego con el técnico en rehabilitación” (Profesional Mayor Antigüedad Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Luego, el equipo analiza el caso y evalúa los objetivos terapéuticos (Informe 2° semestre 2014).

Ahora bien, estos pasos que a simple vista se aprecian simples, presentan algunas dificultades particulares para el caso del Programa Piloto. En palabras de uno de los entrevistados:

“Depende del paciente. Hay algunos que les cuesta el diagnóstico inicial, se da con la evolución. Muchos de estos pacientes tienen deterioro importante, entonces hay que, para llegar a un diagnóstico, hay que despejar otras cosas, hablar con los monitores que tienen, tratar de recabar antecedentes de otros lados. Entonces es más difícil que con otros casos, porque en otros casos o hay familiares que te van aportando datos, el paciente no está tan deteriorado y te aporta datos. Acá, a veces no hay nadie, y *de repente* apenas te puede contar algunas cosas. Entonces, el diagnóstico en general, es muy difícil hacerlo en un inicio, se demora un tiempo” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

A estas dificultades asociadas a las fuentes de información *primarias*, como pueden llamarse al mismo usuario y/o cercanos, se suman dificultades en aquellos casos que requieren de exámenes especializados para despejar sospechas diagnósticas, lo que es descrito por la coordinadora del Piloto:



“Nos tomamos el tiempo necesario para poder hacer un buen diagnóstico. Y además por ejemplo, si necesitamos una resonancia magnética nuclear, o algún examen más específico, el proceso es mucho más lento” (Profesional Mayor Antigüedad Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Por otro lado, la adherencia al proceso diagnóstico no es la misma que en otros pacientes que consultan. Tal como se ha señalado en otros apartados de este informe y es manejado por diversos marcos conceptuales que describen a estos usuarios, la intermitencia asociada a la vida en calle, afecta a la rapidez del proceso que, de por sí ya es lento, por lo que el despeje de las hipótesis diagnósticas se enlentece aún más.

“Hay que esperar, no se po, te voy a dar un ejemplo, si lo que pasa es que nos puede impresionar por primera vez una depresión, o nos puede impresionar ya, ok, una depresión, pero nos vamos dando cuenta en el camino que no es una depresión ¿cachai? O podemos decir *“¿sabis que? es una demencia”* y, al final, no es una demencia, es una depresión, ¿cachai? Nos va a costar mucho tiempo” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

A la falta de fuentes primarias de información, así como a la escasez de recursos para realizar exámenes especializados en la red pública de salud y la intermitencia en la asistencia a las citas, el equipo agrega una condición que afecta no solo a la fase de diagnóstica, sino que a todo el proceso, tal como lo es el consumo de alcohol.

Por último, a juicio del psiquiatra, hablar con propiedad sobre un diagnóstico puede llevar semanas de trabajo, lo que probablemente no difiera de otros tipos de pacientes, pero que en el caso de las PsC las determinantes antes descritas conllevan un abordaje particular, lo que es parte del enfoque familiar y comunitario en salud, tal como lo propugna el modelo de salud que se está implementando actualmente en Chile

“Sobre el primer mes tienes una hipótesis. Se demora dos o tres meses en confirmar esa hipótesis” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Asociado al proceso de diagnóstico, la elaboración del Plan de Intervención es el resultado del análisis de las acciones pertinentes y proyectadas eficazmente para el logro terapéutico de la intervención. A continuación se especificarán algunos aspectos claves de este componente de la intervención.

El Plan de intervención es el resultado, según los profesionales entrevistados, del trabajo conjunto del equipo y con participación del usuario.

“Uno ingresa un paciente, se hace un plan de trabajo con el paciente y en las reuniones se van conversando los distintos objetivos y se van determinando distintas acciones a cada uno de los profesionales con el paciente” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Los contenidos de Plan de Intervención corresponden a los objetivos, los cuales serán descritos posteriormente, junto con las acciones y encargados de llevarlas a cabo. En general, es posible interpretar que el equipo intenta ser consecuente con los principios de la Salud Familiar y Comunitaria, así como del Modelo de Determinantes Sociales en Salud. Esto se refleja en la declaración que se expone en uno de los informes de avance correspondiente al año 2014, donde se indican los principios que orientan la elaboración de los planes de intervención: “Cada atención al Usuario (a) ha sido distinta, ya que, de acuerdo al caso, se estipulan atenciones que sean las más indicadas para éste. Respetando sus creencias y/o valores, destacándose en todo momento el potenciar la confianza y el vínculo, dado que, sabemos cuán importante es el vínculo terapéutico para el cambio”.

Ahora bien, las acciones que conforman las diversas estrategias de atención, son detalladas en los informes del programa. Siguiendo lo expuesto anteriormente, se esperaría que en cada caso, este conjunto de acciones que se constituyen como el contenido de los planes en general, se adecuaría a cada usuario. Estas acciones corresponden a las siguientes:

- Atención Psiquiátrica individual.
- Atención psicológica individual.
- Atención dupla psicosocial.
- Talleres.
- Gestiones Sociales.
- Derivación a APS.
- Gestiones con otras redes.
- Intervención psicosocial grupal especializada.
- Psicoterapia individual o grupal.

Ahora bien, a partir de las entrevistas y diálogos que se generaron con los profesionales y técnicos del equipo, es posible indicar las especificidades de estas acciones.

La atención psiquiátrica individual es una de las estrategias que abarca a la totalidad de los/las usuarios/as.

“si son treinta pacientes, los treinta pacientes lo tienen que ver el psiquiatra. Por ejemplo, no se *po*, tenemos una paciente que es consumidora de pasta base, obviamente la cantidad de sesiones la va a tener el técnico, por ejemplo, ya tres sesiones y dos sesiones o una la psicóloga, pero tiene que estar en contacto constante, en relación con el psiquiatra para decirle “¿sabes qué? mira, esto está pasando con la paciente” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Dicho apoyo psiquiátrico es complementado por las labores que desarrolla la psicóloga, integrando compensación, contención y orientaciones terapéuticas.

“El psiquiatra da los medicamentos y también hace la pega que hace el psicólogo, acompañamientos, contenciones emocionales y todo eso” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Por otro lado, los talleres de manualidades están previstos como una estrategia a la cual se intenta integrar a todos los/las usuarios/as.

“Si o si todos estos pacientes pasan por las manos de la señora Juanita. Todos, absolutamente todos” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Ahora bien, siendo coherentes con los principios de particularidad y pertinencia, el equipo expresa que:

“A no ser que sea un paciente que, por ejemplo, vemos que no le pega al tema, no se invita a sesión grupal, pero tiene que ir en algún momento a hacer un trabajo grupal” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Por otro lado, en el caso del trabajo con las problemáticas asociadas al consumo patológico de alcohol y drogas, ampliamente extendido entre los usuarios tal como se ha expresado precedentemente, se estipula como una labor que se desarrolla complementariamente entre los profesionales, donde la psicóloga y el técnico en rehabilitación son los que llevan a cabo los procesos terapéuticos y de reducción del consumo, apoyados por la labor de compensación que es desplegada por el psiquiatra.

“O sea igual acá siempre hay adicciones, también lo ve la psicóloga, lo que pasa es que el trabajo fuerte se lo lleva el técnico en rehabilitación” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

“Y el técnico en rehabilitación, que es nuestra nueva apuesta, totalmente enfocado a la reducción del consumo” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Un aspecto que es destacable en este punto, tiene que ver con un juicio respecto de la pertinencia de ciertas estrategias que, usualmente, se emplean en el abordaje de las dependencias, tal como lo es la psicoeducación. Según la opinión de uno de los/las profesionales, este tipo de acciones no tienen impacto en los/las usuarios/as, por lo que se habrían descartado como parte de los planes de intervención.

“Mira, las clases de psicoeducación que no sirven para nada, prácticamente van, claro, participan en el taller, van a las clases y después se van a beber” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Otra fuente de información pertinente, donde se describen los contenidos de los planes de intervención, es la opinión de los/las usuarios/as respecto de *lo que hacen* en el programa. Desde sus descripciones podemos inferir un parte del conjunto de acciones que integran los planes de intervención.

#### Talleres de manualidades:

“Ella era trabajadora social, pero no sé, nos llevaba al COSAM, hacíamos sus trabajos ahí, nos hacía, hace collares. ¡Ay! Varias entretenciones” (Usuario Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

“Ahí para hacer trabajos manuales, trabajos manuales, hacíamos *mándalas*, todas esas cosas, todas esas cosas” (Usuario Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

#### Apoyo en Salud Mental:

P: ¿A quién más conoce del equipo?

R: Al doctor Iván, él me trae pastillas, diazepán, pastillas para dormir y todas esas cosas...él me las trae para acá y yo eso tengo que agradecerlo. Tengo que agradecerle porque se da la molestia de poder de tratar de venir para acá, a vernos a nosotros” (Usuario Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

#### Apoyo psicológico y emocional:

“... si, ella viene y conversa conmigo, con nosotros. Y eso hace bien, nos saca de la rutina y nos pone contentos” (Usuario Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central)

“Si po', con ellos converso, con el que viene en las mañanas o a veces en las tardes, aunque no hablo mucho, porque no quiero” (Usuario Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

#### Actividades en COSAM:

“Pa allá *pal* COSAM nos llevaban en vehículo, nos llevaban en auto” (Usuario Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

En el planteamiento de objetivos, la propuesta del equipo se relaciona con asumir criterios de factibilidad, es decir, que sean realmente alcanzables. A partir de la experiencia, los profesionales del equipo sustentan que las metas deben ser acordes a las posibilidades de los usuarios. Sobre este tipo de objetivos, uno de los profesionales señala:

“Tratar de reducir el daño en lo más posible no más, pero la rehabilitación total no se puede, es imposible. Tratar de que consuman menos, tratar de que te puedan acceder a salud, que están mal, tratar de que tengan un acompañamiento por parte de nosotros que los familiares tampoco los visitan, tratar de estimularlos cognitivamente, que participen en los talleres. Esos son nuestros objetivos a corto plazo digamos... Tratamos de no tener metas tan altas. A veces cosas muy pequeñas para nosotros son un logro importante” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

En este mismo sentido, en el Informe del primer semestre de año 2014, se declara: *“Las intervenciones realizadas... son pertinentes a las necesidades reales que los usuarios manifiestan y tienen. En este sentido se destaca la flexibilidad y empatía en el trato al usuario/a”*

En el caso particular del consumo de alcohol y/o sustancias psicotrópicas, la reducción del consumo parece ser lo “más realizable”, especialmente en aquellos casos que esta condición ha acompañado a los usuarios a lo largo de su trayectoria de vida:

“Que consuman un poquito menos de lo que están consumiendo, porque una persona que lleva consumiendo desde los 11 años y tiene sesenta, ya es imposible, casi prácticamente que deje de beber, sobre todo cuando está inserto en un lugar donde todos sus pares consumen y están todo el día tomando y salen afuera en la plaza y todos toman, incluso entran botellas al Hogar de Cristo, ahí están los monitores revisándolos, que no quitándole las botellas, es un tema el alcohol, por eso incorporamos a un técnico en rehabilitación que nos trae apuestas” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Junto con esta forma de comprender y formular objetivos de intervención, la práctica del equipo también incluye la posibilidad de reformularlos. Según algunas de las descripciones de los/las entrevistados/as, así como de anotaciones de las Actas de las Reuniones Técnicas, la cotidianidad de los usuarios, va moldeando la formulación de nuevas metas o corrección de las mismas:

“Estamos todos los jueves, tenemos nuevos objetivos, *“este está mejor, este lo vuelvo a tomar, este no sé qué”* (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

“Lo que dice Iván es verdad, todas las semanas se van cambiando y no es porque no tengamos un plan de tratamiento individual. No, si hay. Pero se va cambiando, es como ellos, itinerante. Tal cual, nosotros seguimos el ritmo de ellos” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

“Entonces es muy, es difícil armar un plan de intervención y seguirlo como mapa. Es una cuestión semanal” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

La invitación reflexiva de estas últimas palabras es a recoger el conocido aforismo de *no confundir el mapa con la realidad*.

Por otro lado, el equipo refiere indicadores de logro y condiciones que van dando cuenta que el proceso es posible de llevar a cabo. Y el principal aspecto que indica que el Plan de Intervención tiene sentido para los/las usuarios/as y que están dispuestos a cumplir con los compromisos u objetivos, se refiere a la adherencia.

Si un usuario se mantiene en el programa, asistiendo a los talleres, posibilitando las conversaciones y monitoreo, cumpliendo con el tratamiento farmacológico, haciendo el esfuerzo por ir al COSAM, dichas conductas están directamente relacionadas con el *vínculo terapéutico*, tal como lo describe una de las profesionales:

P: ¿Cómo se han planteado el logro de ese objetivo, la reducción del consumo, de la cantidad, qué hacen?

R: Vínculo. Vínculo con el paciente. Mira hemos intentado de todo. Él dice que él bebe menos porque hace un compromiso conmigo, ¿te fijas? Es para que yo confíe más en él, para el sentirse que está cumpliendo con lo que yo le pedí, pero no es por trabajo de que aprendieron en una clase, no. Netamente vínculo” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Tal como se ha mencionado en apartados anteriores de este informe, el trabajo intersectorial es uno de los pilares para la consecución de los objetivos que orientan el trabajo en salud mental para PsC. Las complejidades de estas personas relacionadas a enfermedades, factores de riesgo psicosocial, daño y desvinculación de las redes de apoyo, hacen que los recursos del Programa Piloto sean insuficientes para atender dichas complejidades. A partir de esto, es que el Trabajo Intersectorial y/o de Redes es uno de los aspectos relevantes para describir a continuación.

Por una parte, el Programa Piloto contaría con una red de apoyo, especialmente en lo referido al sector Salud. Se ha explicitado en los informes de avance del año 2014, que a partir del trabajo conjunto entre los organismos implicados en esta ejecución, es decir, COSAM, Hogar de Cristo y APS, sería posible la inclusión de los usuarios en la red de salud. Es decir, lo primero que se articula bajo el modelo de trabajo en redes, serían justamente los ejecutores del Programa Piloto y su contraparte programática, el Hogar de Cristo. En el Informe del primer semestre de 2014 se señala: “Existe coordinación con los equipos (Hospederías, acogida, APS, etc.), para insertar a la persona situación de calle a la red de salud local”.

Lo anterior es coherente con lo que se ha expresado en cuanto al trabajo intersectorial, el cual requiere de complementariedad de objetivos y procesos, así como mancomunidad recursos, responsables y acciones. Por otro lado, en cuanto a los nodos efectivos para el trabajo en red (Martínez Ravanal, 2006), se indica en una de las actas de las reuniones técnicas del equipo, que se cuenta con el apoyo de centros de salud y que la contraparte técnica del piloto del SSMC se compromete a gestionar acciones para derivar en caso que sea necesario (Acta Reunión Técnica, 06 de mayo de 2014).

En cuanto a los resultados de derivaciones, es posible señalar lo que se expresa en el Informe de Avance correspondiente al primer semestre de 2014, en cuanto a ejemplos de derivaciones realizadas.

- Rostros Nuevos, gestiones de ingreso a casas de residencia, con objetivo de llegar a autonomía completa, se postulan 4 a 5 usuarios.
- Comunidad Terapéutica para la internación de usuario
- Hospital El Pino, para internación de usuario
- Se coordina con COSAM Unidad de Adicciones para reingreso de usuaria
- Coordinación con Dental del Consultorio Las Américas"

Ahora bien, en este mismo informe, se señala: "Las acciones que se han realizado con las instituciones se han llevado a cabo sin problema, sin embargo, algunas han fracasado de acuerdo al perfil que presentamos".

De lo anterior, es posible describir que uno de los elementos que está jugando en contra, en cuanto a la efectividad de las derivaciones, se relaciona con el *perfil de los usuarios*. Por otro lado, el equipo refiere que también juegan en contra otros factores, esta vez asociados a las mismas redes, en especial a las redes de salud.

"Son las dos cosas, un circuito poco expedito y una poca oferta de camas" (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

"El tema de cama es más complejo. Por un tema de una hernia complicada, Posta Central, y bien. Pero en temas (de salud) mental es como mucho más complejo" (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

A partir de esto, se comprenden algunas de las siguientes declaraciones de los profesionales del Programa Piloto, las cuales están marcadas por el pesimismo frente a la efectividad de las derivaciones:

"a nosotros, como proyecto, yo creo que nos hace falta tener alguna institución que nos pueda recibir a los pacientes e internarlos, porque de nada sirve hacer todo este trabajo, es pérdida de tiempo si el paciente vuelve al Hogar de Cristo y está ahí y están todos tomando, o sea tu tratas de hacer un trabajo y por otro lado te están sabotando el trabajo" (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Particularmente, en cuanto al perfil del usuario del Piloto, una profesional señala:

“... se le dificulta este trabajo, el conseguir el cupo, porque son muchas las trabas, demasiadas, o sea, generalmente requieren gente que se pueda desenvolver sola y estos pacientes no po. Hay que bañarlos, hay que vestirlos, se descompensan y por eso siguen permanentemente ahí en el Hogar de Cristo” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Ahora bien, el equipo también plantea algunas estrategias y alternativas para solucionar este escenario adverso en relación a las derivaciones. Uno de los profesionales propone la coordinación mediante reuniones semanales con los dispositivos de salud implicados en la zona, dando como ejemplo su propia experiencia en otra zona de Santiago

“hay buena gestión de camas, casos, reuniones seguidas con los distintos equipos. Yo te lo digo por experiencia propia, tenemos reunión semanal con los COSAM, o sea, yo trabajo en una Unidad de Hospitalización (del sector sur), y todas las semanas nos juntamos con los COSAM, con los servicios ambulatorios” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Otra propuesta dice relación con el aseguramiento de un número mínimo de cupos en instituciones de protección y acogida.

“yo creo que de tener más redes, que pudiésemos tener más redes como proyecto, que nos den, no sé, por ejemplo, tres cupos para tal hogar, donde nos puedan recibir a pacientes con tales patologías, porque los hogares no te reciben personas, no sé, que tiene esquizofrenia, no. Una tenía VIH, nos costó un millón tratar de llevarla a algún hogar, por el VIH no la querían recibir en ningún hogar, ¿te fijas?” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Por último, se propone que uno de los garantes de la existencia real de oportunidades de derivación y en especial de cupos para hogares de acogida eficaces, sea el Ministerio de Salud.

“Entonces no sé, si el Ministerio o quien pudiese ayudarnos que nos diga *“ya, pueden tener tres cupos para este hogar durante tres meses”* o no sé, por ultimo por semestre, ¿te fijas? Que nos den cupos y los que logremos rehabilitar un poco más, que se vayan ahí e ir sacándolos de calle. Pero de nada sirve hacer el trabajo si continúan ahí en calle” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Como uno de los principales momentos para efectuar el alta, los profesionales indican el momento de efectuar derivaciones. Este aspecto es crucial, ya que como se describió anteriormente, el número de derivaciones es bajo y, más aún preocupante, cuando se señala que parte de dichas derivaciones no han sido exitosas.



“hay pacientes que también hemos derivado a hogares, dados de alta, entonces ya, o lo hemos derivado a APS porque ya más menos esta mejor” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Por otro lado, se señala que actualmente el programa se encuentra reformulando sus estrategias, por lo que el alta se asocia más bien a que los/las usuarios/as han dejado de participar, más que el logro de objetivos terapéuticos.

“Es que estamos en una nueva formulación, entonces, estamos dando de alta algunos que ya no vinieron, algunos que no cumplieron su proceso dentro del programa” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Tal como se aprecia, el alta médica es uno de los nudos críticos de la intervención desarrolladas por el piloto. Al indagar por los criterios para este evento de la intervención, los entrevistados/as señalan principalmente que se está aplicando en los casos de abandono y de oposición a la intervención:

“Altas por deserción generalmente, porque no adhieren” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

“La no adherencia. No llegar a las citaciones, no querer participar en los talleres, bueno algunos se ponen agresivos, nos mandan a la punta del cerro, no quieren ser atendidos” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Frente a esta situación, una salida de *tercer término*, parece ser la derivación a APS, para que al menos se asegure algún tipo de atención del tipo primaria.

“varios de los que vamos a dar de alta y vamos a tratar de insértalos en las red, Jorge se va a encargar de vincularlos al consultorio y todo el tema” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

## **v. Valoración y aprendizajes en torno al Programa Piloto**

A partir de las entrevistas a usuarios del programa, en forma general, es posible señalar que la valoración respecto del Programa Piloto es positiva y es posible vincular este aspecto a lo que se indica desde el Enfoque Comunitario para el trabajo con comunidades (Martínez Ravanal, 2006) y los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MINSAL, 2012) y de lo que se ha planteado como claves para el trabajo con Personas en Situación de Calle.

Principalmente los usuarios entrevistados han destacado positivamente el hecho de que “se acerquen”, “los ayuden”, “compartan” y solucionen algunos problemas de salud. Destaca el hecho de que el foco de la valoración sea el Equipo, por sobre las actividades particulares,

mencionando el acto de “conversar” como el principal aporte a su bienestar. Esto se puede relacionar con lo que el equipo ha señalado como “vínculo”, y que se ha caracterizado como el principal agente de cambio en estos procesos.

“Porque para mí es importante, porque en el sentido de que están haciendo una labor muy grande a nosotros, que estamos de allegados, de acogidos, que estamos de albergados aquí. Nos están sacando del tren y nos invitan a tener un tema de conversación, bueno ahí después ustedes van sacando las conclusiones de con quién conversan y con quién no conversan” (Usuario Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

En otras aseveraciones, se combina la valoración del vínculo con la actuación profesional de los/las trabajadores/as del Programa Piloto, lo cual es relevante destacar dado que da cuenta de la aplicación de elementos centrales del mismo, entendiendo con esto lo que plantea el Modelo Comunitario en Salud Mental, tal como lo es la disminución de las barreras de acceso, proximidad, la actuación de profesionales competentes y que el acercamiento se ajuste a estrategias según la habitabilidad de los usuarios.

“Sí *po'*, conversamos como está la salud, todas esas cosas. Sí. Y de repente, pasa aquí (refiriéndose a la plaza del Hogar de Cristo) y “*Hola Andrés, hola Andrés*” y para nosotros es un alivio, es un alivio de que personas de cierta profesión a uno lo saluden, lo saludan, nos sacan de la rutina” (Usuario Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

“La hipertensión y por las piernas. No *veí* que yo no puedo caminar, que yo, me cuesta, me cuesta moverme. Entonces, de eso se preocupa él, y la Nicol también, y el doctor también. Yo le digo doctor, pero son trabajadores sociales no más. Pero bueno, es mi respeto a ellos y yo los trato así, y les gusta como hablo yo, porque dicen que soy muy culto, dicen que soy muy culto” (Usuario Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Asumiendo que existe un problema comunicacional y de coordinación entre ambos programas, la evaluación que se hace desde el Programa Calle del Hogar de Cristo hacia el Programa Piloto, no solo se centra en este aspecto. Por el contrario, son evaluados como positivos tanto el proyecto en general, dada su finalidad de aportar al mejoramiento de la calidad de vida de las PsC, así como a la línea de trabajo que desarrolla el equipo del Piloto.

“Entonces siempre fue visto con mucha alegría este piloto, porque sonaba muy lindo de que le iba a dar la atención y que la gente que viniera, los médicos o el equipo que trabajara, iba a tener una mirada distinta a la que tienen actualmente los médicos de salud primaria o la atención que le dan a la gente, normalmente a la gente. Así que yo creo que partimos todos muy encantados, y sabiendo que era una gran oportunidad” (Coordinadora Hogar de Cristo vinculada al Programa Piloto implementado desde COSAM Estación Central).

“No sé, en el trato que tienen con ellos, el doctor es súper cercano, uno en cuanto va al doctor en atención primaria lo primero que miran es: “ah, la persona está sucia, ah llegaste tarde”. En ese sentido son súper flexibles, saben que la persona va a llegar tarde y lo van a esperar un poco más, o si está sucio igual los van a atender, por ejemplo. Eso no nos pasaba en el consultorio y siempre nos reclamaban. Yo creo que eso está en nuestro esfuerzo y bien po, está bien que entiendan esa lógica. Lo otro que te decía que está bien que la gente empiece a atenderse en el COSAM, quizás a través de éste piloto, pero también, aquí y allá, o aquí y en el consultorio, no solo acá, en algún momento se hizo y creo que también eso era bueno” (Coordinadora Hogar de Cristo vinculada al Programa Piloto implementado desde COSAM Estación Central).

Por último, es bueno recalcar la finalidad del Programa Piloto, lo que en palabras de una de las entrevistadas, implica siempre la superación de los obstaculizadores, ya que en definitiva, son los usuarios los que se benefician o perjudican con las acciones de los equipos:

“Yo creo que lo importante es siempre que, pese a las dificultades que tenemos y hemos tenido, yo creo que para nosotros es innegable que esto es una gran oportunidad, como te lo dije, y ojalá que en algún momento logremos complementarnos, lo importante es por nuestros casos...” (Coordinadora Hogar de Cristo vinculada al Programa Piloto implementado desde COSAM Estación Central).

“Estos equipos, que están tratando de trabajar con gente de calle, y que hacen todo su esfuerzo y yo creo que en verdad lo hacen y lo hacen bien, por lo menos lo que lo hacen con nosotros” (Coordinadora Hogar de Cristo vinculada al Programa Piloto implementado desde COSAM Estación Central).

Una vez revisados diversos aspectos de la implementación del Piloto de Salud Mental para Personas en situación de Calle, y considerando las fuentes secundarias consultadas, así como las entrevistas y el ejercicio de sistematización realizado, es posible describir aspectos que, bajo la denominación de obstaculizadores de la intervención, se constituyen en aquellos factores presentes tanto en la organización como en el entorno, y que afectaron la adecuación de la intervención y la consecución de lo que se esperaba de este Programa Piloto.

El equipo ha señalado que uno de los aspectos que obstaculizó la intervención, se refiere al consumo de alcohol y drogas por parte de los/las usuarios/as lo cual, dada su alta frecuencia, imposibilita realizar intervenciones adecuadas. Aun cuando se asume que esta es una característica presente en varios de los usuarios, también se indica como uno de los factores que incidió en abandonos de tratamiento, oposicionismo e incumplimiento de compromisos básicos.

Sin embargo, la “Escasa red para derivaciones en caso de intervenciones especializadas en salud -oftalmología, traumatología, dermatología, por ejemplo” (Informe 1er semestre 2014), listado al cual se debe agregar psiquiatría, y residencias de protección y/o acogida, constituye un debilitador de la eficacia de tratamientos iniciados en el Piloto. Se asume que la “cronicidad

de pacientes, requiere de instituciones” que no están con la adecuada “presencia en la red local y regional” (Informe 1er semestre 2014).

Otro factor obstaculizador lo constituye la ausencia de recursos para acciones de recreación, así como alimentación de los/las usuarios/as, lo que impide generar espacios grupales de convivencia o dotar a los talleres de insumos de cafetería que amenicen dicha actividad.

Por otro lado, la carga horaria del equipo no permite sostener algunos procesos que requieren mayor frecuencia de atención. Asimismo, afectaría al nudo crítico que se describió en cuanto a la comunicación y coordinación con otros actores del sector salud, así como de la red de apoyo.

Ligado también al equipo, un factor de inestabilidad lo constituye la condición contractual a honorarios, lo cual incide en las proyecciones laborales y en la precariedad laboral que experimentan los trabajadores.

Por último, se indica como un gran obstaculizador el clima de conflicto que se describe tanto por trabajadores del equipo como por la coordinación de la Casa de Acogida Hombres del Hogar de Cristo, lo cual afectó la comunicación y el trabajo coordinado entre las partes.

En cuanto a facilitadores de la ejecución, es posible señalar que el equipo se ha organizado según las orientaciones técnicas establecidas para garantizar oportunidades especializadas en la atención en salud mental. Destaca que, a pesar de contar con carga horaria más bien baja, el equipo intenta asumir sus responsabilidades laborales con flexibilidad y disponibilidad, con lo cual pueden asumir exigencias asociadas a las contingencias y dinámicas de la PsC.

Lo anterior se relaciona con las adecuaciones que los/las trabajadores/as del equipo del Programa Piloto han desarrollado en el ejercicio de sus funciones, tales como ser flexibles en cuanto a los espacios de atención, combinar estrategias interventivas, considerar las características de los/las usuarios/as para la generación de metas realistas, todo lo cual se asocia al enfoque comunitario en salud mental.

Otro factor que se puede describir como facilitador es la valoración positiva del equipo por parte de los usuarios, así como también la adherencia a la intervención enfatizando el desarrollo del vínculo terapéutico.

Igualmente, un aspecto facilitador es el esfuerzo del equipo y la apertura del COSAM para incorporar al Programa Piloto como parte de su oferta de servicios. Lo que ha facilitado el acercamiento de los usuarios sin mayores inconvenientes en las dependencias del Centro y que los equipos de las unidades del Centro se han vinculado al piloto, brindando apoyo y facilitación de atenciones diversas dentro de la oferta institucional.

En este sentido, a partir de la experiencia de implementación del Programa Piloto, el equipo ha logrado establecer una serie de aprendizajes, considerando aspectos que van desde el perfil profesional de quienes se desempeñan en Salud Mental para PsC, la dinámica de la vida en calle y sus implicancias para el sistema de salud y los requerimientos para implementar un Programa de estas características que potencie la finalidad de ser una respuesta pertinente según los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

En primer lugar, el perfil profesional y técnico de quienes trabajan en Salud Mental para PsC debe considerar una adecuación del ejercicio profesional. Esta adecuación debe orientarse a flexibilizar los requerimientos de la atención, que se adecue a los espacios y horarios de la PsC, así como a las características de dichas personas. Debe ser el profesional y técnico quien se adecue a las condiciones del entorno y formas de relacionarse de la PsC. Al Respecto, una de las profesionales señala:

“En la calle, sentados en el suelo. Cuando yo estaba y hacía atención a los pacientes, invierno con paraguas parada en la calle, ¿me entendí? Entonces tampoco es como cualquier profesional, o sea el perfil del profesional que entra a Calle es totalmente distinto al perfil que atiende en un box” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Un aspecto en particular que señala el equipo en sus informes del año 2014, apunta en este mismo sentido, es decir, fortalecer al profesional y técnico que labora en estas iniciativas. En dichos informes se especifica: “Considerar capacitación al ejecutor (ej.: modo de consultorías), a fin de fortalecer capacidad de respuesta en intervenciones en crisis de pacientes descompensados”.

Por otro lado, un aspecto que se vincula con el circuito de atención que tiene el sistema público, dice relación con el requisito de utilizar a los consultorios de APS como “puerta de entrada” al sistema. Sobre este aspecto, el equipo ha propuesto que se revise para el caso de las PsC dicha condición, ya que al no contar con un domicilio estable o directamente vivir en la calle, los protocolos de atención se tornan en un obstáculo.

En lo que se refiere a Redes, el equipo ha asumido que hay una débil vinculación entre APS y el Hospital San Borja Arriaran, lo cual obstaculiza las atenciones de mayor complejidad de los usuarios. Al respecto, el equipo propone fortalecer dicho vínculo a través de una coordinación efectiva entre equipos y encargados de redes, con el fin de garantizar “prestaciones en salud general y de especialidades médicas” (Informe 2° semestre 2014).

Asimismo, la experiencia descrita y los análisis realizados por el equipo, señalan la necesidad de contar con “cupos” garantizados para la derivación a hospitales, hogares de protección y/o acogida, que considere la inclusión de las PsC y sus cualidades. Sobre este punto, uno de los entrevistados señala:

“Hogares, hogares protegidos, hogares abiertos, hacer convenios, no sé cómo funciona, pero que nos pudieran ayudar. Sobre todo también con el hospital psiquiátrico, ¿te fijas? Porque necesitamos internaciones a veces, tenemos pacientes que están súper intoxicados con alcohol y no hay cómo, no hay cupo, el paciente queda ahí y algunos se mueren” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

En lo que se refiere al COSAM, uno de los aspectos que señalan como un aprendizaje, se vincula con la adecuación del espacio e infraestructura del Centro. Este debería prestar condiciones tales como duchas y salas o espacios diferenciados para niños y adultos con equipamiento adecuado.

Por otro lado, ha surgido en la reflexión del equipo del Programa Piloto que la ejecución de programas de este tipo, debe garantizar relaciones contractuales que aseguren condiciones laborales adecuadas, eliminando la condición de profesional a honorarios, ya que esta fórmula incrementa la precariedad y desincentiva el ingreso a trabajadores a proyectos de este tipo.

En lo que se refiere al trabajo directo con los usuarios, la importancia del vínculo entre trabajador/a (profesional o técnico) y usuario/a, es señalado profusamente en las entrevistas. El sostenimiento de dicho vínculo es uno de los aspectos que es señalado como garante de cambios y predictor de ciertos grados de éxito en la intervención.

“Cercanía, o sea, yo siempre, el que quiera trabajar en este piloto tiene que tener habilidades blandas, o sea, acercarse al paciente, dar la mano, saludarlo, “hola ¿cómo ha estado?” Son pacientes muy solos. No sirve una persona que le diga “hola ¿cómo está?” desde lejos y no genere esa como conexión” (Profesional Mayor Antigüedad Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

“Preocuparse por él, preguntarle cómo ha estado, interesarse por su vida, que te cuentan sus vivencias desde chiquitito.... a él le gusta hablar mucho. Meterse en sus temas. No sé, a él le gustan los tangos, de repente ponerle un tango en los talleres, involucrarse un poquito más allá de lo que se involucra un psicólogo o un psiquiatra” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Por último, se ha señalado la necesidad de mejorar los canales de comunicación y coordinación entre APS-Hogar-Programa Piloto, así como describir claramente obligaciones, derechos y deberes de cada parte implicada.

“Yo mejoraría que inicialmente tuviera muy claro a qué se compromete cada una de las instituciones y que estuviera pero muy claro, cosa que se evitaran todos estos choques, dimes y diretes. Muchas más clara, rayar la cancha, que hace cada una de las instituciones, sería una buena forma de partir. Compromisos tanto del lugar del prestador, en este caso nosotros, como del lugar donde se va a ejecutar que es el Hogar de Cristo” (Profesional Equipo Programa Piloto Salud Mental Calle COSAM Estación Central).

Considerando lo expuesto anteriormente, es posible señalar que el Programa Piloto en Salud Mental para Personas en Situación de Calle, ha desarrollado una ejecución y presentado un funcionamiento adecuado a los principios y metodologías que están a la base en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria.

Se destaca el enfoque de trabajo adoptado por el equipo, el cual facilita el acceso a prestaciones de salud mental a los usuarios del Programa Calle del Hogar de Cristo. Destaca, a su vez, la potenciación del *vínculo* entre trabajadores y usuarios, sostenido en el afecto, empatía y respeto. Esto es validado por los usuarios entrevistados, quienes sostienen que el trato recibido los anima a mantener su vinculación al programa.

### 3.2.4 Programa Piloto Salud Mental Calle Centro de Salud Nº 5 de Estación Central

#### i. Trabajo de Campo

En el siguiente cuadro se detallan las técnicas implementadas en el marco del proceso de producción de información en esta experiencia de implementación del Programa Piloto:

**Tabla Nº 4: Técnicas de Producción de Información Implementadas Programa Piloto Salud Mental Calle Centro de Salud Nº 5 de Estación Central**

TÉCNICA	ACTOR	Nº de Aplicaciones
Entrevistas Semiestructuradas	Profesionales con mayor tiempo de ejecución en el Programa Piloto en Salud Mental en cada uno de los centros de salud implicados	1
	Coordinadores del Programa Abriendo Caminos y Programa Calle vinculados al Programa Piloto en Salud Mental	1
	Usuarios del Programa Piloto en Salud Mental vinculados al programa Abriendo Caminos y al Programa Calle	2
Grupos Triangulares	Equipos ejecutores del Programa Piloto en Salud Mental de los centros de salud implicados	-

#### ii. Objetivos, Población Usuaría y Características del Equipo

En primer lugar, consideramos importante consignar que el presente análisis se ha logrado realizar, en buena medida, por los aportes del único profesional que a la fecha forma parte del Programa Piloto en este centro de salud, dicha situación impacta en las posibilidades de incorporar miradas diversas desde la óptica de los ejecutores directos del programa, sin embargo, esta limitación se compensa en buena medida por la disposición y esfuerzo del profesional entrevistado para dar cuenta de la experiencia desarrollada y por los aportes desde las percepciones de usuarias y contraparte de Programa Calle.

En relación a los aspectos asociados a los objetivos del Programa Piloto, según lo que se señala en informe de avance de julio de 2014 y en consistencia con lo que declaran los actores vinculados al Programa Piloto, el objetivo del mismo es la evaluación y tratamiento en salud mental a personas mayores de 18 años, que se encuentren en situación de calle. Es así como, implementar la atención para estos usuarios, contribuiría a disminuir las barreras de acceso no solo a lo que a salud mental se refiere, sino que a la atención de salud en general.



“Me acuerdo de una capacitación que me hicieron en el primer año, que era que tenía que darle acceso a la red de salud y eso, es lo que más me dediqué un buen tiempo. Hablar con los directores: Por favor, dele la hora (...) y darle una atención que no entra a ser una psicoterapia en muchos casos, porque son personas que no les interesa, entonces hacer una especie de educación de qué se trata el piloto a las Hospederías, porque me sentaba con personas que no tenían idea. Hasta el día de hoy me pasa” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

La particularidad de las condiciones de vida de los usuarios del Programa Piloto en este territorio, personas en situación de calle, que está caracterizada por un consumo problemático y dependencia de alcohol severo, esquizofrenia y algunos distintos tipos de psicosis, enmarca y da sentido concreto a una intervención en salud mental, de carácter comunitario y que apunte a dotar de herramientas a las personas para que afronten su situación de salud y mejoren su calidad de vida.

“La idea del modelo es que sea un modelo flexible a las necesidades de la población, de que estén una atención territorial clarita por un equipo, que estas personas se empoderen de la realidad que tienen, y que se inserten a las redes...” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

Existe, asimismo, una alta valoración desde el equipo del Hogar de Cristo respecto del Programa Piloto y sus objetivos, calificándolo como sumamente importante en la acción de la entidad.

“(...) yo creo que es un enorme beneficio, algo que a nosotros nos llegó a aportar, no en un 100, sino en un 1000%. Nosotros como programa, como yo te decía en un principio, solamente tenemos dos técnicos sociales y dos Asistentes Sociales, no tenemos especialistas en salud mental, entonces que haya llegado, este programa y que inmediatamente haga la vinculación con el COSAM, para nosotros ha sido muy enriquecedor” (Coordinador Hogar de Cristo vinculado al Programa Piloto implementado desde CES N° 5 Estación Central).

Sin embargo, se detecta una brecha de comunicación entre el nivel central y el equipo ejecutor (profesional ejecutor en estricto rigor, en estos momentos), respecto de los objetivos y sobre todo del modo de implementar la intervención, más allá de lo formal y lo establecido de modo teórico. ¿Qué es lo que debe primar, lo cuantitativo o la calidad de la intervención? Así lo afirma el profesional del piloto en APS Estación Central.

“Pero nadie, nadie se ha sentado aquí a decirme, Oye ¿cómo se tiene que hacer esto? Le dije a la gente del Ministerio ¿Qué es lo que quieres tú?, ¿solo un número? no te lo voy a dar (...) lo que interesa es como abordar los problemas reales de las personas y no los problemas que nosotros suponemos que tienen las personas” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

Ahora bien, esta situación evidentemente se puede agudizar en el actual contexto, en la medida que ejecutar en solitario un programa que implica una intervención compleja, puede amplificar la sensación de abandono e incomunicación en el profesional de terreno.

Lo anterior, se refuerza considerando el perfil de los usuarios de este Programa Piloto, compuesto por personas en situación de calle (PsC), lo que requiere de una intervención coherente y consistente con dichas particularidades: población itinerante con múltiples vulnerabilidades y con dificultades para mantener una relación en el tiempo con dispositivos institucionales.

“a nosotros nos gustaría mayor continuidad en las prestaciones, pero no se puede, se van, desertan y no es que desertan y siguen estando en el hogar, sino que desertan y se van del hogar y se nos pierde el rastro del paciente y puede volver a los 6 meses o no volver” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

A esto se debe incorporar las complejidades desde una mirada de género, considerando que son principalmente usuarias las que se vinculan con el Programa Piloto en este Centro de Salud:

“(…) en mujeres, existe muchos trastornos limítrofes, mucha depresión, mucha esquizofrenia, mucho trastorno delirante, mucha violencia intrafamiliar, mucho abuso y después nos vamos al extremo y hay unas mujeres psicóticas al máximo, súper complejas, han tenido que llegar los carabineros y llevárselas” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

El equipo profesional, como ya se indicó, está actualmente compuesto por un profesional, debido a la renuncia de los demás profesionales que componían el equipo hasta mediados de 2014. Esta condición se ha mantenido por más de siete meses, sin claridad acerca de cuándo será resuelta. Y la percepción del psicólogo a cargo es que el trabajo anterior no estaba bien enfocado.

“No había mucho hecho. Yo sentía que no existía mucho aporte desde ellos dos, en insertarse en el Hogar de Cristo, éste espacio no lo tenían (sala de atención), atendían en una bodega que tienen acá, no los conocían muy bien, llevaban dos años. Sí, tenían su estructura, su planilla, pero pa’ qué te voy a mentir y te voy a decir que era una gran maravilla, si no les derivaban muchos casos, porque existía el ingreso tipo familiar, y yo llegué y les dije: dejen esa estupidez afuera y déjenme meter a la gente y lo hicieron al tiro. Y yo ahora, les derivo gente a COSAM, entonces no sentí que era mucho el aporte, es más, me dejaron harta pega que hacer de este tipo de cosas administrativas, de ir pa’ allá, hablar con la directora: oiga sabe qué, nosotros somos un programa de salud mental, esa pega no estaba hecha” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

Se trata de un profesional psicólogo con experiencia en la intervención terapéutica con personas en situación de calle, lo que otorga un “plus” a su trabajo que es reconocido por otros actores vinculados al Programa Piloto.

Igualmente, se incorporó a una terapeuta ocupacional que, después de dos meses de trabajo, fue desvinculada del piloto, porque no cumplió con los requerimientos técnicos solicitados para el perfil de cargo ni con las exigencias del programa: experiencia y criterio para trabajar con personas en situación de calle.

A partir de ello, se evalúa la pertinencia de volver a contratar un profesional similar o más bien un trabajador social que complemente la acción del psicólogo. Esto es reafirmado por el psicólogo a cargo de la intervención:

“(…) le dije a la referente técnico de atención primaria (…) por favor no me pongas otra terapeuta ocupacional, porque pa’ mí es una mochila, hay que empezar a enseñarle, es enseñar a la gente cómo tratar a la gente de calle, es bien complejo. Lo que he visto, es que contratan a cualquier persona, no sirve. O sea sirve, pero duran dos meses (…) a mí, me acomodaría mucho más, trabajar con un buen trabajador social, como por ejemplo: Camilo, de aquí de la Hospedería, porque se mueve” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

La organización del equipo considera, además, a un psiquiatra con un perfil comunitario. Esto ha sido una dificultad, ya que el perfil de los profesionales a cargo ha sido más bien clínico, lo que a juicio del psicólogo del Programa Piloto dificulta la intervención y la aleja del perfil de sus usuarios, en contraste destaca la actual situación del profesional incorporado al Programa Piloto en el COSAM de Estación Central.

“Pero el psiquiatra que está en COSAM ahora, no. Es distinto, es caído del cielo. Es un psiquiatra comunitario, se sienta en la calle a atender a las personas. La anterior era una mujer de unos 50 y tantos años, que era una psiquiatra clínica (…) para ella era un asco trabajar en esto, decía están todos hediondos, quiero un botón de pánico. Eso qué es, no existe eso aquí. Váyase señora. Por la necesidad de tener a un psiquiatra, igual la teníamos, la tuvimos dos meses y la echaron. No, pero éste sí que funciona, es importante...” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

### iii. Trabajo Intra e Intersectorial en el marco del Programa Piloto

Para el profesional del Programa Piloto, los vínculos actuales con el nivel central son expeditos y valiosos.

(...) es importante estar vinculado, por eso yo me agarro de, ahora, de Verónica, que es mi jefa, le dije yo puedo entrar al equipo, pero necesito estar en contacto contigo, porque si no me siento vacío en esta cuestión (...) es una mujer súper, que fue la directora del COSAM de Recoleta mucho tiempo, conoce más o menos de qué se trata (...) yo le digo necesito, esto, esto y esto. Y al tiro. Y eso yo no lo tuve en Recoleta, es más, tuve puras cerradas de puerta" (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

En este sentido, los vínculos expeditos que reconoce ayudarían a limitar el impacto del retraso en la reconfiguración del equipo de trabajo.

El vínculo del Programa Piloto con el CES N°5 es práctico y funcional a la toma de horas médicas. Como el Programa Piloto está físicamente ubicado en el Hogar de Cristo, la vinculación operativa del profesional del piloto con el centro de salud se realiza vía internet o telefónica y apunta, como se dijo, a la coordinación necesaria para la asignación de horas médicas.

"(...) Sí, yo estoy constantemente, en contacto con el CES, especialmente, con las personas encargadas del SOME, que eso es lo que a mí me sirve. El SOME es la persona que te da las horas médicas y está ubicado en el Cinco o en Nogales, pero en Nogales me sale muy lento porque tengo que llamar al jefe, entonces lo hago a través del Cinco, que es donde estoy contratado. No me vinculo mucho con el director, como lo hacía en Recoleta, porque en ese sentido, aquí ya está instaurado el piloto. En Recoleta nunca estuvo muy bien. Aquí yo llegue y ya sabían de qué se trataba." (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

En este sentido, se releva el discurso del profesional, quién asigna solamente un vínculo contractual instrumental con el CES N° 5, externalizando la implementación del Programa Piloto de dicho espacio institucional.

En términos de coordinaciones futuras, el profesional declara la necesidad de generar atribuciones equiparadas entre el COSAM y el APS vinculados al Programa Piloto, asegurando la existencia de un equipo integral de trabajo, que potencie los aspectos clínicos que sostiene el COSAM con aquellas variables comunitarias que aplica el APS, de acuerdo a lo que indican los aspectos centrales del piloto.

"APS y COSAM deberían estar en el mismo nivel. Y aquí siempre (...) y en otros lados es más fuerte COSAM, es como una especie de seres superiores que nosotros les vamos a pedir casi un favor. Aquí no se ve tanto, te insisto, pero igual se ve un grupo más clínico, no tan comunitario (...) Esto debiera ser un equipo más integrado. Por esa misma

característica anterior, que yo te dije que había gente que no se atrevía a salir a la calle, porque teníamos gente que vivía en la calle, pero debiese ser un grupo, que se llama, como dijo la directora ahí en el norte, Grupo Integral de Salud. No APS y COSAM, porque genera ruido eso..." (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

Igualmente, según se consigna en el informe de avance de julio de 2014 y así lo refrendan las declaraciones de los entrevistados, se realizan coordinaciones con red de salud tanto dentro como fuera de la comuna. Coordinación con Fundación Rostros Nuevos. Coordinación Programa Casas Compartidas. Coordinación con Programa Emplea. Y coordinación con Hogares y Residencias. Todas esas alianzas en concordancia con los objetivos del Programa Piloto y apuntando a dar continuidad a la intervención.

Por otra parte, el principal vínculo de funcionamiento y derivación del Programa Piloto corresponde a la Hospedería de Mujeres del Hogar de Cristo, quiénes en relación a las temáticas de coordinación mantendrían un registro histórico (de los últimos tres años del pilotaje) y, de acuerdo a lo que declaran, se han realizado reuniones de coordinación con los equipos del SSMC por derivación de usuarios, variables en el tiempo ya que dependían de la demanda de ingresos. Al mismo tiempo, se registraban reuniones de coordinación mensual para el análisis y estudio de casos y planificación de ejecución del piloto. Asimismo, reuniones de coordinación mensual con MIDESO y MINSAL.

"Hoy en día, programas que se especialicen en tema de personas con problemas de salud mental, son súper pocos. Y la única manera que teníamos nosotros de vincular a esas personas que tienen problemas de salud mental a algún tipo de hogar, teníamos que ir a las reuniones metropolitanas de salud que se hacen en la primera semana de cada mes. Y ahí es donde postulábamos los casos y hay que quedar en lista de espera para ver si podían ingresar a un hogar" (Coordinador Hogar de Cristo vinculado al Programa Piloto implementado desde CES N° 5 Estación Central)

Finalmente, se considera relevante destacar un cierto desconocimiento desde el discurso del profesional del Programa Piloto de la relación Programa Calle del Ministerio de Desarrollo Social y el Hogar de Cristo, lo que da cuenta de un aspecto a reforzar en el desarrollo de un enfoque intersectorial de implementación del Programa Piloto.

"¿Quién es el Programa Calle realmente? Yo veo que el programa calle tendría que ser, por lógica de convenio y por todo lo que sé de qué se trata este trabajo, pero es el Hogar de Cristo el que cumple ese rol. Y claro, yo voy a sus reuniones, estoy ahí metido, pero la gente del Hogar de Cristo me deriva la gente (...) el Hogar de Cristo son las personas que derivan, no sé si institucionalmente se llama Programa Calle en el Hogar de Cristo, pero en la realidad hacen mucho mejor la pega, que la gente del Programa Calle" (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

#### iv. Aspectos vinculados a la implementación del Programa Piloto

Respecto del método de trabajo al momento del ingreso de usuarios, las personas entrevistadas dan cuenta de un proceso que se inicia con una **ficha de ingreso** generada por el Hogar de Cristo y su equipo. En esa ficha se consigna si la persona viene con algún requerimiento evidente de salud mental, proceso a cargo de las educadoras de la Hospedería

“Ya, mira, llega la usuaria (...) las van a buscar a la calle, las trae carabineros, por derivación espontánea, por otros centros que las derivan para acá. Entonces, cuando llegan, se les hace una ficha de ingreso y dentro de uno de los ítems, está el tema de salud mental, entonces, están dos clasificaciones que se observan conductas normales o extrañas, al momento que la educadora registra esto, porque son 20 años que la avalan, registra eso, nosotros, inmediatamente, dependiendo de la gravedad, nosotros inmediatamente hacemos la atención. La hago yo y los dos técnicos sociales que hay. Entonces cuando se hace esta entrevista, se logra percibir, visualizar que la persona, efectivamente, tiene problema de salud mental, no tiene sus controles médicos al día, nosotros le hacemos la invitación al programa: Mira, existe un programa, APS, hay un psicólogo en este momento ¿Te gustaría incorporarte, que te viera, conversar con él para ver qué es lo que te está sucediendo? –Sí, mire me gustaría...- Y ahí nosotros la dejamos citada” (Coordinador Hogar de Cristo vinculado al Programa Piloto implementado desde CES N° 5 Estación Central).

Un paso previo para el ingreso al piloto es la inscripción regular del usuario en un consultorio. Esta gestión, la realiza el Hogar de Cristo, lo que está resuelto una vez que la persona inicia su tratamiento en el Programa Piloto. Así queda consignado en la siguiente cita:

“Previamente a eso, se conversa con él psicólogo del programa, Jorge mira, tenemos tal persona, está inscrita en el consultorio... ellos (el programa piloto) nos solicitan que sea en el Consultorio número 5. Nosotros le entregamos esta ficha al Jorge y después nos dice, tal día está la atención para él; y de ahí el tema salud, ellos se van encargando las derivaciones” (Coordinador Hogar de Cristo vinculado al Programa Piloto implementado desde CES N° 5 Estación Central).

Los criterios que se aplican, son los establecidos por el Convenio y los objetivos generales del Programa Piloto, estos son para el caso de la APS Estación Central, personas mayores de 18 años que presenten alguna problemática en salud mental y se encuentren en la Hospedería del Hogar de Cristo, haciendo una modificación a lo sucedido hasta el año 2013 e incorporando ahora al Programa Acogida Calle del Hogar de Cristo, que trabaja con personas en situación de calle propiamente tal.

Está establecida una dinámica de reuniones mensuales, donde se definen los casos a derivar al Programa Piloto, así como el plan de intervención. En estas reuniones participan representantes del Programa Calle, APS, COSAM y Hogar de Cristo. En el último trimestre no

se han realizado reuniones de coordinación y, al momento de este informe, se estaba gestionando su reactivación.

“(…) nos reunimos mensualmente para ver las derivaciones de los casos, tanto el plan de intervención que tienen ellos como los planes de intervención que tenemos nosotros aquí, en la Hospedería” (Coordinador Hogar de Cristo vinculado al Programa Piloto implementado desde CES N° 5 Estación Central).

Los procesos de diagnóstico de casos, en el marco del Programa Piloto se desarrollan en un contexto de Hospedería, es decir, atendiendo a personas en situación de calle, con problemas de salud asociados a consumo de drogas, violencia intrafamiliar y abandono de adultos mayores.

“Cuando llegan personas con problemas de salud mental, llegan todas descompensadas, sin medicamentos, sin controles médicos, sin algún apoyo o vínculo familiar, o sea, llegan porque no tienen dónde estar” (Coordinador Hogar de Cristo vinculado al Programa Piloto implementado desde CES N° 5 Estación Central).

¿Y cómo funciona? Una vez realizado el ingreso, como se detalló en el apartado respectivo, se procede con la entrevista personal, de modo de verificar que efectivamente tenga problemas de salud mental. En ese contexto, el Hogar de Cristo le propone a la persona integrarse al Programa Piloto.

Parte importante del diagnóstico es la inscripción de estas personas, en situación de calle, en el consultorio, de manera de acceder a las prestaciones del Programa Piloto y de la red de salud en general. Para ello, se realizan las gestiones necesarias para trasladar sus datos desde otra comuna, si es el caso, o ingresarlo por primera vez en la red de salud de la comuna.

“Entonces recabando toda esa información, nosotros lo verificamos, por ejemplo: si me dice: -Sabe qué, yo estaba en el COSAM de Pudahuel. -¿Hace cuánto? -Hace como 6 meses. Entonces nosotros como tenemos contacto con los COSAM, nosotros qué hacemos, llamamos por teléfono: -Sabes qué, está “tal” persona, ¿Ustedes tienen algún dato de ella? -Sí. -Entonces ¿me la pueden enviar al correo? Me la envían y todo eso, yo lo entrego al Jorge y le digo: Jorge, mira, aquí está la ficha y esta persona tiene esto, esto. Y este es el diagnóstico que enviaron. Entonces, ahí el Jorge hace la derivación al COSAM” (Coordinador Hogar de Cristo vinculado al Programa Piloto implementado desde CES N° 5 Estación Central).

Por su parte, el psicólogo del Programa Piloto recibe a la persona derivada y realiza una primera evaluación respecto de cuál es su situación de salud mental.

“Yo le hago un tipo de intervención inicial o de evaluación inicial a través de una entrevista, no hay plata para test y la verdad es que con la experiencia de calle, no se necesitan. Es muy distinto a lo que se podría hacer en consultorio o en una consulta privada, aquí las preguntas son al hueso, frías, ¿Qué necesitas, qué queris, pa’ dónde vai,

cuánto tiempo has estado, dónde estuviste en calle? Son preguntas más frías, en el momento, dependiendo de la persona y evaluar realmente, cuál es su patología de salud mental en relación a calle" (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

La intervención se diseña de manera conjunta en reuniones semanales entre los actores involucrados en el Programa Piloto. Estos son, el profesional APS, equipo COSAM, equipo Hogar de Cristo y, periódicamente, con un seguimiento con los referentes técnicos del SSMC.

En concreto, la evaluación es realizada por el profesional APS y con el diagnóstico inicial se realizan las sesiones terapéuticas, generalmente una o dos sesiones semanales por persona. La cobertura señalada por el Hogar de Cristo registra aproximadamente 20 personas atendidas por el piloto en la actualidad. La Hospedería recibe actualmente a 41 personas, por lo tanto, estamos hablando de un 50% de casos atendidos por el Programa Piloto.

"Es variada la población que nosotros tenemos. Ahora tenemos 41 personas, pero hay veces, en verano, en invierno que tenemos sobre las 60. Entonces, por ejemplo, cuando hay ahora 40, nosotros las derivaciones que le hemos hecho al Jorge, en conjunto a las que se han ido son como unas 20 personas" (Coordinador Hogar de Cristo vinculado al Programa Piloto implementado desde CES N° 5 Estación Central)

En reuniones semanales, como se señalaba, se coordinan los procedimientos de la intervención entre la Hospedería y el APS. El profesional del Programa Piloto entrega un informe semanal por cada una de las usuarias, detallando el estado de la intervención. El Hogar de Cristo verifica el informe con datos del COSAM apuntando a complementar las acciones de los involucrados.

"(...) todos los días martes hacemos reuniones de equipo de caso (...) Jorge nos envía, semanalmente, un informe por cada una de las usuarias, detallando el proceso de lo que él va haciendo y nosotros ¿cómo nos aseguramos de ese proceso? Junto con el COSAM, en las reuniones que tenemos, nos vamos enterando periódicamente del tema que está haciendo el Jorge, si hay algo que haya quedado o algo que esté trabajando con eso, porque Jorge no tiene ningún problema de disponibilidad y él nos envía en qué está él y nosotros después vemos en qué está COSAM con ellos, y de ahí yo me reúno con el Jorge y con el equipo: Jorge, mira COSAM está haciendo esto, tú estás haciendo esto y nosotros del punto de vista social, estamos haciendo esto, por lo tanto, la persona, obviamente con un previo informe del psiquiatra, mira la persona está compensada, está apta para poder arrendar, por ejemplo, se encuentra apta o no para vincularla con la familia (...) Entonces cuando ya se logra eso, se logra una estabilización del punto de vista de salud mental, del punto de vista social, ahí nosotros le vamos dando la independencia, entre comillas, a la persona, porque ahí después, el acompañamiento sigue desde nosotros y de COSAM también sigue" (Coordinador Hogar de Cristo vinculado al Programa Piloto implementado desde CES N° 5 Estación Central).



Dependiendo del nivel de complejidad del trastorno o complicación de salud de los usuarios, se van adoptando diversas rutas de acción, que el profesional del Programa Piloto describe de la siguiente manera:

“Después de hacer esa evaluación, ese diagnóstico inicial: consultorio, veo cómo está todo su tema de salud, dónde se atendió, dónde estuvo, qué es lo que deberían hacer ellos, pero a mí me sale muy fácil, a ellos (al Hogar) les sale muy complicado y le hago una inscripción en el consultorio, si es que la persona quiere y si es que necesita atención en morbilidad. Si es muy complejo: COSAM. Si es una depresión o trastorno adaptativo o, bueno, esquizofrenia también, pero no descompensada, sigo evaluándola, o sea, sigo tratándola yo y ahí me meto con la persona. Pero me meto solo, porque no tengo un equipo, entonces tomo mucho al Hogar de Cristo: -necesito que me ayuden con esto, necesito esto, esto (...) Y voy moviendo un poco a la gente pa’ que esta persona pueda estar, relativamente mejor (...) y ahí empezamos con la persona, qué es lo que realmente esa persona quiere, no qué es lo que yo quiero para esa persona ¿Qué es lo que quiero? - Que esté bien. Pero, quizás, esa persona no quiere. Y ahí empiezo a darle. Mira, le doy como tres semanas conmigo, para ver si realmente, se lo derivo a COSAM, porque en otras ocasiones de mi trabajo acá, se lo derivaba a COSAM, duraba un día y se iba. Entonces veías cuál es el compromiso real de la persona, y ahí vamos pa’ delante no más” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

La intervención, al menos en esta unidad ejecutora del Programa Piloto, está centrada en atender y mejorar la calidad de vida de personas en situación de calle, sin descuidar sus particularidades y necesidades especiales. Se trata de estados de urgencia. En ese sentido, el trabajo realizado por el profesional a cargo es central.

“Desde la terapia, sí se pueden hacer varias cosas: desde cómo uno tiene que mover, después de atender a la persona, la red, es lo importante para no... equivocarse...éstas personas que llevan tanto tiempo en calle, están muy institucionalizadas y están muy dolidas con el sistema, entonces me ven a mí: -Ah vienes del consultorio, no son puras mentiras. Entonces ahí, yo me tengo que mover rápido. En una semana ya le tengo que dar una respuesta a la persona también” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

Para ello, se destaca como fundamental el trabajo coordinado con el Hogar de Cristo y el hecho que se comprenden con claridad los roles y atribuciones de cada uno, evitando con ello un desgaste de energías intentando explicar o convencer al otro de la necesidad y urgencia de ciertas acciones.

“(Sobre el Hogar de Cristo) Ni siquiera se los solicito, porque como es un trabajo complementario y entendido, es: -¿Qué necesitamos? -Tienes que llevar a las siete de la mañana a urgencia a esta persona y se hace (...) se entiende así” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

La principal preocupación declarada, dice relación con la postergación o no uso de las horas tomadas por las personas. Eso implica un arduo seguimiento de las horas disponibles, hasta hacer efectiva las prestaciones.

"(...) o sea, me llaman: Jorge, por favor, necesito una hora para este caballero. La consigo y no lo llevan. No, yo no te saco más horas no más. Pero igual sigo sacando horas, porque tampoco voy a estar en esa dinámica. Pero sí, tengo que estar muy atento por el consultorio, por el caballero, entonces, es tiempo que yo le entrego a eso. Es más que atender, con llegar tranquilo. Aquí estoy hasta tarde mandando correos, viendo dónde se puede atender, cómo se puede hacer, entonces es pega" (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

Dada la ya señalada particularidad de las personas en situación de calle, la noción de egreso o de alta es relativa. Se trata de personas que están de manera transitoria en la Hospedería, entre dos y seis meses, para luego volver intentar una habitabilidad distinta, con familiares o cercanos. Hay un grupo que reingresa después de un tiempo y otro grupo de personas que están dos o tres años en la Hospedería.

Para los distintos niveles de intervención, se planifican objetivos puntuales: residencia permanente en un Hogar, empleabilidad, compensación de sus trastornos, etc. Esta situación, pone en tensión el propósito de iniciativas como la Hospedería.

"(...) Entonces va a llegar un momento en que nosotros nos vamos a tener que cuestionar en qué nos vamos a transformar: en un centro de salud mental, esto ya va a pasar de ser una hospedería a ser un residencia de larga estadía y vamos a recibir a personas que tienen estas patologías. En el gobierno, no existen políticas que se encarguen netamente del tema salud mental, o sea, con residencias, con cosas así... es un tema complejo" (Coordinador Hogar de Cristo vinculado al Programa Piloto implementado desde CES N° 5 Estación Central).

El profesional del Programa Piloto, plantea de manera más acotada un objetivo de egreso que considera no solo factible, sino que deseable en el marco de mejorar las condiciones de salud de las personas atendidas por el programa: la empleabilidad.

"(...) que ésa es pega que a mí me interesa, que la mujeres vuelvan a trabajar... o que los hombres también, pero es más difícil con los hombres... que se inserten en el mundo laboral y ahí ordenarles un poco el tema de las lucas, quizás ahí podría funcionar un terapeuta ocupacional. Es más fácil hacer una cosa así, o sea, en qué te estás gastando la plata. En eso también el Hogar de Cristo, aporta mucho al piloto (...) por ahí debería ir la acción integral" (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

## **v. Valoración y Aprendizajes en torno al Programa Piloto**

De acuerdo a lo declarado por las usuarias entrevistadas, la evaluación del piloto es positiva. Se trata de una ayuda concreta y directa; aunque se la reconoce como parte del trabajo de la Hospedería, no se identifica con claridad el origen de dicho apoyo, ni el nombre del programa. Ante la pregunta si conoce el Programa Piloto de Salud Mental, la respuesta es:

“No, pero me gustaría, porque son psiquiatras que vienen a hablar con una” (Usuaría Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

Si identifican claramente la figura del profesional del Programa Piloto, a quien reconocen y con el cual generan un vínculo terapéutico altamente valorado.

“Sí, él es psiquiatra. Me fascina como trabaja don Jorge, primero que nada” (Usuaría Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

“Sí, él es un psicólogo muy bueno (...) Uno se allega a él no más, y le pregunta, le consulta (...)” (Usuaría Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

Por otra parte, los principales facilitadores organizacionales del Programa Piloto dicen relación, según declaran los actores entrevistados, con la proximidad con las usuarias y el trabajo en red. Ambos factores están directamente relacionados con las dinámicas de trabajo del Hogar de Cristo, que aparece como un aliado estratégico en el funcionamiento del Programa Piloto.

“Entonces, está el piloto, a nosotros nos sirve una gran cantidad, que es como tener un psiquiátrico aquí mismo. Sí, porque nosotros somos como una posta de urgencia. Entonces a nosotros nos sirve mucho eso. Estamos más a la mano, el Jorge está disponible cuando uno lo llama: “mira Jorge pasó esto”. En el caso de que él tenga que venir: -Jorge pasó esto. -Yo estoy en la Hospedería de hombres, voy para allá. Entonces todo es rápido” (Coordinador Hogar de Cristo vinculado al Programa Piloto implementado desde CES N° 5 Estación Central).

Entre los obstaculizadores organizacionales señalados, destacan la falta de recursos humanos y las condiciones contractuales de los profesionales.

“(...) a mí me encantaría que mis condiciones laborales estuvieran en un contrato y que estuviese hecho hasta fin de año, no hasta mayo, ya me desapego de eso por experiencia” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

Otro nudo crítico a considerar es la vinculación con el CES N° 5, donde se observa distancia por parte del profesional del Programa Piloto y una mirada crítica frente al rol de profesionales como los médicos generales.

“(...) no tratan muy bien a la gente de calle, eso es importante, estar jodiendo ahí. Yo fui pa’ allá, me peleé con una doctora, su trabajo es tratar bien a la gente de entradita. Entonces hago que los manden a otros doctores, cubanos, bolivianos...” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

Uno de los aprendizajes generados a partir de la experiencia de ejecución del piloto, es la necesidad de reforzar los conocimientos del equipo profesional en el uso y efectos de los fármacos recetados a los usuarios y usuarias del Programa Piloto.

“Otro tema importante, son los fármacos, la adherencia al fármaco y cómo tomarse los fármacos, yo he aprendido; cuando salí de la universidad no tenía idea, me tuve que capacitar mucho en el tema de los fármacos, qué es lo que te va a pasar, pa’ dónde es, cómo es, todo ese tipo de cosas, son una información súper importante que un psiquiatra no se va a dar la lata en hacerlo tanto, porque no las ve tanto. Entonces es importante que una persona que trabaja en esto, sepa mucho de fármacos y oriente a las personas” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

Otro aprendizaje surgido de la experiencia, es relevar la importancia de comprender de manera correcta el vínculo terapéutico que se genera con las personas en situación de calle, de manera tal de fortalecer las capacidades del equipo en esta materia y otras tales como habilidades blandas que aseguren un buen trato a las personas..

“(...) es importante hacer una pequeña capacitación en lo que es el vínculo terapéutico con una persona en situación de calle, que es muy distinto a cualquier otro vínculo terapéutico y eso, de verdad, lo sabe muy poca gente (...) y para eso es necesario contratar a los profesionales indicados, con experiencia, no sé si experiencia en calle, sino que tengan habilidades blandas, que no sean pesados, eso es importante” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

Finalmente, un tema interesante dice relación con lo que el profesional del Programa Piloto ha denominado el problema del “no ingreso”, refiriéndose a la situación anómala pero inevitable de atender a personas que no se quedan en la Hospedería y por ende, no ingresan formalmente al Programa Piloto como usuarios. Lo describe con mayor precisión el propio profesional.

“El no ingreso, por ejemplo, tú eres una persona de calle pero tú no quieres atenderte con un psicólogo, aquí te sientan igual, y quizás la persona sí quiere eso, pero, o sea, cree que quiere eso, y te preguntan: -oiga ¿Usted es psicólogo? - Sí -Ya, atiéndame. Ese rato que uno le da a esa persona es un no ingreso, porque yo no lo ingreso al piloto, que tenga un cupo también, pero igual lo puedo seguir viendo, y si me escucha mi jefa me va a matar, pero sí le doy tiempo, también a esa persona, porque también necesita ayuda, porque como están en esto, es como un mundo chico (...) Y es súper importante eso, porque no lo ingreso al sistema de salud, porque tiene su cuento hecho quizás, son mujeres, que en este caso, se pueden quedar dos semanas. No voy a ingresar a una persona a este sistema, si en dos semanas más se va a Peñalolén o a La Pintana, no me sirve, pero en esas dos semanas

¿la dejo tirada? No. Y ése es el no ingreso que involucra mucho tiempo” (Profesional Programa Piloto Salud Mental Calle CES N° 5 Estación Central).

A modo de síntesis, podemos señalar que el caso presentado implica una experiencia de desarrollo del Programa Piloto que está instalado en la dinámica de trabajo de la Hospedería del Hogar de Cristo, siendo el profesional del Programa Piloto altamente valorado por parte del equipo del Hogar, por su intervención y la calidad de sus prestaciones. No obstante es importante profundizar y problematizar la forma de vinculación de esta modalidad de implementación con el CES N° 5, así como abordar la tarea de reconstitución del equipo de trabajo, ya que dicha situación sin duda ha impactado en el desarrollo de la intervención.

### **3.3 Nudos Críticos desde la perspectiva de Referentes Técnicos MDS y SSMC**

En este punto nos interesa dar cuenta de diversos aspectos destacados en el discurso de los referentes técnicos como nudos críticos asociados al desarrollo del Programa Piloto, en la medida que involucran elementos sensibles para la proyección del Programa y que por lo mismo, deben considerarse al momento de su rediseño y/o proyección.

Los principales nudos críticos se relacionan con:

- Definición y características del sujeto de intervención
- Normativa técnica y administrativa
- Abordaje intra e intersectorial y
- Conformación equipo profesional

#### **a) Definición y Características del Sujeto de Intervención**

Una reflexión que se reitera en los referentes técnicos, con diversos énfasis, se relaciona con las definiciones asociadas a las características de los sujetos de intervención y el foco del Programa Piloto en temáticas de salud mental.

En este punto, es factible reconocer las siguientes tensiones:

- Un cuestionamiento de la focalización en el ámbito de la salud mental del Programa Piloto, particularmente en el caso de niños, niñas y jóvenes del Programa Abriendo Caminos.
- La necesidad de profundizar en el conocimiento de las características de los sujetos de intervención por parte de los equipos profesionales, en los diversos niveles de ejecución del Programa Piloto.
- La necesidad de clarificar cómo se está entendiendo la atención en salud mental, desde los diversos actores institucionales y equipos profesionales involucrados en la implementación del Programa Piloto.

En este entramado de elementos, se pueden contextualizar las siguientes citas, que dan cuenta de dichas tensiones.

“Porque si bien en sus orígenes tuvo una concepción un tanto compleja, rayando en lo ético, para mi gusto, un poco de intentar a mi juicio, patologizar o clinicalizar la necesidad de atención de los niños, niñas y jóvenes del “Abriendo Caminos”. Pensando que por ser familiares, por tener vínculos familiares con personas privadas de libertad, que es el origen del programa (...) Pensar que esta situación es una situación específica, podría gatillar en un trastorno de salud mental, propiamente que requiriera los apoyos especializados en salud mental por equipos. Es complejo tener eso, que va desde el tratamiento y la rehabilitación y no desde lo preventivo y promocional que está asociado a la salud y al evitar situaciones de mayor riesgo y de vulnerabilidad que son elementos que se trabajan, que vamos abriendo caminos en el programa de acompañamiento psicosocial. Entonces ahí hay una discusión que nosotros tenemos que hacer, todos los profesionales que estamos trabajando en el área, en torno a poder incluir la atención para cuidadores y cuidadoras que son los adultos que sí han manifestado durante este tiempo la necesidad de apoyo especializado oportuno. Que llegue en forma pertinente también a este grupo y en torno a los niños y niñas y jóvenes, tener otras estrategias, que tenga más que ver con el cuidado, con el acceso a atenciones más preventivas, más de inclusión social, más de acercamiento a las prestaciones de salud” (Referente Técnico Ministerio de Desarrollo Social).

“Estos equipos iban a aplicar instrumentos de pesquiasaje a toda su población infantil. Estos pesquisajes nunca los revisamos, no tenemos información de esta evaluación que no fuera la sistematización que se hizo en el último trimestre del 2012, que daba cuenta que el perfil psicopatológico de estos niños no distaba de lo que daba cuenta la Encuesta Nacional de Salud Mental para Población Infanto-juvenil. De hecho hubo una situación que la recogemos de los referentes técnicos de los servicios de salud que daba cuenta que los resultados de estos screening estaban por debajo de las mediciones de población general infanto-juvenil. Por eso, un poco se hacía ver si el problema estaba en el screening o en la rigurosidad con que se aplicó, que se esperaban otros resultados y resulta que estuvieron en la misma línea de los resultados de la encuesta nacional de salud mental. Entonces, no había cómo sostener la hipótesis supuesta de que por ser hijos e hijas de personas privadas de libertad, iban a requerir de una intervención especializada, con psiquiatra, con psicólogos clínicos, porque iban a tener una incidencia más alta de trastornos y problemáticas de mayor complejidad en torno a su salud mental. Entonces hasta ahí con más información, no continuaron generando o diversificando las estrategias del piloto para la modalidad del “Abriendo Caminos”, no incluyeron a los cuidadores y cuidadoras en la atención directa (...). Entonces no hay cómo sostener la hipótesis. Y hoy, estamos también en esa disyuntiva de poderle dar al programa de salud mental, en la medida que se vuelva un programa de oferta regular, una orientación que sea pertinente” (Referente Técnico Ministerio de Desarrollo Social).

Por otra parte, en el caso de usuarios y usuarias del Programa Calle, se observa una particular tensión entre la normativa técnica del Programa Piloto y las modalidades de atención desde el ámbito de la salud pública, a partir de las mismas características de las Personas en Situación de Calle (PsC) que no fueron previstas en el diseño original.

“... por qué, el piloto tiene, no sé si es una falta o algo que se descubrió en el camino, pero se pensó que la gente era posible ser dada de alta. Muy difícil con gente de calle, una vez les abriste la puerta, no les puedes decir al año, ha sido un gusto vuelva a su esquina y bien, sigamos con otro. Y eso fue una realidad, una evidencia en la nariz de los profesionales e terreno, más que de gente del MIDESOL, entonces eso hizo la continuidad, por que los equipos pelearon por conseguir los medicamentos y que va a pasar y que vamos a hacer...” (Referente Técnico SSMC).

“Lo obstaculizador también es como la misma realidad de las personas, la situación que viven, como la gente de calle, personas tan problemáticas de una forma tan extrema que obviamente obstaculiza el seguimiento, el proceso va demorando, no pueden salir en dos años, tampoco se les puede dar el alta por que están en la calle, entonces hay una serie de obstáculos ahí, que hay que llegar a pasar, a saltar, a crear para que ya no sean obstáculos” (Referente Técnico SSMC).

En el caso del Programa Abriendo Caminos, las tensiones asociadas a las características del sujeto de intervención también se relacionan con las dinámicas familiares, que en diversos casos implicarían vulneración grave de derechos y la necesidad de judicializar algunas de estas situaciones.

“Y con los niños los obstáculos son la familia y las realidades, porque muchos de ellos han tenido familias que han tenido que poner medidas de protección, que denunciar por abandono. (...) y nosotros como MIDESOL y MIDESAL que hemos estado ahí empujando la historia...” (Referente Técnico SSMC).

En este sentido, un elemento central a profundizar se relaciona con la caracterización de la población objetivo del Programa Piloto, ya que de esta manera sería factible determinar con mayor precisión la pertinencia de la intervención e igualmente retroalimentar a los equipos profesionales, en función de evitar etiquetar a una población particular con determinadas características, pero también visibilizar, por ejemplo considerando el Programa Abriendo Caminos, los impactos, muchas veces ignorados, de los procesos de prisionización. Toda vez que la literatura especializada entrega múltiples evidencias que permiten diferenciar el impacto en los niños y sus familias de la privación de libertad de un adulto significativo, el cual no puede homologarse a ausencias o limitaciones en el vínculo asociadas a otras situaciones, como se sugiere en la siguiente cita.

“... pero no es tanta diferencia entre la población infantil que participa de los dispositivos de salud como usuario tipo, digamos por decirlo de algún modo, con lo que estuvieron inscritos como partícipes de este piloto, entonces en ese sentido yo creo que desde la caracterología no había muchas diferencia, desde las demandas terapéuticas tampoco, desde las patologías tampoco habían grandes diferencias, entonces lo que sí se marcaba en ese sentido como una distinción importante era que ellos gozaban de un acceso a un tratamiento que era mucho más intensivo que el usuario general que estaba inscrito en los consultorios, pero en términos descriptivos de la población la verdad es que si bien



obviamente todos compartían esta características de que tenían algún tutor que estaba cumpliendo alguna condena y en ese sentido alejado de sus funciones como padre o como responsable de estos niños, eso es algo que a la larga uno se da cuenta que no solo ocurre por esa causa sino que en general los niños que están inscritos en los consultorios participan de algún modo de esos mismos efectos pero con orígenes distintos, o sea desde las necesidades de trabajo de los padres, o desde el abandono muchas veces de las funciones por parte de ellos, problemas de consumo en quienes se instalan como tutores, y así podría seguir digamos enumerando una lista bien amplia, entonces en ese sentido no había tanta diferencia, sino que simplemente a propósito que se eligió esa población ellos tenían acceso a un mejor tratamiento por así decirlo, al menos más intensivo” (Referente Técnico SSMC).

Por otra parte, la complejidad de la intervención con personas en situación de calle, se relaciona, entre otras, con las dificultades prácticas para su ubicación, ya que una de sus principales características es no contar con un domicilio conocido y su trashumancia por la ciudad, por ello la opción de vincular el Programa Piloto con dispositivos residenciales de atención a PsC se aprecia como una opción válida, pero sin perder de vista el desafío de acceder a aquellas PsC totalmente desvinculadas de espacios institucionales.

“Tiene otras particularidades también que es qué, bueno en las comunas que yo trabajé, llevando ese piloto no eran personas que estaban en situación de calle propiamente tal digamos o sea no vivían y dormían en la calle sino que estaban asociados a hospederías, entonces había lugares donde ubicarlos, pero en otras comunas donde sí trabajan con personas que vivían en la calle digamos a veces la adherencia se veía a atravesada por ese factor de manera muy importante digamos o sea muchas veces lo pillaban en la esquina y de ahí pasaban meses hasta que de repente lo volvían a ubicar y claro la adherencia era más complicada en ese sentido, pero cuando ese factor se zanjaba de algún modo la adherencia yo creo que era mejor incluso que en Abriendo Caminos” (Referente Técnico SSMC).

## **b) Normativa Técnica y Administrativa**

En relación a la normativa técnica y administrativa, los principales nudos críticos identificados desde el discursos de los referentes técnicos se relacionan con la ausencia de una orientación técnica clara desde los niveles centrales de los Ministerios de Desarrollo Social y Salud, en relación a la instalación y desarrollo del Programa Piloto, lo que implicó una interpretación de la normativa técnica y una implementación del modelo de intervención propuesto en forma diversa y no necesariamente complementaria, siendo una situación que se observaría en los distintos Servicios de Salud de la RM.

Es decir, si bien la implementación de una propuesta piloto de intervención debería permitir probar metodologías y estrategias en función de su evaluación, sistematización y posterior estandarización a fin de generar un Modelo de Intervención validado y factible de operacionalizar en forma regular, dicho proceso debe desplegarse en forma guiada y estructurada desde un estándar mínimo común, en torno a la intervención y sus objetivos, situación que no se observa en los primeros años de implementación del Programa Piloto.

“... entonces, cada uno de los pilotos creó su forma de sostener su modelo de sí mismo y te encuentras un Piloto de Salud Mental “Abriendo Caminos” Maipú, que el equipo está colgado en atención primaria de salud en el CESFAM de la Dra. Ana María Juricic. No hay psiquiatra contratado para que atienda las necesidades de salud mental de estos 83 niños, que son la cobertura que tiene el programa y te puede entrar un Piloto de Salud Mental acá en Estación Central que sí tiene un equipo en el consultorio N° 5 APS y un equipo en COSAM, y te encuentras con el Piloto Calle en Santiago, que no tiene un equipo en APS, trabajando en el CESFAM Domeyko, como en su momento fue determinado y sí lo tiene en COSAM Santiago. Entonces, en un mismo Servicio de Salud tienes tres modalidades distintas de piloto” (Referente Técnico Ministerio de Desarrollo Social).

Al mismo tiempo, la complejidad de dicha situación se amplía en la medida que los programas de acompañamiento psicosocial vinculados al Programa Piloto sufren modificaciones en sus orientaciones técnicas o, incluso, no son conocidos con la suficiente profundidad por los equipos profesionales del Programa Piloto en sus objetivos y estrategias de intervención, lo que ha implicado una tensión asociada a una zona gris en la cual no se distingue claramente el rol y estrategias de intervención diferenciadas y complementarias entre los programas de acompañamiento psicosocial del Sistema Chile Solidario (Calle y Abriendo Caminos) y el Programa Piloto.

“La metodología del “Abriendo Caminos” fue modificada durante el 2013, hubo modificaciones durante el 2014. Los equipos del Piloto de Salud Mental no conocían la metodología. Se habló en su minuto de una duplicidad en las intervenciones y yo creo que también había mucho desconocimiento de las acciones, del repertorio de trabajo, lo que en términos metodológicos está pensado para ambos programas y también tiene que ver con la comunicación, con el trabajo inter-equipo, el respeto entre profesionales” (Referente Técnico Ministerio de Desarrollo Social).

Lo anterior se relaciona también con la pérdida del conocimiento acumulado, a través de la experiencia de los equipos profesionales, vinculados originalmente al diseño y posterior implementación del Programa Piloto desde el nivel central del Ministerio de Desarrollo Social, así como la ausencia de información secundaria precisa que permitiera comprender a los equipos profesionales que posteriormente deben dar continuidad a la supervisión técnica del Programa Piloto, las razones y argumentos técnicos que llevaron a tomar determinadas decisiones.

“Desde un desconocimiento de la metodología, del cómo operaba, desde un desconocimiento de los perfiles de los profesionales y de las funciones que tenían, desde el rol. ¿Por qué había un Terapeuta Ocupacional y no un médico, por qué un Asistente Social y no un terapeuta, alguien del área de rehabilitación? ¿Por qué para el Programa Calle no un enfermero? ¿Por qué una matrona en el “Abriendo Caminos”? Situaciones también cómo y en qué momento empezaban los usuarios, de qué forma, por qué un screening, quién lo tenía que hacer, por qué lo tenía que hacer el programa de acompañamiento psicosocial y no el equipo piloto, cómo derivar a los usuarios, el entender que la derivación era asistida, tener reuniones para precisamente desarrollar acciones conjuntas, en qué momento egresaban los usuarios del programa, cómo se ejecutaba el programa, por qué se sostenían las coberturas del piloto de salud mental en cada uno de los municipios, por ejemplo 83 para el caso del programa “Abriendo Caminos” Maipú, siendo que el programa de acompañamiento psicosocial de “Abriendo Caminos” siempre variaba año a año, en sus convocatorias, las coberturas, ¿por qué no se hacían jornadas en las que participaran los equipos? ¿Quién iba a escuchar las demandas de ambos equipos?” (Referente Técnico Ministerio de Desarrollo Social).

Esta situación es resentida por los equipos profesionales en tanto la ausencia de un apoyo y orientación técnica sistemática, amplificaba las dudas en torno a situaciones específicas de la intervención y situaciones administrativas no menores relacionadas con la continuidad del Programa Piloto y la estabilidad de los equipos.

“Los equipos daban cuenta de la ausencia del Ministerio durante un tiempo grande, en torno a dar los lineamientos estratégicos, las directrices que tenía que tener este programa, en el fondo tener definiciones también, definiciones de: “hasta cuándo va a ser un piloto y en qué momento este programa va a estar acompañado de las estrategias que a todos les quede más clara. Hay situaciones que son más administrativas, que los convenios funcionen en la medida de las necesidades de los ejecutores de salud, en año calendario, se puedan completar las coberturas pactadas por convenio, en que los usuarios que están atendidos, se mantenga el acompañamiento psicosocial del programa o aquellos que llegaron a través de la red a una modificación de convenio que hicimos el año pasado, puedan ser derivados del piloto de salud mental hacia los programas de acompañamiento psicosocial de “Calle” y “Abriendo Caminos”, entonces estamos en una suerte de escenario, evaluándolos y direccionándolos para poder tener una mejor gestión del piloto, que es programa también” (Referente Técnico Ministerio de Desarrollo Social).

Estas situaciones también han implicado un desgaste para la supervisión y acompañamiento técnico-administrativo desde el SSMC, generándose procesos de evaluación y organización del Programa Piloto que no dialogan fluidamente con la organización y normativa del sector salud, pero que en el contexto de despliegue de la intervención se busca revertir.

“Además la pauta de evaluación que ellos tienen al cierre, ahora en mayo ellos deberían cerrar el piloto, porque parte en junio con platas del año anterior y cierra en mayo del año siguiente y esa, los equipos mandan una información que se yo y yo hago una evaluación con indicadores que tiene el piloto que son muy locos, dice, “¿se ha contratado al 100% del personal sí o no?” Eh sí; entonces tiene un 100%; “¿se ha gastado la plata en lo que se

dice?" Ya, tiene un 100%. Entonces al final es, si el piloto logro un 98% pero de las cosas administrativas, pero no del logro concreto de cambio" (Referente Técnico SSMC).

"Pero salud también tiene otras formas de operar. Los egresos en salud, desde la atención primaria son siempre y cuando la persona necesite de esta atención o de este programa, se sostiene la atención y el programa. Desde la especialidad pasa lo mismo, si esta persona, mientras necesita el apoyo especializado, lo tiene que tener. Entonces hay que sopesar ambas, tanto la del Ministerio de Desarrollo Social, con que es un programa, que tiene un inicio, un término, tiene un ingreso y un egreso y salud, qué dice: siempre que haya necesidad de implementar, entonces tendrá que hacerse, sea por el tiempo que sea, no voy a limitar a la persona. Nosotros en términos técnicos la hemos ido valorando caso a caso y solicitando que sean valoradas caso a caso. Depende mucho de los objetivos que fueron propuestos para el plan de intervención individual de esa persona. Si esos objetivos no se han alcanzado, en términos terapéuticos, en términos clínicos, no se egresa a la persona, se sostiene la atención" (Referente Técnico SSMC).

### **c) Abordaje Intra e Intersectorial**

La articulación intra e intersectorial corresponde a un aspecto central del Programa Piloto considerando su génesis, organización y desarrollo, en este sentido en el siguiente apartado damos cuenta de algunos nudos críticos asociados a este tema considerando el nivel de vinculación MDS y MINSAL, la articulación Programa Piloto y Programas de acompañamiento psicosocial y la articulación intrasectorial Programa Piloto y Centros de Salud.

En cuanto a la relación a nivel de los ministerios, el relato de los referentes técnicos dan cuenta de una relación compleja, con desencuentros y conflictos, pero que se entiende como estratégica por lo cual se realizan diversos esfuerzos por potenciar y fortalecer dichos vínculos. Así, el lograr puntos de encuentro y articulación de los esfuerzos desplegados por cada ministerio implica generar espacios de diálogo y reconocimiento, donde la continuidad de los referentes técnicos aparece como un nudo crítico, ya que la excesiva rotación de los mismos limita las posibilidades de cohesión y proyección del trabajo conjunto.

"Las relaciones del intersector, la vinculación, la coordinación en el intersector es compleja. En ocasiones cuesta trabajar en equipo, en ocasiones cuesta visualizar con claridad los lineamientos, el propósito que tiene el sistema de protección y promoción social. Entonces, nosotros hemos intentado como equipo poder nuevamente generar coordinaciones para el apoyo técnico y para el apoyo administrativo del programa. Se espera un desafío de trabajo con los referentes técnicos de salud para evaluar propuestas de continuidad para el programa. Se tiene finalmente una contraparte de salud desde el MINSAL para el Piloto de Salud Mental, se ha trabajado con profesionales del Departamento y la Unidad de Salud Mental de ambas Subsecretarías, Salud Pública y Redes. Entonces se ha rescatado un poco este trabajo en el intersector que es vital para un programa de esas características, porque si bien el Ministerio de Desarrollo Social es

quien presenta el programa y solicita los recursos, para que estos recursos se destinen para que se atienda a estas poblaciones como un modelo, un diseño que está elaborado para ello, es salud quien tiene los estándares, quien determina los tipos de atención, quien tiene la oferta, quien entrega el servicio y quien conoce cómo atender la salud mental de la familia o las personas de un sector en un dispositivo de salud de atención APS o COSAM de la comuna” (Referente Técnico Ministerio de Desarrollo Social).

“... pero también había una rotación alta de referentes y participantes en estos pilotos en el ámbito ministerial, entonces también cada uno llegaba con su criterio particular y a veces se contradecían respecto de eso, entonces en el sentido más técnico por ejemplo el grupo de usuarios que estaba asociado a la ejecución del piloto, las características de estos grupos de personas y todo eso se trataban de modificar cuando desde el diseño se decía otra cosa obviamente...” (Referente Técnico SSMC).

Así mismo, la articulación intersectorial implica un esfuerzo para los representantes de cada ministerio en relación a profundizar en las características institucionales, definiciones programáticas y condiciones de desarrollo de sus respectivas contrapartes, en función de facilitar la articulación y complementariedad en el proceso de implementación del Programa Piloto, condiciones que no siempre se cumplían como se refleja en la siguiente cita.

“... no había un gran conocimiento ni técnico, ni de funcionamiento, ni de contexto por parte de quienes se instalaron como diseñadores y principales impulsores de estos pilotos y eso hacía que ellos se pisaran la cola a veces. A veces un rato desde lo administrativo, a veces lo técnico, que ya no se cumplía la adherencia en un año entonces había que cambiarlo todo, o no sabían para donde ir e iban probando lo que se les ocurría en el camino, y en ese sentido me parece que podemos estar de acuerdo o no en la visión técnica que hay detrás de la implementación de un piloto, podemos cambiar de estrategias a propósito de los obstáculos que ahí surgen, pero ir probando al achunte lo que va surgiendo a propósito de los baches que se van encontrando en el camino para mí no era prueba de hacer las cosas, entonces en ese sentido había ahí obstáculos también” (Referente Técnico SSMC).

Por otra parte, a nivel de la organización y articulación de la intervención desde el nivel operativo, entre los equipos del Programa Piloto y los equipos de los Programas de acompañamiento psicosocial, se aprecian tensiones asociadas a las expectativas en torno a la intervención, a diferencias en torno a cómo se define la intervención y a la delimitación de tareas y responsabilidades. Esto da cuenta de un fenómeno relativamente extendido de desconfianza y subvaloración entre los equipos profesionales de los ámbitos público y privado, primando el énfasis en la diferenciación antes que en la complementariedad (situaciones similares las podemos observar en el ámbito de SENAME y su red de instituciones colaboradoras, por ejemplo).

"Y la gente del piloto dice, bueno nosotros tenemos a la especialista, porque no nos preguntan a nosotros, porque este niño debe estar aquí y no debe estar acá, y debe recibir este tipo de atención y no la otra (...) eso falta, entendimiento desde el Programa Caminos, que en un momento exige la especialidad y cuando tiene la especialidad la aminora. Falta tomar acuerdos, se han hecho muchas reuniones, pero falta tomar acuerdos..." (Referente Técnico SSMC).

"Con el Hogar de Cristo ha sido muy complicado por las visiones que hay detrás, los fundamentos, son distintos, muy distinto, ósea, la mirada de COSAM es ser una persona y tiene poder sobre su vida y puede decidir, la mirada acá es un prójimo desamparado que tengo que darse una atención muy altruista, que no colabora, que ha sido difícil, entonces, no tenemos miradas comunes. Y llegar a una mirada común se ha dificultado" (Referente Técnico SSMC).

Particularmente genera dificultades el reconocer la oferta de intervención desde el Programa Piloto y como se entiende la intervención en salud mental, en algunos equipos de los programas de acompañamiento psicosocial se buscaría asegurar una atención especializada en dicho ámbito, especialización que no necesariamente se concibe de forma similar desde la mirada de salud.

"... que acá hay psiquiatra, hay terapia, que están los medicamento psiquiátricos y todo el cuento... que es secundario total, psicoterapia. Entonces, cuando se les ha planteado que no hay psicoterapia, alguien del equipo ha dicho "Ah, entonces no tiene atención de salud mental" (...) entonces la oferta que hace salud es una atención de salud mental abreviada, más constructivista, muy sistémica, y resulta fíjate, se ven cambios. Entonces hay ahí una mirada bien peyorativa, 'ah ya, entonces no nos sirve, entonces busquemos porque ustedes no nos ofrecen'..." (Referente Técnico SSMC).

Así mismo, las dificultades para intercambiar información diagnóstica y contextual de los sujetos de intervención, genera impactos negativos en la intervención, que repercuten directamente en los/as usuarios/as del Programa Piloto.

Al parecer, existiría un celo más centrado en resguardar parcelas de poder relacionadas con el proceso de intervención, antes que una preocupación por usuarios y usuarias de los programas, situación que se estaría revirtiendo a partir de orientaciones entregadas por el MDS a las instituciones ejecutoras de los programas de acompañamiento psicosocial.

"... nada de lo que averiguaron, nada de la historia recogida, solo dicen "mira este tiene este tipo de problema chao", pero no hay un mira aquí está la carpeta, sentémonos conversémoslo, resulta que aquí (...) Esto éticamente no corresponde, que yo te reciba derivado y que te haga las mismas preguntas que ya te hicieron. Donde además tienes la posibilidad tú de no contarme la misma historia, porque ya conoces las preguntas, y te diste cuenta que algunas respuestas eran peligrosas, entonces te cuenta otra historia" (Referente Técnico SSMC).



“... los chicos son nuestros, ustedes no nos sirven como prestadores ni nada. Entonces ahora la MIDESOL ha dicho, ustedes generan lo que es el apoyo psicosocial a todas las familias, incluidos los niños que están en el piloto, que no siempre lo hacen, y por tanto si ustedes derivan a los chicos tiene que informar al piloto, la historia de los que están derivando. Ahí el MIDESOL está interviniendo con el programa” (Referente Técnico SSMC).

En estas tensiones entre programas e instituciones, cobra particular relevancia el rol de los municipios vinculados al Programa Piloto, considerando las limitaciones y carencias que, en general, han presentado en la gestión de los servicios públicos de salud y educación traspasados a este nivel durante la dictadura.

“Lo que es Municipalidad de Estación Central, yo cada vez que pregunto ‘¿oye quien de la municipalidad está a cargo de esta cosa?’ ‘no sé, no se’ entonces yo creo que ni saben quién está a cargo del piloto, el que sabe es el que maneja las finanzas en Estación Central y el doctor Quintana que es el jefe del COSAM y de todo salud mental. Pero Estación Central como municipio no tiene idea. Lo aceptó porque al doctor Quintana le pareció y porque él lo controla, maneja la plata. Pero como municipio, dudo mucho que sepan que esto existe. Ahora el municipio de Santiago se enteró de que existía, porque hasta el año pasado nunca se le había pedido al piloto que devolviera las platas que no había usado, nunca, y el año pasado la Dirección de Atención Primaria tuvo que devolver 17 millones que no rindió, los ocupó, pero nunca los rindió, y los tuvo que devolver (...) Y ahí además el equipo Calle se enteró de que había plata para contratar un terapeuta ocupacional y que había plata pa’ las horas de médico que nunca fueron ocupadas, porque nunca se conversó con la dirección del COSAM para decir que necesitan...” (Referente Técnico SSMC).

Igualmente, un aspecto no menor se relaciona con la integración intrasectorial del Programa Piloto, particularmente, como los equipos profesionales a cargo de la implementación del Programa Piloto se incorporan en los diferentes centros de salud. Se destacan como nudos críticos las diferencias en la concepción de lo comunitario dentro del modelo de atención de salud, donde los equipos del Programa Piloto serían percibidos desde algunos niveles directivos de los centros de salud como disruptivos frente a la forma tradicional de atención, lo que daría cuenta también de las tensiones y brechas en la incorporación del modelo de salud con enfoque comunitario en los diferentes centros.

“...yo creo que la mayor tensión que finalmente obstaculizaba en la ejecución tal cual como se diseñó del piloto era la resistencia que había desde las direcciones de los consultorios por permitir que estos equipos se instalaran con la lógica más comunitaria que venía dada desde el diseño. Bien o mal diseñada digamos uno puede tener las críticas respecto a cómo entiende ese diseño lo comunitario digamos, pero al menos se diferenciaba bastante del funcionamiento en box que era lo que más se usaba históricamente en esos dispositivos, entonces ese tope de alguna manera permeaba al equipo y lo dejaba como, es bien paradójico, finalmente uno viene ahí a intervenir a ciertos niños que están viviendo los efectos de ciertos conflictos que se presentan en sus padres, y de alguna manera este escenario se replicaba en términos institucionales, entonces los equipos quedaban como los hijos huachos que no sabían a quién hacerle caso y hacia donde tender...” (Referente Técnico SSMC).

Además, se observan algunos conflictos asociados a las prestaciones de salud y cómo se entiende la vinculación del Programa Piloto con los centros de salud, en tanto programa integrado o adosado a su dinámica y funcionamiento.

“En COSAM Maipú porque dice, yo no tengo por qué poner mi hora para atender más cabros que sean de ustedes. Entonces uno dice, si, pero son de la comuna de Maipú, si, pero llega cualquier niño aquí y me traen la lista que tenemos después. En un momento se pensó que tenían que tener preferencia por que se había contratado a un psiquiatra con horas para este piloto. Como ellos dijeron esta plata no es suficiente, ustedes entran en la lista como cualquier otra lista de chiquillos. Que es lógico también, pero la expectativa era otra” (Referente Técnico SSMC).

“... del Calle, en algún momento del año pasado, tuvimos la dificultad de que teníamos dificultades con la derivación de nuestros pacientes, los que requerían atención a nivel de especialidad, porque no había psiquiatra en el COSAM, o sea, un psiquiatra renunció ciertas horas y fue difícil para el municipio el poder contactar, coordinar las atenciones con un nuevo psiquiatra. Por lo tanto, los pacientes no es que hayan dejado de ser atendidos, eran atendidos igual, pero eran atendidos por el psiquiatra que trabajaba para COSAM. Por lo tanto, los pacientes tenían que entrar a una lista de espera, no había horas distribuidas específicamente para el programa. Yo creo que ese fue el nudo crítico más importante que nosotros tuvimos el año pasado en relación al Calle...” (Referente Técnico SSMC).

Finalmente, a nivel intermedio en el SSMC, se relevan las tensiones y dificultades relacionadas a la inestabilidad en los niveles directivos del servicio, situación que impacta negativamente en la medida que la gestión política asociada a los roles directivos, en términos de facilitar la instalación y proyección del Programa Piloto, se interrumpe, cambia o se deja de lado.

“Por otro lado respecto a mi función en particular también hubo una contingencia en ese periodo con respecto al funcionamiento del Servicio de Salud que fue importante, o sea los dos años y medio que yo estuve ahí cambiaron 8 veces al director del servicio, y cada director que llegaba, llegaba nuevamente con su manera de pensar el funcionamiento del servicio y dentro de todo lo que eso implicaba con su manera de entender la participación de estos pilotos, entonces eso hacía que fuese muy cambiante el escenario y eso se replicaba en distintas cosas, que ya no tienen que ver con el funcionamiento del servicio, como la rotación de los equipos, tenía que ver con la ejecución, con la participación de quienes se instalaban como coordinadores del área y la red que estaba asociada a los consultorios que ejecutaban, también con la rotación de referentes ministeriales y de las personas que supervisaban esos el funcionamiento de esos referentes en el espacio ministerial” (Referente Técnico SSMC).



#### **d) Conformación Equipo Profesional**

Un nudo crítico central para el desarrollo y proyección del Programa Piloto lo constituye la conformación, consolidación y estabilidad de los equipos profesionales, toda vez que constituyen un pilar fundamental para el despliegue de la intervención.

En este sentido, se aprecia la necesidad de modificar aquellas orientaciones técnicas y administrativas que en la práctica precarizan las condiciones de trabajo y que desvirtúan en múltiples dimensiones la posibilidad de desplegar una intervención profesional consistente y acumular experiencia y conocimientos en los equipos, que permitan proyectar los aprendizajes logrados en el contexto de implementación de una iniciativa piloto de éstas características.

Así, se reitera en el discurso de los referentes técnicos la realidad de una alta rotación de profesionales, quienes debieron lidiar con diversas situaciones impropias de una gestión pública consistente y de calidad.

“Inseguridad. Los pilotos que tienen un año de duración y siempre esta como sigue o no sigue, que más que por, anteriormente, más que por evaluaciones técnicas era porque no sabíamos si iba a estar la plata, la plata llega en junio entonces de repente nos alcanza hasta mayo, o en un momento no se nos pagó enero y febrero en Estación Central, ahí hubo algunos conflictos y porque también la gente suele buscar trabajo estable. Hay equipos que se mantuvieron por un tiempo bien estables pero otros se han disgregado se han ido, yo estuve un tiempo con un equipo y ahora se fue (...) Estación central tiene ya más un equipo instalado. Y a pesar de que hubo un tiempo en que no les pagaron” (Referente Técnico SSMC).

Por otro lado, un aspecto igualmente relevante se relaciona con la conformación y organización de los equipos profesionales, los cuáles en un principio habrían reflejado una concepción estrecha en relación a la intervención desde salud mental, además de depender la conformación de los equipos de perfiles pre-determinados que no necesariamente reflejaban las necesidades de recursos humanos que la intervención en curso requería.

“... estaba muy psicologizada, entonces el piloto tenía psiquiatras, mucho psicólogo, el terapeuta ocupacional, la vinculación con el COSAM de Maipú para articular atención psiquiátrica especializada y tenía matrona también en un momento, médico, que no era psiquiatra igual algunas horitas pero que eran horas en el fondo. Después eso se acabó, el COSAM de Maipú no quiso seguir trabajando porque era muy poca plata y el psiquiatra solo para APS por hora no era posible de encontrar y de hacerlo todo, el CESFAM habría dicho bueno nosotros queremos lo mismo porque no puede ser, no sé, se cerró esa posibilidad y matrona, hay matronas dentro del CESFAM. Los perfiles venían pre determinados y todos eran dentro de salud mental. El trabajo, la practica empezó a ver en Caminos que no todo era salud mental, era biopsicosocial entonces la cosa tenía que ampliarse y lo que es Caminos inclusive al área más bien educacional, entonces ha sido la práctica y el análisis de la práctica lo que ha ido abriendo el perfil de profesionales en tanto den respuesta a la necesidad de la población” (Referente Técnico SSMC).

Para cerrar este punto, se destaca la necesidad de revertir la situación de aislamiento en que se encuentran los equipos profesionales, generar espacios de capacitación, de compartir aprendizajes y de trabajo colaborativo, en función del fortalecimiento del modelo de intervención desplegado desde el Programa Piloto.

“No ha habido espacio entre los equipos para la capacitación, para la reflexión, para el análisis de las buenas prácticas. No ha habido posibilidades de generar jornadas, encuentros. Entonces ha sido un trabajo muy aislado, que ha dependido mucho de la voluntad de las personas que han trabajado en estos equipos, de la voluntad de las direcciones de los dispositivos de salud, de la voluntad de los referentes técnicos de los servicios, del interés de los equipos del Ministerio de Desarrollo Social por estar más cercanos y más atentos” (Referente Técnico Ministerio de Desarrollo Social).

De este modo, a modo de síntesis, los principales nudos críticos del Programa Piloto en Salud Mental identificados desde la perspectiva de los referentes del Ministerio de Desarrollo Social y del Servicio de Salud Metropolitano Central, se vinculan con:

**Figura Nº 2: Nudos Críticos Relativos al Modelo de Gestión del Programa Piloto en Salud Mental desde la Perspectiva de los Referentes del MDS y SSMC**



### 3.4 Nudos Críticos desde la perspectiva de los Equipos Ejecutores del Programa Piloto

Por nudo crítico del modelo de gestión implementado en el marco de las distintas experiencias de ejecución del Programa Piloto, se entiende a toda situación o elemento tanto en la dinámica y organización de los equipos profesionales como en el entorno, que entraba, actualmente o potencialmente, el desarrollo eficiente de la intervención. Es decir, son todos los elementos, factores o situaciones que obstaculizan el logro de los objetivos, las metas o la consecución de los resultados esperados del Programa Piloto.

En este sentido dos aspectos claves que se manifiestan a modo de nudos críticos transversales a todas las experiencias sistematizadas de ejecución del Programa Piloto, se vinculan con la alta rotación de los profesionales y la cantidad de horas de recurso humano disponibles en los equipos. El primer aspecto (alta rotación de los profesionales en el equipo), los profesionales de los equipos lo asocian principalmente a la forma contractual a honorarios que predomina en el marco del Programa, lo que genera inseguridad e incertidumbre en los/as integrantes y abre la posibilidad de tomar, y en ocasiones buscar, nuevas oportunidades laborales bajo un régimen contractual que les otorgue mayor seguridad y estabilidad. Esta situación impacta en el desarrollo del Programa Piloto e incide en la calidad de la intervención desarrollada, ya que no promueve la cohesión de los equipos ni la consolidación histórica de aprendizajes a partir de la experiencia concreta de ejecución. Respecto a la escases de horas de recurso humano disponibles en los equipos para desarrollar la intervención, esta se vincularía con temas presupuestarios y administrativos propios del diseño y planificación del Programa Piloto. Esta situación, según los resultados de la sistematización afecta nítidamente la organización de la dinámica de trabajo de los equipos y finalmente la calidad de la intervención, ya que no permitiría el desarrollo de atenciones de usuarios/as con la frecuencia deseada, ni la implementación de reuniones técnicas y coordinaciones con los equipos ejecutores de los Programas Calle y Abriendo Caminos y con la red de salud local con la periodicidad esperada y necesaria en el marco de la intervención.

Por otra parte, otro nudo crítico que afecta el desarrollo del Programa Piloto, se vincula con la división del equipo profesional a partir del espacio físico que utilizan los integrantes como centro de operaciones para desarrollar su trabajo. Al respecto, la sistematización evidenció que en el marco de algunas experiencias de ejecución del Programa, los equipos por temas de infraestructura y para facilitar el acceso de los/as usuarios/as, han optado por separarse, utilizando unos profesionales como centro de operaciones el Centro de Salud (COSAM - CESFAM) y otros la entidad ejecutora del Programa Calle o Abriendo Caminos. A partir de lo que evidencia la sistematización, esta situación claramente afecta las coordinaciones al interior del equipo en el marco de las intervenciones. Del mismo modo, también aparece como un nudo crítico de la intervención la instalación completa de los equipos profesionales en las instalaciones de las entidades ejecutoras del Programa Calle o Abriendo Caminos, ya que esta acción no promueve e incluso dificulta, la visibilización, difusión e instalación finalmente del

Programa Piloto en Salud Mental en el marco de los Centros de Salud, incidiendo directamente en las coordinaciones y la efectividad de los procesos de derivación.

Así también, los equipos profesionales vinculados al Programa Piloto Salud Mental Calle declaran como un nudo crítico de la intervención el momento de alta médica de los/as usuarios, principalmente por el abandono o la deserción de estos/as durante los procesos de intervención a raíz de sus dinámicas existenciales de vida en la calle. En este sentido, parece necesario definir con claridad procedimientos y criterios que orienten a los equipos ejecutores respecto a las acciones que deben desplegar para abordar estos casos y situaciones, buscando siempre promover su acercamiento con la red de salud primaria del territorio. La derivación a atención primaria de salud generada por algunos equipos frente a estas situaciones parece ser una estrategia a revisar y continuar desarrollando.

Otro nudo crítico de la intervención transversal a las experiencias de ejecución analizadas, se vincula con la escasa efectividad de los procesos de derivación desplegados desde el Programa Piloto hacia la atención secundaria y terciaria (oftalmología, traumatología, dermatología, residencias de protección y/o acogida). Esta situación, que se vincularía según los/as profesionales con la inexistencia de cobertura y atenciones especializadas en la redes de salud locales, termina provocando que más allá del acercamiento a la red de salud local de los usuarios/as, sus problemáticas de salud quedan finalmente sin solución en el marco del Programa Piloto.

Así también, los equipos profesionales declaran como un nudo crítico de la intervención la escasa visibilidad del Programa Piloto en los Centros de Salud y en la red de salud local. En este sentido, se reconoce que es de suma importancia el desarrollo de una estrategia de difusión del Programa en los distintos territorios que promueva la instalación de un trabajo coordinado y expedito a nivel interinstitucional, de manera de poder agilizar los procesos de derivación y dar respuesta efectiva a las necesidades de los/as usuarios/as.

Del mismo modo, otro nudo crítico identificado por los profesionales de algunos de los equipos ejecutores, se vincula con los problemas de definición y delimitación de tareas y funciones existentes entre el equipo profesional vinculado al Programa Piloto, los equipos profesionales de los Programas Abriendo Caminos y Calle y los equipos de salud CESFAM / COSAM. En este sentido, parece sumamente relevante asumir esta tarea desde el nivel central para generar las condiciones necesarias para la vinculación entre los equipos y las coordinaciones territoriales en el marco de los procesos de intervención.

Por otra parte, parece necesario mejorar los procesos de retroalimentación entre los equipos profesionales generados en el marco de los procesos de intervención de los casos (tras la derivación de usuarios desde los Programas Abriendo Caminos y Calle al Programa Piloto) entre los equipos profesionales de los Programas Abriendo Caminos y Calle, y los del Programa Piloto en Salud Mental. En este sentido, parece necesario instalar y/o formalizar las instancias de intercambio de información, análisis de casos y evaluación de avances de los procesos de intervención, para promover la generación de criterios comunes y mejorar las

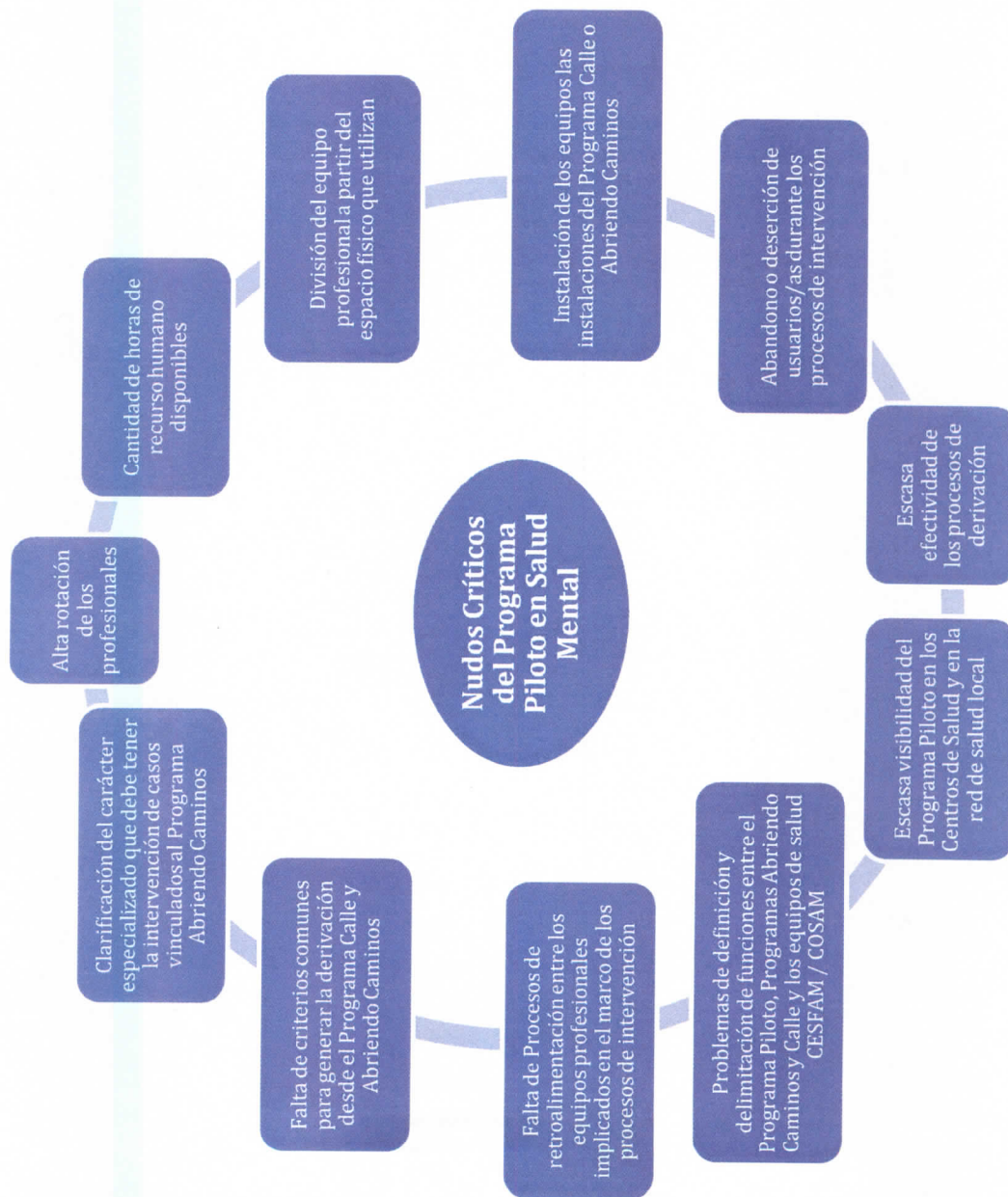
coordinaciones para abordar los casos buscando complementar los procesos de intervención desarrollados por ambos programas y evitar así situaciones de sobreintervención.

Otro nudo crítico del programa Piloto, se vincula con la identificación de los casos a derivar por parte de los Programas Abriendo Caminos y Calle. Actualmente esta situación no estaría formalizada y quedaría al criterio de cada uno de los equipos profesionales ejecutores. De este modo, algunos equipos continúan implementando un screening a todos/as los/as usuarios/as para identificar aquellos/as con necesidades de atención en salud mental, mientras otros solo implementan estos instrumentos con aquellos/as con quienes se genera la sospecha clínica y otros no implementan instrumentos y la derivación queda asociada sólo al criterio de los profesionales del Programa Abriendo Caminos o Calle. En este sentido, para resguardar los procesos de evaluación de resultados y de impacto del Programa Piloto, resulta central disponer de información previa a la participación de los usuarios/as en el Programa Piloto a modo de línea base, por lo cual resulta fundamental formalizar este aspecto de la intervención con los equipos ejecutores.

El Programa Piloto en Salud Mental Abriendo Caminos busca generar una atención oportuna y especializada para los usuarios/as que lo requieran del Programa Abriendo Caminos. En este sentido, aparece como un nudo crítico del Piloto que requiere mayor desarrollo y precisión el carácter especializado que debe tener la intervención de los casos vinculados a este Programa. Ello se presenta como un desafío para el Programa Piloto que debe abordar a la brevedad, para diferenciar su intervención y mejorar así la delimitación de roles, funciones y metas con el Programa Abriendo Caminos.

A continuación, a modo de síntesis, se presenta un diagrama con los principales nudos críticos del Programa Piloto en Salud Mental identificados en el marco de esta sistematización:

Figura N° 3: Nudos Críticos Relativos al Modelo de Gestión del Programa Piloto en Salud Mental desde la Perspectiva de los Equipos Ejecutores



### 3.5 Aprendizajes desde la Perspectiva de Referentes Técnicos MDS y SSMC

Respecto a los aprendizajes relevados como significativos desde la perspectiva de los referentes técnicos en el contexto de la implementación del Programa Piloto, estos se vinculan con:

- Los sujeto de intervención
- Los modelo de intervención
- Los equipos profesionales

#### a) En relación a los Sujetos de Intervención

Considerando la complejidad de las situaciones y problemáticas relacionadas con las características de la población objetivo del Programa Piloto, se releva como un aprendizaje significativo la necesidad de flexibilizar y ampliar las vías de ingreso al Programa Piloto, considerando que su cobertura de atención no debería restringirse a las derivaciones realizadas desde los programas de acompañamiento psicosocial, situación que igualmente implica considerar al Programa Piloto como parte integral de la oferta de atención de los centros de salud. Igualmente, reconocer que los requerimientos de la población objetivo no se podían condicionar en función de los tiempos técnicos y administrativos de los programas de acompañamiento psicosocial.

“... tiene que ver con el acceso a la atención de estas poblaciones en situación de vulnerabilidad en términos universales. Y hablo en términos universales porque el diseño original del Programa Piloto, diseñó un convenio en el que sólo determinados organismos ejecutores de programas de acompañamiento psicosocial podían derivar usuarios al piloto. Y estos estaban identificados con nombres y apellidos. Entonces, con la implementación del programa y la experiencia, nos dimos cuenta que los usuarios que participaban como beneficiarios de los programas de acompañamiento psicosocial, podrían ser beneficiarios de estos programas por 12 meses o por 24 meses, pero las necesidades de sostener atención, dados sus requerimientos de salud, podrían ser por más tiempo. Nos dimos cuenta también de que no sólo los que eran derivados desde los programas de acompañamiento psicosocial al piloto, eran quienes necesitaban en una comuna, en un territorio esa atención, si no eran otros usuarios que estaban a veces en una situación de mayor complejidad y con requerimientos mucho más altos, no estaban siendo considerados por el programa piloto. Eso es un tema que estamos reflexionando y por eso se modificó el convenio el año pasado también, de cooperación del programa, no sólo los beneficiarios de los programas de acompañamiento psicosocial iban a ser derivados al piloto, si no toda aquella persona que por Ley estaba siendo identificada dentro del Sistema de Protección Social por su condición de ser persona en situación de calle, aunque no tuviese el acompañamiento psicosocial” (Referente Técnico Ministerio de Desarrollo Social).



“El segundo aprendizaje en relación al acercamiento, a la aproximación que puedes tener con estos perfiles que son súper distintos. Ha sido todo un aprendizaje nuevo el trabajo sobre todo con el perfil de los usuarios en situación de calle. Se está en contacto directo con el paciente (...) Ha sido súper interesante sentir como se reactualiza en el trabajo” (Referente Técnico SSMC).

## **b) En relación al Modelo de Intervención**

En línea con lo señalado en el punto anterior, los aprendizajes relacionados con el modelo de intervención se vinculan en torno a las características técnico/metodológicas del Programa Piloto, las características del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y los desafíos de diferenciar y complementar la intervención, en función del riesgo de sobreintervenir a una población vinculada diferencialmente con diversos espacios institucionales.

Así mismo, se reconoce la necesidad de incorporar mayor flexibilidad en la estructuración del Programa piloto, desafío que, a su vez, se tensiona con las características de los centros de salud, en donde se aprecia una incorporación todavía limitada de los cambios organizacionales y culturales asociados a las exigencias del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. En este sentido, la experiencia del Programa Piloto se puede transformar en una oportunidad para socializar dichos aprendizajes e impronta de la intervención hacia los equipos de salud en general.

“Cómo se articulan los programas en la red en torno al apoyo a la misma población, una población que está muy intervenida, sobreintervenida, muy identificada, sobre expuesta. Hemos analizado lo que tiene que ver con sostener el apoyo de salud a personas en situación de calle-calle, que no tienen un soporte como dispositivo, como la hospedería, casa de acogida, residencia que les ofrezca un techo, un soporte estructural para acompañar un tratamiento médico. Eso es muy complejo. Nos ha hecho reflexionar una figura que aparece en la ficha técnica del programa que es aquel médico especialista que iba a llevar los medicamentos y la atención a la calle a esta persona. Colocar medicamentos en la calle a personas que no tienen satisfechas necesidades básicas, de techo, cama, ropa, alimentación, higiene, baño, era muy complejo también. Es cómo este programa se puede operacionalizar a nivel de toda la red de salud pública, extenderlo a nivel de país, qué modelo vamos a ocupar para extenderlo, para que pueda ser un modelo de gestión flexible, que se pueda acomodar a las características de cada uno de los municipios, los territorios, las regiones, el poder identificar regiones, ciudades, zonas, donde hay mayor presencia de personas en situación de calle con necesidad de atención de salud” (Referente Técnico Ministerio de Desarrollo Social).



“La idea del modelo es que sea un modelo flexible a las necesidades de la población, de que esté una atención territorial clarita por un equipo, que estas personas se empoderen de la realidad que tienen, y que se inserten a las redes. Desde ahí sí, por lo menos Caminos, ingresan muy fácilmente e ingresa fácilmente también a lo que es salud mental infanto juvenil, y por lo tanto puede estar siendo visto en todos los sectores en los CESFAM, y en salud mental de los CESFAM. Más complicado es entender dentro del modelo a lo que es calle, aunque, se supone que el modelo es salud mental comunitaria, y que debería haber mucho de salud en la calle, ¿sí? Pero nos topamos aquí que tenemos una población que vive en calle y el modelo, para acercarse como usuario del CESFAM, tú tienes que estar inscrito en el CESFAM y para estar inscrito tienes un domicilio, y el domicilio no puede ser la calle (...) entonces ahí es donde podríamos encontrar como esto, que está establecido desde el modelo complica también el trabajo de calle, pero si uno lo mira desde que el modelo implica hacer flexible la relación con la población, habría que encontrar una forma de adecuarse como CESFAM a la realidad de la gente, pero por otro lado también, si bien el modelo abre esa posibilidad de engazarlo, lo que es COSAM también en COSAM hay una modalidad comunitaria, entonces pal COSAM de pronto es más sencillo el trabajo desde el nivel secundario con la gente en calle” (Referente Técnico SSMC).

Además, se refuerza el reconocimiento de las particularidades y especificidades de la población objetivo, siendo relevante incorporar con mayor énfasis en el diseño y organización del Programa Piloto dichas diferenciaciones, particularmente necesidades y requerimientos específicos de las personas en situación de calle, así como la importancia de incluir como beneficiarios/as directos de la intervención a los adultos significativos de niños y niñas incorporados al Programa Caminos.

“El poder reflexionar acerca de generar acciones y una atención pertinente para niños y niñas desde lo preventivo y promocional de la salud, que cuide y esté presente para evitar riesgos complejos de superar. El poder atender a cuidadores y cuidadoras y poder saber si realmente los cuidadores y cuidadoras, como dicen los programas de acompañamiento psicosocial tienen mayor requerimiento de atención de salud mental. El poder atender a personas en situación de calle de salud en general y no solo salud mental, porque la salud en general no estuvo en este diseño contemplada para estas personas. El poder desplegar la red de servicio de salud pública en forma oportuna y pertinente para estas personas, familias y poblaciones” (Referente Técnico Ministerio de Desarrollo Social).

“... porque hay mucha realidad oculta, y no todo llega al CESFAM no todo se cuenta en el CESFAM de hecho nosotros tenemos claro que son las técnico paramédico las que saben la vida de todos los que van al CESFAM, la señora que llega a pedir la hora cuenta toda la historia, y cuando dice, yo estoy atendiendo solamente a uno y usted sabe que blablablá y el técnico paramédico le abre todo el campo de la realidad de esta familia. Entonces ven el Piloto Caminos pa’ atención de niños es el programa infanto juvenil de salud mental de un centro o de la atención que sea de un programa infanto juvenil que existen en estos momentos que parte de Chile Crece Contigo y que ofrece atención de control sano hasta los 9 años y parte del programa adolescente. Y estos chicos son desde muy chicos hasta los 18 años entonces que estén incorporados tal vez no con la mirada de que ah, tienes a alguien detenido 10 años, que yo creo que ahí se amplía el hecho de que probablemente

sea un chico con mayor abandono, con un daño más alto, que está en la vida más en el límite” (Referente Técnico SSMC).

En general, considerando las diversas percepciones y experiencia acumulada por los referentes técnicos, se aprecia la reconocimiento de las particularidades y especificidades de la población objetivo, siendo relevante incorporar con mayor énfasis en el diseño y organización del Programa Piloto dichas diferenciaciones, particularmente necesidades y requerimientos específicos de las personas en situación de calle, así como la importancia de incluir como beneficiarios/as directos de la intervención a los adultos significativos de niños y niñas incorporados al Programa Caminos.

Así, el Programa Piloto genera aprendizajes, refleja posibilidades y formas de intervención factibles de instalar y desarrollar, en la medida que se reconozcan las condiciones de posibilidad, las resistencias y las limitaciones presentes en el campo de la salud pública.

“...eran más en terreno en calle, era mucho más salir a la calle los equipos a hacer cosas en el lugar donde estaba instalada la población beneficiaria de ese piloto digamos. En el Abriendo Caminos costó mucho vencer la resistencia que había, como también desde el funcionamiento histórico de los consultorios de sacar los equipos a la calle, utilizar una lógica más comunitaria, sino que en general están acostumbrados al trabajo en box, y si bien la adherencia en términos generales no es tan alta en la población que participa en la red de salud, la demanda sobrepasa varias veces a la oferta que se instala, entonces en términos de trabajo para los equipos que están instalados la falta de adherencia no se percibe casi, o sea, siempre pacientes, siempre están las horas ocupadas, entonces sacarlos de esa lógica para llevarlos a la calle fue algo difícil” (Referente Técnico SSMC).

“Mira, la primera es que el modelo de salud familiar comunitario no es tan comunitario, finalmente cuando se implementan intervenciones comunitarias el modelo se queda chico, porque el modelo lo hacen las personas y que el estamento, los equipos de salud requieren mucha más formación y requieren de trabajo de desarrollo personal. No lo tienen” (Referente Técnico SSMC).

### **c) En relación a los Equipos Profesionales**

Para cerrar este apartado de aprendizajes, se destacan algunos elementos significativos en función de potenciar y fortalecer la conformación y organización de los equipos profesionales, considerando la centralidad de su rol en el desarrollo de la intervención.

Por una parte, la capacidad de los equipos de generar espacios de colaboración, de gestionar e intencionar vínculos tanto al interior de los centros de salud como en sus redes institucionales. Esto implica profesionales con experticia y capacidad de dialogar técnicamente, confrontar y resolver situaciones conflictivas, sin perder el foco de la entrega de una atención profesional oportuna y de calidad.

“El equipo que atiende en estos minutos Caminos fue el que tuvo que empezar a mostrar, a cuestionar, a buscar, a ingeniárselas, a no proteger tanto sino que mostrar, a cuestionar y a participar en las reuniones de los sectores, de los equipos de los sectores. Y ahí, ahí mostrando, explicando cómo era, como era el trabajo, y ahora ya está mas incorporado el piloto, ya no hay tanto rollo con los chicos, el equipo de hecho participa mucho de las actividades del CESFAM, en todo lo que es promoción, en todas las reuniones de sector, en la participación de intervenciones de los colegios, en las actividades masivas del día de la mujer, de esto, lo otro, de todo y además como piloto y profesionales están en todas las redes de Maipú, que esa fue una exigencia nuestra desde el Servicio, ustedes tienen que estar incorporados en toda la red porque de hecho ustedes atienden familias y tienen todo tipo de dificultades y el piloto tiene como base la incorporación a las redes, así que los cabros están instalados ahora en todas las redes, y van a cuanta reunión de red hay y tienen participación activa y son conocidos” (Referente Técnico SSMC).

“El ingreso al COSAM de Estación Central también fue complicado. El COSAM de Estación Central es muy grande como territorio y la cantidad de programas que tiene y la cantidad de profesionales que tiene. El más grande de Santiago, de hecho la construcción es como un parque entero. Y ellos estaban también en unos containers. Ahí el equipo (del centro de salud), no quiso no ha querido que los viejos de Calle participen en programas de alcoholismo con ellos. Porque son de Calle, y por qué son de Calle no tienen una persona que los apadrine, por lo tanto no pueden participar en el programa de alcohol y drogas. Entonces el Piloto, la gente del Piloto se ha agarrado las mechas, porque esta gente del Piloto tiene horas también. Pero también le hacían problema por todo, por que ocupaban los baños, por que fumaban porque se ponían a pedir ahí, tan hediondos, tan pesados, tan gritones. Entonces el equipo del Piloto hizo un trabajo con el resto de sus compañeros, para sensibilizar, para explicar, para todo. Hoy día son recibidos como usuarios del COSAM no en programas de alcohol, pero si como usuarios del COSAM” (Referente Técnico SSMC).

Por otra parte, un aprendizaje destacado se relaciona con lo que se podría denominar “sacar el centro de la salud a la calle”, el asumir como relevante la intervención en terreno y no confinada a los box de atención, experiencia que los equipos profesionales han logrado realizar, no sin dificultades, pero que demuestra su factibilidad y pertinencia, siendo una tarea central, a nivel de la organización y supervisión del Programa Piloto, el asegurar condiciones de trabajo que den sustentabilidad y proyección a esta experiencia.

“... yo creo que salud requiere de equipos trabajando en terreno, definitivamente, y que si se puede hacer salud comunitaria en terreno, que los psiquiatras pueden estar en terreno, pero depende del psiquiatra, ¿te das cuenta entonces? Es súper dificultoso porque puedes estudiar psiquiatría comunitaria pero no necesariamente vas a salir a la calle a hacerla, y que de distintos ámbitos que no necesariamente son de salud podemos armar estos procesos, desde En Marcha, APS, COSAM, que en el fondo sería una organización comunitaria funcional y que aquí se vive más claramente que eso es posible, y que insertado allá, también poder tener esta misma relación de derivaciones clarita de comunidades funcionales, que es más organizado también...” (Referente Técnico SSMC).

“... lo primero que puedo rescatar es que son ambos equipos altamente motivados y eso se agradece y es súper bueno, sobre todo en el “Programa Calle” se trabaja en un perfil de usuario particular. Yo creo que no todos los profesionales, muy pocos psicólogos, tienen el perfil para trabajar con este tipo de usuarios...” (Referente Técnico SSMC).

Para cerrar, se releva desde el discurso de los referentes técnicos la importancia de diferenciar los perfiles profesionales asociados a las modalidades Calle y Abriendo Caminos del Programa Piloto, reconociendo las competencias requeridas en función de las demandas y características específicas de la población objetivo.

“El profesional del “Calle” es un profesional que tiene que estar orientado y debe tener experiencia con el trabajo en adultos y todo lo que significa el trabajo en adultos, desde las distintas patologías que pueden presentar en el adulto hasta las intervenciones con el adulto y con el niño son súper distintas. En ambos hay factores en común. Hay equipos que tienen que ser prácticos, que tienen que ser flexibles, que tienen que ser con una orientación comunitaria, de mucha salida en terreno, de no trabajar en box asistencial, de mucho trabajo preventivo, de mucha tolerancia a la frustración también. Altamente comprometido, altamente motivado. Te podría nombrar muchas características que se pueden cruzar muy en común, pero de acuerdo a la experticia, son experticias distintas. El equipo del “Abriendo Caminos” es un equipo que debe ir en la experticia para el trabajo con niños. El trabajo en adultos en el sentido de siempre teniendo la visión de que es un niño inserto en una familia y que el trabajo con los adultos es en relación al niño. El equipo de “Calle” es un equipo que debe tener experticia en el trabajo con adultos y en las patologías del adulto, en el diagnóstico del adulto y en el manejo de un paciente con las características del Piloto, son pacientes con un deterioro cognitivo importante, con su gran mayoría con daño orgánico cerebral, su gran mayoría con patologías psiquiátricas severas, con consumo de mucho tiempo, entonces, obviamente, a veces las expectativas no son que deje de consumir el paciente, son expectativas muy irreales, son disminuir el consumo, que estén más horas sobrios para poder trabajar con él, reeducar en actividades básicas, de higiene, de cómo hacer un curriculum. Son experticias distintas” (Referente Técnico SSMC).

De este modo, a modo de síntesis, los principales aprendizajes del Programa Piloto en Salud Mental identificados desde la perspectiva de los referentes del Ministerio de Desarrollo Social y del Servicio de Salud Metropolitano Central, serían los siguientes:

**Figura N° 4: Aprendizajes Relativos al Modelo de Gestión del Programa Piloto en Salud Mental desde la Perspectiva de los Referentes del MDS y SSMC**

Flexibilizar y ampliar las vías de ingreso al Programa Piloto, considerando que su cobertura de atención no debería restringirse a las derivaciones realizadas desde los programas de acompañamiento psicosocial, situación que igualmente implica considerar al Programa Piloto como parte integral de la oferta de atención de los centros de salud.

Reconocimiento de las particularidades y especificidades de la población objetivo, siendo relevante incorporar con mayor énfasis en el diseño y organización del Programa Piloto dichas diferenciaciones, particularmente necesidades y requerimientos específicos de las personas en situación de calle, así como la importancia de incluir como beneficiarios/as directos de la intervención a los adultos significativos de niños y niñas incorporados al Programa Caminos.

Se requieren profesionales con experticia y capacidad de dialogar técnicamente, confrontar y resolver situaciones conflictivas, sin perder el foco de la entrega de una atención profesional oportuna y de calidad.

Un aprendizaje destacado se relaciona con lo que se podría denominar "sacar el centro de la salud a la calle", el asumir como relevante la intervención en terreno y no confinada a los box de atención, experiencia que los equipos profesionales han logrado realizar, no sin dificultades, pero que demuestra su factibilidad y pertinencia, siendo una tarea central, a nivel de la organización y supervisión del Programa Piloto, el asegurar condiciones de trabajo que den sustentabilidad y proyección a esta experiencia.

Importancia de diferenciar los perfiles profesionales asociados a las modalidades Calle y Abriendo Caminos del Programa Piloto, reconociendo las competencias requeridas en función de las demandas y características específicas de la población objetivo

### **3.6 Aprendizajes desde la perspectiva de los Equipos Ejecutores del Programa Piloto**

Por aprendizajes generados a partir de la implementación del Programa Piloto, se entiende a todos aquellos conocimientos producidos por los equipos profesionales a partir de su experiencia concreta de implementación del Programa Piloto que promueven la configuración de estrategias y acciones que facilitan el desarrollo eficiente de la intervención y la consecución de los objetivos, las metas y los resultados esperados.

Si bien muchos de los nudos críticos identificados en el apartado anterior son reconocidos por los profesionales del equipo, muchos de ellos aún no han logrado ser resueltos por los equipos a partir de la generación de estrategias y acciones que permitan mitigar sus impactos en los procesos de intervención desarrollados. De esta manera, en este apartado, desarrollaremos aquellos aprendizajes de los equipos profesionales que han derivado en la identificación de estrategias de resolución que promueven el desarrollo eficiente de la intervención y la consecución de los objetivos, las metas y los resultados esperados del Programa Piloto.

En este sentido, a partir de la constatación de los problemas experimentados en el marco de la ejecución del Programa Piloto, resulta fundamental desarrollar un proceso de fortalecimientos del trabajo intrasectorial e intersectorial que aumente la calidad de las intervenciones desarrolladas y viabilice los procesos de derivación de casos. De esta manera, el trabajo intersectorial, se debe orientar a mejorar la vinculación y coordinación con los equipos profesionales asociados al Programa Abriendo Caminos y Calle y con las redes comunitarias de la comuna, buscando generar mayor información sobre los casos incorporados y aumentando las coordinaciones para mejorar la calidad de las intervenciones desplegadas. El trabajo intrasectorial, por su parte, se debería focalizar en mejorar la vinculación con la red de atención primaria, secundaria y terciaria existentes en los territorios, buscando mejorar las coordinaciones generadas en el marco de los procesos de derivación de casos.

Así también, otro aprendizaje de los equipos ejecutores del Programa Piloto se vincula con el perfil profesional que es necesario para desarrollar esta intervención. El Programa requiere, según los equipos ejecutores, de profesionales con capacidades técnicas para flexibilizar los procesos de intervención y adecuarse así a las necesidades y características de los/as usuarios/as y del contexto en el que se desenvuelven. Del mismo modo, los profesionales deben tener las habilidades blandas necesarias para brindar una atención pertinente, basada en la empatía con el/la usuario/a. Así también, específicamente algunos profesionales vinculados al Programa Piloto en Salud Mental Calle destaca la necesidad de contar dentro de sus equipos con integrantes que dispongan de competencias técnicas en temas de rehabilitación cognitiva, mientras en el Programa Piloto en Salud Mental Abriendo Caminos se subraya la necesidad de tener dentro de los equipos competencias técnicas vinculadas al apoyo educativo y gestión de redes.

Otro aprendizaje se vincula con la conformación de los equipos profesionales. Al respecto, la experiencia demuestra que cuando los equipos se encuentran integrados por profesionales que trabajan o trabajaron en el CESFAM o COSAM donde se ejecuta el Programa Piloto, existe una mejor vinculación y coordinación con el equipo de salud del centro, ya que estos profesionales conocen el manejo de las comunicaciones internas, las distintas unidades y los programas existentes, los procedimientos para generar procesos de derivación, y muy especialmente, conocen a los profesionales y técnicos que conforman el Centro de Salud lo que facilita tanto la instalación como el desarrollo del Piloto.

Del mismo modo, otro aprendizaje se vincula con el procedimiento de ingreso de usuarios/as al Programa Piloto. La experiencia de algunos equipos demuestra la inconveniencia de delimitar el ingreso al Programa Piloto solo a los casos derivados del Programa Calle o Abriendo Caminos, ya que abrirse a otras vías de entrada permite aumentar la cobertura (cuando se encuentra bajo lo esperado), instalar y difundir el programa en la red local y mejorar la vinculación con atención primaria, secundaria y terciaria. De este modo, parece conveniente mantener la definición del sujeto de atención, pero abrirse a recibir casos a partir de demandas espontaneas o a partir de derivaciones del mismo CESFAM, COSAM u otro centro o entidad que resulte pertinente en cada territorio.

Así también, otro aprendizaje de algunos equipos ejecutores se vincula con el procedimiento desplegado para la elaboración de los diagnósticos de entrada de los casos. Algunos equipos tras realizar diagnósticos de los casos paralelos por cada profesional durante algún tiempo (cada integrante del equipo desarrollaba un diagnóstico desde su especialidad), se han percatado que en una primera instancia todos implementaban entrevistas con el mismo objetivo: pesquisa de información diagnóstica. Esto dio paso a que algunos equipos redefinieran la organización y los procedimientos desplegados para el diagnóstico de los casos, focalizando esta primera evaluación en un profesional a cargo de realizar una indagación en torno a los factores de riesgo y protección relacionados con la situación de vulnerabilidad psicosocial de cada usuario/a.

Otro de los aprendizajes identificados, se vincula con la necesidad de mejorar y/o adecuar el espacio e infraestructura del Centro de Salud para la atención de la población asociada al Programa Piloto en Salud Mental. De este modo, se plantea que la infraestructura debería al menos permitir contar con duchas y salas o espacios diferenciados para niños y adultos.

Respecto a la relación entre los profesionales del Programa Piloto y los/as usuarios/as, la experiencia de intervención desarrollada por los distintos equipos ha demostrado la relevancia de fortalecer constantemente el vínculo terapéutico para generar posibilidades de cambio y/o mejoría en los usuarios/as y poder así elevar las expectativas de éxito de la intervención.

Del mismo modo, otro aprendizaje vinculado a los planes de intervención propiamente tales, se relaciona con la elaboración de objetivos reevaluables constantemente en el marco de los procesos de intervención. Es decir, a partir del conocimiento acumulado, los equipos establecen la necesidad de poder ir reevaluando y reformulando los objetivos de los planes de intervención a partir del devenir y la cotidianidad de los/as usuarios/as, moldeando la corrección de las metas y resultados esperados o formulando nuevos objetivos de intervención.

Así también, otro aprendizaje y desafío que permitiría avanzar hacia una mayor estandarización de la intervención desarrollada en el marco del Programa Piloto, se vincularía con la necesidad de establecer entre los equipos ejecutores criterios comunes para decidir los casos que requieren desplegar procesos de derivación a la atención primaria, secundaria y terciaria.

A continuación, a modo de síntesis, se presenta un diagrama con los principales aprendizajes generados por los equipos ejecutores del Programa Piloto en Salud Mental identificados en el marco de esta sistematización:



**Figura N° 5: Aprendizajes Relativos al Modelo de Gestión del Programa Piloto en Salud Mental desde la Perspectiva de los Equipos Ejecutores**



### **3.7 Desafíos para el Programa Piloto en Salud Mental**

Considerando los aprendizajes y nudos críticos del Programa Piloto en Salud Mental reconocidos en el marco de la sistematización, se logran identificar los siguientes desafíos en función de fortalecer y proyectar la intervención desde la figura de Programa Piloto a un programa regular incorporado a la oferta programática de los centros de salud.

#### **a) Rediseño: de Programa piloto a Programa regular**

El desafío de avanzar desde la lógica de una intervención en modalidad piloto a una intervención regular plenamente incorporada al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria.

Lo que implica un rediseño técnico, administrativo y presupuestario que permita realizar dicha transición en forma coherente con los aprendizajes realizados durante el proceso de implementación de la experiencia piloto, las características de los centros de salud y las exigencias de un abordaje intersectorial.

Por ello, considerar que dicho proceso de rediseño no debe obviar la continuidad en el acompañamiento y monitoreo de la intervención, la vinculación con los equipos profesionales y el fortalecimiento de los vínculos con los diferentes actores institucionales relevantes para el programa.

#### **b) Abordaje Intersectorial**

En relación, a este punto los diferentes actores implicados en la implementación del Programa Piloto reconocen la relevancia de fortalecer la integración y articulación intersectorial, considerando la colaboración intersectorial como un factor central para la proyección del Programa piloto y, particularmente, para su transformación en un programa regular.

Esto implica reconocer a los actores relevantes para esta colaboración intersectorial, profundizar en los aprendizajes generados y los nudos críticos identificados a este nivel en el marco de la implementación del Programa Piloto, para, desde allí, establecer las condiciones necesarias para articular una colaboración intersectorial efectiva.

En particular, se aprecia la necesidad de incorporar nuevos actores y, a la vez, fortalecer los vínculos ya establecidos con las instituciones participantes, sin obviar las situaciones

conflictivas, sino que por el contrario, asumiendo como parte del desafío de la colaboración intersectorial la resolución adecuada de dichos conflictos y tensiones.

### **c) Brechas de Atención**

La implementación del Programa Piloto ha permitido visualizar con mayor precisión la complejidad de la intervención con la población objetivo, entre otras razones, a partir del conocimiento por parte de los equipos profesionales de las necesidades y características de los sujetos de intervención, la visibilización de las tensiones y resistencias generadas en los centros de salud al acoger a esta población (principalmente, personas en situación de calle) y las deficiencias en la coordinación y complementariedad entre los programas de acompañamiento psicosocial y el Programa Piloto.

Este escenario, ha implicado limitaciones en el despliegue de la intervención, sobre intervención en algunos ámbitos y requerimientos no abordados en otros. Así, un desafío para el programa en su proceso de reformulación y proyección, se relaciona con dar cuenta de estas brechas de atención, implementar ajustes técnicos y presupuestarios que faciliten su abordaje, siempre desde una mirada intersectorial, que promueva la colaboración y complementariedad de la oferta pública y privada en salud y protección social.

En este esfuerzo por limitar las brechas de atención detectadas, es relevante dar cuenta de los puntos de encuentro, pero también las profundas diferencias entre las demandas y necesidades de atención de la población en situación de calle en comparación a la población de hijos e hijas de personas privadas de libertad.

### **d) Conformación Equipo Profesional**

Finalmente, un desafío central para el Programa en Salud Mental se relaciona con lograr generar condiciones laborales que faciliten la conformación, proyección y consolidación de equipos profesionales con la experticia requerida para el desarrollo de la intervención.

Así mismo, se requiere realizar ajustes en los perfiles profesionales, reconociendo las diferencias en la población objetivo, flexibilidad en función de requerimientos específicos de los centros de salud, conformación de equipos interdisciplinarios y con una proyección hacia la construcción de miradas e intervenciones transdisciplinarias, como estrategia para facilitar la instalación del modelo comunitario y la superación progresiva de las tensiones observadas en los centros de salud frente al cambio de paradigma propuesto desde la política pública.



## IV. PROPUESTA DE MODELO DE GESTIÓN

A continuación, atendiendo a los aprendizajes y nudos críticos identificados en el marco de la implementación de las experiencias piloto, se presenta una propuesta de Modelo de Gestión del Programa en Salud Mental.

### 4.1 La Intersectorialidad en el Modelo de Gestión

El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria se define desde el Ministerio de Salud como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (MINSAL, 2012) y se ha conceptualizado considerándolo “un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales” (MINSAL 2012).

El Modelo de Gestión que se propone a continuación se organiza considerando los principales supuestos y definiciones del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, siendo el principio de intersectorialidad particularmente relevante en el contexto de la génesis, desarrollo y proyección del Programa Piloto.

Como señalamos en el Marco de Referencia el enfoque de intersectorialidad si bien presenta un progresivo desarrollo en el abordaje de las políticas públicas, corresponde, en gran medida, a un desafío en función de lograr generar marcos de trabajo compartidos entre los diversos actores involucrados en su implementación.

En este sentido, siguiendo a Cunill-Grau la intersectorialidad no constituye en sí misma un modelo de gestión, sino que se debe considerar como una dimensión condicionada por múltiples factores, entre ellos su fundamento político, niveles de colaboración y tipos de integración.

A partir de estos factores es posible reconocer tres variables “que inciden en la modelación de la intersectorialidad, a saber: su grado de inclusividad en el ciclo de formación y evaluación de las políticas, el grado de mancomunidad en la ejecución de las acciones y el grado de alteración de las formas organizacionales previas de los sectores gubernamentales involucrados” (Cunill-Grau, 2014: 21).

En este sentido, el grado de inclusividad en el diseño y evaluación del Programa Piloto, los niveles de mancomunidad en la ejecución y financiamiento y las estructuras organizacionales intersectoriales asociadas permiten, siguiendo el análisis desarrollado por Cunill-Grau, definir intensidades en la acción intersectorial, en un continuo desde una baja integración a una alta integración.

La experiencia del Programa Piloto daría cuenta de una acción intersectorial tensionada por cambios político-institucionales, diferencias de poder en la gestión, desiguales niveles de colaboración y resistencia por parte de estructuras organizacionales, lo que daría cuenta de una baja integración intersectorial.

Por ello, considerando las condiciones de posibilidad, que se aprecian a partir del año 2014, en el proceso de implementación del Programa Piloto y los esfuerzos desplegados en función de lograr su proyección, se propone un Modelo de Gestión que promueva una mayor integración intersectorial, considerando una planificación y diseño presupuestario conjunto entre los ministerios involucrados, responsabilidades compartidas en su ejecución y seguimiento, así como avanzar de una lógica vertical de integración a una horizontal, que considere la participación y la incorporación de aportes de actores intermedios y locales.

Así, en función de potenciar la colaboración intersectorial se propone:

- La planificación, diseño y ejecución del programa considerando la integración y complementariedad de las miradas institucionales de los ministerios involucrados.
- La definición de estrategias de intervención, gestión presupuestaria y conformación de equipos de trabajo en coherencia con los aprendizajes y nudos críticos relevados por la implementación del Programa Piloto.
- El acompañamiento y monitoreo sistemático de la intervención por equipos de seguimiento organizados en forma conjunta y con responsabilidades compartidas desde los Ministerios de Salud y Desarrollo Social.
- La generación de espacios de encuentro y reflexión que permitan retroalimentar oportunamente la intervención desde los equipos ejecutores a las instancias intermedias y centrales.

- La conformación de mesas de trabajo que incorporen a los actores públicos y privados vinculados con la implementación del programa.
- La implementación de procesos de evaluación y sistematización de la intervención con la participación activa de los equipos ejecutores y actores relevantes, que permitan realizar ajustes y modificaciones al modelo de intervención.

## 4.2 Organización del Modelo de Gestión

A partir de este marco de relevancia, y considerando los nudos críticos evidenciados a partir de la sistematización del Programa Piloto, a continuación se desarrollan los aspectos centrales del modelo de gestión propuesto.

### 4.2.1 Vías de Acceso y Población Objetivo

A partir de los aprendizajes evidenciados y los nudos críticos detectados en el marco de la sistematización, se sugiere en esta propuesta de modelo de gestión del Programa en Salud Mental no limitar el acceso sólo a los casos derivados del Programa Calle y el Programa Abriendo Caminos, sino más bien, ampliar las vías de ingreso manteniendo cupos garantizados de atención para estos Programas, pero también recibiendo casos derivados desde los otros Programas vinculados al Sistema de Protección Social, al Sistema de Salud nacional, a la demanda espontánea y a la detección directa del proyecto en cada territorio. Esta situación, permitiría definir a la población objetivo del programa a partir de sus características propias y las vulnerabilidades y necesidades específicas que presentan y no a partir de su incorporación o no a un Programa Psicosocial como el Abriendo Caminos o el Calle.

De esta manera para el Programa en Salud Mental Abriendo Caminos, la característica central y vulnerabilidad específica que afectaría a la población objetivo sería el tener un padre o una madre privado/a de libertad y que además presenten necesidades de atención en salud mental. A la luz de los resultados de la sistematización, y considerando que los niños y niñas viven y se desarrollan a partir de las interacciones sociales que generan con sus adultos significativos y el ambiente, resulta relevante ampliar la población objetivo del Programa en Salud Mental Abriendo Caminos a los integrantes adultos de las familias de estos niños y niñas.

Mientras que para el caso del Programa en Salud Mental Calle, la característica central y vulnerabilidad específica que afectaría a la población objetivo sería el estar en situación de calle pernoctando en la vía pública, hospederías y/o residencias y que además presenten necesidades de atención en salud mental.

Ahora, resulta relevante para fomentar la evaluación del Programa Piloto en Salud Mental, que toda derivación o ingreso de población se realice y gestione tras la aplicación del screening establecido en las bases técnicas del Programa. De este modo, tras la derivación de los casos y el envío de los resultados del screening, el equipo profesional a cargo del Programa Piloto en Salud Mental Calle o Abriendo Caminos debe realizar una evaluación integral del caso y constatar la presencia de necesidades de atención en salud mental. De este modo, esta evaluación resulta clave para establecer los pasos a seguir:

- Si a partir de la evaluación se determina que los casos no presentan necesidades de atención en salud mental ni atención en salud física, esto debe ser informado al Programa que generó la derivación para asumir nuevamente el caso y el equipo del Programa Piloto en Salud Mental debe cotejar su correcta inscripción en el Centro de Salud vinculado al territorio.
- Si a partir de la evaluación se determina que los casos no presentan necesidades de atención en salud mental, pero si presentan necesidades de atención en salud física, el equipo del Programa Piloto en Salud Mental debe cotejar su correcta inscripción en el Centro de Salud vinculado al territorio y generar un proceso de derivación interno con el área de especialidad correspondiente. En paralelo, el equipo del Programa Piloto en Salud Mental debe informar al Programa que generó la derivación para que realice el seguimiento del caso. En caso de que el usuario/a no se encuentre incorporado a un programa de acompañamiento psicosocial, el equipo del Programa Piloto en Salud Mental se debe hacer cargo del seguimiento del caso.
- Si a partir de la evaluación se determina que los casos presentan necesidades de atención en salud mental y atención en salud física, el equipo se debe cotejar su correcta inscripción en el Centro de Salud vinculado al territorio y asumir su intervención en Salud Mental, mientras en paralelo genera un proceso de derivación interno con el área de especialidad correspondiente.
- Si a partir de la evaluación se determina que los casos presentan necesidades de atención en salud mental, pero no requieren atención en salud física, el equipo se debe cotejar su correcta inscripción en el Centro de Salud vinculado al territorio y asumir su intervención en Salud Mental.

#### **4.2.2 Identificación del Programa**

Considerando las modificaciones explicitadas relativas a la población objetivo de los programas, se sugiere modificar el nombre de cada uno de ellos. De este modo:

El Programa Piloto Salud Mental Abriendo Caminos en el marco de esta propuesta, se sugiere mantener el nombre.

El Programa Piloto Salud Mental Calle en el marco de esta propuesta, se pasa a llamar Programa en Salud Mental para Personas en Situación de Calle.



#### 4.2.3 Localización

Considerando los aprendizajes evidenciados y los nudos críticos detectados en el marco de la sistematización, se sugiere en esta propuesta de modelo de gestión del Programa en Salud Mental que el Programa, más allá de implementar actividades en terreno y en dependencias de los programas de acompañamiento psicosocial que derivan casos, siempre se encuentre instalado físicamente en las instalaciones del Centro de Salud de APS o especialidad.

Esta situación promueve la instalación y difusión del programa en los centros de salud de APS o especialidad, promoviendo el desarrollo de un trabajo coordinado con los equipos de salud y mejorando finalmente el acceso a atención en Salud Mental.

#### 4.2.4 Objetivos del Programa

Respecto a los objetivos de los Programas en Salud Mental, reconociendo las especificidades que presenta la población objetivo de cada programa, nos parece pertinente mantener una distinción entre el Programa en Salud Mental para Personas en Situación de Calle y el Programa en Salud Mental para Hijos e Hijas de Personas Privadas de Libertad. De este modo, considerando la experiencia de implementación concreta, los nudos críticos y los aprendizajes declarados por los equipos profesionales, la propuesta de modelo de gestión se articula a partir de:

- Mantener el objetivo del Programa en Salud Mental Calle para el Programa en Salud Mental para Personas en Situación de Calle, pero especificando que los servicios se deben prestar en el marco de la red pública de salud a través de dispositivos de atención primaria y de especialidad (COSAM) y enfatizando la relevancia de la intervención a nivel de la promoción del acercamiento y vinculación de los casos con el Sistema de Salud. De este modo, el objetivo del Programa sería el siguiente: "Mejorar el acceso a atención en Salud Mental de Personas en Situación de Calle, a través de la implementación de un Modelo de Atención adecuada y pertinente desarrollado dentro de la red pública de salud a través de dispositivos de atención primaria y de especialidad (COSAM) que promueva el acercamiento y vinculación de las PsC con el Sistema de Salud Nacional".
- Modificar el objetivo del Programa en Salud Mental Abriendo Caminos para el Programa en Salud Mental para Hijos e Hijas de Personas Privadas de Libertad, incorporando como sujeto de atención a los adultos significativos de los/as niños/as y focalizando el servicio en la mejora del acceso a atención en salud mental, además de enfatizar la relevancia de la intervención a nivel de la promoción del acercamiento y vinculación de los casos con el Sistema de Salud. De este modo, el objetivo del Programa sería el siguiente: "Mejorar el acceso a atención oportuna y especializada en

Salud Mental para Hijos e Hijas de Personas Privadas de Libertad y sus adultos significativos, a través de un modelo de atención desarrollado dentro de la red pública de salud a través de dispositivos de atención primaria y de especialidad (COSAM) que promueva el acercamiento y vinculación de los casos con el Sistema de Salud Nacional”.

#### **4.2.5 Perfil de los Equipos Profesionales**

Los equipos profesionales de los Programas en Salud Mental deberían estar formados por al menos tres profesionales con dependencia técnica en un dispositivo de la red de salud local (atención primaria o de especialidad – COSAM).

De este modo, se sugiere que los equipos estén compuestos por los siguientes profesionales:

- Médico Especialidad Psiquiatría o Salud Familiar: Profesional a cargo de realizar la evaluación integral en conjunto con psicólogo, confirmar sospecha diagnóstica fundada en screening, tratamiento médico e indicación farmacológica para quienes reciban tratamiento en atención de especialidad (COSAM).
- Psicólogo/a: Profesional a cargo de realizar la evaluación integral en conjunto con médico especialidad psiquiatría o salud familiar y entregar intervención psicoterapéutica en los casos en que sea necesario en APS o especialidad.
- Trabajador/a social: Encargado de la implementación del trabajo comunitario, la coordinación técnica con los equipos que derivan casos y con el equipo de salud de APS / COSAM, además de la gestión de redes en el marco de los procesos de derivación.

Respecto a las horas profesionales contratadas para la implementación del Programa en Salud Mental, atendiendo a los resultados de la sistematización y la relevancia de los espacios de reunión de equipo e interequipos (además de los tiempos destinados para traslados y trabajo en terreno), se sugiere técnicamente que no existan en el Programa profesionales contratados por menos de 12 horas a la semana. Así también, es relevante enfatizar que los profesionales que se desempeñen en el Programa deben flexibilizar su horario de atención a las necesidades y dinámicas diarias de la población objetivo, buscando siempre brindar una atención oportuna y pertinente en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

Así también, considerando los resultados de la sistematización que evidencian la necesidad de contar con un perfil profesional particular para trabajar con la población objetivo de este Programa e idealmente con experiencia y bagaje previo, resulta central mejorar la situación contractual de los profesionales para evitar la rotación y promover la estabilidad y la

consolidación de los equipos a partir de la generación de experiencia y la acumulación de aprendizajes.

#### **4.2.6 Proceso de Coordinación**

Como evidencian los resultados de la sistematización, un nudo crítico clave experimentado durante la implementación del Programa Piloto y que incide directamente en el desarrollo de los procesos de intervención, se asocia con los procesos de coordinación a nivel de los equipos ejecutores y a nivel interequipos: equipo ejecutor – equipos de salud del Centro de Salud – equipo profesional de los programas que generan derivaciones.

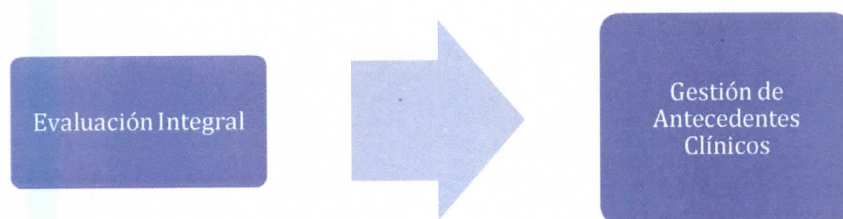
En este contexto, resulta clave enfatizar la relevancia de los espacios de intercambio y coordinación que se establecen en el marco del Programa. De esta manera, el Modelo de Gestión que se propone considera la instalación y desarrollo sistemático de los siguientes espacios de intercambio y coordinación:

- Reuniones del equipo ejecutor del Programa en Salud Mental con una periodicidad al menos quincenal
- Reuniones del equipo ejecutor del Programa en Salud Mental (o un representante de este) con el equipo profesional del Programa que deriva casos con una periodicidad al menos quincenal
- Reuniones del equipo ejecutor del Programa en Salud Mental (o un representante de este) con el equipo de salud del Centro de Salud con una periodicidad al menos mensual

El objetivo de estos distintos espacios, se asocia a la instalación y/o formalización de instancias de encuentro e intercambio que permitan controlar los procesos desarrollados y promuevan la implementación de una intervención integral tras la coordinación de las acciones y actividades desplegadas por los distintos actores implicados.

#### **4.2.7 Plan de Intervención**

En el marco del proceso de evaluación integral, cuando los/as usuarios cuenten con antecedentes clínicos y estos formen parte de los registros de la red pública de atención, se espera que el equipo del Programa en Salud Mental gestione el acceso a esta información.



Tras lo anterior, cuando se confirma la sospecha diagnóstica levantada por los equipos profesionales de los programas que derivan los casos a través de la aplicación del screening, el equipo del Programa diseña un plan de intervención dado por el nivel de complejidad de cada usuario/a.

Los casos de baja a mediana complejidad deben ser abordados a partir del trabajo del equipo profesional con los recursos y el apoyo que puede brindar el Centro de Salud Primaria. Los casos de mediana a alta complejidad, deben ser tratados a partir del trabajo del equipo profesional con los recursos y el apoyo que puede brindar un Centro de Salud Especializado (COSAM). Así también, los casos identificados por el equipo como de alta complejidad, también deben ser derivados y gestionados en el marco de los servicios de atención terciaria existentes en el territorio.

Considerando la dinámica existencial de las personas en situación de calle y las contingencias que pueden experimentar los hijos e hijas de personas privadas de libertad, se sugiere realizar una reevaluación constante y sistemática de los planes de intervención, analizando la pertinencia de los objetivos y las actividades (reevaluaciones mensuales o cada dos encuentros con el/la usuario/a).

#### 4.2.8 Egreso

Atendiendo a que uno de los nudos críticos de la intervención implementada se vincula con los procesos de egreso o alta de usuarios/as, tanto por el abandono o la deserción de los procesos de intervención como por la cronicidad de algunas situaciones de salud física y mental, se proponen las siguientes modalidades o tipo de egreso del Programa:

- Egreso con resultados positivos en Salud Mental: este egreso se consigna cuando a partir del plan de intervención diseñado y ejecutado por el equipo se obtienen los resultados esperados y el/la usuario/a logra resolver los problemas en salud mental vinculados al ingreso al Programa.
- Egreso sin resultados en Salud Mental: este egreso se consigna cuando a partir del plan de intervención diseñado y ejecutado por el equipo no se obtienen los resultados esperados y el/la usuario/a no logra resolver los problemas en salud mental vinculados al ingreso al Programa. En este caso el equipo debe realizar un proceso de

derivación del caso al centro de salud especializado correspondiente y/o los servicios de atención terciaria existentes en el territorio.

- Egreso por deserción u abandono: este egreso se consigna cuando las estrategias de rescate desplegadas al momento de un primer abandono o deserción no obtienen los resultados esperados y los casos finalmente no logran volver a ser contactados y reintegrados al Programa o cuando los/as usuarios/as deciden no continuar participando. En este último caso, cabe la alternativa de que el equipo del Programa evalúe en conjunto con el/la usuario/a la derivación del caso a algún programa o instancia de la red local para alcanzar los objetivos propuestos por la modalidad de atención.

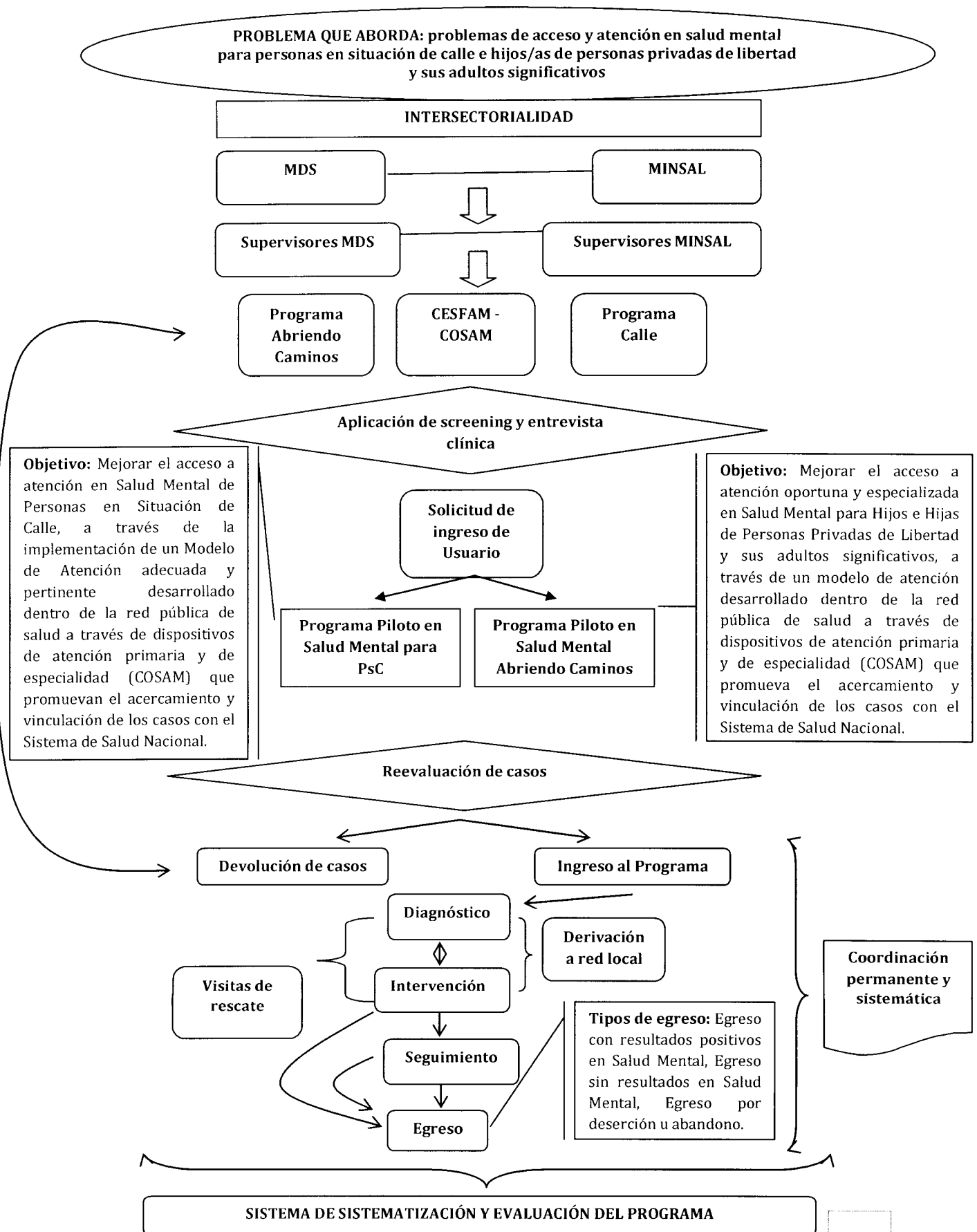
Al respecto, cabe destacar que el egreso no se debe asociar puramente a un plazo temporal, sino más bien a la consecución de los objetivos explicitados en el plan de intervención.

#### **4.3 Sistematización y Evaluación del Modelo de Gestión**

Se propone definir un sistema de evaluación permanente y sistemática del Programa que considere:

- Sistematización del Proceso de implementación del Modelo: buscando identificar los aprendizajes, nudos críticos emergentes y difusión de buenas prácticas en el marco de la ejecución del modelo de gestión.
- Evaluaciones de proceso: que analicen la adecuación de las actividades implementadas por los equipos ejecutores con el objetivo y el modelo de gestión del Programa en Salud Mental (Programa en Salud Mental para Hijos e Hijas de Personas Privadas de Libertad y el Programa en Salud Mental para Personas en Situación de Calle).
- Evaluaciones de resultados: que analicen los logros de las actividades implementadas por los equipos ejecutores a la luz de su cobertura, y el objetivo y el modelo de gestión del Programa en Salud Mental (Programa en Salud Mental para Hijos e Hijas de Personas Privadas de Libertad y el Programa en Salud Mental para Personas en Situación de Calle).
- Evaluaciones de impacto: que analicen la perdurabilidad en el tiempo de los resultados del Programa en Salud Mental (Programa en Salud Mental para Hijos e Hijas de Personas Privadas de Libertad y el Programa en Salud Mental para Personas en Situación de Calle) y el nivel de modificación de las condiciones de salud mental de la población atendida.

Figura N° 6: Propuesta Modelo de Gestión Programa en Salud Mental



## V. BIBLIOGRAFÍA

BASS C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*, 2012.

BEDREGAL, Paula; TORRES, Andrea. Chile Crece Contigo: el desafío de crear políticas públicas intersectoriales. Serie: Desafíos en la educación de primera infancia, N° 19, Instituto de Políticas Públicas, UDP, 2013.

CUNILL-GRAU, Nuria. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico conceptual. *Revista Gestión y Política Pública*, 2014, Volumen 23, N° 1, p. 5-46.

FRANCKE, Marfil; MORGAN, María de la Luz. *La Sistematización, Apuesta por la Generación de Conocimientos a partir de las Experiencias de Promoción*, Lima, 1995.

JARA, Oscar. *Sistematización de Experiencias. Caminos Recorridos y Nuevos Horizontes*, La Piragua, 2004.

MARTÍNEZ, Víctor. *Curso de Sistematización para el Post-título en Intervención con familias en extrema pobreza*, Santiago, 2004.

MARTINIC, Sergio. *Objeto de la Sistematización y sus relaciones con la evaluación y la investigación*, Grupo Chorlavi, 1998.

MINOLETTI, Alberto; ROJAS, Graciela; HORVITZ-LENNON, Marcela. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Revista Cadernos Saúde Coletiva*, Vol.20, N° 4, Rio de Janeiro, 2012.

MINSAL. *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*, 2012.

MINSAL – OPS. *Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile: Segundo Informe*, 2014.

MINSAL. *En el camino a Centro de Salud Familiar*, 2008.

OMS. *La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca*, 2008.

PALMA, Diego. La Sistematización como Estrategia de Conocimiento en la Educación Popular: El estado de la cuestión en América Latina. *Serie Papeles del CEAAL*, N° 3, Santiago, 1992.

POURTOIS, Jean Pierre; DESMET, Huguette. *Epistemología e Instrumentación en Ciencias Humanas*. Barcelona, 1990.

SARMIENTO, Luis. Aculturación en las ciencias sociales: la división del trabajo de las disciplinas sociales en la política pública. *Revista de Trabajo Social*, 2014, PUC, N° 87.



**INFORME FINAL**  
**"SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA COMUNITARIA DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA PERSONAS**  
**EN SITUACIÓN DE CALLE Y ABRIENDO CAMINOS DE PARTICIPACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON**  
**FAMILIAR SIGNIFICATIVO DETENIDO"**

