CONSULTORÍA ESTUDIO DEL MODELO DE GESTIÓN PILOTO DE SALUD MENTAL CHILE SOLIDARIO SERVICIOS DE SALUD METROPOLITANOS NORTE Y SUR

INFORME FINAL PREPARADO PARA EL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Santiago, 31 de Diciembre 2014

Ficha técnica

Título de la consultoría
Consultoría Estudio del Modelo de Gestión Piloto de Salud Mental Chile Solidario. Servicios de Salud Metropolitanos Norte y Sur. Ministerio de Desarrollo Social.

Tipo de Asistencia Técnica
Estudio evaluativo-exploratorio

Período de ejecución
Octubre – diciembre 2014

Contraparte Técnica
Elizabeth Brito
Unidad de Diseño de Programas Sociales, Departamento de Diseño Metodológico, División de Promoción y Protección Social.

Equipo de Trabajo

- Leonel González. Psicólogo, Universidad Central. PhD en Psicología Organizacional, California School Professional Pshycology, San Francisco.
- Tatiana Martínez. Socióloga, Universidad de Chile. Postítulo en Mediación Social de Conflictos. Universidad de Chile.
- Paulina Medel. Socióloga, Universidad de Chile. MSc en Biomedicina, Biociencia y Sociedad, London School of Economics, Reino Unido.
- Andrea Miranda. Ingeniera Comercial, Universidad de Chile.

Tabla de acrónimos

CAS	*(Ficha de) Caracterización Socioeconómica*
CASEN	*Encuesta de Caracterización Socioeconómica*
CESFAM	*Centro de Salud Familiar*
CHS	*Chile Solidario*
FPS	*Ficha de Protección Social*
IEF	*Ingreso ético familiar*
JUNJI	*Junta nacional de Jardines Infantiles*
NNA	*Niños, niñas y adolescentes*
MDS	*Ministerio de Desarrollo Social*
MINSAL	*Ministerio de Salud*
PACAM	*Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor*
PPL	*Persona privada de libertad*
PSM	*Programa piloto de Salud Mental*
PSC	*Persona en situación de Calle*
SENAMA	*Servicio Nacional del Adulto Mayor*
SENAME	*Servicio Nacional de Menores*
SENDA	*Servicio Nacional de Alcohol y drogas*
SEREMI	*Secretaría Regional Ministerial*
SSMN	*Servicio de Salud Metropolitano Norte*
SSMS	*Servicio de Salud Metropolitano Sur*

Tabla de contenidos

RESUMEN EJECUTIVO 6

INTRODUCCIÓN 7
ANTECEDENTES 8
MARCO LEGAL 9
CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LOS USUARIOS/AS 10
ORIGEN DEL PSM CHILE SOLIDARIO 10
RECURSOS TRANSFERIDOS Y COBERTURA PACTADA 12
MODELO DE ATENCIÓN PSM 13

I. DISEÑO GENERAL DE LA PROPUESTA 14

OBJETIVOS 14
1.1 OBJETIVO GENERAL 15
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 15
1.3 ENCUADRE CONCEPTUAL 15
1.4 POBLACIÓN Y MUESTRA 16
1.5 METODOLOGÍA 17
1.5.1 Entrevistas 17
1.5.2 Fuentes de datos 18
1.6 ANÁLISIS DE DATOS 19

II. RESULTADOS 20

2.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS 20
2.1.1 Modalidad Calle, comunas de Recoleta y San Bernardo 20
2.1.2 Modalidad Abriendo Caminos, comuna de Colina 22
2.1.3 Modalidades de Atención del Piloto de Salud Mental 24
2.1.4 Modalidad Calle, comunas de Recoleta y San Bernardo 24
2.1.5 Modalidad Abriendo Caminos, comuna de Colina 31
2.2 INDICADORES 37
2.2 ANÁLISIS DE INDICADORES 37
Modalidad Calle 37
2.2.1 Nuevos indicadores 39
Modalidad Calle 41
Modalidad Abriendo Caminos 43
2.2.2 Apreciación de indicadores 46
2.3 FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES 47
Modalidad Calle comuna de Recoleta 50
Modalidad Calle comuna de San Bernardo 52
Modalidad Abriendo Caminos 54
2.4 NUEVOS USUARIOS 57
2.4.1 Pobreza, inequidad y salud: el contexto 57
2.4.2 Cuidadoras 59

2.4.3 Programa Abriendo Caminos 59
2.4.4 Programa Vínculos 61
2.4.5 Adultos mayores, programa Vínculos 62
2.4.6 NNA Programa Calle 64
2.4.7 NNA programa Abriendo Caminos 67

III. CONCLUSIONES 68

IV. RECOMENDACIONES 71

4.1 MODELO DE GESTIÓN VERSUS MODELO DE ATENCIÓN 71
4.2 Evidencia internacional 72
4.3 Modelos de gestión propuestos 79

V. BIBLIOGRAFÍA 81

Anexo 1: Convenios y Presupuesto Fiscal 83
Anexo 2: Sistematización entrevistas y muestra 84
Anexo 3: Sistematización evidencia internacional 85
Anexo 4: Grillas de resumen evidencia nacional e internacional 88
Anexo 5: Matrices de datos recibidas 89
Anexo 6: Actividades programadas de la consultoría 91
Anexo 7: Nivel Operativo-Organizacional: Análisis Gestión de Personas 93
Anexo 8: Carta Gantt 115
Anexo 9: Sistematización indicadores "Programa Piloto Salud Mental Chile Solidario" 116
Anexo 10: Pautas de entrevistas 123

Resumen ejecutivo

El presente documento corresponde al informe final del estudio “Consultoría Estudio del Modelo de Gestión Piloto de Salud Mental Chile Solidario. Servicios de Salud Metropolitanos Norte y Sur. Ministerio de Desarrollo Social” que fue solicitado por el Ministerio de Desarrollo Social. El propósito del estudio fue analizar la ejecución del Piloto de Salud Mental en el período comprendido entre 2012 y 2014, y proponer recomendaciones para la gestión de éste, como insumo para la elaboración de un programa permanente y regular de atención en salud mental para grupos en situación de vulnerabilidad social.

Dentro de las actividades específicas desarrolladas se cuentan la sistematización de la información secundaria derivada del programa; sistematización y análisis de los indicadores propuestos al momento de la implementación, a la vez que se detectaron nuevos indicadores y se relevó la apreciación que de éstos tenían los distintos actores. Además se detectaron obstáculos y facilitadores en cada experiencia de implementación y se exploró posibles nuevos usuarios/as. Finalmente se hicieron recomendaciones para la gestión de un futuro programa.

La población objetivo del estudio fueron todos aquellos actores involucrados en la planificación, operación y ejecución del programa que implicó un total de 58 personas entrevistadas.

La metodología utilizada fue cualitativa y los métodos aplicados fueron las entrevistas grupales e individuales. Además se incluyó análisis estadístico descriptivo y de relación, para la información cuantitativa. También se realizó revisión bibliográfica de evidencia nacional e internacional en materia de gestión en salud mental, personas en situación de calle, salud mental y de niños con padres privados de libertad.

El estudio fue ejecutado durante los meses de octubre a diciembre de 2014 y consideró la región metropolitana, en particular las comunas de Recoleta (modalidad Calle), San Bernardo (modalidad Calle) y Colina (modalidad Abriendo Caminos) y en su parte exploratoria a la región del Maule (modalidad Calle niños).

Las principales conclusiones y hallazgos muestran que la gestación y entendimiento del programa es ambiguo. Esto genera confusión entre gestión y atención, diseño y ejecución lo que es traspasado a su vez a todos los niveles involucrados en forma transversal. En consecuencia, no es posible encontrar una única forma de gestionar y tampoco una única forma de atender a los usuarios/as.

Un aspecto crítico en la etapa de planificación del programa fue la caracterización insuficiente de los usuarios/as (personas en situación de calle y niños/as jóvenes con adulto privado de libertad). Esto impactó en la pertinencia de la oferta entregada por el programa, el modelo de atención y la motivación o sentido en los ejecutores directos, para mencionar algunos. Además, levanta una importante reflexión respecto de la pertinencia de una oferta especializada (salud mental) versus una oferta en salud general para poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Finalmente, la información entregada por los indicadores del programa es limitada para concluir cómo la oferta de este programa ha impactado en los usuarios/as.

Introducción

Este documento corresponde al informe final de la Consultoría “Estudio del Modelo de Gestión del Piloto de Salud Mental Servicios de Salud Metropolitanos Norte y Sur”, el cual tuvo por objetivo analizar la ejecución del Piloto de Salud Mental en el período comprendido entre 2012 y 2014, y proponer recomendaciones para la gestión de éste, como insumo para la elaboración de un programa permanente y regular de atención en salud mental para grupos en situación de vulnerabilidad social.

El estudio se desarrolló en cinco etapas, siendo la primera, el lanzamiento del proyecto, que implicó el afianzamiento del equipo consultor, la presentación de la contraparte y la recepción y entrega de documentos y entendimientos necesarios implicados en la contratación.

La segunda etapa de inducción, abarcó todas aquellas actividades que tuvieron como objetivo familiarizar al equipo con el Piloto de Salud Mental -en adelante PSM, en todas sus dimensiones. Un insumo para esta etapa comprendió la entrega de todos aquellos documentos disponibles por parte del Ministerio de Desarrollo Social –en adelante MDS, al equipo, además de entrevistas con algunos actores que aportaron información clave que permitió comprender de mejor manera el asunto de la consultoría.

La tercera etapa, correspondió a la planificación y diseño del estudio, así como también la programación de actividades.

La cuarta etapa, consistió en la recolección de información primaria y secundaria relevante para responder al diseño antes propuesto. La confección de instrumentos, las entrevistas a actores claves, el trabajo de campo y la aplicación de técnicas fueron actividades centrales, las cuales se vieron reflejadas en los dos informes de avance entregados.

Finalmente, se llevó a cabo el análisis de la información, a través de la transcripción parcial de las entrevistas aplicadas, aplicación de test estadísticos, análisis descriptivos, análisis de discurso, revisión de información secundaria y otras herramientas interpretativas que permitieron organizar desde el enfoque propuesto el modelo de gestión objeto de esta consultoría.

Luego de revisar, levantar, sistematizar y analizar la información recopilada, se elaboraron recomendaciones a la gestión del PSM, basados en los hallazgos principales del estudio. Éstos invitan a reflexionar sobre los procesos y actividades implicados en la etapa de planificación o gestación del modelo de gestión actual, la forma como la insuficiencia de la caracterización y necesidades de los usuarios sigue impactando en la oferta entregada y más importante aún en los insumos y evaluación final que de éste se pueda realizar.

El documento se estructura en cuatro capítulos, los cuales se organizan de la siguiente manera: el primero, presenta el diseño general de la propuesta del estudio, el segundo, recoge los resultados de éste, el tercero, presenta las conclusiones alcanzadas por el estudio y el cuarto enumera las recomendaciones. A este contenido le precede la revisión de antecedentes relevantes para esta consultoría y que son presentados a continuación.

Antecedentes

Según el segundo informe “Sistema de Salud Mental de Chile” (2014), el estado de la salud mental en Chile durante los años 2004 y 2012, da cuenta de elementos que presentan un avance importante. Entre ellos se destacan:

- Aumento en los dispositivos de salud mental
- Adecuado abastecimiento de medicamentos a pacientes que lo requieren
- Aumento, en los dispositivos de atención primaria de salud -APS, de la cantidad de psicólogos y el promedio de horas que disponen por centro
- Aumento de médicos que interactúan con equipos de salud mental secundarios, a través de consultorías
- Aumento de centros que realizaron actividades de medicina alternativa y que trabajan con organizaciones de usuarios y familiares de salud mental
- Aumento en más del 50% de la tasa para el año 2004 en el porcentaje de recursos humanos dedicados a salud mental y psiquiatría
- Trabajo intersectorial, se da cuenta de múltiples esfuerzos con las Ministerios de Trabajo, Vivienda y otros para atender poblaciones específicas. Se destaca, para efectos de este informe, el trabajo con el Ministerio de Educación –en adelante MINEDUC que indica que en un 13,7% de las escuelas primarias y secundarias del país se ha incorporado al menos un profesional de salud mental a tiempo parcial o completo. Asimismo, la iniciativa Programa Habilidades para la Vida de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) con una cobertura nacional en promoción y prevención de salud mental en las escuelas.

A pesar de los avances antes esbozados, se observa también algunos aspectos críticos de la salud mental. Algunos de ellos son los siguientes:

- Aumento en el tiempo de espera y en las medidas forzadas en las hospitalizaciones psiquiátricas
- Atención inferior a la esperada para niños
- Concentración de recursos en el Gran Santiago Urbano que es coincidente con el bajo porcentaje de utilización de los servicios de salud mental en áreas rurales y de minorías étnicas, religiosas y lingüísticas
- Importantes desigualdades entre beneficiarios de ISAPRES y de FONASA, relación en la que los primeros tienen mayor acceso a prestaciones ambulatorias y de hospitalización
- Los centros de salud mental comunitarios aún están muy distantes de cumplir con la norma técnica de uno por cada 40.000 beneficiarios y de disponer de la cantidad de recursos humanos que requieren para su funcionamiento
- El acceso a atención en salud mental y la calidad de ella varían enormemente según el Servicio de Salud, la ciudad y comuna, y el centro APS donde el beneficiario esté inscrito.

Estas características dan cuenta de esfuerzos y avances importantes realizados por el Ministerio de Salud –en adelante MINSAL en esta área. Sin embargo, deja ver brechas e inequidades relevantes que deben ser resueltas a fin de alcanzar el enfoque de universalidad al que éste ministerio aspira. Uno de los aspectos que adquiere más relevancia en el marco de

este estudio, es la atención de salud mental de aquellas poblaciones en situación de vulnerabilidad[1] que son el objetivo del MDS y que refieren a:

- Personas de 65 o más años de edad, que viven solos o con una persona y se encuentran en situación de pobreza.
- Personas en situación de calle
- Menores de edad, y sus cuidadores, cuyo adulto significativo se encuentre privado de libertad.

Dado que, tal como lo informa el documento revisado, los usuarios de FONASA tienen acceso restringido y parcial a la salud mental, que niños, niñas y adolescentes-en adelante NNA, no cuentan con la atención esperada, es altamente probable que los indicadores de salud en general y mental en particular para poblaciones como las mencionadas en la Ley 20.595 se encuentren en una condición desconocida de salud y en una todavía más profunda desigualdad.

En este contexto, surge el PSM Chile Solidario*.*

Marco legal

El marco legal del PSM puede centrarse en las siguientes leyes:

- ✓ Ley 20379, crea el Sistema Intersectorial de Protección Social (conjunto de acciones y prestaciones sociales) e institucionaliza el Sistema Integral de Protección a la Infancia "Chile Crece Contigo". Se constituye como modelo de gestión, integrado por acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas intersectorialmente por distintos organismos del Estado.

- ✓ Ley 20.595, crea el Ingreso Ético Familiar –en adelante IEF, que establece bonos y transferencias condicionadas para familias en pobreza extrema y el subsidio al empleo de la mujer. Sistema de Protección y Promoción Social "Seguridades y Oportunidades".

- ✓ Ley 19.949, que establece un Sistema de Protección Social para familias en situación de extrema pobreza "Chile Solidario".

Esta política intersectorial de Protección Social focaliza esfuerzos en las personas y sus familias en extrema pobreza y situaciones de vulnerabilidad, que adhieren al Subsistema de Promoción y Protección Social "Seguridades y Oportunidades". Establece mecanismos de selección, forma, elementos y duración para atender a un grupo de personas y sus familias, según lo determine el instrumento de Caracterización Socioeconómica -CASEN[2].

Los usuarios del Subsistema tienen derechos garantizados y acceso preferente a un conjunto de acciones y prestaciones sociales, determinadas en el "Plan de Intervención", elaborado por

[1] Definidas en Artículo 4to, Ley 20.595 de 2012.
[2] Fuente. Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile. 2014

el componente del Programa EJE, y por el Programa de Acompañamiento Psicosocial y/o Socio laboral, a través de Bonos, Subsidios y Transferencias Monetarias.

Condiciones específicas de los usuarios/as

Estas acciones son entregadas a las siguientes poblaciones:

- ✓ Familias en situación de pobreza extrema
- ✓ Adultos mayores de 65 años o más que viven solos o acompañados y que se encuentran en situación de pobreza
- ✓ Personas en situación de calle -en adelante PSC: personas y/o familias que carecen de residencia fija y pernoctan en lugares públicos o privados, que no cuentan con las características básicas de una vivienda aunque cumplan esa función, no incluyen los campamentos.
- ✓ Niños, niñas y adolescentes –en adelante NNA, menores de edad- con adulto significativo privado de libertad. Se entiende como privado de libertad a aquella persona mayor de edad que posee un vínculo de consanguinidad o afectivo con el NNA, y que como consecuencia de una resolución judicial no puede ejercer el derecho a su libertad personal por un período de tiempo. También se incluyen los cuidadores/as de estos NNA.

Estos programas del Subsistema cumplen con hitos comunes, los que se resumen en lo siguiente:

- ✓ Acompañamiento al usuario durante su permanencia o trayectoria en el Subsistema
- ✓ Evaluación del logro y desempeño durante su trayectoria
- ✓ Coordinaciones con el Ministerio para la generación de la oferta programática existente
- ✓ Articulación de la redes sociales para el logro de los objetivos propuestos
- ✓ Realización de diagnóstico, plan de intervención, seguimiento y evaluación
- ✓ Ejecución del plan de intervención según las orientaciones y metodologías definidas por el Ministerio
- ✓ Duración mínima y máxima de la intervención

Origen del PSM Chile Solidario

La revisión de información secundaria permitió identificar los siguientes factores que incidieron en la gestación del PSM y son los siguientes:

- ✓ Creciente demanda y necesidad de entregar atención oportuna y pertinente en salud mental a usuarios de los programas Calle y Abriendo Caminos
- ✓ Necesidades de especialización y refuerzos en los equipos de los Servicios de Salud, con el fin de entregar atención de calidad a ambas poblaciones
- ✓ Necesidad de promover el acceso a las redes de servicios de apoyo y entregar una respuesta apropiada a las demandas específicas de estos grupos

A mediados del año 2011 el MDS, en colaboración con el MINSAL; inician el PSM dirigido a personas del Programa Calle y a NNA con algún adulto significativo privado de libertad, pertenecientes al Programa Abriendo Caminos. Esta oferta surge producto del trabajo intersectorial entre ambos ministerios, con el fin de priorizar atención en salud mental a poblaciones en situación de vulnerabilidad social.

La realización de este estudio permitió además identificar otros hitos que complementan la información respecto de la génesis del PSM y éstos son:

- ✓ La elaboración del catastro de las personas en situación de Calle, realizado en agosto 2011
- ✓ Persona en situación de calle que comienza a visitar el MDS con insistencia y regularidad. Visita directamente la oficina del Ministro y éste hecho se leyó como un gatillante en la voluntad política para generar instancias de atención en salud mental.
- ✓ Rostros Nuevos, ONG ejecutor psicosocial de programas para personas en situación de Calle, levantó la necesidad de contar con atención de salud mental.
- ✓ En el año 2010 una persona del MINSAL se reconoce como responsable del diseño del PSM, pero posterior a su gestión no se contó con registro alguno que permitiera corroborar y conocer la participación de este ministerio en el diseño.

Los principios orientadores del PSM Chile Solidario son los siguientes:

- ✓ Disminución de las barreras de acceso
- ✓ Proximidad de la atención: relaciones usuarios-profesionales, proximidad física
- ✓ Pertinencia de la atención

Los objetivos del PSM por modalidad[3] se indican a continuación.

PSM, modalidad 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 adecuado y pertinente, para 146 usuarios inscritos en el programa Calle coordinado por el Ministerio de planificación.

PSM, modalidad Abriendo Caminos:

- ✓ Diseñar e implementar una modalidad de atención en salud mental, dentro de la red pública de salud, para los beneficiarios del programa de apoyo psicosocial de Chile Solidario-Abriendo Caminos, que brinde atención oportuna y especializada.

El proceso de atención del PSM incluye los siguientes componentes:

- ✓ Recursos humanos competentes
- ✓ Estrategia según población objetivo
- ✓ Complementariedad

[3] Documento Programa Piloto de Salud Mental Chile Solidario. Octubre 2011.

La forma en que el PSM opera implica varias instancias o actores involucrados en el modelo de operación del PSM. Uno de los primeros hitos de interacción que se levanta es la celebración del convenio entre MINSAL Y MDS. El MINSAL, a continuación transfiere los recursos financieros a cada Servicio de Salud –SSM. Cada SSM traspasa a los municipios los recursos y éstos a su vez los entregan a las corporaciones de salud de cada comuna.

Los organismos involucrados en la ejecución del PSM se muestran en la tabla 1.

Tabla 1: SSM que ejecutan PSM

Servicio de Salud Metropolitano	Comuna	Ejecutor	Dispositivo de Salud
Norte	Recoleta	Dirección de Salud Municipal	COSAM Recoleta
	Colina	Corporación Colina Salud	COSAM Colina
Central	Santiago	Dirección de Salud Municipal	COSAM Santiago
	Estación Central	Dirección de Salud Municipal	Consultorio N°5 COSAM Estación Central
	Maipú	Dirección de Atención Primaria (DAP)	CESFAM Dra. Ana María Juricic
Sur	San Bernardo	Corporación Municipal de Educación y Salud	COSAM San Bernardo

Concretamente, el PSM es ejecutado en las comunas de Recoleta, San Bernardo, Santiago y Estación Central para la modalidad Calle, y en las comunas de Colina y Maipú para la modalidad Abriendo Caminos.

Recursos transferidos y cobertura pactada

La fecha en la que inicialmente se transfirieron los recursos fue en el mes de diciembre de 2011, a través de Decretos Exentos que aprobaban la transferencia de recursos entre MDS y los distintos SSM. A la fecha, se han transferido un total de $432.601.638, al SSM Norte, $484.011.452, al SSM Central y $69.431.910, al SSM Sur. Las diferencias en los montos, se relacionan con las coberturas pactadas por los SSM Norte, Central y Sur, las cuales son 178, 148 y 28 usuarios respectivamente[4].

Según modalidad, la cobertura pactada para el PSM Calle corresponde a 146 personas, hombres y mujeres, mayores de 18 años en situación de Calle, de las comunas anteriormente indicadas. Con respecto al PSM Abriendo Caminos, la cobertura es de 208 NNA, entre 4 y 19 años. Lo anterior se resume en la tabla 2.

[4] Para mayor información, ver Anexo 1 convenio y presupuesto.

Tabla 2: Convenios de transferencia según modalidad de atención

Decreto Exento	Convenios	Cobertura Pactada	Modalidad de Atención	Total por modalidad de atención (2011 -2014)
N°475/2011	Aprueba convenio de transferencia de recursos entre MDS y SSM Norte para ejecución del programa PSM	53	Persona Situación Calle	137.185.966
		125	Abriendo Caminos	295.415.672
		178	**Total**	**432.601.638**
N°476/2011	Aprueba convenio de transferencia de recursos entre MDS y SSM Central para ejecución del programa PSM	65	Persona Situación Calle	247.730.854
		83	Abriendo Caminos	236.280.598
		148	**Total**	**484.011.452**
N°477/2011	Aprueba convenio de transferencia de recursos entre MDS y SSM Sur para ejecución del programa PSM	28	Persona Situación Calle	69.431.910
		28	**Total**	**69.431.910**
TOTAL		**354**		**986.045.000**

Modelo de atención PSM

En el diseño del PSM, se propone un modelo de atención que a través de los Programas psicosociales Calle y Abriendo Caminos detectaran a usuarios que a su vez estuvieran siendo atendidos. Dichos programas psicosociales derivaban al PSM. Una vez registrados como usuarios PSM, el equipo de profesionales genera un diagnóstico y el usuario es derivado a los dispositivos de salud (APS, CESFAM o COSAM) quienes realizan una evaluación diagnóstica final que levanta un plan de intervención. Este plan genera el inicio y continuidad del tratamiento y determina el seguimiento. Los hitos de alta y egreso son los que cierran este flujo (Ver documento Programa Piloto de Salud Mental Chile Solidario. Octubre 2011).

I. DISEÑO GENERAL DE LA PROPUESTA

El diseño de la propuesta emerge luego de una serie de reuniones de trabajo entre los miembros del equipo consultor y la contraparte técnica del MDS, con quien se discute y analiza extensivamente el contexto del PSM.

El análisis conjunto abordó una serie de reflexiones respecto al entendimiento del modelo de gestión actualmente en uso por parte del PSM. Esta reflexión colaborativa comprendió diversas temáticas, como por ejemplo: enfoque de derechos, institucionalidad, marcos regulatorios, modelos existentes, reflexiones teóricas en salud mental, gestión, intersectorialidad, cooperación, entre otros.

A partir de estos diálogos, se comenzó en paralelo una revisión inicial de documentos pertinentes lo que permitió ir clarificando y definiendo el alcance de la propuesta y los aspectos metodológicos de ésta. Estos insumos permitieron el diseño y validación de la propuesta.

Aun cuando en el recuento o relato, las actividades pueden aparecer en cierto orden lineal y consecuencial, el proyecto fue desarrollado con una serie de acciones o actividades en paralelo, así por ejemplo, mientras se realizó el análisis documental inicial, también se definió y analizaron los actores relevantes en el todo el sistema del PSM, se elaboraron las bases de datos de los participantes, se confeccionó y validó los instrumentos, se diseñaron acciones comunicacionales, entre otros.

Desde esta perspectiva, el diseño metodológico de la propuesta se construyó considerando ciertas preguntas guías y el propósito del estudio, lo que implicó analizar la situación anterior y actual del PSM para proponer recomendaciones para la futura gestión de éste.

Objetivos

Estos fueron construidos en base a una serie de preguntas guías, con el fin de elaborar propuestas para la gestión del PSM.

Las preguntas de investigación que permitieron definir los objetivos fueron:

- ✓ ¿Cómo se ha llevado a cabo el PSM hasta la fecha?
- ✓ ¿Cuáles son sus principales aciertos y dificultades en términos de la gestión implementada?
- ✓ Si el diseño inicial fue modificado durante la ejecución del mismo, ¿Dónde se presentan las diferencias más significativas?, ¿Cuáles son los factores que motivaron los cambios? ¿fueron pertinentes dichos cambios al modelo inicial?
- ✓ ¿Cuáles son los resultados más sobresalientes en términos de modalidades y comunas?
- ✓ ¿Cómo funcionó el trabajo en equipo en los dispositivos que lo implementaron?

Estas preguntas permitieron definir los siguientes objetivos.

1.1 Objetivo general

Dado que el PSM se establece con el objetivo de mejorar el acceso a la atención de salud mental para los usuarios de los programas Calle y Abriendo Caminos, el objetivo general del estudio fue:

Analizar la ejecución del PSM 2012-2014, y proponer recomendaciones para la gestión de éste, como insumo para la elaboración de un programa permanente y regular de atención en salud mental para grupos en situación de vulnerabilidad social.

1.2 Objetivos específicos

Para cumplir con el objetivo general se plantearon los siguientes objetivos específicos:

i) Levantar, sistematizar y analizar la información secundaria de la implementación del PSM por modalidad de atención, comuna, dispositivos de salud y organismos o instituciones de carácter público o privado ejecutores de cada programa
ii) Levantar, sistematizar y analizar los indicadores propuestos en la implementación del PSM por modalidad de atención y comuna
iii) Detectar nuevos indicadores asociados a cada modalidad de atención y comuna
iv) Describir la apreciación de los indicadores propuestos en la implementación del PSM por parte de los dispositivos de salud y cada organismo o institución de carácter público o privado ejecutores de cada programa Calle y Abriendo Caminos, según corresponda
v) Realizar un análisis comparativo que permita levantar obstáculos y facilitadores en cada experiencia de implementación de cada componente del PSM para cada modalidad de atención por comuna
vi) Detectar posibles nuevos usuarios/as sujetos de atención especializada en salud mental para usuarios/as de los Subsistemas de Seguridades y Oportunidades
vii) Proponer recomendaciones para la gestión pertinente de salud mental, para población en situación de vulnerabilidad considerando un futuro programa de oferta regular

1.3 Encuadre conceptual

Para lograr los objetivos antes mencionados y considerando la estructura en la cual el PSM se sostiene (SSM Norte y Sur), los actores que involucra y sus respectivos niveles de jerarquía y responsabilidades y los diferentes niveles territoriales (comunales) en los que opera se propuso implementar un enfoque que abarcara tres grandes niveles, asumiendo así elementos estratégicos, tácticos y operacionales del PSM.

Desde esta perspectiva, el enfoque adoptado por el equipo consultor, definió los siguientes elementos para cada nivel identificado, los que consisten en lo siguiente:

Nivel estratégico: incluye los ámbitos de decisión gerencial y contempla el diseño y rediseño de las acciones, redes y planeamiento. Acá se encuentran entre otros los valores, la misión y objetivos/metas que fundamentan las acciones de quienes participan de la organización o proyecto. Fueron preguntas claves a resolver en este nivel: ¿qué necesidad satisface el PSM en las distintas modalidades y comunas?, ¿cómo se satisfacen esas necesidades y quién las

satisface?, ¿cuál es la propuesta de los equipos PSM?, ¿cuáles son las condiciones con las que se trabajan?, ¿cuál es el soporte institucional?, ¿qué resultados se persiguen?, entre otras.

Nivel táctico: Refiere a los recursos disponibles o las formas en que se enfrentan las condiciones del medio, las actividades, el trabajo diario que permite abrazar el objetivo/meta. En otras palabras implica comprender cómo se ejecutan día a día los objetivos. Algunos de los factores a incluir en este nivel son las normas o procedimientos que guían las acciones, la estructura organizacional que la soporta y la forma en que se transmiten los mensajes importantes en el PSM por modalidad y comuna.

Nivel operacional: Se relaciona con las actividades, al cómo y cuándo se llevan a cabo las acciones. Las personas que se ubican en este nivel tienen responsabilidad por su trabajo individual, altos conocimientos técnicos y trabajan directamente con los usuarios/as. Por ello, algunos de los temas a relevar fueron las formas de trabajar, dificultades, barreras y facilitadores en el trabajo diario, comprensión y percepción de los recursos e implicancias del PSM según modalidad y comuna, entre otras.

Dados estos parámetros de abordaje y análisis, se determinó la población objetivo o muestra a obtener de los participantes según sus niveles de responsabilidad, función y los cargos que ocupaban al momento de iniciar la fase de recolección de datos.

1.4 Población y muestra

El universo del estudio corresponde a todos los actores involucrados en la gestión del PSM en el presente año (2014). La población objetivo provenía desde MINSAL y MDS a niveles centrales y en los niveles comunales (Recoleta, San Bernardo y Colina) con los equipos y personal del PSM propiamente tal, y los equipos y personal de los programas de Acompañamiento Psicosocial (ejecutores).

La muestra total de participantes incluyó a 58 personas, las cuales se agruparon en las categorías del enfoque propuesto de la siguiente manera:

- 13 personas en el nivel estratégico
- 20 personas en nivel táctico
- 25 personas en nivel operativo

1.5 Metodología

El diseño se definió como mixto, cualitativo y cuantitativo. El énfasis cualitativo tuvo mayor protagonismo mientras que el enfoque cuantitativo se enfocó a aspectos de carácter estadístico descriptivo-relacional, no inferencial de los datos secundarios[5].

1.5.1 Entrevistas

El proceso de recolección de información fue a través de entrevistas semiestructuradas individuales y/o grupales. Las entrevistas semiestructuradas se desarrollaron como un proceso "*de una entrevista reflexiva"* (Becker, 1997), tanto directiva como no directiva, en la cual *"el investigador insertó nuevas preguntas para obtener datos adicionales acerca de los temas que el participante abordó, pudiéndose profundizar"* (Becker, 1997).

Las entrevistas individuales fueron destinadas a actores altamente relevantes para el estudio, para lo cual previamente se elaboró una pauta semi-estructurada de preguntas, según el encuadre conceptual. Estas entrevistas fueron formales y se coordinaron en forma anticipada con los actores relevantes que formaron parte del universo del PSM. Sin embargo, también se realizaron entrevistas informales en visitas a terreno en los dispositivos, las cuales fueron registradas a modo de notas de campo. La mayoría de las entrevistas formales fueron grabadas con la aceptación de los participantes. Sólo tres del total de las entrevistas realizadas no cuentan con registro de audio, debido a fallas técnicas. Cada entrevista duró en promedio 1.5 hrs.

El desglose de las entrevistas es el siguiente:

Se realizaron 15 entrevistas individuales y 13 entrevistas grupales (con dos o más personas en la entrevista), existiendo un total de 28 entrevistas, que incluyeron a 58 personas entrevistadas (Ver anexo 2). La siguiente tabla muestra el número de personas entrevistadas.

Nivel	Nº entrevistas	Nº personas
Estratégico	7	13
Operativo	8	25
Táctico	13	20
Total	28	58

Además de los actores pertenecientes a la organización del PSM, también fueron entrevistados algunos representantes del mundo académico, con experiencia en salud mental y/o comunitaria. Todo lo descrito antes formó parte de lo que se denominó inicialmente universo del estudio y puede verse en detalle en los anexos 2 y 3.

5 Cabe señalar que otro equipo consultor (Medwave Consultores) condujo en paralelo un estudio similar para el MDS pero con énfasis en temas de control financiero (determinación de costos, recursos invertidos en el PSM) del SSM Central. Dentro de sus objetivos estaba el describir las percepciones de los usuarios, de esta manera los usuarios como grupo objetivo fue descartado en este estudio.

El trabajo de recolección de información en terreno consideró el desplazamiento del equipo consultor a las comunas de Santiago Centro, Recoleta, Colina, San Bernardo, San Miguel e Independencia. Todas las entrevistas fueron presenciales, excepto dos entrevistas, una grupal que se realizó por video conferencia (actores relevantes de la VII Región del Maule) y otra individual, a un profesional referente en temáticas de salud mental de la VIII Región.

Para la exploración de nuevos usuarios del PSM, uno de los objetivos específicos de este estudio, se confeccionaron preguntas adecuadas en éste ámbito.

1.5.2 Fuentes de datos

El principal medio de recolección de datos fueron las entrevistas formales, tanto individuales como grupales. Medios secundarios fueron notas de campo y un tercer medio correspondió a la revisión de los Informes Técnicos del PSM, información bibliográfica, matrices en formato Excel y otros documentos asociados y pertinentes al estudio.

Los documentos que se analizaron y estudiaron fueron todos aquellos internos del PSM, los que señalaron los planes oficiales, las estrategias de abordaje, el marco lógico, organigramas, estructuras organizacionales, entre otros, concernientes al programa en sí. Para la búsqueda complementaria a las fuentes primarias y documentos oficiales del estudio, se procedió a la pesquisa de información en internet de documentación concerniente a la temática de salud mental.

Inicialmente, se utilizó una táctica de búsqueda general y abierta en el buscador de internet “Google”, como también especifica en Google académic, para generar resultados de investigaciones que presentaran trabajos o estudios de entidades gubernamentales, académicas o de diferentes asociaciones, etc. vinculadas a temas de salud mental, poblaciones en situación de vulnerabilidad y pobreza, entre otros.

Con las herramientas web señaladas, posteriormente se realizaron pesquisas específicas en temas de modelos de gestión en general y en temáticas de gestión en salud mental.El objetivo central de la búsqueda fue la obtención de documentación relevante en la materia del estudio.

El ámbito de la pesquisa fue internacional y llevada a cabo en inglés y español, obteniéndose desde artículos periodísticos de interés a artículos e investigaciones académicas, como también presentaciones de asociaciones y entidades vinculadas a las temáticas señaladas.

Los formatos pesquisados variaron desde documentación en Word, PDF, PPT. No se pesquisaron formatos de video o en postcast.

Posterior a las pesquisas que cada miembro de este grupo realizó, se formó una tabla Excel con todas las lecturas (ver anexo 4) y se creó un resumen ejecutivo de aquellos documentos pertinentes al estudio (ver anexo 5). Esta grilla se subdividió en ejes analíticos y determinó la complementariedad específica para el logro de los objetivos del estudio. De esta forma, el análisis trianguló las entrevistas individuales y grupales con otras fuentes de información tales como análisis documental primario y secundario, y notas de campo.

También se indagaron sitios webs temáticos y relativos a materias de modelos en salud mental como por ejemplo Mental Health Division California (http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/MentalHealthPrograms-Svcs.aspx). En total se recopilaron 63 documentos lo que sumado a los 20 documentos enviados por la contraparte del MDS, corresponde a un total de 63 documentos que conforman la revisión de evidencia secundaria del estudio (ver anexos 4 y 5).

Se utilizaron notas de campo para registrar diversas interacciones sociales, ideas y observaciones surgidas en terreno. Éstas, generalmente emergen desde interacciones informales no programadas como también desde las observaciones realizadas por los miembros del equipo, los cuales constantemente fueron analizando los patrones emergentes en las reuniones de apoyo y coordinación. Este registro de campo se utilizó de manera individual por todos los miembros del equipo consultor, quienes integraron al análisis colectivo dicha información.

1.6 Análisis de Datos

La metodología cualitativa planteada ofreció una riqueza mayor pero también requirió de métodos diferidos para su análisis. Cualitativamente se utilizó un método de análisis de contenido y/o discurso. Con un menor énfasis se utilizó estadística descriptiva[6] para datos recogidos desde los diferentes programas.

Se elaboró una plantilla de sistematización para analizar el discurso de los entrevistados, con el fin de identificar las categorías que se consideraron emergentes y transversales[7]. El análisis incluyó las diferentes fuentes de información, dándose énfasis en el carácter holístico del mismo mediante la triangulación de la información.

La triangulación de los datos se utilizó con el fin de obtener información representativa y fue contrastada por los diversos métodos de recolección, siendo el análisis documental un elemento esencial para la comparación y validación de los mismos.

[6] Para mayor información de las Matrices recibidas, consultar Anexo.
[7] Plantilla de sistematización del discurso de los entrevistadas disponible en Anexo.

II. RESULTADOS

2.1 Características de los usuarios

A continuación se describen los resultados para cada programa según comuna en la cual el PSM fue ejecutado. Los resultados se presentan mediante estadística descriptiva.

2.1.1 Modalidad Calle, comunas de Recoleta y San Bernardo

El PSM en su modalidad Calle, se ejecuta en las comunas de Recoleta y de San Bernardo. La cobertura pactada por Convenio es de 53 personas (Decreto Exento 475/2011) para Recoleta y de 28 personas (Decreto Exento 477/2011) para San Bernardo, por lo que la cobertura conjunta del programa Calle corresponde a un total de 81 usuarios.

La tabla 1, da cuenta de la cantidad de usuarios que fueron intervenidos durante los tres períodos. Se entendió por período los meses comprendidos entre la fecha de inicio y término de la intervención, establecidos por el traspaso de recursos financieros entre el MDS y los SSM. Se observó una cobertura insuficiente en la comuna de Recoleta y cumplimiento por sobre lo comprometido en la comuna de San Bernardo. Para los usuarios 2014, no se contó con el detalle de la procedencia de éstos.

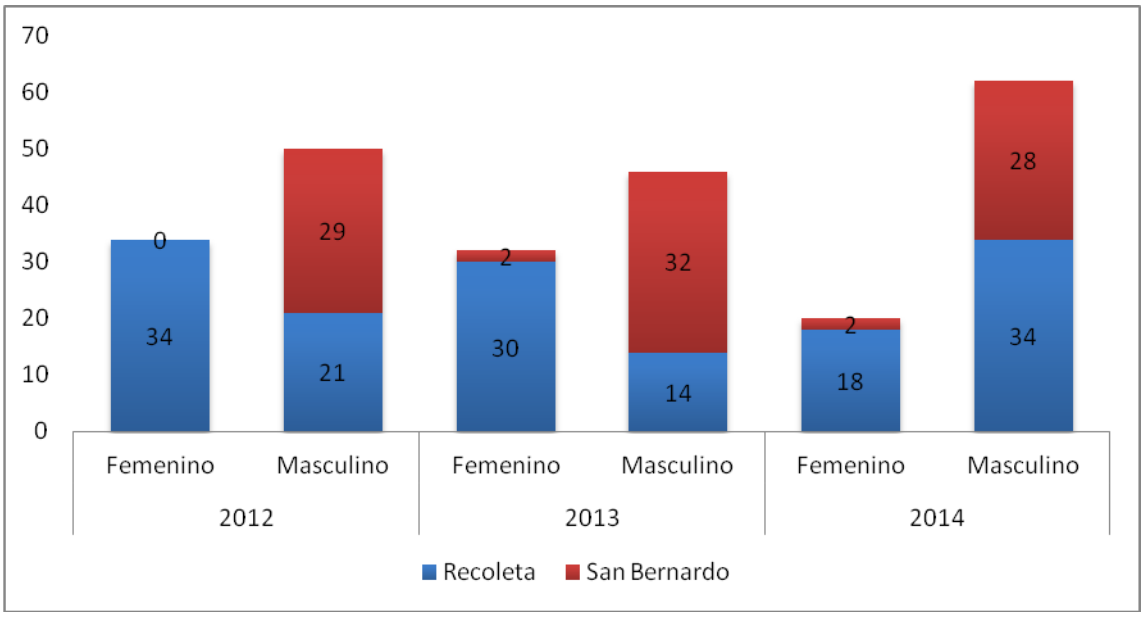
Tabla 3: Cobertura efectiva versus cobertura pactada

	2012	2013	2014	Cobertura pactada por convenios (DE 475/2011 y DE 477/2011)
Recoleta	**55**	**44**	**52**	**53**
Centro de Día		8		
Hospedería Francisca Romana	26	22		
Programa Calle Municipalidad Recoleta	29	14		
San Bernardo	**29**	**34**	**30**	**28**
Casa de Acogida Hogar de Cristo		30		
Hospedería Hogar de Cristo	29	4		
Total	**84**	**78**	**82**	**81**

Del total de usuarios, la cantidad de hombres intervenidos es entre dos y tres veces mayor a la de mujeres. Esto se debió a que los usuarios de la comuna de Recoleta provienen del Programa Calle, del Centro de día de la Municipalidad y de la Hospedería Francisca Romana, es decir, incluyeron tantos hombres como mujeres con distintos niveles de habitabilidad.

Respecto a San Bernardo la situación es distinta, los usuarios provienen de la Casa de Acogida del Hogar de Cristo y de la Hospedería del Hogar de Cristo, ambas entidades estrictamente masculinas, por lo tanto las mujeres quedan excluidas del PSM en esta comuna, con la excepción de dos usuarias que fueron atendidas por el programa, al ser parejas de dos hombres intervenidos, realidad que se ve reflejada en el gráfico 1, donde se observó cómo cada año, el total de mujeres intervenidas alcanza solamente a un tercio del total de los usuarios.

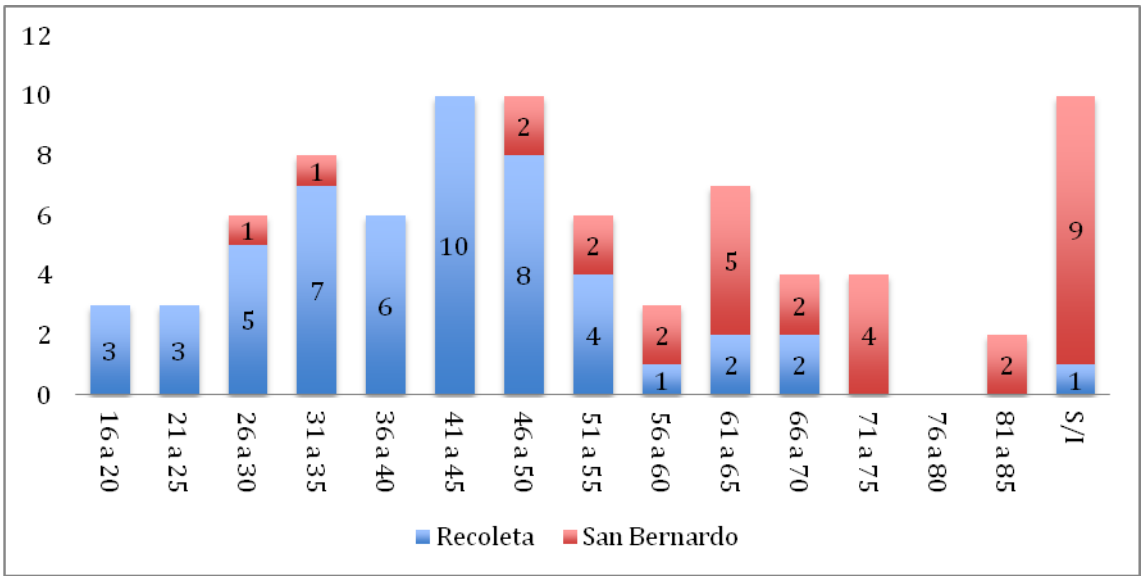
Gráfico 1: Usuarios según sexo y comuna, 2012, 2013 y 2014



De los usuarios 2014 en la comuna de San Bernardo, dos de ellos fueron diagnosticados con esquizofrenia, 19 presentan consumo problemático de alcohol y 1 presentó problemas judiciales.

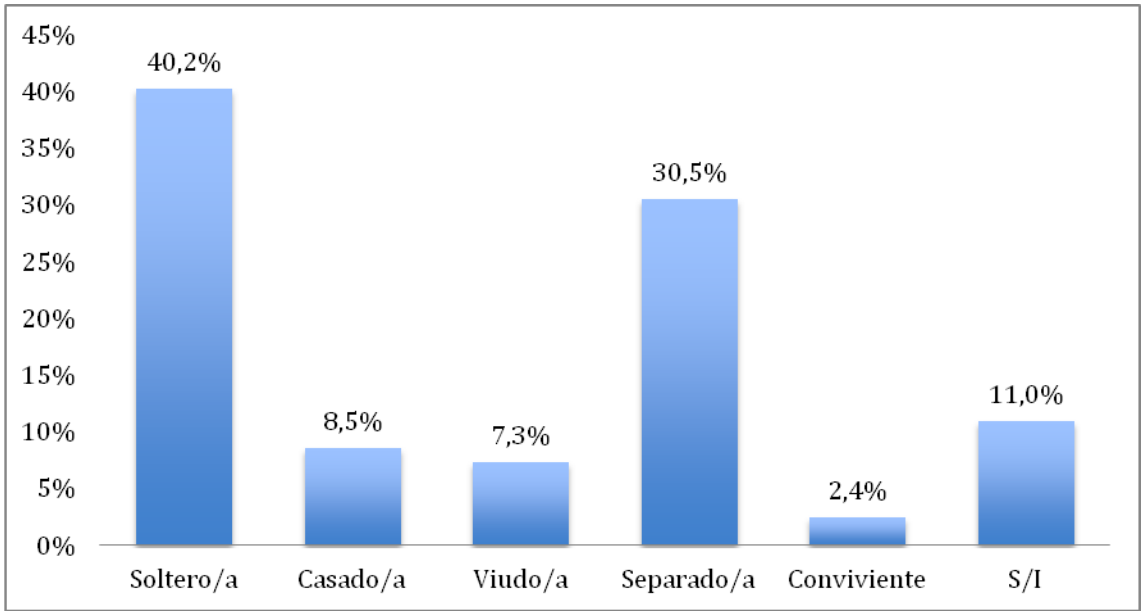
El gráfico 2 muestra la distribución de las edades de los usuarios de la modalidad Calle de ambas comunas. La mayoría de éstos tiene entre 16 y 85 años. La mayor concentración de usuarios correspondió a las edades entre 41 y 50 años.

Gráfico 2: Distribución de usuarios según edad y comuna, 2014



Al momento del estudio, ninguno de los equipos del PSM de ésta modalidad reportó información individualizada consistente sobre los usuarios, por lo que no se pudo determinar si los usuarios formaban parte del PSM por primera vez, o si ya habían participado por más de un período. Actualmente, el PSM provee un total de atenciones de salud mental a 82 usuarios. Más del 70% de éstos se encontraban solteros o estaban separados, esto se destaca en el siguiente gráfico:

Gráfico 3: Estado civil de los usuarios Calle, 2014



2.1.2 Modalidad Abriendo Caminos, comuna de Colina

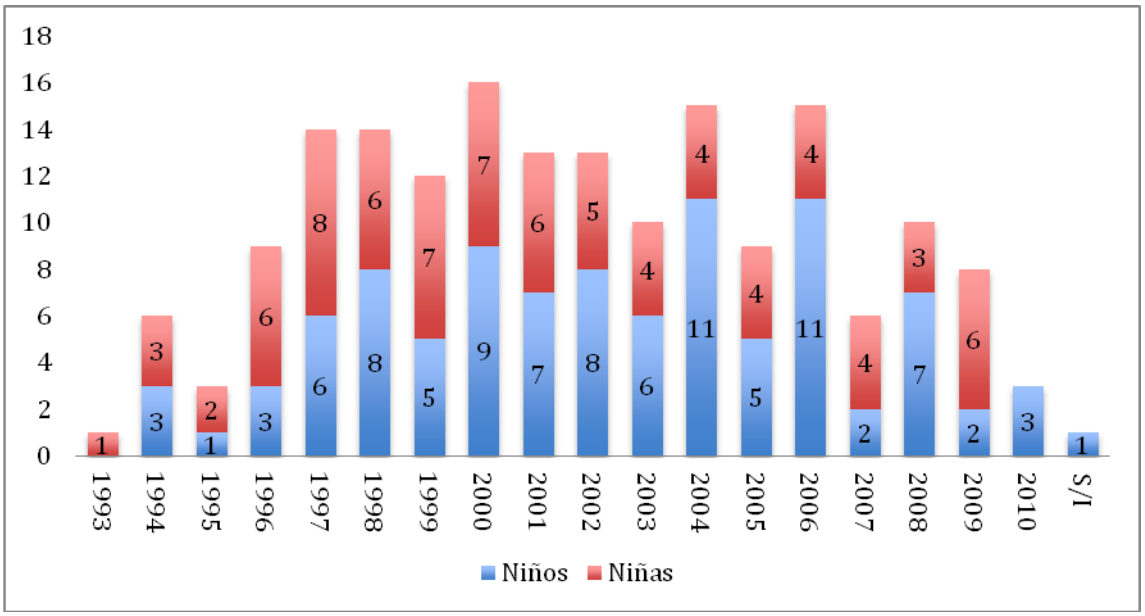
El PSM de la comuna de Colina a la fecha de este estudio, intervino un total de 178 NNA, entre los 3 y 19 años, de los cuales 98 son niños y 80 niñas. Durante los tres períodos en que se ejecutó el PSM (2012, 2013 y 2014), la razón de usuarios niños: niñas se ha mantenido alrededor de 1:0,8, y constante. La cobertura del PSM pactada por Convenio (475/2011) es de 125 NNA, la cual se cumplió durante el año 2012, fue levemente mayor durante el año 2013 y fue menor en el presente año, según las planillas en formato Excel o matrices reportadas por el equipo PSM de Colina.

Tabla 4: Cobertura pactada versus por convenio

	2012	2013	2014
Cobertura pactada PSM por convenio (DE 475/2011)	125	125	125
Cobertura según informes técnicos	125	131	121
Datos entregados en matrices	125	130	106

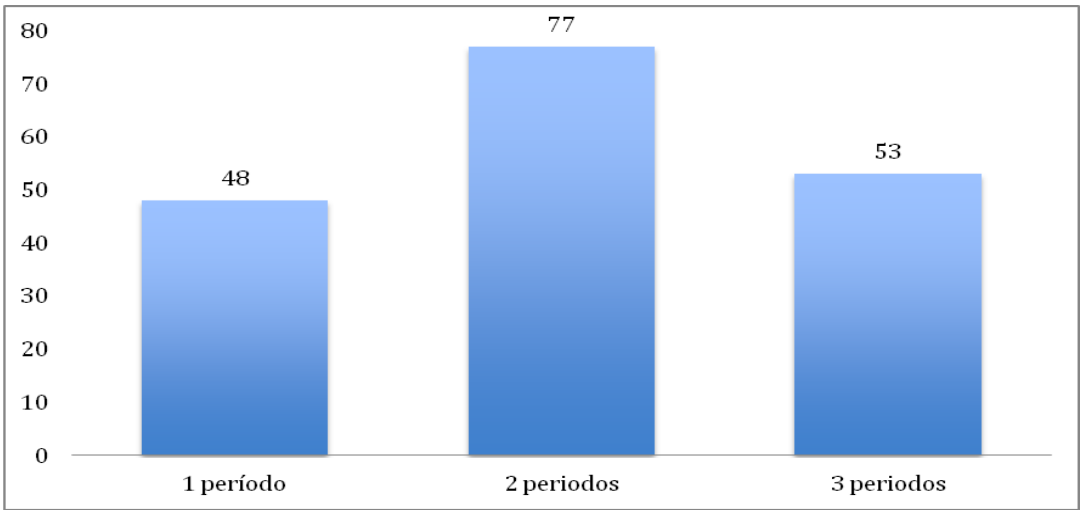
El gráfico 4 da cuenta de la distribución según edad y género de los 178 NNA intervenidos desde el inicio del programa a la fecha.

Gráfico 4: Distribución según edad y género de NNA intervenidos



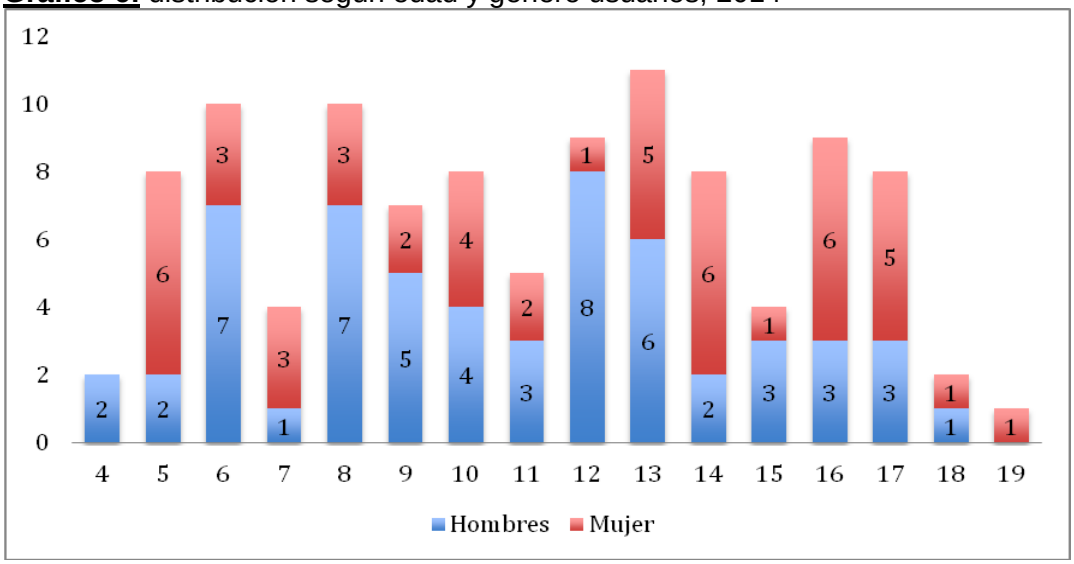
El gráfico a continuación muestra cómo, del total de NNA intervenidos, un 73% participó del PSM por más de un período. El 27% del total participó por un sólo período, el 43% por dos períodos y un 30% por tres períodos. Esto convoca a la reflexión acerca de cómo se seleccionan los usuarios del PSM y cuántos son los períodos o años que los NNA requieren ser intervenidos.

Gráfico 5: Número de períodos en que los distintos NNA han participado del PSM



Para el presente período, se contó con la información de los meses de mayo a noviembre de 2014. A continuación, se presenta la distribución según edad y género. De los 106 usuarios que tuvo el programa Abriendo Caminos, se intervinieron un total de 57 niños y 49 niñas, entre los 4 y los 19 años.

Gráfico 6: distribución según edad y género usuarios, 2014



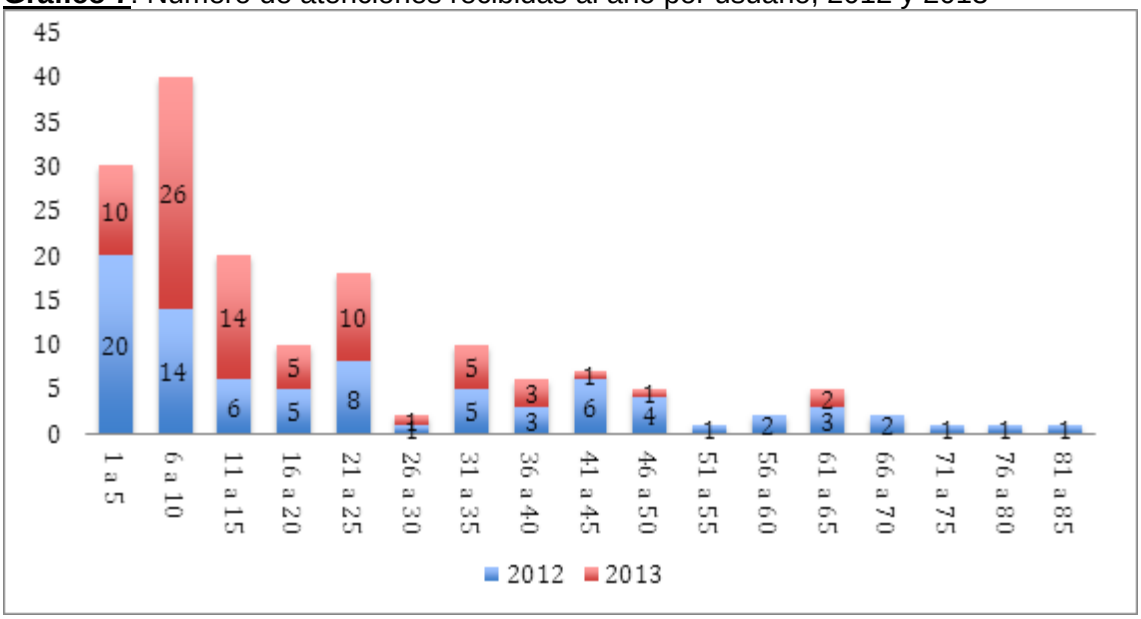
2.1.3 Modalidades de Atención del Piloto de Salud Mental

En ésta sección se presentan una serie de resultados concernientes a atención y tratamiento de los usuarios del PSM, según modalidad (Calle, Abriendo Caminos) y comuna donde se ejecuta.

2.1.4 Modalidad Calle, comunas de Recoleta y San Bernardo

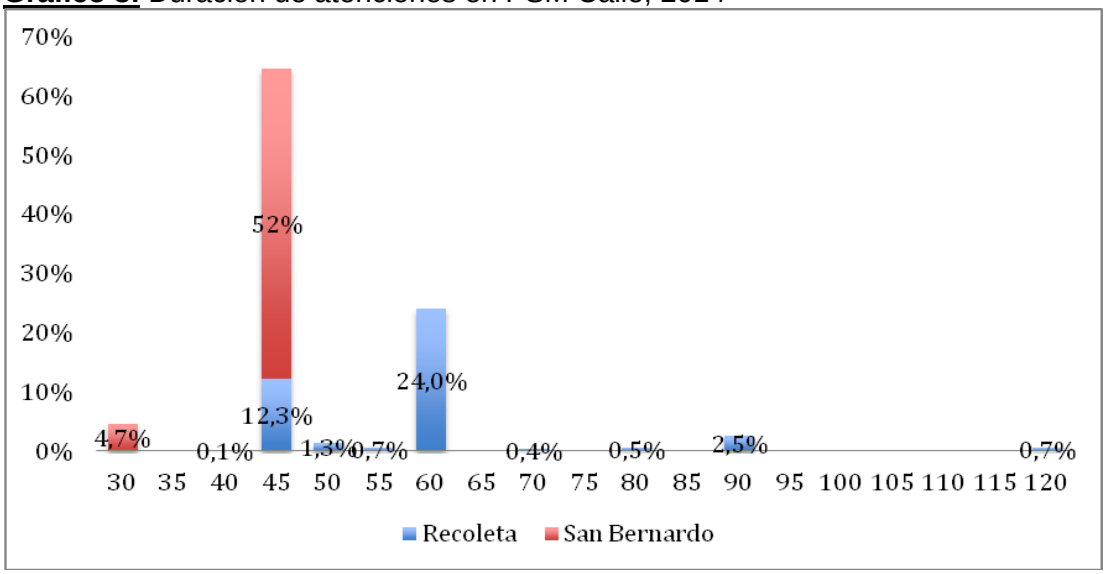
A continuación, el gráfico 7 muestra el número de atenciones recibidas al año por los distintos usuarios del PSM Calle, durante los primeros dos períodos de éste para ambas comunas. Se observó que la mayor parte de los usuarios, un 43%, se clasificó en el rango de 1 a 10 atenciones al año.

Gráfico 7: Número de atenciones recibidas al año por usuario, 2012 y 2013



Se reportó que las duraciones de las atenciones fueron en un rango de 30 a 120 minutos, siendo 45 minutos la duración modal de éstas. EL PSM de Recoleta reportó realizar un 97% de las atenciones de manera individual, a diferencia del PSM San Bernardo, que realizó el 89% de éstas de manera grupal. Éstos antecedentes levantan desconfianza en relación al registro de información en las matrices que los PSM de las distintas comunas desarrollaron. No existieron parámetros explícitos que permitieran determinar cuáles instancias o interacciones debían ser contabilizadas como atención, cuánto fue el tiempo óptimo o necesario de la duración de éstas y qué modalidad de atención fue más efectiva según los distintos perfiles de los usuarios.

Gráfico 8: Duración de atenciones en PSM Calle, 2014



Los gráficos 9 y 10, reportan el acceso a tratamiento farmacológico a través de los resultados registrados por los equipos PSM en formato Excel en la columna, “Tratamiento Farmacológico”. Las opciones de respuestas fueron las siguientes:

A= Si, accede a fármacos por el PSM (no recibía ningún tipo de fármacos previamente)
B= Si, accede a todos los fármacos que requiere desde antes del PSM..
C= Si, accedía a algunos fármacos y completa tratamiento farmacológico producto del PSM.
D= No, no necesita fármacos
E= No. Necesita fármacos, pero no ha accedido a ellos incluso con el PSM.

Como se observa en los gráficos, la mayor cantidad de usuarios accedió a tratamiento farmacológico a través del PSM San Bernardo. En cambio, en Recoleta se apreció una importante cantidad de usuarios que no requirieron medicamentos específicos para salud mental.

Gráfico 9: Tratamiento Farmacológico en Recoleta, 2012 y 2013

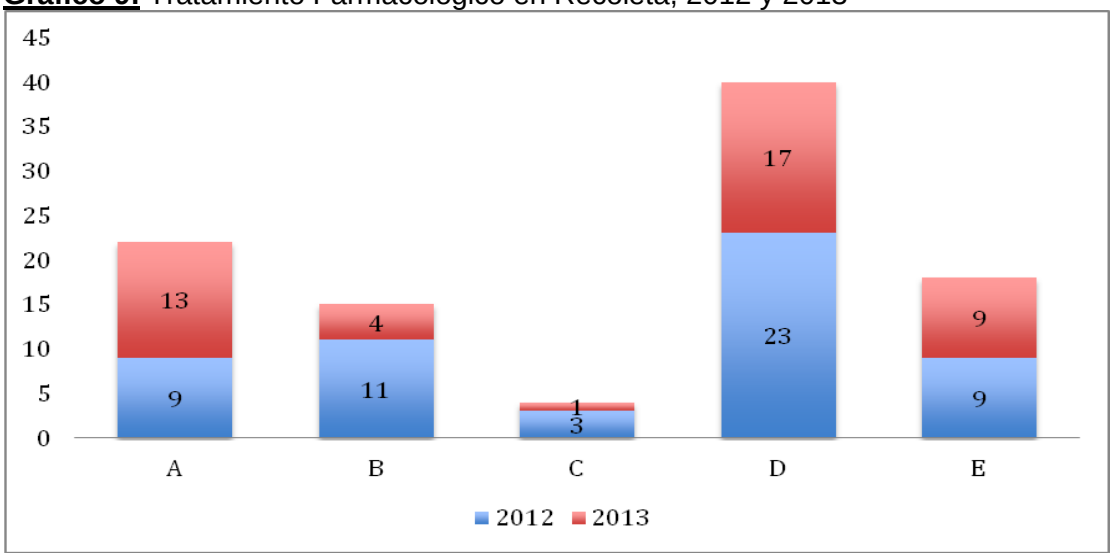
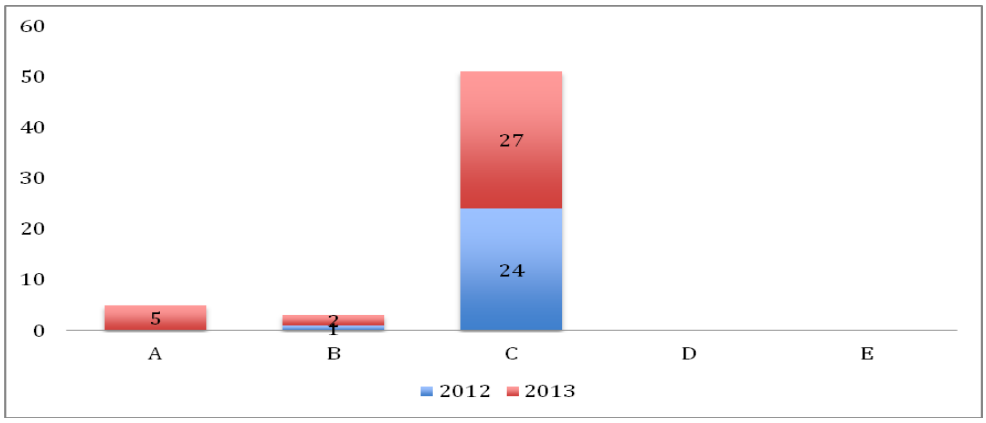


Gráfico 10: Tratamiento Farmacológico en San Bernardo, 2012 y 2013



Se pudieron identificar distintas tendencias en las comunas de Recoleta y San Bernardo. En el caso de la primera, un 59% de los usuarios no necesitó fármacos, o los necesitó pero no accedió a ellos. En el caso de la segunda, un 100% los usuarios accedieron a fármacos, ya sea por el PSM o por tratamientos previos. Estas diferencias podrían reflejar la gran variabilidad que existió en los equipos PSM de las distintas comunas. El PSM de Recoleta, desde sus inicios a la fecha, sólo contó con Médico General o Psiquiatra por cortos espacios de tiempo, por lo que la entrega de fármacos fue escasa y los bajos niveles de habitabilidad de los usuarios presentaron un obstáculo a la correcta administración de éstos. Por otro lado, el PSM de San Bernardo contó con un Médico General o Psiquiatra durante todos los períodos de intervención, facilitando así, el diagnóstico y la administración de fármacos.

Los gráficos 11 y 12 muestran el estado de los usuarios al cierre del programa, para los períodos 2012 y 2013, en las comunas de Recoleta y San Bernardo. Al cierre del PSM de Recoleta, el 35% de los usuarios abandonó el tratamiento y un 28% fue dado de alta. En el caso de San Bernardo, el 73% de los usuarios de los años 2012 y 2013 se mantuvo. Estas cifras permitieron inferir acerca de cómo se seleccionaron los usuarios en cada comuna. En el caso de Recoleta, los usuarios para cada año del PSM tendieron a ser personas que no habían participado previamente, a diferencia de San Bernardo, donde mayormente realizaron seguimiento a los usuarios con procesos anteriores.

Gráfico 11: Estado al cierre del PSM en Recoleta, 2012 y 2013

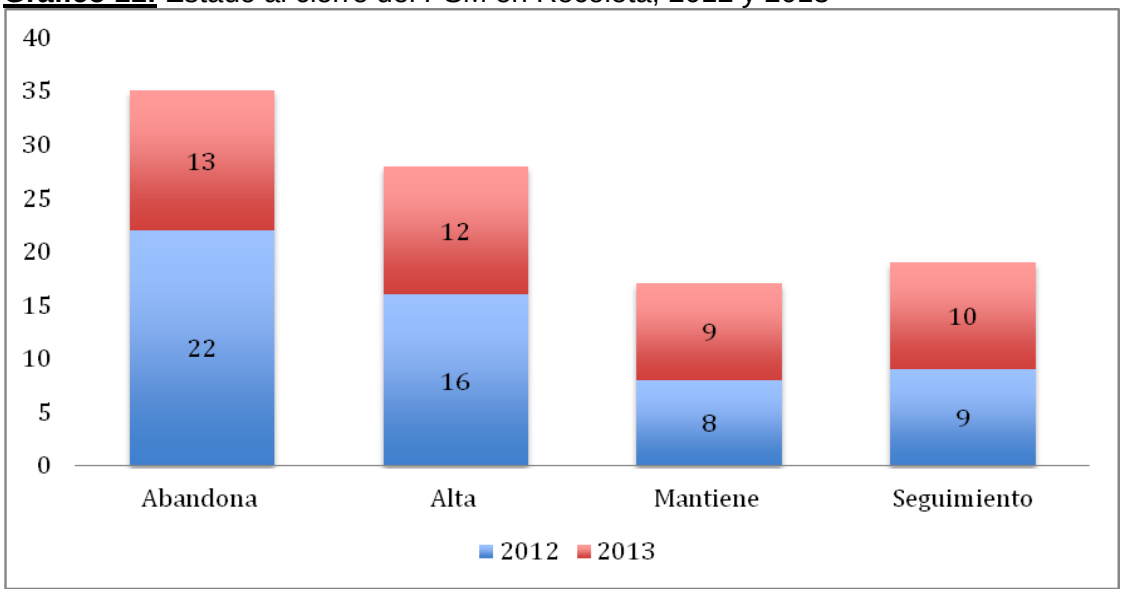
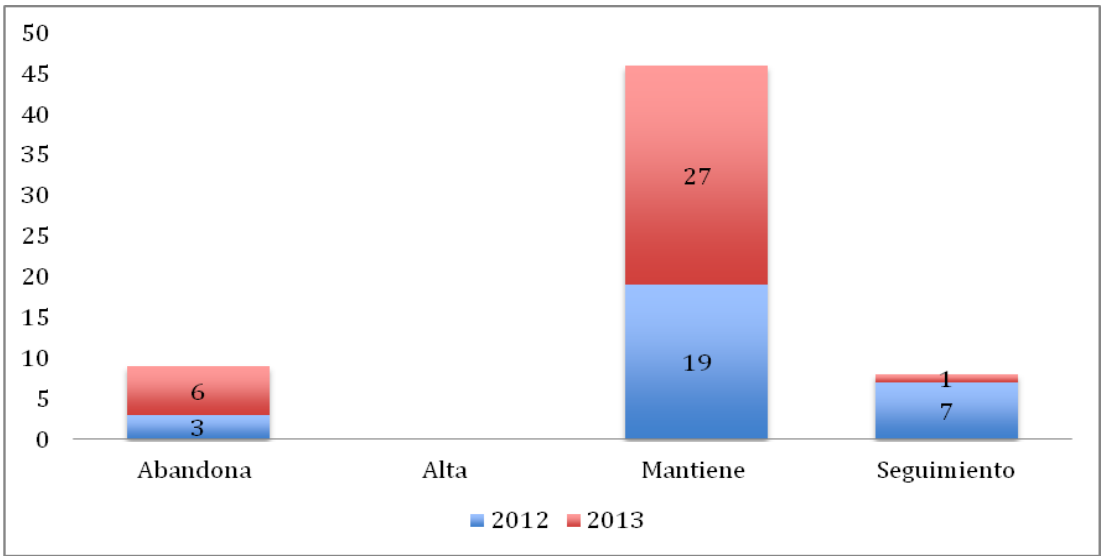
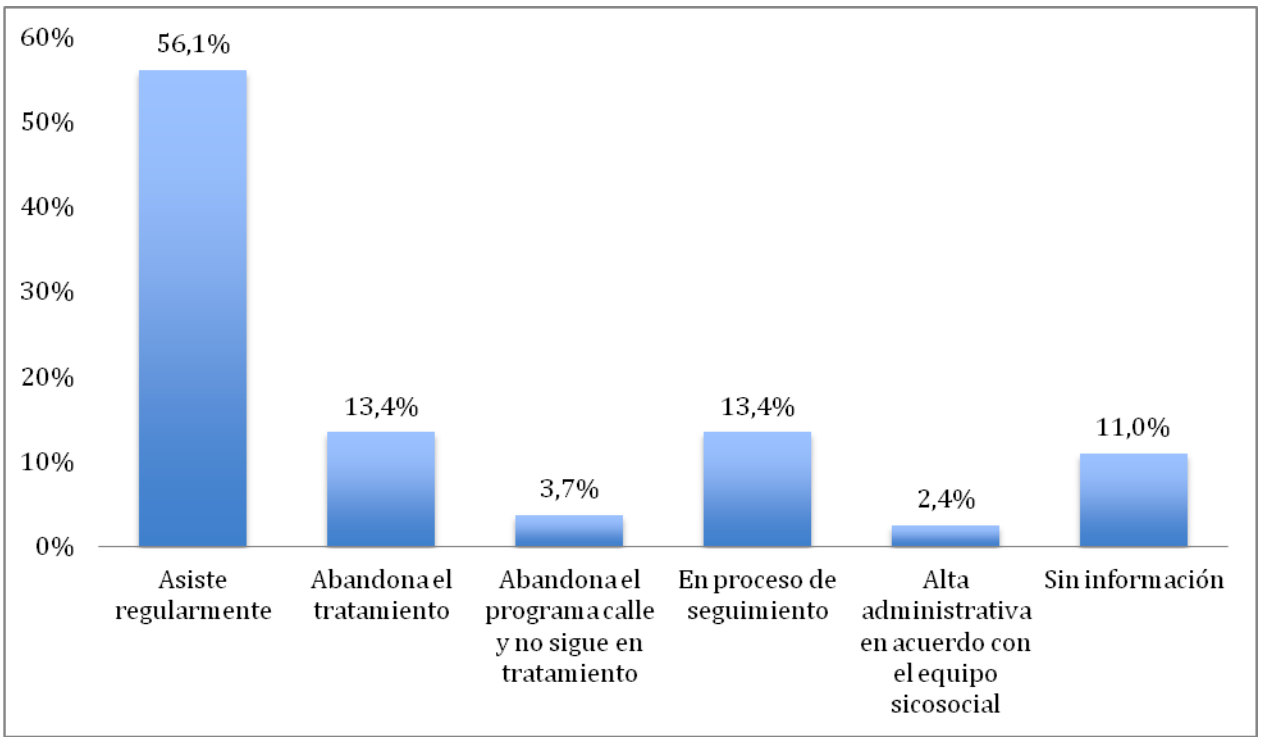


Gráfico 12: Estado al cierre del PSM en San Bernardo, 2012 y 2013



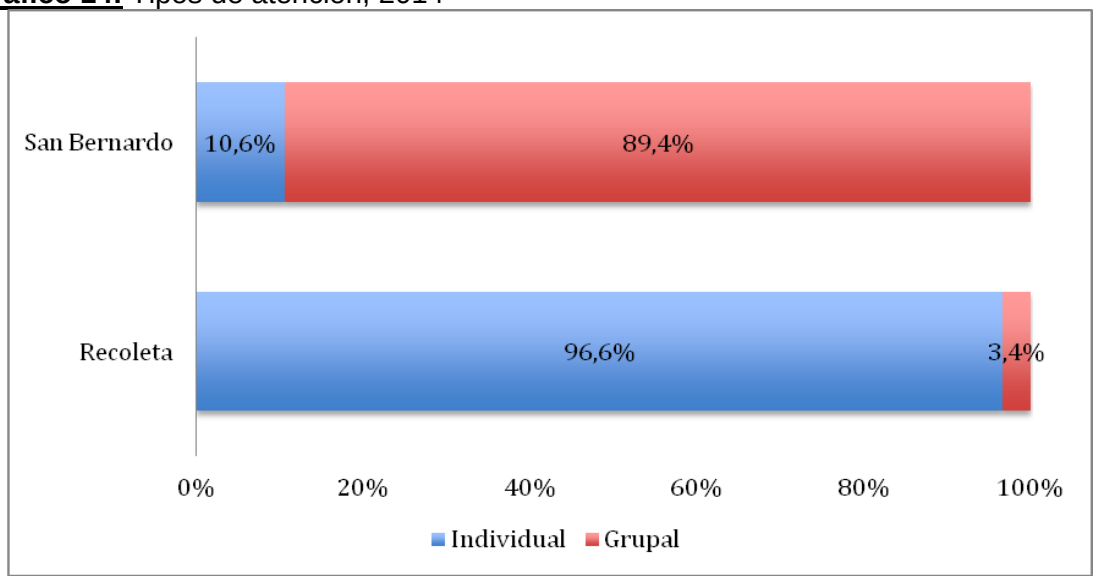
El Gráfico 13, muestra cómo más de la mitad de los usuarios del PSM intervenidos durante el año 2014, asistió regularmente a sus citas programadas, y cómo a un 2,4% se le dio un alta administrativa.

Gráfico 13: Situación en el piloto, 2014



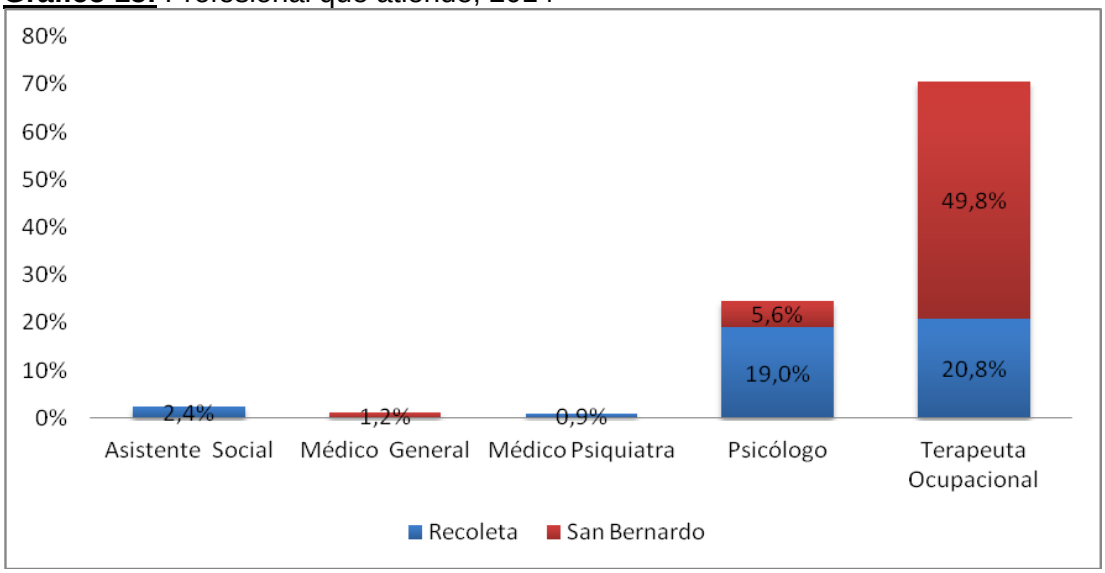
El siguiente gráfico refleja los distintos tipos de atención que utilizaron las comunas; un 96,6% de las atenciones en Recoleta fueron individuales, lo que contrastó con el 10,6% de las atenciones realizadas en aquella modalidad en San Bernardo.

Gráfico 14: Tipos de atención, 2014



En relación a los profesionales que participaron en el PSM, el siguiente gráfico revela que la mayor parte de las atenciones -un 70%- fueron realizadas por un Terapeuta Ocupacional, y un 0,9% de éstas fue llevado a cabo por un Psiquiatra. En el caso de Recoleta, el segundo profesional que lideró las atenciones, fue el Psicólogo. En cambio en San Bernardo, el 6% de las sesiones fue realizado por el Psicólogo y el 1% por el Médico General.

Gráfico 15: Profesional que atiende, 2014



A continuación, se grafican el número de horas semanales contratadas y trabajadas por los 6 profesionales que contempló el diseño del PSM, durante los dos primeros años de su ejecución en las comunas de Recoleta y San Bernardo. Se observa que, el equipo de Recoleta no contó con todos los profesionales durante su primer y segundo año de implementación. En la comuna de San Bernardo, se contó con el equipo completo durante algunos meses solamente en el primer año de ejecución, y en el segundo período sólo se contrataron 2 profesionales.

Gráfico 16: Horas contratadas por tipo de profesional en Recoleta, años 2012 y 2013

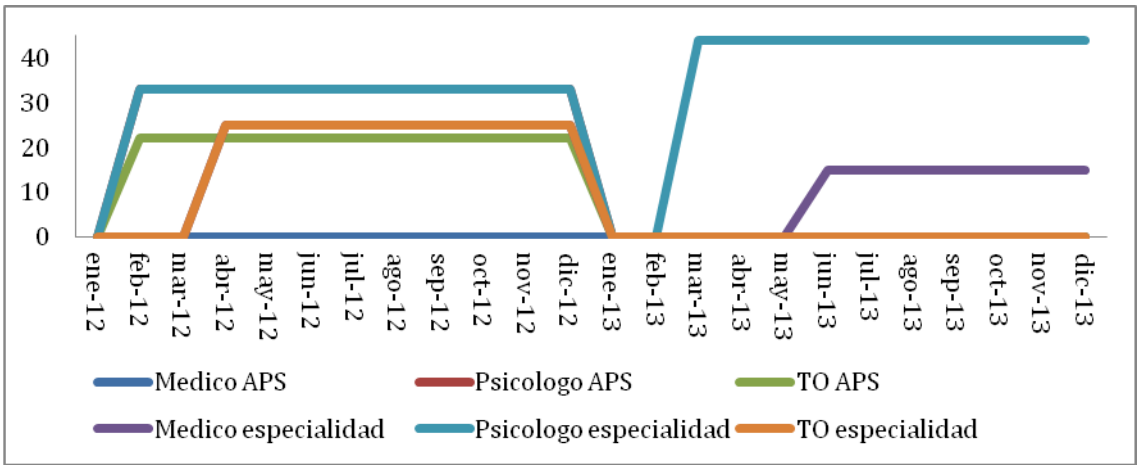
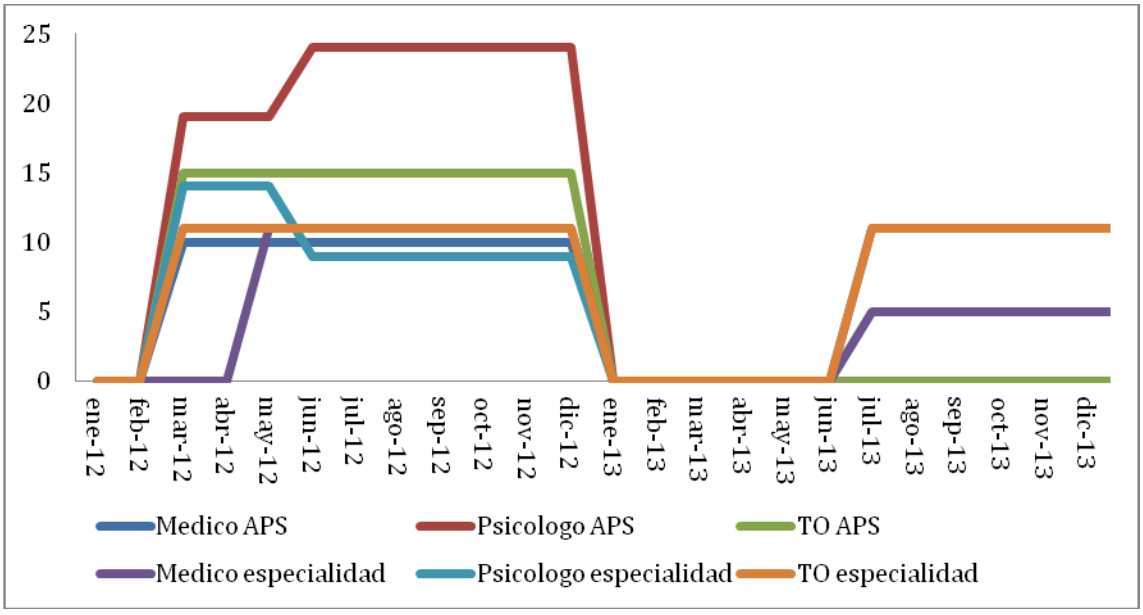


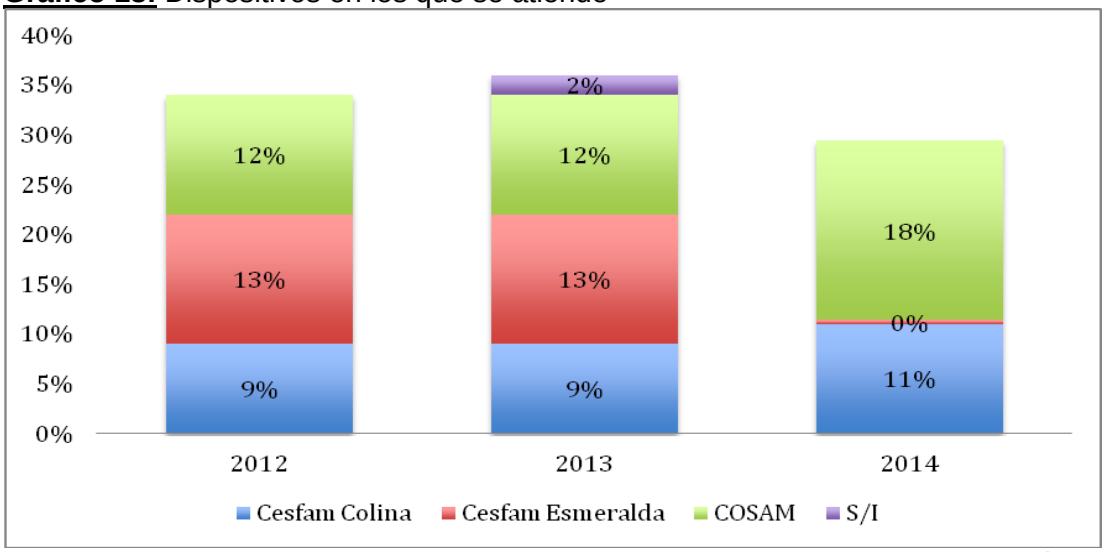
Gráfico 17: Horas contratadas por tipo de profesional en San Bernardo, años 2012 y 2013



2.1.5 Modalidad Abriendo Caminos, comuna de Colina

En relación a las atenciones realizadas por el equipo PSM Colina, el gráfico 18 da cuenta de los dispositivos en los que se fueron atendidos los NNA durante los tres períodos de ejecución. Se observa cómo la distribución fue similar entre los períodos 2012 y 2013, pero en 2014 disminuyeron las atenciones en CESFAM Esmeralda y aumentaron en COSAM y en CESFAM Colina.

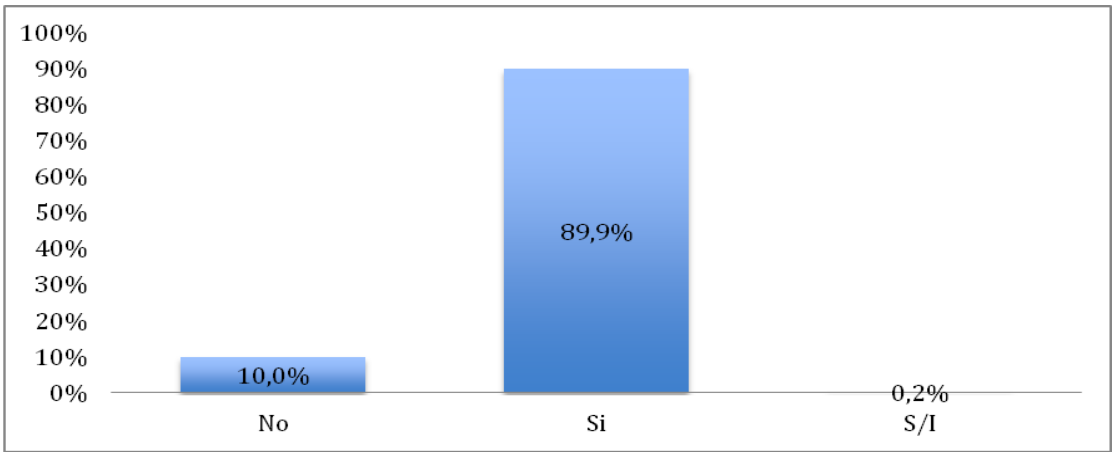
Gráfico 18: Dispositivos en los que se atiende



El total de citas calendarizadas durante el año 2014 fue de 1754, y se cumplió con el 90% de éstas. Cuando las sesiones no se concretaron, se realizó gestión de rescate[8] en el 56% de los casos.

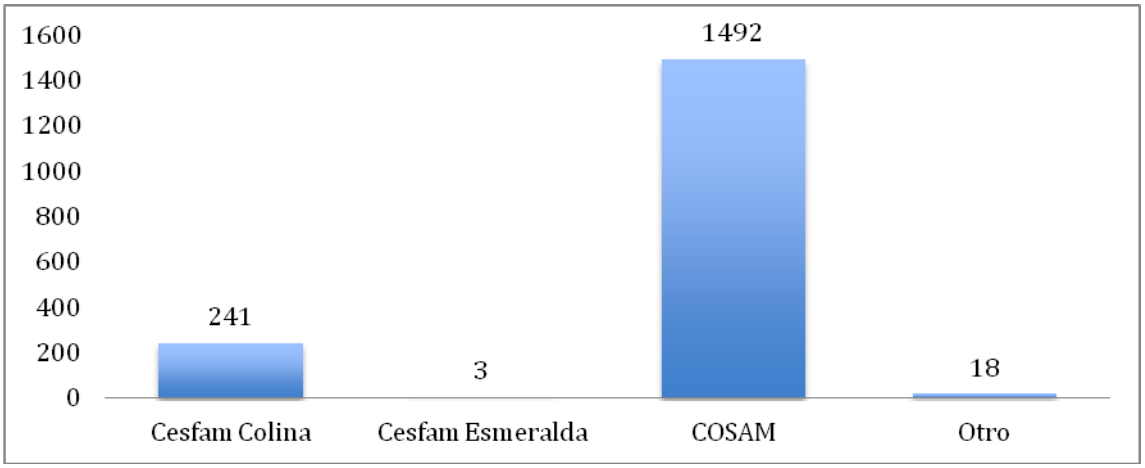
[8] Consiste en las estrategias desplegadas al momento de la deserción de la modalidad de atención, sea cual fuere el momento en que ésta ocurriera. Entre las estrategias estaban el contacto con el tutor o consejero de Abriendo Caminos a cargo del NNA, con el objetivo de apoyar la reincorporación del usuario al programa; el contacto telefónico y la visita domiciliaria.

Gráfico 19: Total de citas concertadas 2014



Del total de atenciones realizadas durante el año 2014, un 85% se realizaron en COSAM, lo cual se refleja en el siguiente gráfico.

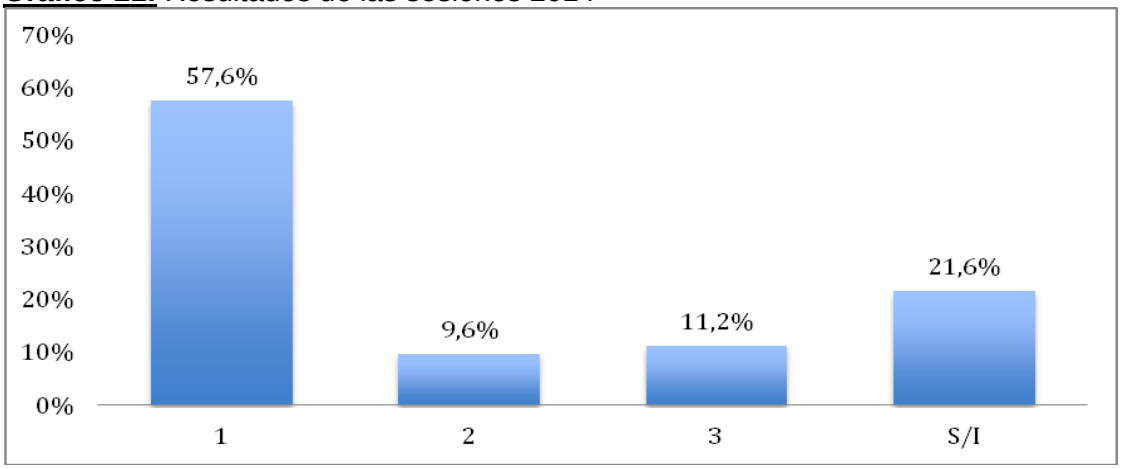
Gráfico 20: Atenciones realizadas, 2014



El equipo reportó que en más de la mitad de las sesiones se logró el objetivo deseado.

1 = Se logra el resultado esperado o acorde al nivel de intervención.
2 = No se logra el resultado esperado o acorde al nivel de intervención.
3= Se logra parcialmente el resultado esperado o acorde al nivel de intervención.

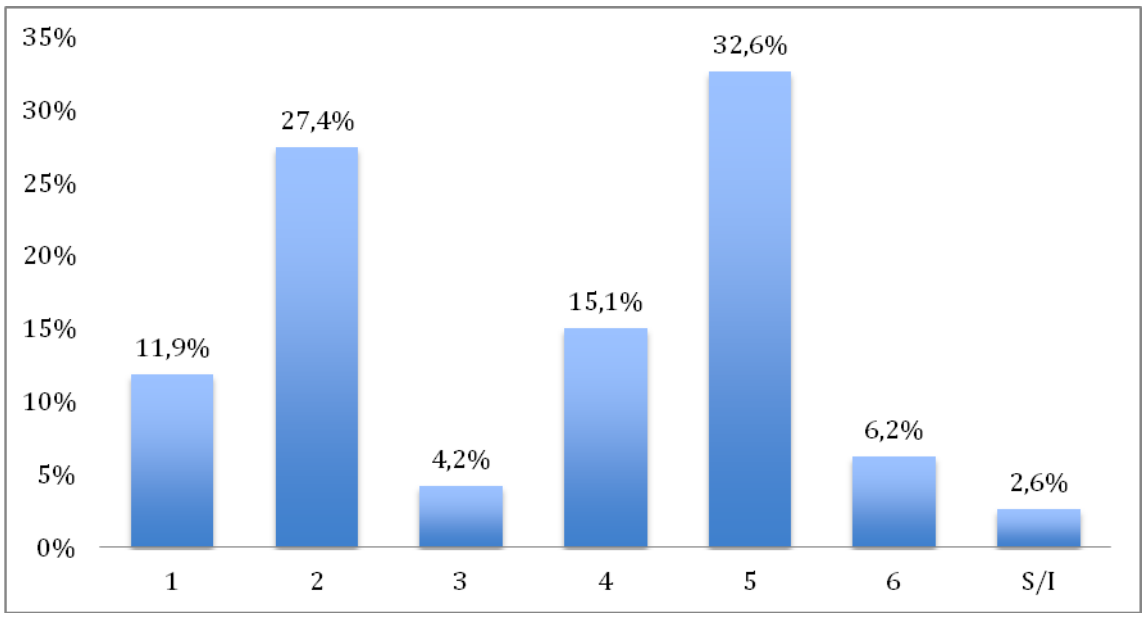
Gráfico 21: Resultados de las sesiones 2014



En relación a la satisfacción de las necesidades de los usuarios y los resultados esperados de las atenciones, se reportó que el 56,7% de éstas "lograron el resultado esperado o acorde al nivel de intervención". Sin embargo, no se identificó cuál fue el resultado esperado o nivel de intervención adecuado de las atenciones, si fue igual para todos los usuarios, para los distintos profesionales, etc.

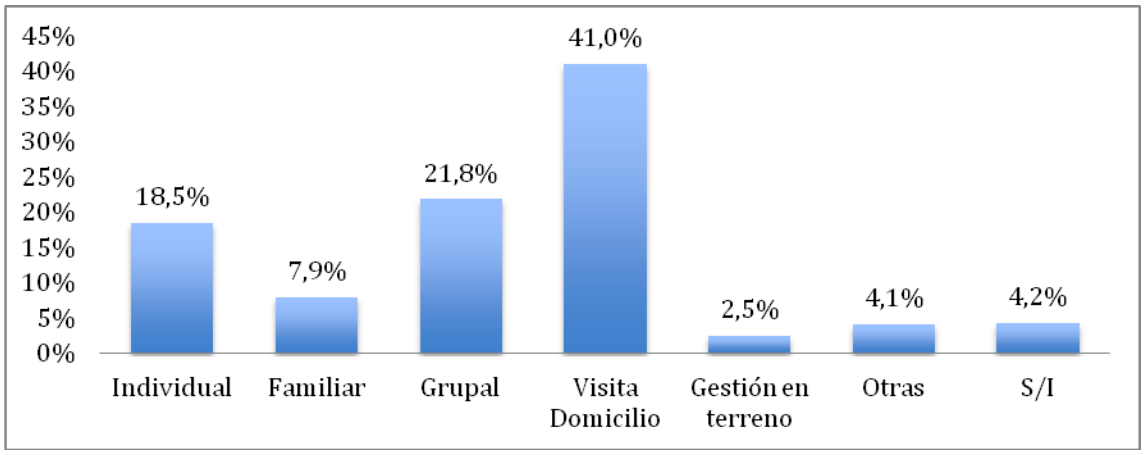
Se clasificaron las 1.754 atenciones, según la etapa de la intervención a la cual corresponden. Se observó que el 32,6% estuvieron en la etapa de 5 "estrategia diferenciada de atención y seguimiento". (1= Ingreso a la Red, 2= Diagnóstico Integral, 3= Devolución Diagnóstica y Referenciación, 4= Fase de Vinculación, 5= Estrategia diferenciada de atención y seguimiento y 6= Gestión de Rescate).

Gráfico 22: Etapas de la intervención 2014



Se reportó que la mayor parte de las atenciones consistió en “estrategias diferenciadas de atención y seguimiento”, seguidas por “atenciones de diagnóstico integral”, concentrando el 60% de las atenciones, pero no se especificó cuál fue el ciclo de atenciones ideal, a qué etapa era deseable llegar o cuál sería el hito de alta o término de la intervención.

Gráfico 23: Estrategias de intervención 2014



En relación a los profesionales contratados, durante los años 2012 y 2013, participaron un total de 21 distintos profesionales (Asistente Social, Psicólogo, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional). El siguiente cuadro da cuenta de las horas semanales y los meses trabajados estos profesionales, durante los dos primeros años de ejecución del PSM.

Tabla 5: Horas semanales trabajadas por los profesionales, 2012 y 2013

N°	Profesión	Dispositivo de salud	ene-12	feb-12	mar-12	abr-12	may-12	jun-12	jul-12	ago-12	sep-12	oct-12	nov-12	dic-12	ene-13	feb-13	mar-13	abr-13	may-13	jun-13	jul-13	ago-13	sep-13	oct-13	nov-13	dic-13
1	Asistente Social 1	COSAM							44	44	44	44	44	44	44	44										
2	Asistente Social 2	CESFAM COLINA		44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44											
3	Asistente Social 3	COSAM Y CESFAMs																44	44	44	44	44	44	44	44	44
4	Asistente Social 4	COSAM							44	44	44	44	44	44	44	44	44									
5	Psicólogo 1	CESFAM Esmeralda		44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44												
6	Psicólogo 2	COSAM Y CESFAMs																44	44	44	44	44	44	44	44	44
7	Psicólogo 3	CESFAM Esmeralda																	22	22	22	22	22	22	22	22
8	Psicólogo 4	COSAM		44	44	44	44																			
9	Psicólogo 5	CESFAM Esmeralda		44	44	44	44	44	44	44	44															
10	Psicólogo 6	CESFAM COLINA		22	44	44	44																			
11	Psicólogo 7	COSAM y CESFAMs			11	11	11	11	11	11	11	11	11													
12	Psicólogo 8	CESFAM Esmeralda	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44											
13	Psicólogo 9	CESFAM COLINA							4 4	44	44	44	44	44	44	44										
14	Psicólogo 10	COSAM y CESFAMs			22	22	22	22	22	22	22	22	22	22												
15	Psicólogo 11	COSAM		44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44												
16	Psiquiatra 1	COSAM																11	11							
17	Psiquiatra 2	COSAM																	11	11	11	11	11	11	11	11
18	Psiquiatra 3	COSAM			11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11								
19	TENS	CESFAM COLINA			44	44	44	44	44	44	44	44	44													
20	Terapeuta Ocupacional 1	COSAM y CESFAMs		33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33									
21	Terapeuta Ocupacional 2	COSAM Y CESFAMs																44	44	44	44	44	44	44	44	44

Como se observa en la tabla, durante los dos primeros años de operación participaron en 21 profesionales, de distintas disciplinas (Asistente Social, Psicólogo, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional), los cuales trabajaron jornadas de 11 horas, 22 horas, 33 horas y 44 horas a la semana. La alta rotación de personal se debió a múltiples razones, las cuales se enmarcaron en el contexto de condiciones laborales: se tuvo seis profesionales que renunciaron al encontrar nuevos trabajos con mejores condiciones como mayor remuneración, cercanía al hogar o presencia de contrato; once profesionales que vieron terminados sus contratos por las dificultades financieras propias del PSM y cuatro profesionales que renunciaron por factores externos al ámbito laboral. El equipo actualmente estaba compuesto por: Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social y dos Psicólogos.

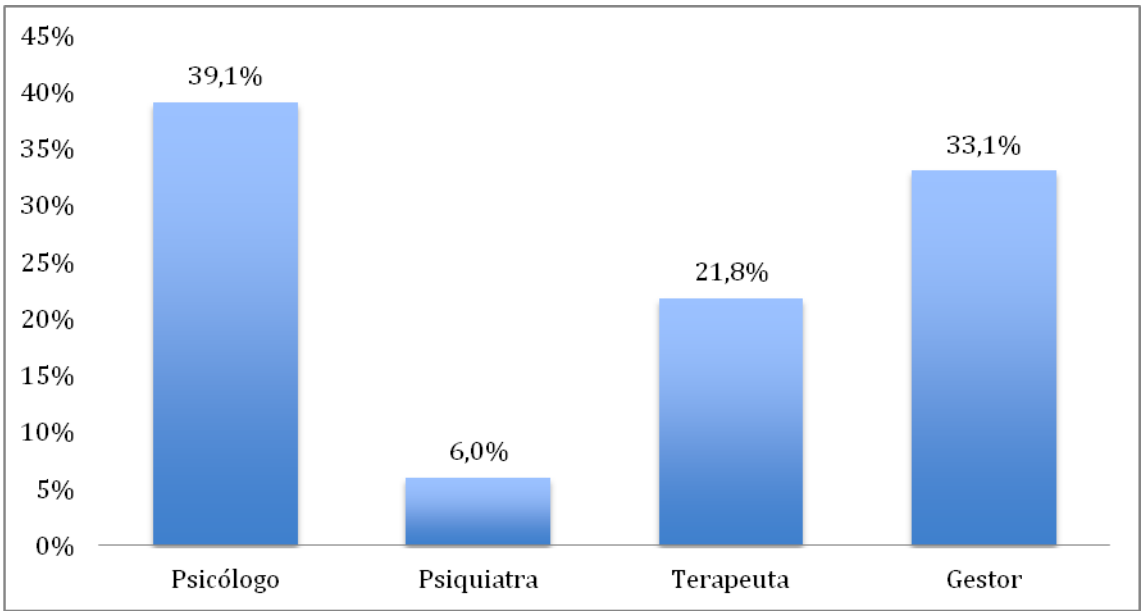
Tabla 6: Motivos de Rotación de personal 2012 y 2013

	Profesionales	Porcentaje (%)
Renuncia por condiciones laborales	6	28,6%
Renuncia por otras circunstancias	4	19,0%
Término de contrato	11	52,4%
Total	21	100,0%

De los 21 profesionales que trabajaron durante los años 2012 y 2013 en el PSM de Colina, un 28,6% renunció al encontrar nuevos trabajos con mejores condiciones laborales, tales como mayor remuneración, cercanía al hogar o presencia de contrato. Es importante notar que un 52,4% de la rotación de personal se debió al término de los contratos de los profesionales por retrasos en el traspaso de recursos financieros del PSM (desfase en los Convenios y discontinuidad en las remuneraciones de los profesionales contratados).

En el tercer período de ejecución del PSM Colina, el 39,1% de las atenciones fueron realizadas por Psicólogo, seguido de las sesiones realizadas por el Gestor Social, luego las atenciones del Terapeuta Ocupacional, y por último las sesiones realizadas por el Psiquiatra, que corresponden al 6% del total de intervenciones.

Gráfico 24: Profesionales que atendieron año 2014



A continuación se presentan los resultados en cuanto a los indicadores del PSM. Estos están referidos tanto a la información recogida por cada modalidad y comuna, como también a la información recopilada desde las fuentes secundarias.

2.2 Indicadores

Los objetivos específicos relacionados con los indicadores, corresponden al levantamiento, sistematización, análisis de los existentes, la detección de nuevos indicadores para cada modalidad y comunas, y la descripción de éstos según la implementación del PSM por parte de los dispositivos de salud y cada organismo o institución de carácter público o privado, ejecutores de cada programa.

2.2 Análisis de indicadores

En éste objetivo se utilizó como fuente secundaria, el documento "Programa Piloto Salud Mental Chile Solidario" (Octubre 2011), donde se presentaron las bases técnicas del PSM. Los indicadores según el marco lógico del programa para las modalidades Calle y Abriendo Caminos, fueron los siguientes:

Modalidad Calle

Tabla 7: Indicadores modalidad Calle

1. Porcentaje de beneficiarios del Piloto de Salud Mental Calle que inician tratamiento de salud mental en la red de salud pública, respecto del total de los beneficiarios del Piloto.	Indicador de Eficacia/Cobertura
2. Porcentaje de profesionales contratados al inicio del piloto en relación al número de profesionales definidos por modelo	Indicador de Eficiencia
3. Porcentaje de usuarios del Programa Calle que cuentan con screening aplicado por institución ejecutora del Programa en relación al total de beneficiarios definidos	Indicador de Eficacia
4. Porcentaje de usuarios del Programa Calle derivados al programa piloto	Indicador de Eficacia
5. Porcentaje de profesionales del piloto que reciben nivelación de competencias del total de profesionales contratados.	Indicador de Eficiencia
6. Porcentaje de usuarios atendidos en terreno para evaluación diagnóstica del total de usuarios incluidos en el programa	Indicador de Eficacia
7. Porcentaje usuarios derivados al programa piloto	Indicador de Eficacia
8. Porcentaje de reuniones de coordinación para la planificación y evaluación del plan de tratamiento indicado a los usuarios en relación a las reuniones planificadas para esta etapa	Indicador de Eficiencia
9. Porcentaje de atenciones realizadas en terreno en relación a las atenciones programadas	Indicador de Eficiencia
10. Porcentaje de adherencia al tratamiento	Indicador de Eficacia
11. Porcentaje de profesionales nivelados en sus competencias	Indicador de Eficiencia
12. Porcentaje de reuniones de coordinación realizadas	Indicador de Eficiencia
13. Porcentaje de usuarios que cumplen su plan de tratamiento	Indicador de Eficacia

Tabla 8: Indicadores modalidad Abriendo Caminos

1. Porcentaje de beneficiarios del Piloto Abriendo Caminos que reciben atención de salud mental oportuna, en la red de salud pública, respecto del total de los beneficiarios del Piloto que consulta en esta red.	Indicador de Eficacia
2. Porcentaje de beneficiarios del Piloto que se declaran satisfechos o muy satisfechos con la modalidad de atención brindada respecto del total de beneficiarios del Piloto atendidos.	Indicador de Calidad
3. Porcentaje de niños beneficiarios de Caminos con Screening aplicado, sobre el porcentaje de niños beneficiarios de Caminos.	Indicador de Eficacia
4. Porcentaje de beneficiarios del Piloto con diagnóstico integral al término del segundo mes desde su primera atención, respecto del total de los beneficiarios del Piloto que presentan consentimiento informado.	Indicador de Eficacia
5. Porcentaje de beneficiarios del Piloto derivados desde el CESFAM al COSAM, respecto del total de beneficiarios que presentan diagnóstico con moderado o alto nivel de complejidad.	Indicador de Eficacia
6. Porcentaje de beneficiarios del Piloto que asisten al menos a cinco sesiones de atención psicológica individual, respecto del total de beneficiarios que otorgan consentimiento informado a la modalidad de atención del Piloto.	Indicador de Eficacia
7. Porcentaje de beneficiarios del Piloto que presentan cuatro sesiones con psiquiatra infanto-juvenil, respecto del total de beneficiarios que otorgan consentimiento informado a la modalidad de atención del Piloto y que requieren atención psiquiátrica.	Indicador de Eficacia
8. Porcentaje de familias de los beneficiarios del Piloto que asisten a tercera sesión de intervención familiar con psicólogo, respecto del total de familias de los beneficiarios del Piloto.	Indicador de Eficacia
9. Porcentaje de reuniones de coordinación entre equipo de salud y equipo ejecutor efectivamente ejecutadas durante el Piloto, respecto del total de las reuniones de coordinación programadas por el Piloto.	Indicador de Eficacia
10. Porcentaje de horas atendidas por funcionario en el mes, respecto de horas contratadas para atención de ese funcionario para un mes.	Indicador de Eficiencia
11. Porcentaje Profesionales nivelados en sus competencias de Equipos de salud infanto-juvenil de los CESFAM y COSAM donde se ejecuta el Piloto respecto del total de los profesionales infanto-juveniles de estos dispositivos.	Indicador de Eficacia
12. Porcentaje de beneficiarios del Piloto que no asisten al menos a una sesión y presentan gestión de rescates efectiva, respecto del total de beneficiarios que no asisten al menos a una de las sesiones programadas.	Indicador de Eficacia
13. Porcentaje de beneficiarios del Piloto que tienen registrada en el sistema de base de datos digitalizado, la información acerca de su proceso de atención, respecto del total de beneficiarios del Piloto.	Indicador de Eficacia

La información revisada permitió detectar que el diseño del programa, en ambas modalidades, presentó trece indicadores para cada una. En el caso de la modalidad Calle, siete indicadores fueron de eficacia y seis de eficiencia, no existiendo otros tipos de indicadores como por ejemplo de resultados, los cuales permitirían obtener información acerca del impacto del PSM en los usuarios.

En la modalidad Abriendo Caminos, la mayoría de los indicadores fueron de eficacia. Se contó con un indicador de eficiencia y otro de calidad, pero al igual que en la modalidad Calle, no se incluyeron otros tipos de indicadores.

Cabe señalar que en este estudio se contó con matrices de datos enviadas por los equipos del PSM al MDS, que formaron parte del registro del proceso de intervención del programa. A esto se sumó la información obtenida del análisis de discurso y la revisión de información secundaria, sin embrago no existió evidencia suficiente para realizar un análisis confiable de los indicadores. Esto se debió a las siguientes razones:

- ✓ Los registros en las planillas presentaban datos inconsistentes.
- ✓ Existió falta de homogeneidad en la información, ya que las fichas de registros no fueron iguales para la modalidad Calle (cada ejecutor del PSM utilizó registros propios).
- ✓ Se detectó escasa claridad, conocimiento y manejo de los screening de parte de los equipos del PSM en ambas modalidades.

Otras dificultades se relacionaron con que no existió información precisa en los equipos del PSM, respecto a los datos que se debían recopilar y la relevancia de contar con registros de éste tipo. En éste sentido, desde el discurso de los equipos del PSM se apeló a la necesidad de contar con una contraparte que actúe en términos definidos, en colaboración y que sea un agente efectivo en la validación de la información que se reportó en los períodos de tiempo establecidos por el MDS.

Lo anteriormente expuesto se condice con que en el análisis de discurso se reveló un alto nivel de desconocimiento respecto a los indicadores, los propósitos de éstos y las fórmulas de cálculo.

2.2.1 Nuevos indicadores

Este objetivo tenía como fin detectar nuevos indicadores asociados a cada modalidad de atención y comuna.

El análisis de discurso y los registros (planillas) permitieron identificar que con la información que se registró, sólo se logró la descripción de la población atendida en cuanto a perfil sociodemográfico, el diagnóstico existente, el tipo de atención recibida, entre otras acciones. Esta afirmación se sostiene en las siguientes opiniones:

"Ningún indicador es tan sustantivo, son de eficiencia, no hay de calidad de atención (no hay mejora de personas en el tiempo), los que hay no se miden en el fondo, fueron propuestos a partir de este año para la ficha de monitoreo" (Entrevista 3)

"El piloto no tiene indicadores, se pueden elaborar para Abriendo Caminos, saber cuántos están de alta, cuántos fueron incorporados al sistema escolar, cuántos que fueron atendidos por psiquiatra ya están estables, cuántos abandonaron esto. Cuántos profesionales han estado, cuántos se han ido, es necesario darle una mirada al piloto que no ha tenido" (Entrevista12)

Respecto a la modalidad Calle, se destaca la siguiente percepción:

"El impacto en salud mental y el impacto en la calidad de vida de esa persona no tiene indicadores, deberían haber, estamos suponiendo que intervenir a estas personas va a tener impacto en la inclusión social de estas personas. No tengo tan claro cómo van a evaluando los programas calle. No sé si estas personas que han tenido tratamiento en el Piloto tienen un resultado distinto que las que están en calle sin este servicio" (Entrevista 8)

Según los discursos y la evidencia secundaria (informes técnicos del PSM) existió una demanda explícita respecto a la necesidad de contar con una evaluación más profunda en cuanto a las actividades y los resultados del programa:

"*No sé qué nos dice tener tres controles con psiquiatra, tres con psicólogo, pero… ¿está mejor?, no sé"* (Entrevista 8)

También desde el discurso, se detectó que algunos referentes técnicos no contaron con toda la información respecto a los indicadores, situación que fue causada porque el MDS se coordinó en forma directa con los equipos del PSM, no teniéndose acceso a las formas de evaluación existentes:

"No tengo toda la información, el Ministerio de Desarrollo Social tenía un equipo que se relacionaba directo con el equipo del piloto, no sé qué aportaron, qué se medía, era un trabajo paralelo, técnicamente débil. Nos convocaron a una evaluación y era muy irrelevante el impacto, mostraron que sí se había logrado la meta en cuanto a cobertura, desconozco la calidad, cuántos siguen en control cuántos mejoraron, cuántos abandonaron… tengo la impresión que hay harto abandono. Esa información iba directo al Ministerio de Desarrollo Social" (Entrevista 6)

Por lo tanto, una de las deficiencias en éste sentido y que impulsa la detección de nuevos indicadores es la inexistencia de información respecto al resultado de la intervención del PSM en los usuarios, en ambas modalidades. Como se indicó anteriormente, los indicadores que se utilizaron fueron útiles en la medida en que se realizó un diagnóstico de la población usuaria no así para medir el impacto de la intervención de salud mental.

Para la detección de nuevos indicadores, lo que finalmente se constituyó como una propuesta de este estudio, se consideró la evidencia internacional, lo que permitió definir que los indicadores del PSM (en ambas modalidades), deben contar con las siguientes características:

Tabla 9: Características deseables de Indicadores

Característica [9]	Resultado al que apunta
Efectividad	Cuidado, integración o acción que logra el resultado deseado.
Apropiado	Cuidado, intervención o acción prevista es relevante para el usuario en base a las normas establecidas.
Eficiente	El logro de los resultados deseados con el más rentable uso de los recursos.
Acceso	Capacidad de las personas para obtener atención de la salud en el lugar correcto y momento adecuado independientemente de los ingresos, la geografía y los antecedentes culturales.
Continuo	Capacidad de proporcionar, cuidado o servicio coordinado ininterrumpido a través de programas, profesionales, organizaciones y niveles en el tiempo.
Capacidad de respuesta	Respeto a las personas, a la dignidad, confidencialidad, la participación en opciones, rapidez, calidad de los servicios, acceso a las redes de apoyo social y elección del proveedor.

[9] Key Performance Indicators. For Australian Public. Mental Health Services 2011. Mental Health Information Strategy Subcommittee Discussion Paper No. 8)

Capaz	Capacidad para proporcionar un servicio de salud.
Seguro	Los riesgos potenciales de una intervención o entorno se identifican, evitan y minimizan.
Sustentable	**Capacidad de la organización para proporcionar infraestructura como mano de obra, instalaciones, equipos, ser innovadores y responder a necesidades emergentes (investigación, monitoreo).**

Para efectos de medir los avances del PSM, ésta propuesta se constituyó considerando la utilización de Indicadores de Calidad (*Ministerio de Salud "Indicadores". MINSAL, Santiago. Chile*) que cumplieran con estas características, organizados en tres niveles: estructura, proceso y resultado (Programa Nacional Salud de Infancia con enfoque integral. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile).

- ✓ Indicadores de Estructura: Son aquellos que miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos (materiales, humanos e institucionales) para prestarlos.

- ✓ Indicadores de Proceso: Miden la calidad de un conjunto de acciones entrelazadas con un objetivo definido que llevan a un resultado.

- ✓ Indicadores de Resultado: Son los que miden el resultado en sí mismo. En forma específica, se refieren al beneficio que se logra en los pacientes o usuarios, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida. También apunta a que los resultados incluyen otras consecuencias de la asistencia como por ejemplo, el conocimiento acerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento que repercute en la salud o la satisfacción de los pacientes. En términos generales, los indicadores de resultados pueden buscar conocer la eficacia clínica para los tratamientos de trastornos como la efectividad de los servicios.

Modalidad Calle

Los indicadores propuestos en este estudio, se visualizaron como sugerencias en la medida en que este estudio se tradujo en una instancia para abrir la reflexión en torno a las temáticas de oferta en salud mental para poblaciones en situación de vulnerabilidad y la posible construcción conjunta en el marco de la intersectorialidad, considerando la especialización que cada agente involucrado tiene y puede aportar a la temática de personas en situación de calle.

Tabla 10: Indicadores para Modalidad Calle

Nivel del Indicador	Nombre del Indicador	Tipo
	Capacitaciones técnicas ofrecidas y realizadas en el Piloto	**Cuantitativo**
	Cantidad de profesionales comprometido al inicio, comparado con el número de profesionales que se	**Cuantitativo**

Estructura (recursos institucionales, humanos y materiales)	contratan finalmente	
	Cantidad de profesionales contratados por el Piloto al inicio, en comparación con el número de profesionales que terminan sus funciones por contrato, y este no es renovado	**Cuantitativo**
	Identificar las principales razones para dar por término a los contratos de los profesionales	**Cualitativo**
	Cuantificar las renuncias de los profesionales	**Cuantitativo**
	Identificar motivos de renuncias de los profesionales	**Cualitativo**
	Cantidad de sesiones o traslados a terreno para atención de usuarios a través de móviles institucionales	**Cuantitativo**
	Descripción de condiciones del lugar de atención (identificar fortalezas y debilidades)	**Cualitativo**
	Cantidad de computadores por profesionales del equipo conectado a internet	**Cuantitativo**
	Infraestructura adecuada para el equipo (identificar fortalezas y debilidades)	**Cuantitativo**
	Seguros para los profesionales que realizan actividades del Piloto en terreno	**Presencia-Ausencia**
Proceso (indicadores de tipo físico, emocionales y sociales)	Cantidad de usuarios ingresados (evaluación de cobertura)	**Cuantitativo**
	Diagnóstico de salud física de los usuarios (enfermedades infecciosas, crónicas, de transmisión sexual)	**Cuantitativo**
	Diagnóstico de salud mental (identificar síntomas psiquiátricos, función psicológica o cognitiva)	**Cuantitativo**
	Diagnóstico de consumo de drogas, alcohol, tabaco	**Cuantitativo (presencia-ausencia)**
	Conducta de riesgo o antecedentes judiciales	**Cuantitativo (presencia-ausencia)**
	Diagnóstico de la situación social del usuario, conocer la situación a nivel “proteccional” (si se encuentra inscrito en consultorio, si tiene acceso a pensión o jubilación, etc.)	**Cuantitativo**
	Seguimiento de los planes de intervención (cantidad de acciones realizadas)	**Cuantitativo**
	Cantidad de hospitalizaciones de los usuarios (autorización vía Seremi)	**Cuantitativo**
	Tipo de situación que genera la hospitalización	**Cualitativo-Cuantitativo**
	Nivel de adhesión de los usuarios	**Cuantitativo**
	Cantidad y calidad de coordinaciones con el equipo psicosocial requeridas caso a caso (identificar el por qué y para qué de estas)	**Cuantitativo-Cualitativo (en desglose)**
	Nivel de cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito	**Cuantitativo (presencia-**

Resultado		**ausencia de medicamentos)**
	Cuantificación de los egresos de los usuarios	**Cuantitativo**
	Tipo de egreso (“alta” o “egreso”)	**Cualitativo, posteriormente en una segunda fase puede ser convertido a porcentajes**
	Seguimiento al egreso (contactar al usuario luego de 6 meses de la intervención)	**Cuantitativo**
	Realización de entrevista de seguimiento (terreno o centro)	**Cuantitativo**
	Cantidad de derivaciones a la red de la oferta de servicio existente	**Cuantitativo-Cualitativo**
	Satisfacción usuarios	**Cuantitativo**
	Análisis comparativo entre grupos. Comparar un grupo de personas sin hogar que recibieron atención del piloto, versus personas sin hogar que no la recibieron, o fueron sujetos de atención de una intervención diferente (no de salud mental)	**Cuantitativo**
	Monitoreo de salud física (medir al ingreso y egreso)	Cualitativo

Se sugirió que estos indicadores sean registrados en un sistema de información del PSM, compuesto por una batería de instrumentos adecuada según la línea de base, donde se ingresen datos de distintas áreas (información social, de salud, entre otros). En éste sentido, también se apeló al trabajo intersectorial, producto de lo cual se puedan crear indicadores de resultados que apunten a si efectivamente se produjeron cambios o mejoras a nivel de salud mental de las personas, y en consecuencia tal vez, en su salud física.

Modalidad Abriendo Caminos

En esta modalidad según la evidencia internacional revisada, la eficacia clínica para los tratamientos de trastornos y estudios de la efectividad de los servicios, incluiría en una primera parte, tratamientos psicofarmacológicos y psicosociales para trastornos de hiperactividad y déficit atencional, de la conducta, trastornos de ansiedad, de oposición desafiante desorden, depresión, autismo, retraso mental y enfermedad mental y abuso de sustancias[10]. Los estudios de la efectividad de los servicios incluyen tanto el servicio tradicional como modalidades alternativas: terapia ambulatoria, preservación de la familia, el cuidado temporal terapéutico, tratamiento de día, manejo de casos, apoyo familiar, la hospitalización del paciente, y sistemas de cuidado. Desde esta perspectiva, se justificó la necesidad de desarrollar un trabajo intersectorial entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social, sobre todo en la instancia de medición de resultados.

[10] Outcomes of Mental Health Care for Children and Adolescents: II. Literature Review and Application of a Comprehensive Model (P. Jensen, K. Hagwood, T. Petti. 1996).

Tabla 11: Indicadores para modalidad Abriendo Caminos

Nivel del Indicador	Nombre del Indicador	Tipo
Estructura (recursos institucionales, humanos y materiales)	Capacitaciones técnicas ofrecidas y realizadas en el Piloto	**Cuantitativo**
	Cantidad de profesionales comprometido al inicio, comparado con el número de profesionales que se contratan finalmente	**Cuantitativo**
	Cantidad de profesionales contratados por el Piloto al inicio, en comparación con el número de profesionales que terminan sus funciones por contrato, y este no es renovado	**Cuantitativo**
	Identificar las principales razones para dar por término a los contratos de los profesionales	**Cualitativo**
	Cuantificar las renuncias de los profesionales	**Cuantitativo**
	Identificar motivos de renuncias de los profesionales	**Cualitativo**
	Cantidad de sesiones o traslados a terreno para atención de usuarios a través de móviles institucionales	**Cuantitativo**
	Descripción de condiciones del lugar de atención (identificar fortalezas y debilidades)	**Cualitativo**
	Cantidad de computadores conectado a internet, por profesionales del equipo	**Cuantitativo**
	Infraestructura adecuada para el equipo (identificar fortalezas y debilidades)	**Cualitativo**
	Seguros para los profesionales que realizan actividades del Piloto en terreno	**Presencia-Ausencia**
	Materiales con los que cuentan para el desarrollo de actividades	**Cuantitativo**
	Información de Ficha de Protección Social de los usuarios (puntaje)	**Cualitativo-Cuantitativo**
	Diagnóstico o caracterización de salud física y mental de los usuarios	**Cuantitativo**

Proceso (indicadores de tipo físico, emocionales y sociales)	*Nivel de conocimiento de la historia de la situación social del niño, niña o adolescente ingresado (NNA)*	**Cualitativo**
	Perspectiva de los usuarios (percepción del nivel de satisfacción de los usuarios respecto al servicio de atención entregado)	**Cuantitativo-Cualitativo**
	Cuantificar y evaluar el nivel de adhesión de los NNA	**Cuantitativo**
	Cuantificar el número de reuniones de coordinación llevadas a cabo en conjunto con el equipo psicosocial del programa Abriendo Caminos	**Cuantitativo**
	Calificar el nivel de manejo de información del caso, a través de los datos que otorgue el programa psicosocial	**Cualitativo**
	Identificar factores protectores y de riesgo de los NNA	**Cualitativo**
Resultados	Cuantificar el nivel de egreso de NNA existente, cualificar motivo o causa de egreso	**Cuantitativo- Cualitativo**
	Realizar seguimiento de los NNA en un período posterior, entre los 6 meses y 1 año del egreso del piloto	**Cuantitativo-Cualitativo**
	Inserción escolar	**Cuantitativo**
	Satisfacción usuarios	**Cuantitativo**
	Tipo de inserción escolar	**Cuantitativo**
	Rendimiento escolar	**Cuantitativo**
	Nivel de uso o acceso a redes de salud, vivienda, comunitarias	**Cuantitativo**
	En fase de seguimiento, actualizar la situación social del NNA, relacionada con: permanencia en el hogar del cuidador, traslado a otro hogar, cambio de residencia, entre otras situaciones que puedan afectar su estado emocional. Es decir, evaluar factores de riesgo del entorno (grado de permanencia con su adulto responsable, cuántas veces en el año ha cambiado de adulto responsable y de residencia	**Cualitativo**

	Uso de grupo de comparación, contar con la posibilidad de comparar a NNA con familiar privado de libertad sin participación en el Piloto con NNA con familiar privado de libertad con participación en el Piloto	**Cuantitativo**

Cabe señalar que en el caso de la modalidad Abriendo Caminos, la importancia del seguimiento, de medir los resultados de las intervenciones que se realizaron con los NNA radicó en que algunas intervenciones pueden producir sólo efectos temporales, o presuntos resultados beneficiosos pueden ser realidad debido a la maduración de desarrollo del niño/a y no estarían en directa relación con la intervención. Por estas razones, la bibliografía revisada recomienda realizar seguimientos en distintos períodos de tiempo, por ejemplo a un mes del egreso o alta y luego a un año de la intervención, estableciendo puntos de control y grupos comparativos.

En éste sentido, el rol del MINSAL como especialista en la temática cobra relevancia, desde ésta instancia pueden ser convocados a desarrollar estrategias de medición de resultados del tratamiento de salud mental ofertado, para ambas poblaciones. Se requiere desarrollar metodologías que permitan ir midiendo la eficacia de los tratamientos, para generar conocimiento y prácticas que permitan instalar indicadores de resultados en salud mental para poblaciones en situación de vulnerabilidad.

En este estudio se esbozaron algunas ideas para abordar la eficacia de los tratamientos y se concluyó que este punto es un desafío a construirse en conjunto y en colaboración por ambos Ministerios.

2.2.2 Apreciación de indicadores

Este objetivo específico del estudio describió la apreciación de los indicadores propuestos en la implementación del PSM por parte de los dispositivos de salud y cada organismo o institución de carácter público o privado ejecutores de cada programa.

Según el análisis de discurso, la temática de los indicadores no ocupó un lugar central en las entrevistas. Cuando muchos temas surgieron de manera espontánea y se fueron saturando en el transcurso del trabajo de campo, los indicadores fue un tema introducido por los/as moderadores.

Cuando se realizó la pregunta respecto de cómo eran percibidos los indicadores que inicialmente el PSM planteaba, el discurso de los entrevistados del nivel operativo permitió observar que los concebían como un aspecto administrativo, un mandato que debía cumplirse porque era un requerimiento del Ministerio de Desarrollo Social que involucraba plazos de entrega y formatos de llenado y cuyo retraso o falta era causa de dilatación en el tiempo de las trasferencias de dinero.

Desde el análisis de discurso de los entrevistados del nivel táctico, y en particular en los entrevistados pertenecientes al Ministerio de Desarrollo Social, la referencia a los indicadores era un correlato de los entrevistados del nivel operativo. Es decir, señalaron que los indicadores eran un aspecto del PSM que resguardó la ejecución tanto a nivel de cumplimiento de objetivos, cobertura de usuarios pactada y real, y tipos de atención principalmente.

Los indicadores del PSM no se percibieron como una orientación o guía real y pragmática para la ejecución.

Sin embargo, fue en el discurso analizado de los entrevistados correspondientes al nivel estratégico donde mayormente se desarrolló el tema y la gran mayoría de los entrevistados aportaron ideas y preocupaciones respecto a cómo los indicadores debían trabajarse, en particular en las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

La necesidad de contar con indicadores que permitan seguir al usuario como sujeto que vive una vida más que ciclos fragmentados de ella (niñez, adolescencia, presencia/ausencia de trastorno, etc.) y como un ser multidimensional (perteneciente a una comunidad, con aspectos sanitarios, emocionales, laborales, etc.) es generalizada.

"Tenemos indicadores in situ, se habla de derivaciones de usuarios a redes y servicios, pero formalmente no tenemos nada (…) seguimos trabajando con usuarios Puente y no sabemos bien qué hemos logrado" (Entrevista 10)

Desde lo académico, los entrevistados fueron todavía más críticos y manifestaron que el tema aún es un asunto pendiente desde las distintas disciplinas que conforman la salud mental. Algo que se cuestionó fue la efectividad de la intervención y los elementos que la conforman: basado o no en la evidencia, suficiencia de recursos, cuánto influyen los factores de gestión/administración, entre otros aspectos mencionados.

"Estamos siempre evaluando procesos pero no vemos resultados (…) atendemos, atendemos y atendemos pero cuánto mejoramos no sabemos, estamos en deuda con la efectividad de intervenir" (Entrevista 26)

"Deben incluirse objetivos clínicos, rehabilitación, de reconexión con redes sociales, de estabilización con un lugar de vida (vivienda en grupo, con apoyo, con familiares, etc.), constituir múltiples indicadores para una intervención que debe ser múltiple" (Entrevista 18)

En resumen, los indicadores fueron apreciados como un aspecto sin relevancia para evaluar, corregir y/o reorientar el quehacer del PSM.

2.3 Facilitadores y Obstaculizadores

Respecto a este objetivo específico, se realizó un análisis comparativo que permitió levantar obstaculizadores y facilitadores en cada experiencia de implementación de cada componente del PSM, para cada modalidad de atención por comuna.

La triangulación de la información permitió la siguiente diagramación:

Tabla 12: Resumen comparativo obstaculizadores y facilitadores

	Administrativos	Técnicos	Personas
Obstaculizadores	• Tardanza, lentitud traspasos financieros • Numero de actores involucrados • Ambigüedad continuidad del PSM • Retraso en cancelación de honorarios • Rotación de personal transversal • Cambios de sedes nivel operativo (cosam, Cesfan, centro de día)	• Inexistencia línea base • Insuficiente descoordinación entre programas ejecutores psicosociales y PSM • Falta de protocolos de derivación • Insuficiente modelo clínico de atención • Diseño insuficiente del PSM • Dificultad en establecer vínculos con usuarios debido a rotación de personal • Falta de indicadores de efectividad • Multiplicidad de registros. Información poco confiable (presenta errores)	• Alta rotación de personal • Falta de experiencia y competencias profesionales • Conflicto intragrupos • Liderazgo laisses fare • Insuficiente supervisión • Deficiente comunicación y coordinación • Factores higiénicos y motivacionales insatisfechos
Facilitadores	• Convenio MINSAL • Estructura en dispositivos de Salud • Recursos materiales y financieros	• Equipos multidisciplinarios • Flexibilidad metodológica • Innovación de actividades y estratégicas de intervención	• Personalidad y competencias de miembros que facilitan la articulación de la red • Presentación de los profesionales del equipo PSM en las instancias de salud pertinentes de la comuna

Con el objeto de contar con un análisis más específico, y como el PSM se ejecutó en dos modalidades y tres comunas, en este apartado se desarrollaron los facilitadores y obstaculizadores desde una aproximación transversal en una primera parte, y luego de forma particular para cada modalidad y comuna.

Los discursos de los entrevistados pertenecientes a los tres niveles identificados en el estudio fueron centrales (estratégico, táctico y operativo). Las principales visiones y percepciones respecto a los obstaculizadores transversales, se relacionaron con lo siguiente:

- Los hitos que se constituyeron como antecedentes del PSM se consideraron como obstaculizadores en el conocimiento de la génesis del PSM y levantaron la dificultad de su entendimiento y visión. Luego de la revisión de los discursos quedó la sensación de que no se conoció el objetivo inicial del PSM, qué motivos levantaron ésta oferta y que no se cuenta con información acerca de para qué sirve.

- La forma de conocer el PSM también se constituyó como obstaculizador, esto se apreció en el siguiente discurso:

"*Se dio mayormente por temas puntuales a través de reuniones con referentes del Ministerio de Desarrollo Social "acá supimos todo vía la sorpresa y casualidad"* (Entrevista 10)

- La dependencia del PSM de la Unidad de Oferta del MDS, no en la Unidad de Metodología y/o Operaciones, implicó la inexistencia de un correlato con el área metodológica.

- La existencia de percepciones asociadas a que hubo una tendencia a perpetuar los problemas y falta de resolutividad en cuanto al trabajo con poblaciones en situación de vulnerabilidad.

- No se contó con un enfoque integral, en algunos discursos se tuvo la idea de que se solía promover pilotos con escasa conexión a los programas existentes, apelándose a una falta de intersectorialidad en las intervenciones.

- Actuó como obstaculizador del PSM a nivel transversal, la existencia de "sesgos" en el área de Salud, el análisis de discurso indicó que se tendió a medicalizar a los usuarios sin considerarse que el contexto de fondo implicó la necesidad de una intervención más compleja:

"*Salud tiene un sesgo, se tiende a medicalizar, psicologizar, psiquiatrizar problemas que son sociales. El Ministerio de Desarrollo Social tiene que ayudar a que eso no pase"* (Entrevista 9).

- Obstaculizadores transversales fueron la falta de coordinación entre ejecutores psicosociales y equipos del PSM, la falta de sinergia entre los equipos que produjo distintos puntos de inflexión, la falta de comunicación fluida y de protocolos adecuados para coordinaciones entre ejecutores, que permitieran identificar canales establecidos y legitimados. No existieron protocolos para intervenciones ni derivaciones existiendo un alto nivel de desconocimiento en éste sentido, no existió claridad respecto a quién deriva y cómo se llevó a cabo ese proceso, esto se recogió desde el siguiente discurso:

"El piloto demanda mucho de los ejecutores pero los ejecutores no tienen mucha claridad de esa demanda, funcionamos como por "buena onda", en la formalidad no hay un documento que establezca los cumplimientos" (Entrevista 20)

- La escasa claridad respecto a la distinción entre gestión y atención, en términos de modelo también operó como un obstaculizador de la intervención, ya que permitió que la gestión se dispersara en el modelo de atención, confundiéndose modelo de atención con modelo de gestión.

- Obstaculizador transversal a las modalidades y comunas fue el bajo cumplimiento de las coberturas, dificultades que se asociaron según los discursos, a los distintos tiempos en que funcionaron los programas psicosociales y el PSM.

En cuanto a factores que facilitaron la intervención de manera transversal, se detectaron las siguientes opiniones a través del análisis de discurso de los entrevistados:

- La voluntad política como una condición para favorecer los procesos, esto se manifestó en lo siguiente:

"Si no existe alguien desde un nivel transversal que esté interesado en implementar acciones al respecto difícilmente se podrá implementar en cualquier otro aspecto" (Entrevista 1)

- Fue un facilitador el hecho de que el MDS tuvo un rol que le permitió visibilizar a las poblaciones en situación de vulnerabilidad. También la iniciativa del MDS para convocar a

otro actor relevante, en este caso a MINSAL, para abordar situaciones de vulnerabilidad social:

"Salud aplica la universalidad pero sabemos que no llegamos a todos y está muy bien que exista intención, y además hay recursos de parte del Ministerio de Desarrollo Social para que nos venga a decir con estas personas hay que trabajar" (Entrevista 9)

- Se contó con un refuerzo del MDS para instalar recursos (financieros, humanos) pertinentes en salud.
- Se destacó la experiencia y el rol de los ejecutores especialmente en la modalidad de atención para personas en situación de calle.
- Se permitió privilegiar y visibilizar a personas con trastornos mentales severos, ya que la condición de vulnerabilidad agrava su enfermedad de base.
- Se constituyó como una instancia que desarrolló un trabajo conjunto, intersectorial con consideración de la expertisse de cada uno de los agentes involucrados en la intervención.
- La contratación de profesionales trabajando en el PSM desde el MDS, lo que repercutió en una mayor difusión del programa.
- La oferta preferente permitió que los usuarios en situaciones de vulnerabilidad, pudieron acceder a un servicio más oportuno.

"El piloto facilita el acceso de los usuarios, hay una atención de mayor calidad y apropiada a las características de los NNA con problemas de vulnerabilidad, aunque los perfiles no varían significativamente" (Entrevista 7)

Modalidad Calle comuna de Recoleta

Como obstaculizadores, los entrevistados aludieron a lo siguiente:

- El tipo de Convenio que se refiere a un tipo de usuarios (personas en situación de calle) que no permite abordar en forma intersectorial al usuario:

"El Convenio es bien somero en explicaciones, no precisa criterios de inclusión, interpretaciones, habla de persona que tiene problemas mentales, pero ¿vamos a agregar sufrimiento psicológico?, ese criterio está presente en todos las personas calle, salvo en los que tienen opción delictiva salvo perfiles psicopáticos, si se considera el tema del sufrimiento psicológico como criterio me parece un exceso progresista, sin preocuparse de que están en la calle, de qué sirve. Hay casos de personas que optan por eso, otros viven en el cerro con vida comunitaria media hippie pero son 5 o 10, y que tienen una población de delincuentes que pasan la noche ahí, arrancando" (Entrevista 23)

Según los discursos, la definición de la población objetivo en el Convenio no fue completamente acorde al tipo de población existente en Recoleta, manifestándose la inquietud de que si se va a entregar salud mental, cómo se repara el hecho de que las personas sigan viviendo en la calle, teniendo acceso a un Centro de Día, como el nombre lo indica entre las 9:00 y 18:00 horas. En el fondo, se presentó como un obstaculizador el hecho de que el objetivo central fue entregar un servicio de salud mental pero la solución del tema implicaría mayores coordinaciones, esfuerzos y colaboraciones:

"Preocuparse de la salud mental de personas en calle sin preocuparse de que están en la calle" (Entrevista 23).

- La conformación de los equipos y las dificultades asociadas a la contratación de profesionales con experiencia en la temática de personas en situación de calle.
- La alta rotación de profesionales, lo que afectó el vínculo y la adherencia de los usuarios.
- Los tiempos de los procesos de las licitaciones que se realizaron desde el MDS, que anualmente convocó a instituciones y ONG'S para trabajar con personas en situación de calle desde lo psicosocial, no permitió consolidar un trabajo en red ya que el ejecutor psicosocial al inicio del PSM Recoleta no se adjudicó nuevamente la licitación de estos servicios al año siguiente del PSM.
- Cuando el ejecutor psicosocial y el equipo del PSM intervinieron en forma paralela, no existió claridad respecto a las derivaciones de los usuarios.
- Hubo cambios de sede para la atención de los usuarios, según algunos discursos analizados este espacio no fue adecuado. Las dificultades se debieron a que los usuarios podían permanecer en el Centro de Día en ciertos horarios y luego debían hacer abandono del lugar, también existieron diversos conflictos que se produjeron por la convivencia entre los mismos usuarios. Esto se observó en las siguientes opiniones:

"*El modelo partió mal de la base, hay un modelo probado en salud mental para trabajar con las personas. Yo creo que tenemos que estar cerca de ellos, hay que tener un lugar cerca de ellos (cerca de Mapocho) hay que tener un espacio para atenderlos ahí. Puedes ir cerca, pero después es atenderlos ahí, en un lugar cercano para ellos. El modelo le copió un poco al Hogar de Cristo, pero después hay que lograr que enganchen con un programa donde tengan el apoyo médico, y eso no puede ser en la calle. En el modelo inicial, un equipo de ejecutores iba a proveer casos, el Ministerio de Desarrollo Social tiene un programa para gente de calle, este equipo iba a aplicar el screening, si tenía problemas de salud mental iba a ingresar al piloto… entonces el enganche lo debe hacer el programa calle. En salud no necesitamos que nos lleven casos, la Atención Primaria de Salud es accesible, podríamos detectar casos pero creo que no es la idea, el Ministerio de Desarrollo Social tiene un rol que cumplir con personas con problemas sociales, y que salud haga su parte con personas con problemas de salud mental y general"* (Entrevista 6)

"La creación del Centro de Día de Calle (Ministerio de Desarrollo Social en convenio con la Municipalidad), recibe gente con problemas sociales que llegó ahí entonces se invadió el Centro de Día, había tráfico de drogas, peleas, curados y el más vivo se comía al otro. Ese era el modelo, no era un espacio para los enfermos mentales, sin embargo el equipo del piloto se mantuvo ahí, con diversas dificultades además, ya que tenían que ir a timbrar al COSAM y luego trasladarse para allá" (Entrevista 6)

- Otro obstaculizador asociado con la infraestructura fueron las dificultades para encontrar un lugar adecuado que el municipio pudiera arrendar. Esto denota además el estigma hacia las personas en situación de calle, constituyéndose como un obstaculizador en sí mismo, lo que se observó en el siguiente discurso:

"*Hemos tenido dificultad para arrendar una propiedad que sería destinada a personas en situación de Calle, cuando el dueño se entera que es para eso, no logramos arrendar"* (Entrevista 23).

- A nivel de equipo se mencionaron como obstáculos los problemas en la comunicación y conflictos intragrupo en esta comuna y la contratación de personal con motivación por el área de trabajo, pero no necesariamente con competencias idóneas.

En cuanto a los facilitadores del PSM en esta modalidad y comuna, se tiene lo siguiente:

- Un entrevistado del PSM en Recoleta, percibió que "operar" en el Centro de Día generó buenos resultados, debido a que hubo cercanía con los usuarios, esto produjo incentivos siendo una instancia para generar vínculos, confianza y rapport en la aceptación de la oferta que se les entregó a los usuarios.
- El ejecutor psicosocial y el municipio también se consideraron como agentes facilitadores. Al respecto se indicó lo siguiente:

"*El municipio ha tenido buena disposición. A salud no le interesa mucho la gente con vida de calle, el ir a buscarlas. A salud no le corresponde atender lo social, hay gente hospitalizada que no hay donde llevarla y terminan pagando y sale caro. Salud armó unas camas aquí abajo para casos sociales"* (Entrevista 6).

- Otro facilitador fueron las gestiones en red, que en Recoleta fueron percibidas como gestiones más bien personales, que permitieron solucionar situaciones complejas con algunos casos del PSM, como se observó en lo siguiente:

*"Existen factores que nos protegen, la Subdirectora del Servicio Norte, existen gestiones personales pero de fondo hay un convencimiento del proyecto y la política comunal, una concepción de ciudadanía amplia" (*Entrevista 23)

- Se mencionó la presentación de los profesionales (Psicólogo del PSM) en todos los CESFAM de la comuna como un facilitador del trabajo en red.

Modalidad Calle comuna de San Bernardo

Según el análisis de discurso, los obstaculizadores fueron los siguientes factores:

- Se consideró que el funcionamiento irregular debido al traspaso de recursos financieros, la contratación de profesionales que tuvo el PSM durante sus años de ejecución, fue un factor que obstaculizó la intervención en forma periódica.
- Existió escasa claridad respecto al modelo de atención de los usuarios, se aludió a la falta de una línea de base del programa. No existió un modelo que funcionó en forma coordinada, ni con salud ni con el ejecutor psicosocial que fue la Casa de Acogida para hombres del Hogar de Cristo. Esto se apreció en lo siguiente:

"*El funcionamiento del Piloto ha sido por tres años, muy distintos unos de otros. El primer año en febrero ya estaba el equipo contratado, eso fue fluido. Había una parte del equipo que venía a reforzar APS y otra parte salud mental. Había tres niveles de especialidad distintos, con niveles de resolutividad distintos, en territorios distintos. El equipo se instala en la residencia (año 2012) del Hogar de Cristo (28 o 30 personas), el Piloto cumple con su cobertura de 28. No hubo contacto con el COSAM. Los usuarios que estaban en tratamiento en el consultorio Raúl Cuevas, son evaluados nuevamente y empiezan a*

duplicarse las recetas. Se reunió a la gente del piloto con el consultorio, se conocieron las principales dificultades que mencionaron ellos, que era ustedes tienen un psicólogo para 20 personas y aquí hay uno para miles" (Entrevista 8)

- Actuó como obstaculizador también la falta de información respecto a la continuidad del PSM, lo que generó la desintegración del equipo profesional en varias oportunidades.

"En octubre no se sabía si el Piloto continuaba, nadie terminó el año y se desarmó todo el equipo (año 2012)" (Entrevista 8)

- Los discursos permitieron observar que algunos obstáculos fueron consecuencia del diseño del PSM en relación a la focalización de los usuarios, puesto que se planteó con anterioridad una cobertura que difícilmente pudo lograrse. Esto produjo, entre otras situaciones, que existiera un mayor recurso profesional que el requerido.

- También se consideró un obstáculo el hecho de que existieran profesionales con poca experiencia en temáticas de personas en situación de calle. Esta opinión se respaldó en lo siguiente:

"*No es la norma de tener una formación que te permita desarrollar la pega en estos contextos que son distintos, no se sabe bien cómo hacerlo. También ha habido dificultad en el espíritu inicial del Piloto que era desarrollar planes de ejecución conjuntos entre el Piloto y los psicosociales, el tema de la salud mental no puede ir a parte de lo que es la intervención completa"* (Entrevista 8)

- A nivel de equipos, también se percibió como obstáculo la rotación de los profesionales debido a renuncias, la discontinuidad de los tratamientos por estos motivos impactó la adherencia de los usuarios y los vínculos de estos con el PSM.

- Existieron diversas dificultades a nivel de coordinaciones entre el equipo ejecutor psicosocial (Casa de Acogida) y el equipo del PSM, que durante el primer año de ejecución se instaló en esa dependencia del Hogar de Cristo, asociadas a instancias de reuniones muy delimitadas donde la información que se pretendió compartir para actuar en colaboración, la mayoría de las veces se encontró bajo secreto médico, tampoco se tuvo acceso a las fichas de los usuarios que estaban siendo atendidos.

Se identificaron como facilitadores de este proceso, los siguientes aspectos:

- PSM inserto en un dispositivo de salud. Como se mencionó anteriormente, en una primera instancia el PSM se ejecutó en la Casa de Acogida del Hogar de Cristo de la comuna, luego se trasladó al COSAM. Este cambio hizo que los profesionales se sintieran legitimados y reconocidos en sus quehaceres.

"*Cuando hay algún profesional del Piloto en el dispositivo de salud, pareciese que funcionara mejor. En San Bernardo también es así, funciona bien cuando a los profesionales del dispositivo de salud se les paga unas horas para el piloto. Instalan el Piloto en el dispositivo, le dan cierto margen. Santiago también funciona así, los usuarios del Piloto pueden acceder a todas las prestaciones que tiene el COSAM. Cuando está el dispositivo cerca de la hospedería funciona, pero en Recoleta no, hay que ver soluciones de ese tipo"* (Entrevista 3)

- Los recursos del PSM, programa que contó con movilización para el traslado de los usuarios al COSAM, situación que facilitó la atención de los usuarios, ya que aseguró la asistencia a citaciones.

Modalidad Abriendo Caminos

Desde las perspectivas de los entrevistados, emergieron factores que afectaron la ejecución del PSM en cuanto a la gestión del programa como tal (en términos administrativos) y al modo de atención de los usuarios.

- En el primer nivel, se mencionaron los desfases en el Convenio y en el traspaso de los recursos financieros. Como se indicó anteriormente, este factor obstaculizó el funcionamiento del PSM en todas las modalidades y comunas, constituyéndose como un obstaculizador transversal:

"*La diferencia en los tiempos de traspaso de dineros entre Ministerios, los convenios del Ministerio de Desarrollo Social son de Mayo a Mayo (aunque a veces empiezan más tarde), todo eso acorta la ejecución. Al Servicio de Salud Metropolitano Sur se le transfirió la semana pasada (Octubre) porque tenían pendientes las rendiciones de la Convocatoria pasada, y ese es un requisito para la prórroga del Convenio. El último día de mayo entregaron 8 rendiciones financieras (se aprueban una por una en el SIGEC), la DAF revisa, tiempo en el cual además se estaba enviando la continuidad presupuestaria de los programas, por tanto hubo atraso en la revisión de las rendiciones y se aprobaron a fines de Septiembre. Se transfirió en Octubre"* (Entrevista 3).

- El número de actores involucrados en la gestión de los recursos también se constituyó como un obstaculizador:

"Mientras hay más actores involucrados más tardío es este proceso. Ningún servicio rinde en la fecha, pero sí Central y Norte en Febrero estaban al día, se les transfirió en Marzo, eso fue fluido" (Entrevista 3).

*"Queda la sensación de que mientras más interlocutores existan entre los ministerios que entregan el dinero más demoras y protocolos se darán" (*Entrevista 20)

- Desde una mirada más técnica, se mencionó la inexistencia de una línea de base del PSM, la falta de difusión del programa y las complicaciones que esto tuvo en el MDS, ya que en años anteriores se encontraba en otra Unidad del Ministerio.

- La necesidad de contar con ejecutores psicosociales idóneos en la temática de Abriendo Caminos, y la falta de "sintonía" entre Ministerios, como se observó en la siguiente opinión:

"*El piloto, como está ubicado, lo ejecuta otro Ministerio que es Salud, entonces eso también ha dificultado el tema, nosotros como Ministerio de Desarrollo Social no somos expertos en salud mental, pero quizás si pudiésemos establecer alguna intervención más especializada en salud mental... a mi parecer... el tema de derivarlos a salud ha sido súper complejo, porque el Estado no trabaja de manera integral"* (Entrevista 2)

- Respecto al modelo de gestión, se mencionaron los retrasos en la contratación de profesionales, y posteriormente en el traspaso de los recursos financieros para ejecutar el PSM.

- Fue un obstaculizador la falta de comunicación y coordinación en un trabajo que requirió colaboración conjunta entre equipo PSM y ejecutor psicosocial Abriendo Caminos, el traspaso de información y una visión común en cuanto a la superación de las dificultades que pudiesen presentar los niños, niñas y adolescentes.

- La falta de sintonía entre las intervenciones de ambos programas, ya que en el inicio del PSM el ejecutor psicosocial Abriendo Caminos se encontraba en proceso de cierre y de licitación en el MDS, esto impactó negativamente en la cobertura comprometida por el PSM. *Se destacó la siguiente percepción:*

"*El Abriendo Caminos estaba en proceso de cierre y postulación al inicio del piloto de salud mental, a la fecha es lo mismo, nunca se ha dado salvo por breve tiempo, dos o tres meses, que coinciden en la intervención"* (Entrevista 7).

En relación a esto, los discursos analizados permitieron conocer dos perspectivas. Por una parte, se consideró como una instancia positiva, ya que los profesionales del PSM se involucraron y asumieron roles psicosociales, y esto sucedió también viceversa. A modo de hipótesis se enunció que *ambos equipos ejecutando habrían impactado mejor en la intervención. Por otra parte, se percibió que las* diferencias en los tiempos provocaron que el equipo psicosocial casi no haya existido y los equipos del PSM tuvieron que suplir ese rol.

"*El rol del Ministerio de Salud es supervisar los requerimientos técnicos. Estos problemas se han traspasado a los roles y muchos equipos del piloto han tenido que asumir el rol del programa psicosocial"* (Entrevista 20).

Se estimó que esta situación también impactó a los usuarios, ya que los NNA fueron egresados todos los años, no pudiéndose entregar un servicio en forma continua y permanente en el período que se requirió la atención en salud mental, afectando el vínculo con los usuarios:

"A los usuarios los daban de alta y después los ingresaban de nuevo, esto dependía de los criterios de los distintos equipos" (Entrevista 7).

- *Se identificó como obstaculizador la falta de sistematización de las experiencias y del conocimiento que se acumuló, respecto a esta modalidad y el déficit en instrumentos existentes, lo que se expresó en el siguiente discurso:*

"El screening aplicado al ingreso tenía como resultado una prevalencia menor que la nacional, produciéndose serias críticas asociadas al instrumento "el screening creo que está malo, uno debería encontrar que hay más problemas no menos… se modificó después" (Entrevista 7).

- Otro obstaculizador fue la falta de una visión común y compartida que afectó el trabajo conjunto entre los equipos pertenecientes al PSM de distintas comunas, por ejemplo el equipo de Colina no mantuvo coordinación o comunicación con el equipo del PSM Abriendo Caminos de Maipú, a modo de hipótesis se consideró que esta instancia podría haber sido útil para la revisión de prácticas y metodologías en cada una de las modalidades.

- Como se indicó anteriormente, el retraso en la cancelación de honorarios fue un problema transversal a la intervención en todas las modalidades y comunas, debido a la fecha de

traspaso de los recursos financieros entre Ministerios. Estas "lagunas" se percibieron en el PSM Abriendo Caminos como un problema de gestión que fue un obstáculo permanente:

"Nadie tiene plata para vivir tres meses sin sueldo" (Entrevista 7).

Esta situación tuvo como una de sus consecuencias la alta rotación de profesionales en el equipo de Colina, y en todos los equipos del PSM. En el caso de Abriendo Caminos, a esto se sumó la lejanía de Santiago y la compleja ubicación donde se encontraba el COSAM, lo que implicó mayores gastos de transporte asociados para los profesionales del PSM. A esto se agregó la siguiente opinión:

*"Sé que habían períodos de tiempo en que no había por ejemplo, alguno de los profesionales… no se cumplían los estándares, no era de mucho interés de los profesionales tampoco por la remuneración que percibían y que pasa en Caminos igual… o sea… para el tipo de intervención que piensa el programa y que tiene que ver con un componente especializado en algunos momentos, hay un tema que trasciende como la voluntad del equipo ejecutor y que tiene que ver con las condiciones laborales para que estos equipos se puedan instalar en los espacios de salud… creo que un punto no menor a observar cuando se habla de la posible pasada de un piloto a ser un programa" (*Entrevista 2)

- Actuó como obstaculizador la falta de un modelo de atención clínico (tratamiento), el no contar con orientaciones técnicas a la base produjo improvisaciones a nivel de metodologías y aproximaciones a los casos.

Se constituyeron como facilitadores del proceso del PSM modalidad Abriendo Caminos, los siguientes aspectos:

- La instalación del equipo del PSM en el dispositivo de salud.
- La infraestructura y las instalaciones del COSAM.
- La posibilidad de innovar en actividades y estrategias para el tratamiento de los usuarios, donde el PSM contó con mayor cantidad de recursos para atender a los NNA con más horas de profesionales a disposición de estos y más instancias de coordinación intersectorial, entre otros.
- Existencia de profesionales comprometidos. Una entrevistada señaló que fueron las características individuales de los profesionales y la experiencia en la ejecución que tuvo el equipo, lo que hizo que se implementaran acciones que funcionaron.
- El uso de medicinas complementarias en los tratamientos.
- Los recursos para llevar a cabo las distintas actividades del PSM. Si bien existió irregularidad en los tiempos de entrega de las transferencias financieras, se evaluó en forma positiva el poder contar con estos dineros:

"*Los recursos, aunque no oportunos a veces, cuando estaban permitió adquirir materiales didácticos, mejorar la infraestructura y equipamiento y la percepción es que ello ha beneficiado la atención de usuarios que aumentó"* (Entrevista 22).

- A nivel de constitución de equipos, las reuniones técnicas y de coordinación facilitaron el trabajo, éstas se realizaron en forma semanal, y fueron la instancia para desarrollar análisis de casos. En éste sentido, el contar con un equipo multidisciplinario fue un factor que

favoreció las intervenciones, ya que existieron diversas perspectivas que enriquecieron los análisis y el trabajo, existiendo flexibilidad metodológica en el equipo ejecutor del PSM.

2.4 Nuevos usuarios

Una de las necesidades que tenía el PSM, al momento de su evaluación, era detectar posibles nuevos usuarios/as sujetos de atención especializada en Salud Mental para usuarios/as de los Subsistemas de Seguridades y Oportunidades (correspondiente al objetivo número seis de esta consultoría).

Para responder a este objetivo resultó importante el insumo que proveyó la revisión bibliográfica (evidencia internacional y nacional) como también la información secundaria provista por el MDS ("Estudio sobre vulnerabilidad familiar y privación de libertad. Caracterización general familias Programa Abriendo Caminos", Galerna Consultores: 2010 y Resultados del Instrumento de diagnóstico de la familias Ingreso Ético Familiar –IEF[11], principalmente). Además, se realizó una exploración a partir de la misma experiencia de los entrevistados/as entre los que resultó crucial el conocimiento de quienes se encontraban en el nivel operativo del PSM (ejecutores y profesionales de los equipos PSM fundamentalmente).

Los resultados del análisis de esta información arrojan como nuevos usuarios a cuidadores/as, adultos/as mayores y niños/as y adolescentes que residen en una familia donde hay un adulto privado de libertad. Este desarrollo se presenta a continuación.

2.4.1 Pobreza, inequidad y salud: el contexto

La Organización Mundial de la Salud, describe a la pobreza como la mayor causa de sufrimiento en el mundo (Murali & Oyebode, 2004). Varias investigaciones vinculan efectos directos e indirectos relativos a la pobreza en el desarrollo de problemas psiquiátricos como conductuales y emocionales (Murali & Oyebode, 2004; Mason, 2011). De hecho uno de estos estudios indica que *"Es conocido que los grupos de menores ingresos presenten más probabilidades de sufrir efectos negativos de conductas riesgosas de salud que sus contrapartes con mayores ingresos "*(Murali & Oyebode, 2004, pág 217). Esta misma condición se presenta en nuestro país ya que se plantea la existencia de una relación inversa en cuanto a nivel de ingresos y salud mental, señalando que a menores ingresos, mayores son las tasas de trastornos en salud mental en Chile (Minoletti y otros, 2013).

Obviamente no sólo la población con los ingresos más bajos presenta problemas de salud mental. Según investigadores de la Universidad Diego Portales, Chile es uno de los países con las más altas tasas de enfermedades mentales. La población nacional reportaría más del doble

[11] La información del Instrumento de diagnóstico de las familias Ingreso Ético Familiar –IEF, corresponde a las preguntas 2.1. Cabe mencionar, además, que el instrumento diagnóstico del Programa Vínculos fue solicitado para estos efectos pero no fue posible obtenerlo debido a que, al momento de realizar esta consultoría, no se encontraba disponible en formato compatible para su lectura y análisis.

de síntomas depresivos que Estados Unidos y a la vez superaría la tasa de suicidios promedio de los países de la OCDE (Valdés & Errazuriz, 2004).

Un antecedente adicional es el que expuso el propio ex Ministro de Salud, Jaime Mañalich, al explicar las razones por las cuales el trastorno bipolar había sido incluido en el Plan Auge en el año 2013. En esa oportunidad el ex ministro sentenció *"las muertes por suicidio siguen siendo preocupantes, Chile alcanza una tasa de 13,3 por cada 100 mil habitantes en el reporte del 2013. Esto se sigue concentrando en hombres jóvenes. No vemos tendencia a disminuir y por eso es una de las razones que se incluyó en el Plan Auge el trastorno bipolar, que es una de las tendencias suicida*" (http://web.minsal.cl/node/363)

Pese a los antecedentes hasta ahora expuestos algunos autores destacan que el presupuesto destinado a salud mental es insuficiente y por ello no permite alcanzar los objetivos que el país ha comprometido al respecto. Valdés y Errazuriz, (2012) reafirman la idea anterior a la vez que señalan que los planes de salud mental implementados en los últimos diez años no han logrado disminuir las tasas de enfermedad mental (página 1). Por su parte Minoletti et al (2013) sostienen que mientras que la Organización Mundial de la Salud –OMS, recomienda para Chile una inversión en salud mental que fluctúe entre el 5 y 10% del presupuesto de salud, lo que efectivamente se invierte es un 2,8%.

En el país, una de cada tres personas sufre problemas de salud mental en algún momento de su vida. Santiago, como ciudad capital, lidera estadísticas entre las capitales con mayor número de trastornos ansiosos y depresivos en el mundo, lo cual se ha traducido en un aumento explosivo en el consumo de antidepresivos (Valdés & Errázuriz, 2012).

Si a estos datos en nuestro país se le adjuntara la inequidad como factor social, podríamos quizás obtener una radiografía de la situación chilena para las personas viviendo en pobreza. Estos datos duros están en desarrollo. Sin embargo la literatura plantea que la inequidad social y la pobreza presentan un alto nivel de complejidad e interacción a nivel de factores altamente relevantes. La pobreza tiene consecuencias e implicaciones importantes tanto para la salud física como mental y es multifactorial por lo que también debe ser entendida y abordada con esfuerzos multisectoriales (Murali & Oyebode, 2014)

Desde esta perspectiva, el debate de los expertos en salud está abierto y vigente. Con pocos recursos y una demanda de salud en general en Chile aumentando, ¿cuál es la oferta de salud y cuál es la oferta específica en salud metal que poseen los más pobres?, ¿cómo se afecta la salud general y la salud mental, en específico, de las familias con mayor situación de vulnerabilidad?[12]

El propio MINSAL (segundo informe "Sistema de Salud Mental de Chile, 2014 en sus páginas 25 y 104) sostiene que el sistema de salud chileno presenta varios déficit (inequidad, problemas para alcanzar normas y estándares de servicio, etc.) que podrían afectar la calidad de vida de la población. Asociado, quizás a ese diagnóstico, Minoletti y otros (2013) han planteado que antes de ampliar coberturas a nuevas poblaciones de usuarios en riesgo social y vulnerabilidad, se

[12] Si bien durante la ejecución de este estudio, no se logró conseguir una fuente de datos, ya sea primaria o secundaria, que pudiese entregar información acerca del diagnóstico de la salud mental en familias de extrema pobreza, se presenta esta literatura como un cuadro que puede ser considerado en una posible ampliación de los servicios de salud mental a familias en extrema pobreza.

hace necesario abordar la problemática actual que presenta el sistema de salud mental en nuestro país.

Sin embargo, y así como el dinero no garantiza la salud mental, tampoco la pobreza –asociada a bajos niveles de ingresos- conlleva a la enfermedad. No obstante lo anterior, la revisión bibliográfica refuerza la estrecha relación existente entre tener condiciones de vulnerabilidad y pobreza y presentar riesgo de padecer algún trastorno. Sin duda que se requiere mayor debate, voluntad política y esfuerzos intersectoriales para un abordaje sistémico y sistemático.

2.4.2 Cuidadoras

Las/os cuidadoras/es emergen como personas propensas a padecer trastornos mentales cada vez que existe un sujeto que requiere cuidado. Al revisar la evidencia internacional en la categoría cuidador/a, inmediatamente se describen estudios relativos al concepto "Burnout" o "Síndrome de Burnout". Aunque está asociado a estrés laboral y así fue acuñado originalmente por Fredeunberger, en 1974, desarrollos posteriores dan cuenta de una extensión a cuidadores en general que tienen, por tanto, a cargo la atención o asistencia de otras personas.

Maslach y Jackson (2001) describen este síndrome como el deterioro de la fuerza física o emocional, en tres dimensiones: i) agotamiento emocional: cansancio abrumador o sensación de estar sobrepasado, que implica una reducción de los recursos emocionales y físicos; ii) despersonalización: desapego al trabajo e indiferencia ante las emociones de otros y iii) disminución de la autorrealización: sensación de baja realización personal, junto a sentimientos de incompetencia e inefectividad.

Tal como fue descrito en la sección de contexto, es posible suponer que las tres dimensiones antes descritas se presentan también y con mayor fuerza en personas que están a cargo de otros/as y cuyo contexto presenta importantes factores de vulneración (pobreza, falta de acceso a servicios, baja escolaridad, etc.).

2.4.3 Programa Abriendo Caminos

En el marco del trabajo desarrollado por el programa Abriendo Caminos, se realizó un estudio[13] de las familias usuarias para conocer las características asociadas a su estructura familiar, composición, relaciones de parentesco y condiciones económicas y sociales. Dicho estudio arrojó un perfil específico y predominante del cuidador/a del NNA: se trata de mujeres jefas de hogar, que tienen entre 38 y más años.

Ya sea que el padre o la madre es quien está privado de libertad, una figura femenina es la cuidadora de esos hijos/as. Según lo reportado por este informe, estas cuidadoras tienen una doble presión porque además del rol asociado al espacio familiar son ellas las únicas encargadas de generar ingresos económicos. De hecho una de las conclusiones de este estudio es la necesidad de asistencia y apoyo especializado para promover no sólo estrategias

13 "Estudio sobre vulnerabilidad familiar y privación de libertad. Caracterización general familias Programa Abriendo Caminos", Galerna Consultores: 2010

de cuidado y crianza sino que también son mencionados aspectos relativos a la entrega de herramientas en el nivel socio laboral. Cabe indicar que en la mayoría de los casos esta mujer cuidadora es la misma madre o la abuela del NNA.

Este mismo estudio indicó que las cuidadoras perciben el cuidado de los niños/as como un cambio en la dinámica familiar, que afecta lo emocional y las condiciones socioeconómicas de la familia.

Lo antes expresado estuvo presente también en el discurso de los entrevistados/as en esta consultoría y plantea además elementos específicos donde la temática de salud mental se hace presente. Las siguientes citas lo ilustran.

"La mayoría son abuelas, el tema de salud mental para ellas es muy importante porque está el impacto de volver a criar, de hacerse cargo de nuevo, está el replantearse temas de crianza nuevamente si lo hice mal, si lo hice bien, muchos temas han salido a partir de la privación de libertad, es importante que este programa lo aborde, entonces este piloto vino como a suplir esta necesidad manifiesta, de ayudarlas, de trabajar con ellas porque lo que hacen no lo hace nadie más y necesitan ayuda" (Entrevista 2).

"Si el pilar fundamental de la familia no está con tratamiento o apoyo psicológico qué se puede esperar para los niños, no sirve de nada. Ella tiene que estar bien psicológica y emocionalmente" (Entrevista 11)

"El estudio de Galerna y la experiencia del piloto nos hizo cambiar o ampliar la cobertura hacia los cuidadores, que al parecer la necesidad de salud mental para Caminos no estaba necesariamente puesta en los NNA, que si bien era un público que lo requería, la mayor presencia de enfermedades asociadas al ámbito de la salud mental tenía que ver con los cuidadores, y por eso empezamos a ver, a indagar de qué manera podíamos reconstruir la historia del piloto, para poder ver entonces qué debíamos hacer como programa, para poder pensar que los cuidadores debiesen tener acceso, y de ahí se pensaron varias cosas" (Entrevista 2).

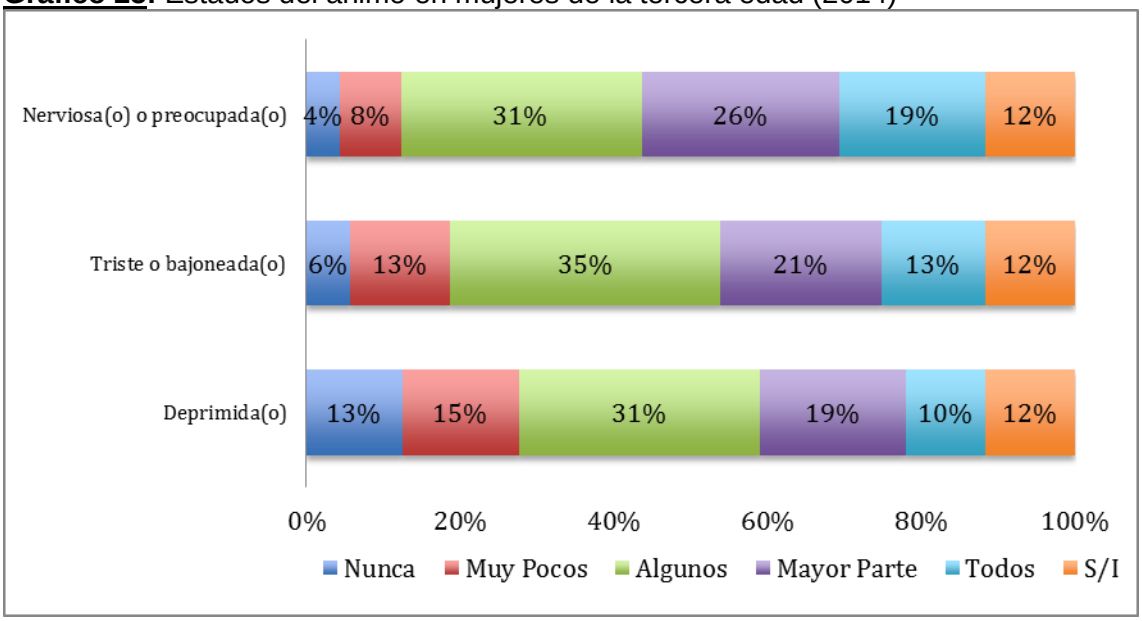
"Tiene que ser un programa a nivel de la familia, como se atendía era a través de la ficha del niño… ahora se abrió a la familia. Se tiene que trabajar con la familia, a veces se encuentran casos clínicos, mucha depresión, en la familia, hay que hacer tratamiento porque si un adulto o cuidador no está bien no va a poder cooperar en el bienestar del NNA". (Entrevista 7)

Cabe mencionar que algunos entrevistados/as indicaron que muchos de estos cuidadores/as (se mencionaron casos de tías y abuelas) aceptan hacerse cargo de los menores pero pasado un tiempo realizan/informan una "devolución" del menor al programa por sentirse incapaces de asumir este rol. Esta figura deja entrever la necesidad imperiosa de preparar y acompañar en este rol con estrategias específicas.

En consistencia con lo antes expuesto, los resultados del Instrumento de diagnóstico para incluir a las familias en el Ingreso Ético Familiar, IEF[14] mostró los estados de ánimo de mujeres de la tercera edad y se presentan en el gráfico 25. Cabe señalar que esta información se incorpora a este análisis ya que las personas que incluye este instrumento presentan características similares a las mujeres cuidadoras del programa Abriendo Caminos, a quienes ejercen el mismo rol con Adultos Mayores (Programa Vínculos) y en general a mujeres de familias en extrema pobreza.

[14] Los datos utilizados, provienen de la información para el 26-12-2014, sobre familias pertenecientes a IEF.

Gráfico 25: Estados del ánimo en mujeres de la tercera edad (2014)



Como se aprecia en el gráfico, la gran mayoría de las mujeres encuestadas ha sentido algunos de los estados descritos en el último mes. Respecto de la frecuencia, el estado "nerviosa/preocupada" es el que se presenta más recurrentemente, seguido de "triste/bajoneada" y "deprimida".

2.4.4 Programa Vínculos

En el caso del Programa Vínculos (del que se desarrollará más en adelante), cuyos usuarios/as son adultos mayores, los entrevistados indicaron la posibilidad de ampliar la cobertura a cuidadores/as de adultos mayores.

"Este programa se encuentra fuertemente con el síndrome del cuidador, el duelo físico del postrado son cosas importantes. Los cuidadores son adultos mayores también en un alto porcentaje. La mayoría son mujeres, se genera estrés porque a veces no entienden la enfermedad, están muy solas y no saben qué hacer" (Entrevista 5).

"Si existe un cuidador, este también debería tener acceso a salud mental (…) se descuida a sí misma cuidando. Presentan burnout. Trabajan de lunes a lunes, no tienen vacaciones, su red social también se ve afectada, un apoyo emocional debería ser considerado" (Entrevista 5).

Los entrevistados/as propusieron realizar alianzas o un trabajo intersectorial con el Servicio Nacional del Adulto Mayor -SENAMA y con los Servicios de Salud a fin de apoyar este rol de cuidador/a.

En síntesis, la evidencia e información que se analizó da cuenta que el cuidado de personas en general corresponde a un rol predominantemente femenino y que el nivel de desgaste de este rol es importante toda vez que no sólo está asumiendo un rol adicional, sino que además en la

mayoría de los casos esta cuidadora debe generar ingresos para una familia extendida. Esta constatación confirma para el programa Abriendo Caminos la necesidad de trabajar con las cuidadoras de los NNA. Estas mujeres deberían ser asistidas desde el nuevo rol que asumen, previendo situaciones en el que el Síndrome de Burnout se haga presente pero también extenderlo a situaciones de pesquisa de trastornos como depresión o angustia (siempre de más alta prevalencia en mujeres).Y además, prevenir un posible abandono de los menores. Junto a ello es importante re considerar como necesidad brindar atención/acompañamiento psicológico, entrega de habilidades parentales y de crianza, habilidades de cuidado y auto-cuidado y de apoyo socio laboral, según corresponda. En definitiva de incluir a las cuidadoras como un usuario más en este programa y desde el programa entregar estos apoyos específicos.

Se levanta aquí la distinción de cuidadoras según el sujeto que tiene a su cuidado: niños y adolescentes con adulto privado de libertad, adulto mayor que requiere cuidados independientemente de su condición de salud, y adulto mayor cuya condición de salud requiera atención especial. Es preciso tener en cuenta que este rol femenino en muchas familias puede considerar más de un sujeto de cuidado lo que aumentaría la posibilidad de deterioro en sus condiciones físicas y mentales.

2.4.5 Adultos mayores, programa Vínculos

El Programa Vínculos del Subsistema de Seguridades y Oportunidades es definido como *"un conjunto de acciones orientadas a dar respuesta directa a las necesidades de las personas mayores de hogares unipersonales y generar las condiciones para el acceso a la red comunitaria de protección social, conectando a la población adulta mayor, con los servicios públicos y redes sociales de su comunidad"* (SENAMA, 2008: 1). En este sentido, el objetivo general del programa es "*lograr que los adultos mayores solos, en condiciones de extrema pobreza y vulnerabilidad, accedan de forma preferente a un conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades y estén integrados a la red comunitaria de protección* social" (Secretaría Ejecutiva de Protección Social, 2011: 3).

Para esta población específica el análisis de discurso y la información provista por el estudio "Levantamiento y Análisis de Información del Programa Vínculos de la Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social" (ARS Chile Ltda:2012) se constituyeron como las principales fuentes de información en esta consultoría.

Del estudio realizado por ARS Chile emergen como relevantes los siguientes aspectos asociados a los adultos mayores como usuarios/as de un programa preferente en salud:

- Un tercio de los usuarios (27,6%) tenía un problema de salud que no se atendía
- Los problemas de salud se traducen en problemas económicos (asociados a la imposibilidad de solventar medicamentos básicos y/o de prevención y dificultad para asumir costos de transportes)
- Los problemas de salud se traducen en dificultad de vinculación y en menor participación social (impedimento de salir de su casa)
- Sector salud: las derivaciones en salud fueron reportadas como las más difíciles de cumplir. El estudio arrojó que a pesar de los esfuerzos institucionales para informar a los servicios de salud acerca del Programa Vínculos, los funcionarios de estas entidades

desconocían que los usuarios del Programa tienen derecho a recibir el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor -PACAM aun cuando no cumplan con el requisito de edad. Por otro lado, también se reconoce que en algunas ocasiones los usuarios no son atendidos con la rapidez necesaria.

A partir del análisis del discurso de las personas entrevistadas en esta consultoría se pudo conocer que para ingresar al programa Vínculos, los adultos/as mayores entre otras condiciones no deben presentar problemas de salud. En este sentido, la información permitió detectar que cuando estas personas desarrollaban algún tipo de condición en salud mental, como un trastorno depresivo o enfermedades asociadas al ciclo de vida (demencia senil o Alzheimer por ejemplo) los monitores los vinculaban a la red de salud y los egresaban del programa. Esto se refleja en la siguiente cita.

"Si la persona tiene un trastorno grave no puede ser Vínculos… si desarrolla un trastorno dentro de su participación en Vínculos, puedes adaptar la metodología con el monitor y hay otros casos donde se interrumpe 400 casos han sido interrumpidos, del total de población 4.114. Por demencia, los interrumpidos deben ser como la mitad. Hay un tema que tiene que ver con la nómina de prelación que obliga a cumplir cierto orden, el 2013 se ingresaron personas que no cumplían tanto con el perfil (hubo problemas), en esta convocatoria hubo muchas personas que no eran compatibles con la metodología del programa" (Entrevista 5).

En concordancia con el estudio realizado por ARS, antes mencionado, los entrevistados/as definieron la necesidad de atención en salud de la población de Vínculos como especializada, pero no en salud mental sino en salud general geriátrica. Dicha atención es asociada a la prevención y a los hitos propios de este ciclo de vida: soledad, necesidad de vinculación, desvinculación laboral, y los "duelos" que impactan en la salud mental. Así lo evidencian las siguientes citas.

"Como hacemos que este deterioro afecte de menor medida a su salud y cómo darle herramientas para que acepte este proceso de mejor manera, nosotros no alcanzamos a cubrir esos frentes, requiere de una intervención sanitaria también" (Entrevista 4).

"El propósito del programa es lograr potenciar autonomía y pertenencia a través de encuentros individuales y grupales pero es necesaria una red que se haga cargo de esta población y que conozca sus problemas específicos en salud y que puedan entender lo que le está pasando en su ciclo vital, no lo atiendan como una persona cualquiera, es un status diferente, su necesidad de salud es urgente" (Entrevista 4).

Los entrevistados/as también destacan la presencia de enfermedades base (diabetes e hipertensión principalmente) como otra de las justificaciones de acceso a salud para los adultos mayores. Además, se detecta el tema de abuso de alcohol y drogas y duelos no resueltos como justificación de un programa de oferta preferente, ya que el período de intervención de este tipo de problemáticas es más prolongado y queda fuera del objetivo de intervención del programa psicosocial. Un ejemplo de lo antes referido es la siguiente cita.

"Los monitores pueden ser apoyo, contención pero no pueden solucionar problemas estructurales que van a desencadenar depresión y cuando mayormente tenemos población femenina donde la presencia de depresión es predominante hay que incorporarlo" (Entrevista 5).

Por tanto, enfermedades de base así como los trastornos propios del ciclo vital son esgrimidos como las justificaciones de un programa de salud preferente en particular para los adultos mayores del programa Vínculos. No obstante, trastornos como la depresión o demencia senil fueron asociadas a condiciones que pueden empeorar con el deterioro de las enfermedades de base y es en ese punto cuando la necesidad de un programa preferente en salud mental aparece en los entrevistados/as.

La conclusión principal de esta revisión señala que esta población debe ser atendida de forma preferente en la atención primaria de salud, por tanto no se indica de manera implícita una necesidad de salud mental excepto cuando los trastornos asociados al propio ciclo vital están presentes. Más aún cuando hay casos que, por enfermedad, son egresados del programa Vínculos surge la necesidad, en los entrevistados/as, de plantear un tipo de comunicación o acceso directo (preferente) para estos adultos mayores, ya que presentarían características de población vulnerable y se apela a la coordinación entre equipos del Programa Vínculos, del PSM y la intersectorialidad para resolver problemas de acceso, demora, inequidad y cupos reducidos en la atención de esta población.

Cabe mencionar, por último, que los entrevistados/as mencionan que la salud es uno de los aspectos más valorados en los adultos mayores más que la dimensión económica, afectiva o relacional, por mencionar algunas. Así lo demuestra la siguiente cita.

"Los adultos mayores te dicen siempre, yo puedo estar solo, sin trabajo pero si tengo salud lo tengo todo, desde allí me puedo mover con todo lo demás" (Entrevista 4).

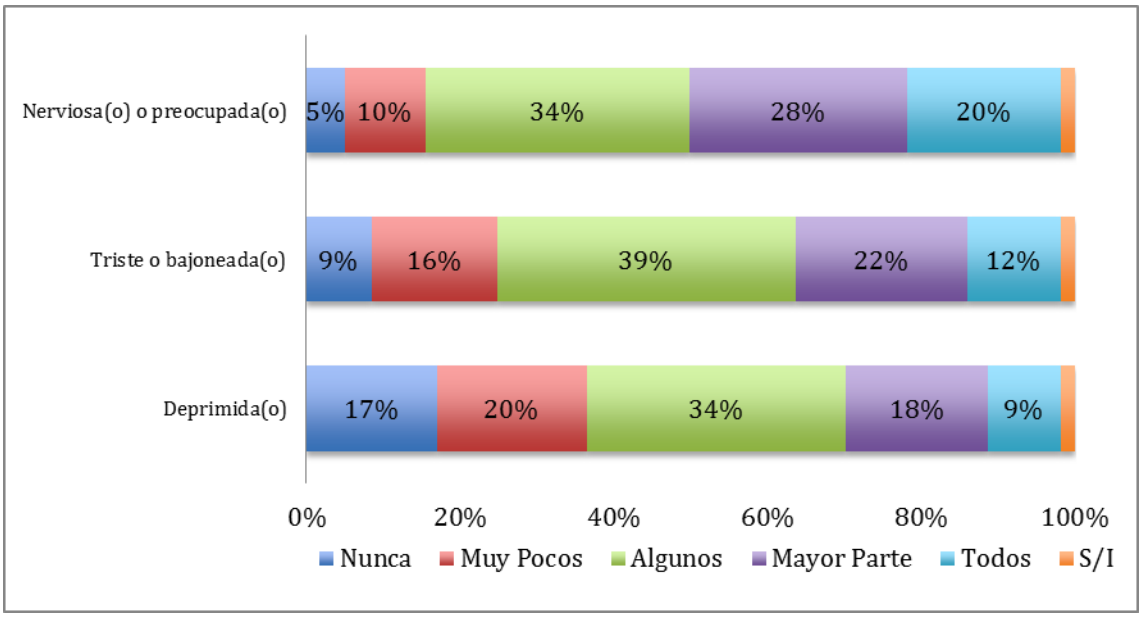
2.4.6 NNA Programa Calle

Los estudios realizados por la Universidad Católica ("Pertinencia de las prestaciones públicas de salud mental para niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle. P. Langer, M. Sánchez y P. Margotta 2014) y el Instrumento de diagnóstico para incluir a las familias en el Ingreso Ético Familiar -IEF, presentan antecedentes importantes en los que esta población aparece como un sujeto de atención de salud urgente y específico.

El primero de estos estudios citados indica que en Chile un 38,3% de los NNA entre 4 y 18 años presentan algún trastorno psiquiátrico. Este estudio es una evidencia relevante en la medida en que detectó la existencia de una necesidad no satisfecha de atención en salud mental hacia la población infanto-juvenil en el país, dando cuenta de la pertinencia de las prestaciones públicas de salud mental para niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle.

La encuesta realizada por el IEF refleja un alto porcentaje de problemas de salud mental como lo demuestra el siguiente gráfico.

Gráfico 26: Estados del ánimo NNA, 2014



El gráfico precedente indica que más del 60% de los NNA se sintieron nerviosos, preocupados, tristes, bajoneados y más de un 50% reportó sentirse deprimido, algunos o la mayor parte de los días del mes.

Si además se considera a la OMS, que define que: *"la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad"* (2008), se puede definir la existencia de nudos críticos en la oferta de salud mental tanto para NNA en situación de Calle como para NNA víctimas de explotación sexual comercial.

La evidencia revisada, en particular el segundo informe de salud mental, permite señalar que existen nudos críticos en cuanto a: falta de oferta en prestaciones en salud mental pública y tiempos de espera, la evaluación de los profesionales a cargo, ausencia de servicios de salud mental para el perfil de NNA víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle, la estigmatización de estos mismos, problemas de comunicación y de relaciones entre unidades.

Es importante considerar que un 17% de los NNA en situación de calle tienen menos de 15 años, y la misma proporción en el caso de los NNA víctimas de explotación sexual comercial. La mayoría tampoco asiste al colegio, no tiene adulto responsable, no tiene vínculos con su familia ni está inscrito en consultorio alguno. Específicamente para los NNA en situación de calle, un 57% no se encuentra vinculado al consultorio, mientras que solamente un 2% no se vincula con su familia de origen, un 89% no tiene un adulto protector –esto significa que aun cuando el NNA puede estar en contacto con su familia, este no representa una figura de adulto cuidador-protector. Además, un 47% de los NNA en situación de calle no asiste al colegio. Esto significa que una gran proporción de NNA en situación de calle no cumplen con aquellos requisitos dispuestos por los programas y las prestaciones públicas de salud que son parte de la oferta del Estado, relacionados básicamente con SENDA, SENAME, Salud (Plan Nacional de salud, GES,

Programa Nacional de Salud de la Infancia) y otras alianzas como MINSAL-MINEDUC, MINSAL-JUNJI, entre otras.

La evidencia nacional revisada también permitió identificar la necesidad de atención para NNA calle por consumo problemático de alcohol y drogas, unas de las más importantes causales de demanda de atención. El estudio en cuestión, también contiene la opinión de profesionales con experiencia en la temática, que consideran que la mejor forma de abordar esta problemática en los NNA Calle y en explotación sexual comercial es a través de la prevención. Además, contextualizando la información hay opiniones que refieren que no hay estrategias adecuadas ni en COSAM para atender a los NNA Calle (P. Langer, M. Sánchez y P. Margotta 2014).

Según estos mismos reportes, la necesidad de atención en salud es trabajada por ONG's a través de diversas estrategias, la utilización de convenios con otras instituciones, medidas de protección de tribunales de familia, psiquiatras particulares, todas iniciativas que buscan que el NNA sea efectivamente atendido para evaluación psiquiátrica.

Lo que se ha presentado como antecedente hasta acá es también confirmado por el análisis de discurso de los entrevistados de esta consultoría. La siguiente cita es un ejemplo de ello.

"Hay poco en NNA Calle, SEREMI solo ve adultos, los NNA son más difíciles de encontrar, aquellas familias que están con sus hijos en calle no están en el mismo lugar porque saben que el hecho de vivir en calle para el NNA es una vulneración de derechos. Lo que más hay son caletas de jóvenes, chicos que se encuentran muy temprano en la mañana o muy tarde en la noche. Especulo que el tema ahí es un quiebre con sus familias que los hace salir de sus casas, yo pensaría en instancias de reparación de vínculos" (Entrevista 11).

En esta sección de carácter más bien exploratorio, esta consultoría contempló la inclusión de las visiones y percepciones de actores relevantes en regiones, específicamente de la Séptima región del Maule. El discurso identificó dos tipos de usuarios de este programa: NNA en situación de calle y NNA con conducta de calle. Estos últimos son descritos manteniendo aún lazos con adultos y familiares, quedándose en la calle por algunos días y volviendo a su casa intermitentemente, pero no necesariamente viviendo en esa condición. Se detectó que la mayoría de los NNA provienen "fugados" del SENAME de la región, al cual también llegan NNA de otras regiones del país. Según los entrevistados, algunos NNA presentan condiciones médicas de salud graves como ser portadores de VIH.

Aun cuando los antecedentes revisados evidencian la existencia de trastornos mentales en esta población y por tanto se plantea la necesidad de incluir a este grupo como potenciales usuarios de un programa de salud mental, también se debe considerar que se requiere una visión integral que incluya aspectos de la salud general (física y mental), de educación, contexto familiar, vivienda, etc. de los NNA.

Adicionalmente, las dificultades en materias de gestión que han sido mencionadas antes deben ser abordadas antes de incluirlos como un sujeto de atención. Resulta clave superar las dificultades en la atención de salud de NNA a nivel estratégico. Dentro de estos aspectos mencionados destacan las acciones conjuntas que debieran desarrollar organismos relevantes en la temática NNA (SENDA, SENAME, MDS, MINSAL, Educación). Las áreas de

competencias de cada estamento y su coordinación constituyen un desafío para un posible programa. Las siguientes citas da cuenta de ello.

"Acá no se trabaja con todos los que debieran estar sentados en una misma mesa cuando se habla de niños (…) la intersectorialidad es un verdadero desafío" (Entrevista 21)

"A quien le pertenecen los niños….quien se hace cargo" (Entrevista 21)

Desde esta perspectiva se señala que para asegurar la inclusión integral, la estructura organizacional y la visión deben ser claras, con roles y funciones que permitan el trabajo intersectorial.

2.4.7 NNA programa Abriendo Caminos

Los NNA con padres o madres privados de libertad, como ya ha sido expuesto, pasan a formar parte de familias extendidas donde se concentra un gran número de niños (más del 49% de estas familias tiene dos o más NNA menores de 15 años) cuyo parentesco corresponde a primos preferentemente.

A pesar de que no existe mayor evidencia respecto del impacto del encarcelamiento en otros menores vinculados a la familia extendida, que habita en un mismo lugar, es pertinente suponer que la propuesta de acciones orientadas sólo a NNA hijos/as de estos padres privados de libertad es insuficiente. Especialmente si se considera que cohabitan con miembros de una familia cuyas características de vulnerabilidad, muy probablemente, aumentan factores de riesgo como deserción escolar, negligencia, maltrato, etc. En tal sentido emerge la necesidad de considerar a los otros/as niños, cohabitantes, del NNA como un posible usuario del programa.

III. CONCLUSIONES

El entendimiento del PSM es ambiguo y esto favorece la multiplicidad de interpretaciones. Este hecho gatilla la confusión entre gestión y atención, diseño y ejecución lo que es traspasado a su vez a todos los niveles involucrados en forma transversal. En consecuencia, no es posible encontrar una única forma de gestionar y tampoco una única forma de atender a los usuarios/as.

En términos generales la estructura de los equipos locales es simple. Sin embargo, a nivel del PSM como sistema organizacional, ésta presenta una estructura matricial, con un isomorfismo fragmentado (deficientemente integrado). Es decir, presenta una diferenciación funcional por programa y por comuna (por ejemplo el programa Calle en las comunas de Recoleta y San Bernardo) no coherente y/o unitaria. Un mismo programa presenta una multiplicidad de procesos, estructuras y procedimientos asociados a una estructura fragmentada.

Frente a la fragmentación organizacional, es posible observar cómo en un mismo programa que se ejecuta en dos comunas, presentan diferentes condiciones laborales (remuneraciones, espacio físico, infraestructura, etc.), debido a que cada comuna define la asignación de recursos disponibles.

En el caso del PSM Calle se encontraron diferencias importantes entre las comunas acá evaluadas (Recoleta y San Bernardo). En particular en la falta de alineamiento respecto de la misión del programa, la forma de concebir, caracterizar y delimitar a los usuarios/as y los servicios a proveer.

En el programa Abriendo Caminos, aun cuando fue evaluado en esta consultoría en una sola comuna (Colina), es posible hipotetizar, que su ejecución por comuna muestra una importante heterogeneidad en gestión y atención. Un primer aspecto que sustenta esta presunción es que el objetivo que plantea esta modalidad es *“Diseñar e implementar una modalidad de atención en salud mental...”,* lo que implica que cada comuna lo ha ejecutado según el mejor diseño estimado por los equipos y por tanto existiría falta de alineamiento inter programa.

Además, este programa se sustenta débilmente en términos metodológicos y teóricos (línea base: cifras, estudios, teorías, etc.) que permitan justificar y entender una oferta de atención en salud mental para estos usuarios. Esta debilidad incide en: i) ambigüedad respecto del espacio desde donde proviene el usuario (dónde se lo encuentra, desde dónde se le atrae, etc.), ii) el tipo de actividades, servicios u oferta general que provee el programa y iii) la construcción, inevitable, de un estigma en la gestión y modelo de atención del programa. Según el análisis de discurso de los entrevistados, muchas veces los cuidadores/as de los NNA no los dejaban asistir a las actividades del taller porque la oferta venía de salud mental, a priori, lo que agravaba más el estigma que ya tenía el NNA al ser hijo/a de un privado de libertad.

Si el entendimiento del PSM es ambiguo, la visión respecto de cómo se gestó (origen) lo es igualmente. Su planificación y estrategia, por tanto, presenta deficiencias importantes. Esto se reafirma cuando se menciona, por parte de todos los entrevistados/as, la inexistencia de un levantamiento formal de las necesidades y características de los usuarios/as. De aquí que temas como la percepción de la misión y visión del programa fueran desconocidos o bien los entrevistados manifestaran directamente ser incapaces de decir para qué fue creado.

Lo anterior incide en otro aspecto de la planificación o estrategia del programa: tener una oferta de servicios que satisfaga las necesidades de los usuarios. En ausencia de una caracterización de éstos y de una, consecuente, oferta ad hoc, el análisis de su capacidad de impacto es improbable. La constante sensación, por parte de los ejecutores o las personas que se entrevistaron pertenecientes al nivel operativo, declararon una carencia de sentido de su quehacer, lo que da cuenta de una interrogante más profunda: ¿se requiere una oferta de salud mental más que una oferta oportuna y eficiente de salud general para las poblaciones en situación de vulnerabilidad?.

La respuesta puede encontrase en el discurso de distintos actores entrevistados/as y además en los ámbitos de acción de los organismos implicados. La oferta de salud mental sólo se justificaría cuando hay un trastorno mental grave y quién debiese definir esa presencia y gravedad es el MINSAL. Si la oferta de salud nacional presenta inequidades y también se caracteriza inoportuna e ineficiente para la población general entonces para poblaciones en situación de vulnerabilidad el escenario es todavía más grave. En este sentido el MDS en alianza con el MINSAL debiera proponer una oferta preferente y oportuna en los distintos dispositivos de salud para las personas definidas en la Ley 20.595, artículo 4to, trabajando de manera conjunta indicadores, metodologías, procedimientos y protocolos de atención que hagan efectiva la atención de salud para estas poblaciones.

De igual manera, se observan dificultades a nivel de la ejecución del convenio, en cuanto al desfase de la asignación de recursos financieros, la diversidad de tipos de registro e informes, variabilidad en la gestión de los equipos profesionales (desde el reclutamiento hasta la desvinculación) y una multiplicidad de procesos, especialmente en liderazgo, aspectos comunicacionales y de coordinación (intra e inter funcional) que se caracterizan igualmente por la incertidumbre y ambigüedad.

Tanto la incertidumbre (respecto, por ejemplo, de la continuación del PSM) como la ambigüedad generan sentimientos de ansiedad respecto de la estabilidad laboral y la seguridad psicológica que representa para los miembros de los equipos involucrados.

La rotación de personal ha afectado ambas modalidades, en todas las comunas, y a diversos niveles jerárquicos. Tanto el personal a nivel central como territorial ha cambiado o rotado junto a la implementación del PSM.

Si bien es cierto que toda organización debe presentar un nivel de diferenciación en sus procesos y procedimientos de manera tal que le permita una mejor adaptación al ambiente y contexto en el cual opera, no es menos cierto que dicha diferenciación debe estar integrada de la mejor manera, de modo tal que le permita a la organización en sí y a sus miembros un sentido de coherencia, seguridad, pertenencia y continuidad (sustentabilidad) que la organización requiere.

En el nivel control del PSM, las actividades de prevención se refieren a dos dimensiones: usuarios y sistema operativo. Respecto de los usuarios, en el caso de la modalidad Abriendo Caminos es importante considerar que los NNA ya están en situación de alta vulnerabilidad y riesgo por lo que la continuidad y permanencia tanto de los adultos responsables como de los equipos involucrados en su desarrollo, debe mantenerse lo más estable posible. Aun cuando sistemáticamente se ha reportado en las distintas modalidades una alta rotación de personal (afectando vínculo e intervención) la organización no ha sido capaz de revertir este hecho.

En la modalidad Calle, las actividades de prevención se deberían focalizar a los distintos niveles de habitabilidad. Una vez que el usuario avanza en su nivel de habitabilidad (siendo los niveles: calle, hospedería, casa de acogida, residencia) se debe velar por su permanencia en este proceso evitando retrocesos.

Dados la inexistencia de una línea de base del programa, la dispersión de datos y las diferentes formas de reporte del PSM (según modalidad y comunas), se dificulta la evaluación del impacto del programa. Más aún, la falta de indicadores específicos de salud mental y de resultados en general, obstaculiza dimensionar el impacto de este.

De las instituciones involucradas en el PSM, son los agentes del área de la salud los que deberían desarrollar indicadores pertinentes para medir el impacto de las intervenciones en los usuarios.

Ninguno de los indicadores que tiene el PSM actualmente, por si solo ni en conjunto, permite tener una aproximación general de lo que se ha realizado. Por lo tanto no estarían cumpliendo la función de informar y corregir cuando es necesario.

No se encontraron reportes asociados al PSM que presentaran cálculo, análisis y evaluación de indicadores. Tampoco está el registro del cálculo del alcance de las metas. Se concluye, por lo tanto, que se hace necesaria una instancia que permita que los indicadores cumplan el objetivo de informar (generar conocimiento) y corregir las acciones futuras de cualquier programa.

IV. RECOMENDACIONES

Antes de revisar las recomendaciones a la gestión del PSM, se considera necesario analizar dos puntos: la diferencia entre modelo de gestión y modelo de atención y la evidencia internacional respecto de programas de salud mental en PSC y NNA con adultos privados de libertad.

4.1 Modelo de gestión versus modelo de atención

Varo (1994) plantea que un modelo de gestión es un esquema o marco de referencia para la administración de una entidad/idea o realidad. López (2001) indica que un modelo de gestión permite establecer un enfoque y un marco de referencia objetivo, riguroso y estructurado para el diagnóstico de la organización, así como determinar las líneas de mejora continua hacia las cuales deben orientarse los esfuerzos de la organización. Es, por tanto, un referente estratégico que identifica las áreas sobre las que hay que actuar y evaluar para alcanzar la excelencia dentro de una organización o fin planteado.

Aunque existen muchos tipos de modelos de gestión hay consenso respecto a que comprende tres procesos secuenciales: i) ***planificación***: actividad que a partir del conocimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios, desarrolla bienes y servicios capaces de satisfacerlas y procesos aptos para producir aquellos; ii) ***organización***: conjunto de estructura organizativa, recursos y procesos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad. La gestión de la calidad es la aplicación operativa de la política de calidad, es la calidad puesta en acción. El principio básico que la guía es que una vez que se descubren las necesidades de los clientes, se satisfagan al menor costo posible a fin de que la empresa/organismo alcance sus propios objetivos de crecimiento y rentabilidad y iii) ***control***: aquellas actividades de prevención, evaluación y corrección destinadas a conseguir que los productos alcancen el grado de calidad pre establecido.

A diferencia del modelo de gestión, que puede ser sintetizado como un enfoque que indica cómo administrar, un modelo de atención dice cómo hacer. El modelo de atención se entiende 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 (Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile: 2013).

La mayoría de los entrevistados indicó que más que un modelo de atención se requería de un modelo de gestión para implementar un programa de salud mental. Sin embargo de manera complementaria y paralela se refirieron a un conjunto de acciones necesarias (modelo de atención) para administrar el programa (modelo de gestión). Este tema será desarrollado más adelante.

Teniendo en cuenta las definiciones anteriores, la mayoría de los entrevistados/as planteó la necesidad de contar con un programa de salud mental, basándose principalmente en la necesidad de llevar/dirigir a la población en situación de vulnerabilidad la atención de salud

mental ya que esta población no llega a la oferta disponible. Lo anterior se ve reflejado en la siguiente cita.

"La oferta existente no alcanza, hay que tener algún movimiento especial para que estas personas puedan acceder a salud (…) la ventanilla está pero la persona no puede llegar a ella" (Entrevista 1)

Los discursos plantean dos entendimientos de un programa de salud mental:

- El primero (mayoritario) lo presenta como un derribador de barreras de acceso a la salud de manera oportuna y eficiente. En tal sentido, este discurso concibe que el programa es un vehículo que mueve a los usuarios Calle y Abriendo Caminos hacia la visibilización a la vez que le garantiza atención preferente en el sistema de salud. En este sentido el modelo de gestión debe administrar la "apertura" a la salud para personas en situación de vulnerabilidad.

- El segundo discurso presenta la necesidad de replantear la orientación con la que un eventual programa operaría para incluir tanto el enfoque de derechos como la noción de lo que la salud mental es. Este entendimiento queda plasmado en las siguientes citas.

"Al plantear un programa de esta naturaleza estás partiendo de la vulneración de sus derechos porque a priori estás diciendo que tienen problemas mentales cuando no es así" (Entrevistado 27).

"Es una subpoblación de la población de Calle quien lo necesita, lo contrario (entregar salud mental a todos los usuarios) es absurdo" (Entrevista 18).

En esta segunda concepción, el modelo de gestión debe administrar la "apertura" a la salud especializada sólo para personas en situación de vulnerabilidad con trastornos mentales.

4.2 Evidencia internacional

En el análisis de la evidencia internacional (ver Dennis, Levin & Osher, 2010) se encontró que el 28% de las PSC presentan enfermedades mentales. Sin embargo, otros autores revisados presentaban un porcentaje menor al 20% (Vásquez Souza, 2008) Lo que sí se encuentra presente en todos los estudios fue la evidencia que el consumo de alcohol y drogas es más prevalente.

Stein et al (2007:7) plantearon que a mayor severidad en la experiencia en calle (definida por el porcentaje de tiempo en su vida que lleva sin hogar y el número de veces que ha estado sin hogar) se tendrá mayores: i) hospitalizaciones, ii) más problemas de salud, iii) más barreras a la atención médica, iv) mayor consumo de drogas y alcohol y trastornos psicológicos. Los autores concluyen que cuando las PSC tienen una fuente regular de atención en salud es posible predecir más atención preventiva y ambulatoria, que son los tipos más deseables de atención de salud. Es altamente recomendable bajo estas revisiones que una vez que el usuario avanza en su nivel de habitabilidad se debe velar por su permanencia en este proceso evitando retrocesos.

Los entrevistados refuerzan esta evidencia al plantear la necesidad de que este acceso preferente para salud mental, sea también un acceso preferente para atención de PSC respecto a salud en general, dado que: *"Llegan a urgencia por distintas razones, cuando ya no da más o por accidentes, luego ahí se quedan y no les pueden dar el alta"* (Entrevista 7).

En el caso de NNA con adultos privados de libertad, la literatura indica que son múltiples las variables que influyen en la presentación de trastornos mentales en esta población específica y se asocian no sólo al encarcelamiento en sí, si no a otras como pobreza (se indica incluso que estos niños son pobres antes, durante y después de la encarcelación de los padres), exposición a la violencia y drogas, conducta antisocial, deserción o bajo rendimiento escolar, altos niveles de ausentismo escolar, agresión y conductas disruptivas en comparación con otros niños (Sanders y Dunifor:2011). Con todo, un factor de riesgo relevante de presentar trastorno mental sería la rotación constante de personas (adultos responsables) o lugares de estadía por los que circularían durante el período de encarcelamiento (Seymour:1998).

En este contexto o marco de entendimiento se plantean las siguientes recomendaciones:

1. Antes que definir un modelo de gestión o de administración debe establecerse qué es lo que se quiere lograr con los usuarios Calle y NNA de Abriendo Caminos. La mayoría de los entrevistados indicaron que el modelo de gestión debiera estar al servicio de una misión o visión que se tenga de los usuarios a los que se quiera impactar y el modelo actúa como un camino para ir logrando esas metas o visiones. Esto es parte de lo que Varo (1994) denomina proceso de planificación.

En el proceso de planificación del modelo de gestión, debe analizarse cuál es el nivel de conocimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios que ha acumulado el PSM hasta la fecha. Asimismo, para levantar la misión o visión deben considerarse si la oferta entregada y los procesos definidos inicialmente han sido suficientes y pertinentes en la satisfacción de dichas necesidades.

Adicionalmente, se sugiere utilizar un modelo de gestión de cambio para clarificar la misión o visión del proyecto y su implementación. Al igual que la gestión de proyectos, la gestión del cambio posee enfoques que permiten incrementar la participación, el involucramiento y sentido de pertenencia de los miembros de una organización, cuando estos se involucran y motivan con la misión y visión del mismo. Desde la gestión del cambio se sugiere, la creación y formación de un equipo responsable del diseño e implementación de las acciones de mejora. El diseño debe basarse en los principios de participación e involucramiento de actores relevantes. La creación de una fuerza de tarea (intersectorial y multinivel) con un liderazgo claro, tanto individual como colectivo, es clave para el diseño e implementación de un programa futuro.

Es recomendable que este equipo o fuerza de tarea, no solo cuente con las capacidades técnicas referidas a los aspectos de salud general o mental, sino con conocimientos en gestión de proyectos, gestión de cambio y construcción de equipos. Para tal efecto se sugiere capacitar y orientar a este equipo por alguna entidad externa, que les entregue las herramientas necesarias para asegurar el éxito del proyecto. El equipo asesor debería proporcionar o instalar en la contraparte (fuerza de tarea) y en la organización, la experticia, competencias y habilidades respecto de liderazgo, cambio y cultura.

En general la literatura experta en temas de gestión sugiere la capacitación y fortalecimiento de habilidades en temáticas tales como:

a. Trabajo en equipo
b. Servicio al cliente
c. Ética e integridad
d. Recibir y dar feedback
e. Toma de decisiones basados en orientación a resultados
f. Visión de negocios
g. Inteligencia emocional
h. Innovación
i. Pensamiento sistémico

Otras intervenciones organizacionales que son recomendables y que han sido efectivas en la gestión estratégica de personas y desarrollo organizacional son: mentoring, coaching grupal e individual para personas claves y networking.

2. Un segundo proceso que debe revisarse es la estructura organizativa y dentro de ella los recursos y procesos que incluye el PSM. Respecto de este aspecto del modelo se sugiere:

- Implementar una estructura matricial integrada que favorezca la toma de decisiones rápidas y descentralizadas, que articule la comunicación y coordinación transversal a las modalidades y las comunas y que facilite el liderazgo colectivo.

- Considerar que entre los profesionales que ejecutan el PSM hay distintos perfiles y éstos deben ajustarse a las distintas modalidades. Por ejemplo, algo que es un consenso entre los académicos y profesionales de la salud mental entrevistados es que en el caso de NNA, los profesionales deben tener experiencia consolidada más que ser alumnos o recién egresados de carreras de pregrado. En el caso de adultos mayores se hace mención a que tienen mucha mejor recepción las mujeres jóvenes. Por lo tanto debe incorporarse esta aproximación en la definición de los equipos.

- Desarrollar el programa desde una metodología de gestión de proyectos.

- Adoptar un modelo de gestión de personas que proponga a la contraparte (nivel territorial) la implementación de descripciones de cargo incluyendo la desvinculación del personal.

  A modo de ejemplo, se sugiere co-construir instrumentos que faciliten la estructura organizacional como: descripciones de cargo -DC y pautas de evaluación de desempeño (basadas en DC y en un modelo de competencias)

- Hacer una distinción entre liderazgo y gestión. Se recomienda que el MDS en conjunto con MINSAL formen un comité que refleje al equipo responsable o fuerza de tarea poniendo en el centro de su acción el ejercicio de liderazgo y no solo gestión. Para ejercer liderazgo se recomienda entenderlo como un proceso que crea nuevas realidades (Senge, Scharmer, 2004), moviliza a las personas para resolver problemas (Heifetz, 1994) mientras articula un proceso de dirección, alineamiento y compromiso con la visión (McCauley & Van Velsor, 2004), asegurando el éxito del mismo.

3. El tercer proceso, control, se refiere al levantamiento de todas las acciones de prevención, evaluación y corrección que permitan alcanzar los productos que fueron delineados en la etapa de planificación.

Es recomendable que la experiencia del PSM releve los obstaculizadores y facilitadores, indicados en el presente informe y los trabaje en función de correcciones y lineamientos que deban realizarse. Sobre esta base se propone trabajar las directrices futuras del programa.

Toda intervención sistemática y planificada debiera incorporar una agenda de investigación que contemple al menos los siguientes aspectos:

- Caracterizar a priori a sus usuarios/as para conocer sus necesidades específicas en todas las áreas (levantar línea base)
- Clarificar el rol de los servicios y ofertas existentes
- Promover la preservación y los servicios de apoyo a la familia (visión integral)
- En el caso de NNA Abriendo Caminos, facilitar las visitas y otras formas de contacto con el PPL
- Trabajar en conjunto con otros actores significativos (cuidadores, padres y madres y niños en el caso de la modalidad Abriendo Caminos)
- Buscar y estudiar, en el caso de PSC, la residencia en lugares de vivienda estacional y permanente. En el caso de NNA Abriendo Caminos su permanencia con cuidadores o padres
- Trabajar intersectorialmente con otros sistemas: penal/judicial, educación, vivienda, trabajo, etc.

Es necesario incluir estudios con muestras representativas y grupos de comparación.

Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2008), todo programa de prevención y promoción de salud mental debe incorporar estrategias de evaluación de resultados bien planeadas, con dotaciones realistas y con suficiente extensión temporal para medir resultados en el corto, mediano y largo plazo (página 51). Además, se plantea que los programas de prevención y promoción en salud mental deben ser probados como pilotos con rigurosos procedimientos de evaluación para valorar sus resultados potenciales e introducir modificaciones que maximicen su posibilidad de ser efectivos (página 52).

Considerando la insuficiencia de los indicadores del piloto, se recomienda usar otras fuentes que complementen los resultados obtenidos (trascender la información de indicadores) por ejemplo, vía lecturas o grupos de comparación con población en situación de vulnerabilidad.

Es preciso definir un punto de suficiencia en el que los resultados permitan al MDS, en el caso del programa Calle, evaluar una mejora en el acceso a atención en salud mental, sus nudos críticos, forma de abordarlos y corregirlos en una futura implementación. Esto debe ser extensivo al programa Abriendo Caminos también.

4. Bajo la evidencia y entendimientos enunciados en este informe se recomienda reflexionar respecto de la pertinencia de un programa de salud mental en la modalidad Calle (en el que existe evidencia de trastornos mentales) y Abriendo Caminos (en el que no existe evidencia de trastornos mentales sino más bien factores de riesgo).

Los estudios revisados en el informe no son concluyentes respecto a la existencia de trastornos de salud mental en NNA asociados a la encarcelación de sus padres/madres. Lo que sí se indica es que las dificultades emocionales y conductuales se han relacionado con otros diversos factores (como el estrés de la separación entre padres e hijos, la identificación del niño con la persona privada de libertad, el estigma social, etc.). Sin embargo, estas dificultades están ligadas a factores aparte de la misma encarcelación, tales como una crianza pobre o el comportamiento criminal de la persona privada de libertad. Lo anterior pareciera no justificar un programa de salud mental que apunte a la intervención de NNA con trastornos mentales y levanta la pregunta respecto de si más bien se requiere un programa de orden psicosocial que abarque distintas necesidades en esta población.

5. El rol del MDS y la definición de lo que es social y lo que es sanitario. Los relatos son unánimes en reflejar que la salud general presenta importantes barreras en estas poblaciones. En el caso de las PSC y de NNA de Abriendo Caminos se requiere de un intermediario que los ubique en la oferta y luego se les garantice atención preferente, oportuna y continua. Ese rol de intermediario y de vehículo visibilizador es el que se le atribuye al MDS y es reconocido así por todas las agencias participantes del PMS.

Como ya se dijo, los profesionales de la salud que participaron de este estudio tienen consenso respecto de que sólo debe recibir salud mental quienes presentan trastornos mentales severo. Bajo la lógica de que muchos de los problemas sociales se "sanitarizan", postulan que equipos psico-sociales deben encargarse de que las personas alcancen las ofertas y recursos disponibles por el Estado en materia social, monetaria, laboral, etc. Las citas que siguen muestran este consenso.

"no necesitamos otro programa de salud, los que no tienen trastornos de salud mental severos requieren de un mega equipo psicosocial. Un buen equipo social ayuda a que la gente utilice los recursos sociales y médicos" (Entrevista 18)

"Salud tiene un sesgo, tiende a medicalizar, psicologizar, psiquiatrizar problemas que son sociales. El MDS tiene que ayudar a que eso no pase" (Entrevista 18)

La recomendación es que frente a esta postura o definición de salud, el MINSAL reflexione respecto de su propio entendimiento de lo social y cómo concibe e integra esta definición de salud mental.

6. La división del ser humano en dimensiones. Los entrevistados en todos los niveles manifestaron que las intervenciones que se realizan por parte del Estado en poblaciones en situación de vulnerabilidad tienden a concebir al sujeto de manera limitada en tiempo (intervenciones por edad o ciclo de vida: niño, adulto, programas con duración de meses) y unidimensional (programas de educación, programas de salud, programas de vivienda). La evidencia muestra que la entrega de un solo servicio, el que sea, no es suficiente para la atención de PSC. Sólo se consiguen avances cuando los proveedores de servicios están dispuestos a aceptar un completo rango de acciones que comprenden desde tratamiento hasta la satisfacción de las necesidades de las PSC.

"no es posible considerar un abordaje orientado a suprimir la vulneración usando mecanismos financieros segregadores: esto para la depresión, esto para los que consumen alcohol-drogas, esto para niños, esto para adultos cuando la realidad no está desagregada, la vida no está desagregada" (Entrevista 27)

Uno de los entrevistados, del área académica de la salud mental, señaló que los profesionales del área infantil tienen una cultura de trabajo en equipo, multidisciplinaria e integradora.

"yo creo que tiene que ver con que lo infantil tiene menos años de evolución que la clínica de los adultos, es un trabajo más eficiente y la posibilidad de contactarse con los médicos, los profesores, los pediatras hacen que trabajen más en conjunto. Es más difícil ver a los niños sólo en su patología, que es lo que se hace con los adultos, pero la psicología infantil se abre a otras disciplinas, a otros planos" (Entrevista 28)

Es altamente recomendable que esta lógica multidisciplinaria siga operando en un programa que involucre a niños/as pero además considere la experiencia de trabajo con PSC.

7. El sub sistema Chile Crece Contigo fue mencionado por muchos entrevistados como el mejor ejemplo de trabajo intersectorial. Se recomienda, por lo tanto, integrar el conocimiento del sub sistema y de otras con evidencia disponible como una metodología a seguir. Considerando dicha experiencia del Sub sistema Chile CreceContigo se tienen las siguientes recomendaciones para un modelo de gestión:

- Voluntad política (en este caso mandato presidencial) que justifica la puesta en marcha. Si no hay voluntad política para hacerlo no se puede avanzar, la voluntad política converge voluntades parciales, concentra y permite trabajo conjunto.
- Levantamiento de una base de estudios –evidencia- para caracterizar a la población usuaria
- Objetivo co-construido con las distintas agencias interventoras (qué quiere el país para los niños)
- Bajada comunicacional a todos los niveles
- Diseño claro y definido
- Convenios de transferencias trabajados con y desde todos los organismos interventores (se rescataba las mejores fechas y modalidades para recibir los dineros). Convenios que integran metas e indicadores
- Catálogo de prestación de servicios
- Asistencia técnica a nivel local y territorial
- Claridad de qué se ha hecho bien y mal
- Marco legal

"Es un modelo que está pensado de la "A a la Z" todo está protocolizado, qué y quién hace qué, quién compone la red, procesos y resultados están definidos y eso permite caminar hacia un lugar común" (Entrevista 25)

8. Se recomienda generar presupuesto para instancias de reuniones y de traspaso de experiencias inter modalidades. Las entrevistas reflejan una falta de visión de conjunto respecto del piloto, un desconocimiento de la intervención en otras comunas. Volver hacia las experiencias de cada equipo, relevar y compartir las mejores prácticas, con un apoyo real de recursos es un comienzo.

9. Abordar el estigma de PSC y NNA Abriendo Caminos como parte del modelo de gestión. Se evidenció en las entrevistas de San Bernardo y Recoleta la necesidad de trabajar con la comunidad para sensibilizar respecto de estos usuarios y que este sea un trabajo desde las autoridades comunales también: *"me parece que reconocer que tenemos personas en situación*

de calle viviendo en la plaza es una realidad de la comuna, es una característica no podemos desconocerla, debemos nosotros tratar de incorporarla y las autoridades posicionarla en el trabajo intersectorial" (Entrevista 13)

10. Aunque los entrevistados se refieren a un modelo de gestión y no de atención, es evidente y se hace muy presente en el discurso la necesidad de tener procedimientos específicos de tratamiento, de formas de establecer vínculos, de protocolos de diagnosticar, eficiencia en la atención, guías para la práctica clínica, screening, etc. Lo anterior da cuenta de un desentendimiento o falta de claridad respecto del modelo de atención que repercute en la percepción del modelo de gestión. Este aspecto puede ser visto como una oportunidad para definir los roles que competen a las agencias que se ven involucradas en un programa futuro.

11. Catastrar programas y actividades de promoción de la salud y de salud mental existentes para poblaciones en situación de vulnerabilidad. De esta manera se generaría un catálogo de prestaciones y ofertas existentes según tipo de población y así podría establecerse mayor coordinación, nivelación y complementación del trabajo.

12. Resulta relevante contar con sistemas de información que reporten todos los indicadores que el programa decida que son relevantes desde todos sus procesos (planificación, organización y control). Debería estipularse la forma de capacitar de manera permanente y por demanda a los profesionales respecto del llenado y forma de consignar los datos, pre codificarse las variables con categorías de respuesta abierta y designar a uno de los miembros como encargado de este proceso. Asimismo, homogeneizar las bases de datos para cada modalidad y que se levanten temas transversales para hacer análisis.

13. Definir ámbitos y prioridades para las intervenciones a nivel de promoción, prevención y reducción del estigma. Prioridades definidas desde el enfoque de derechos o poblaciones que tengan "urgencia" de intervención desde el Estado por ejemplo grupos de edad (infancia, adolescencia, etc.) grupos poblacionales (género, marginados, inmigrantes), trastornos o condiciones clínicas (trastornos depresivos, ansiosos, psicóticos, conducta alimentaria, consumo de alcohol y drogas, etc.) o ámbitos organizacionales o institucionales (escuelas, centros de trabajo, residencias, cárceles, etc.). Sugerir criterios y contenidos de intervención para disminuir el estigma. Por ejemplo identificando mejoras en la calidad de los servicios, o modos de participación de usuarios, pacientes y familiares en la programación y/o evaluación de los servicios.

14. Identificar barreras legislativas y formativas en la ejecución de un programa futuro.

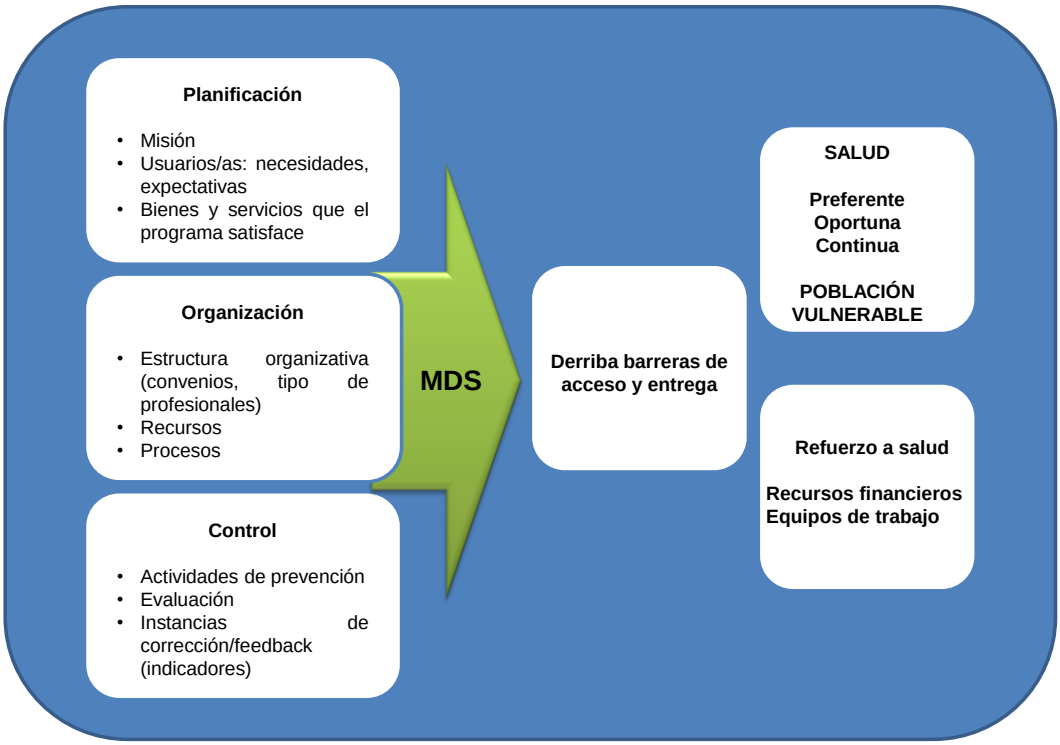
15. Identificar y promover las necesidades de formación y capacitación de los profesionales que ejecuten el programa e instalar este aspecto como parte del modelo de gestión.

16. Se sugiere modificar el convenio existente entre ambos ministerios de modo que se mejore y agilicen los procesos administrativos en materias de trasferencias de recursos financieros con el fin de asegurar la continuidad y coordinación de los equipos a nivel territorial resguardando de esta manera la sustentabilidad de los servicios y el vínculo con los usuarios.

4.3 Modelos de gestión propuestos

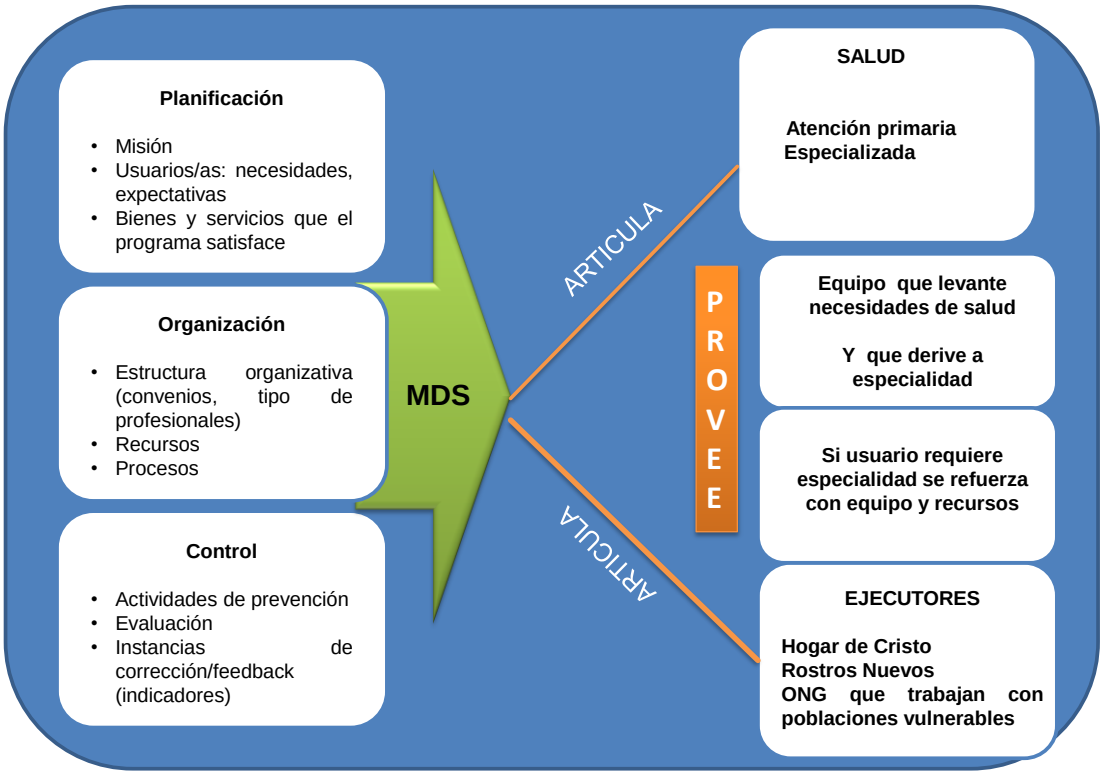
A continuación se presentan los modelos de gestión que se derivan de las entrevistas realizadas.

Modelo de gestión propuesta 1



En este modelo la misión es derribar las barreras de acceso a la salud que tienen las poblaciones en situación de vulnerabilidad. De esta manera es el MDS quien a través del refuerzo a la salud primaria con equipos de trabajo y recursos financieros compromete esta oferta oportuna, preferente y continua.

Modelo de gestión propuesta 2



En este segundo modelo la misión del MDS es articular a salud con los ejecutores, organizaciones o espacios donde las poblaciones vulnerables habitualmente circulan (Hogar de Cristo en el caso de PSC, SENAME en el caso de niños judicializados, gendarmería para padres/madres con hijos fuera del sistema, programas psicosociales, en general, entre otros). Dicha articulación se produce a través del aprovisionamiento o refuerzo de equipos que levanten necesidades de salud y hagan las derivaciones correspondientes. En el caso de requerirse especialidad, MDS refuerza con recursos que permitan la atención oportuna, pertinente y continua según se requiera.

Cabe mencionar que la base de ambos modelos de gestión es la misma dado que según las recomendaciones antes enumeradas los procesos de planificación, organización y control deben instalarse como cimiento de cualquier modelo de administración.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. ARSChile (2012). “Levantamiento y Análisis de Información del Programa Vínculos” Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social del Ministerio de Planificación.
2. Creswell, J.W. (1994). “Research designs: Qualitative and quantitative approaches.” Thousand Oaks, California. Sage Publications, Inc.

3. Dennis, D.; Levin, I. & Osher, F. (2010). “The Physical and Metal Health Status of Homeless Adults. Housing Policy Debate. Vol 2. #3

4. Dirección de trabajo, Chile- Contrato a honorarios.(descargado el 26 de diciembre, 2014.- HYPERLINK "http://www.dt.gob.cl/consultas/1613/w3-article-60764.html" (http://www.dt.gob.cl/consultas/1613/w3-article-60764.html)

5. Galerna Consultores. (2010). “Estudio sobre vulnerabilidad familiar y privación de libertad. Caracterización general familias Programa Abriendo Caminos”.

6. García-Huidobro, D.; Spröhnle, C.; Sapag, J. (2008). “Cuidar a los Cuidadores: Un desafío para los profesionales de la salud. Rev Méd Chile 136: 809-811

7. Hatch, M. J. (1997). “Organization Theory: modern, symbolic and postmodern. Sage Publications.

8. Heifetz, R. (1994). “Leadership with easy answers.” Harvard University Press.

9. Lee, T. (1999). Using qualitative methods in organizational research. Thousand Oaks. Sage Publications.

10. Margotta, P; Sanchez, M & Langer, P. (2014). “Pertinencia de las Prestaciones Públicas de Salud Mental para Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Explotación Sexual Comercial y en Situación de Calle. Disponible en (http://www.academia.edu/8649641/Pertinencia_de_las_prestaciones_p%C3%BAblicas_de_salud_mental_para_ni%C3%B1os_ni%C3%B1as_y_adolescentes_v%C3%ADctimas_de_explotaci%C3%B3n_sexual_comercial_y_en_situaci%C3%B3n_de_calle).

11. Martin, J. (1992). “Cultures in Organizations: three perspectives.” Oxford University Press.

12. Maslach, C. Schaufeli, W. Leiter, M (2001). “Job Burnout”. Annu Rev Physcol 52:397-422
13. Ministerio de Desarrollo Social (2014). “Ficha Técnica Requerimiento: Contenidos para el estudio del levantamiento de un modelo de gestión para la atención de los usuarios/as del programa piloto salud mental.” Departamento de Diseño Metodológico, Septiembre, 2014.

14. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaria Servicios Sociales. (2014). “Aprueba Bases Administrativas, Bases Técnicas y Anexos de Licitación para Contratar el “estudio de costos y resultados programa piloto salud mental”.

15. Ministerio de Desarrollo Social (2013). “Informe Final Salud Mental Abriendo Caminos Periodo 2013: Servicios de Salud/Ministerio de Desarrollo Social/MINSAL)”.

16. Ministerio de Desarrollo Social (2013). “Programa Piloto Atención Salud Mental para Personas en Situación de Calle: Informe Técnico Final Convenio 2013.”
17. Ministerio de Desarrollo Social (2014). “Informe de Sistematización Piloto Salud Mental Componente Abriendo Caminos.” Santiago, Mayo 2014.

18. Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social (2012).”Informe de Resultados. Piloto Salud Mental Chile Solidario: Piloto Salud Mental Calle. Enero a Septiembre 2012)

19. Ministerio de Desarrollo Social. (2014). “Informe Técnico de Avance 2014: Programa Piloto Salud Mental Menores con Adulto Significativo Privado de Libertad.

20. Ministerio de Desarrollo Social (2014). “Informe Técnico de Avance 2014: Programa Piloto Salud Mental para Personas en Situación de Calle.

21. Minoletti, A.; Madariaga, C.; Vera, C.; Voigt, F.; Duque, A.; Páez, M.; Villanueva, M.; Gómez, M. & Sepúlveda, R. (2013). “Diagnostico Salud Mental”. Medwave, capitulo Salud Mental.

22. Nami Metropolitan Houston.Models to increase Mental Health Awareness and Inter-Agency Collaboration. www.namimetrohouston.org

23. Palací. F. (2005). Psicología de las Organizaciones. Pearson Alhambra. España.

24. Robbins, S. (2005) Comportamiento Organizacional. Pearson Publisher

25. Secretaría Ejecutiva de Protección Social. (2011). Orientaciones Técnicas Programa Vínculos.

26. Senama. (2008). Noticias Electronicas, Programa Vinculos. Disponible en http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Chile_Programa_Vinculos.pdf.

27. Senge, P. (2006). The Art and Practice of the Learning Organization. Currency Double Day Publisher.

28. Society for Human Reources Management (2010). Chapter 8: “Performance Management and Appraisal” Sage Publications. (Descargado el 23 diciembre, 2014.- http://www.sagepub.com/upm-data/45674_8.pdf)

29. Valdés, C. & Errazuriz, P. (2012) “Salud Mental en Chile: El pariente pobre del sistema de salud”. Instituto de Políticas Públicas # 11. Universidad Diego Portales.

30. Varo, J (1994). Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria” Ediciones Díaz de Santos

Anexo 1: Convenios y Presupuesto Fiscal

Decreto Exento	Convenios	Cobertura Pactada	Modalidad de Atención	año 2011	año 2012	año 2013	año 2014	Total por modalidad de atención
N°475/2011	Aprueba convenio de transferencia de recursos entre MDS y SSM Norte para ejecución del programa PSM	53	Persona Situación Calle	$ 30.194.610	$33.704.662	$36.260.000	$ 37.026.694	$ 137.185.966
		125	Abriendo Caminos	$ 75.080.060	$58.671.564	$79.937.783	$ 81.726.265	$295.415.672
		178	**Total**	**$105.274.670**	**$ 92.376.226**	**$116.197.783**	**$118.752.959**	**$ 432.601.638**
N°476/2011	Aprueba convenio de transferencia de recursos entre MDS y SSM Central para ejecución del programa PSM	65	Persona Situación Calle	$ 55.626.590	$ 63.780.000	$ 65.608.800	$ 62.715.464	$ 247.730.854
		83	Abriendo Caminos	$ 79.994.940	$ 63.739.774	$ 43.625.417	$ 48.920.467	$ 236.280.598
		148	**Total**	**$ 135.621.530**	**$127.519.774**	**$109.234.217**	**$111.635.931**	**$484.011.452**
N°477/2011	Aprueba convenio de transferencia de recursos entre MDS y SSM Sur para ejecución del programa PSM	28	Persona Situación Calle	$ 17.560.800	$ 16.276.000	$ 17.604.000	$ 17.991.110	$ 69.431.910
		28	**Total**	**$ 17.560.800**	**$16.276.000**	**$ 17.604.000**	**$ 17.991.110**	**$ 69.431.910**
TOTAL		**354**		**$ 258.457.000**	**236.172.000**	**$ 243.036.000**	**$248.380.000**	**$ 986.045.000**

Anexo 2: Sistematización entrevistas y muestra

N°	Participantes entrevista							Nº	Nivel
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7		
1	Luis Ossa	Valentina Sepúlveda						2	T
2	María José Labra	Daniela Palma						2	T
3	Emilia Jorquera							1	T
4	Verónica Railao	Alejandra Parra						2	T
5	Juan Catalán							1	T
6	Angélica Dazkalakiz							1	T
7	Eleodoro Iñigo							1	T
8	Claudia Carniglia							1	T
9	Rafael Sepúlveda	Mauricio Gómez	Alfredo Penjeam			Claudia Carniglia		4	E
10	Andrea Pérez	Cristián Egaña	Nicole Gibson					3	E
11	Ximena Fuentes	Caroline Díaz	Felipe Tapia			Lissete Jaque	Neyree Gajardo	5	T
12	Patricia Panchana							1	T
13	Alberto Rojas	Sergio Flores	Ignacio Oliva			Paulina		4	O
14	Aniza Nehme							1	O
15	Silvana Aguayo	Angélica Soto	Carolina Ochoa					3	O
16	Paola Altamirano							1	O
17	Karina Muñoz	Daniela	Jorge					3	O
18	Alberto Minoletti							1	E
19	Vania Martínez	Francisca Jara	Fabián Martínez			Ivo Oteíza Martíne	Álvaro	5	O
20	Lisette Rojel							1	T
21	Tania	Janet Rodriguez	Yanina Gonzalez	Jocelyn	Francisco Saravia	Carlos Aviles	Germania Castillo	7	O
22	Janet Castro							1	T
23	Leonardo Pérez	Trinidad						1	T
24	Jorge Ruiz							1	O
25	Andrea Zamora	Claudia Sepúlveda						2	E
26	Sandra Saldivia Bórquez							1	E
27	Alejandro Guajardo							1	E
28	Iván Guzmán							1	E
Sumatoria								58	

Anexo 3: Sistematización evidencia internacional

Título	Dimensión	Quién lee
A Model of Mental Health, Life Events, and Social Supports Applicable to General Populations	Organización	Paulina
Acompañamiento Psicosocial con PSC_presentan problemas de Salud Mental	Planificación	Leonel
Audio_seminario	Planificación	Leonel
Applying the Gelberg-Andersen Behavioral Model for Vulnerable Populations	Organización	Paulina
AspectosqueobstaculizanyfavorecenelaccesoaSM	Organización	Paulina
Behavioral Model for Vulnerable populations	Organización	Paulina
Children after parental incarceration_systematic review	Planificación	Leonel
Children with Parents in Prison_Child Welfare Policy_Program_and Practice Issues	Organización	Paulina
Children´smentalhealthserviceuseacrossservice	Planificación	Leonel
Children-of-Incarcerated-Parents Cornell University	Control	Tatiana
Children's Antisocial Behavior, Mental Health, Drug Use, APA	Planificación	Leonel
CreatingIntegratedServiceSystemsforhomelesspersons	Organización	Paulina
ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB. taty	Organización	Paulina
Estudionecesidadesdeatencionytrayectoriasdeacceso	Planificación	Leonel
Examining the Research Base for Child Mental Health Services and Policy	Control	Paulina
ficheros-documentos-INFORME-HOUSING-FIRST-final. taty	Planificación	Leonel
Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad (1)	Organización	Paulina
Health Outcomes Assessment in Vulnerable Populations_ Measurement Challenges and Recommendations	Control	Tatiana
homeless_adults_health	Planificación	Leonel
Homelessinainnercity	Planificación	Leonel
Implementingevidence_basedpracticesinroutinementalhealth service	Control	Paulina
Incentives and Intentions in Mental Health Policy_A Comparison of the Medicaid and	Control	Tatiana
Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes	Planificación	Leonel
INTEGRATED LOCAL NETWORKS	Planificación	Leonel
InterventionstoImproveHofhomeless	Control	Tatiana
Issue Brief_Children of Incarcerated Parents issue brief	Planificación	Leonel
La Asociación Española de Neuropsiquiatría_la situación de los enfermos mentales	Planificación	Leonel
LessonfromevaluationtoACCESSprogra	Control	Tatiana
Managing common mental health disorders in primary care	Control	Tatiana

Título	Dimensión	Quién lee
Manual-para-el-Apoyo-y-Seguimiento-del-Desarrollo-Psicosocial-de-los-Ninos-y-Ninas-de-0-a-6-Anos. taty	Control	Tatiana
Maqueta_OMS_Contexto_Ind.taty	Control	Tatiana
Measurignmentalillnessstigma	Planificación	Leonel
Mental and poverty feature	Planificación	Leonel
Mental health literature review	Planificación	Leonel
Mental Illness or Mental Health_Investigating Axioms_Complete State Model of Health	Organización	Paulina
MentalHealthInterimReport	Planificación	Andrea
Mentalhealtholderpeople.taty	Control	Tatiana
Niñossituacioncalle	Planificación	Andrea
Ns_deatencion_trayect_accesoa la saludM	Planificación	Andrea
Orientaciones-para-la-implementacion-del-Modelo-de-Atención-Integral-de-Salud-Familiar-y-Comunitaria_DIVAP_2013(1).taty	Organización	Paulina
Outcomes of Mental Health Care for Children and Adolescents	Control	Tatiana
OverviewoftheACCESSprogram	Control	Tatiana
perceivedstigmaandmentalhealthcareseeking	Planificación	Andrea
PertinenciadelasprestacionespublicasdeSM	Control	Tatiana
Poverty and common mental disorders in developing countries	Planificación	Andrea
Poverty, social inequality and mental health 2004	Planificación	Andrea
prevention_meta_analysis_durlak__wells_1997	Control	Tatiana
Programa_Piloto_Calle_Ninos_Adolescentes_2012	Planificación	Andrea
Promocionyproteccionsaludgeneraltrastornomental_ejemplosistematizacion	Control	Tatiana
salud mental de niños con madres deprimidas chile	Planificación	Andrea
SaludMental2009-2013_Parasacarbiblio	Planificación	Andrea
Saludmental_DDHH_2dacategoria	Planificación	Andrea
saludmental_y_adiccionesPSC	Planificación	Andrea
ScieloArgentina_practicas deatencionniñosCalle	Control	Tatiana
SEGURIDAD_DEL_PACIENTE_Y_GESTION_DE_RIESGOS_SANITARIOS_EN_SALUD_MENTAL.taty	Planificación	Andrea
Situacion-Salud-Mental-en-Chile-x-Minsal	Planificación	Andrea
Situaciondecalleyexplotacionsexual	Planificación	Andrea
Suicide_mentalheath services	Planificación	Andrea
The alchemy of mental health policy	Organización	Paulina

Título	Dimensión	Quién lee
The Application of a Vulnerable Populations_Conceptual Model to Rural Health	Organización	Paulina
The Ventura Planning Model_A Proposal for Mental Health Reform	Organización	Paulina
Thephysicalandmentalhealthstatusofhomeless	Organización	Paulina
Thestigmareceptiviysclae_mentalhealtholder	Planificación	Andrea

Anexo 4: Grillas de resumen evidencia nacional e internacional

Dada la extensión de este documento anexo (63 textos resumidos) serán incorporados en un documento aparte

Anexo 5: Matrices de datos recibidas

Nombre Archivo	Comuna	Año
1339014914398-1-componentes rendición convenios mideplan.xls	San Bernardo	2011
(Marzo-Junio) 2012.xls	Recoleta	2012
1359656422211-1-planilla de atenciones para informe avance segunda etapa 081112.xls	Colina	2012
1372111891634-1-componentes rendición convenios calle 2012 (3).xls	San Bernardo	2012
1377033601237-1-anexo_informe_final_piloto_sm_abriendo_caminos_2012 (3).xls	Colina	2012
1395776260899-1-componentes rendición convenios calle 2012 (1).xls	Recoleta	2012
Diciembre 2012.xls	Recoleta	2012
julio HASTA SEPTIEMBRE 2012.xls	Recoleta	2012
Noviembre 2012.xls	Recoleta	2012
octubre 2012.xls	Recoleta	2012
planilla mes agosto 2012.xls	Colina	2012
planilla mes diciembre 2012 COSAM COLINA.xls	Colina	2012
planilla mes diciembre 2012.xls	Colina	2012
planilla mes julio 2012.xls	Colina	2012
planilla mes noviembre 2012.xls	Colina	2012
planilla mes octubre 2012.xls	Colina	2012
planilla mes septiembre 2012.xls	Colina	2012
Caminos Colina 2013 SSMN.xls	Colina	2013
Listado de Beneficiarios Calle 2013 SSMN.xls	Recoleta	2013
Listado de Beneficiarios Calle 2013 SSMS.xls	San Bernardo	2013
matriz final dic-2013.xls	Colina	2013
MATRIZ_DE_SEGUIMIENTO 2013 NOVIEMBRE Y DICIEMBRE.xls	Recoleta	2013
MATRIZ_DE_SEGUIMIENTO 2013 junio,julio,agosto,sept,oct.xls	Recoleta	2013

Nombre Archivo	Comuna	Año
MATRIZ_DE_SEGUIMIENTO 2013 mayo,junio,julio,agosto,sept,oct.xls	Recoleta	2013
MATRIZ_DE_SEGUIMIENTO 2013 mayo,junio,julio.xls	Recoleta	2013
Matriz_de_seguimiento_enero_y_febrero, marzo abril.xls	Recoleta	2013
MATRIZ 2014.xls	Recoleta	2014
MATRIZ AGOSTO.xls	Recoleta	2014
Matriz Caminos Agosto Colina.xls	Colina	2014
Matriz Caminos integrada (hasta oct 2014).xls	Colina	2014
Matriz Caminos Septiembre Colina.xls	Colina	2014
Matriz de Seguimiento Enero a Octubre de 2014-3.xls	San Bernardo	2014
Matriz de Seguimiento Enero a Septiembre de 2014-3.xls	San Bernardo	2014
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PROGRAMA CALLE SAN BERNARDO SEPTIEMBRE.xls	San Bernardo	2014
MATRIZ DE SEGUIMIENTO PROGRAMA CALLE SAN BERNARDO SEPTIEMBRE OCTUBRE.xlsx	San Bernardo	2014
MATRIZ DE SEGUIMIENTO Programa Calle.xls	San Bernardo	2014
MATRIZ OCTUBRE 2014 recoleta.xls	Recoleta	2014
MATRIZ SEPTIEMBRE Recoleta.xls	Recoleta	2014
Matriz Noviembre 2014.xls	Colina	2014
Matriz de Seguimiento Enero a Noviembre de 2014.xls	San Bernardo	2014

Anexo 6: Actividades programadas de la consultoría

Tipo de actividad	Descripción	Nivel de ejecución
Etapa 1: Lanzamiento del proyecto	Selección, contratación y presentación equipo consultor	Finalizado
	Presentación contraparte	Finalizado
	Presentación de PSM. Introducción, contexto y mapeo del PSM. Revisión de actores relevantes iniciales	Finalizado
Etapa 2: Inducción	Recopilación y análisis documental PSM	Finalizada
	Presentación actores claves MDS	Finalizado
Etapa 3: Planificación y diseño	Diseño y validación de proyecto	Finalizado
	Análisis actores relevantes en todo el sistema de PSM	Finalizado
	Elaboración de base de datos con actores claves	Finalizado
	Elaboración de pautas de entrevistas	Finalizado
	Aplicación entrevistas piloto (validación instrumento)	Finalizado
	Planificación y Coordinación entrevistas individuales y grupales	Finalizado
Etapa 4: Recolección de datos	Ejecución de entrevistas a actores claves (individuales y grupales)	Finalizado
	Recolección y revisión de información secundaria	Finalizado
	Determinación muestra por nivel	Finalizado
	Desarrollo rapport	Finalizado
	Entrega de informe de avance 1	Finalizado
	Aplicación técnicas cualitativas y cuantitativas	Finalizado
	Ajuste de técnicas	Finalizado
	Transcripción de datos	Finalizado
	Entrega de informe de avance 2	Finalizado
	Confección bases de datos	Finalizado
Etapa 5: Análisis	Análisis data secundaria	Finalizado
	Análisis data primaria	Finalizado
	Elaboración de informe final	Finalizado
	Elaboración de data entregable	Finalizado

Tipo de actividad	Descripción	Nivel de ejecución
	Validación informe	Finalizado
	Presentación de informe final	Finalizado
	Cierre consultoría	Finalizado

Anexo 7: Nivel Operativo-Organizacional: Análisis Gestión de Personas

El análisis del nivel operativo, se relaciona con las diversas actividades que se requieren abordar para que las organizaciones alcancen sus metas y objetivos estratégicos. Son básicamente las acciones y recursos que facilitan o dificultan la forma de trabajar en la consecución de dichas metas y objetivos.

Dado que estas actividades son realizadas por las personas que operan en el PSM, se desarrolló un análisis de la gestión de los equipos que operaron el PSM, y los que trabajaron directamente con los usuarios del programa, es decir, equipos del PSM y ejecutores psicosociales, para cada uno de los programas: Calle y Abriendo Caminos.

En este análisis se triangularon diversas fuentes de datos. Por una parte, se consideraron las fuentes primarias, que incluyeron la información y los datos obtenidos a través de las entrevistas individuales y grupales, como también las fuentes secundarias que incluyeron documentos oficiales referidos al PSM. Además se consideró la literatura en materias de gestión de personas y desarrollo organizacional. También se incluyeron notas de campo obtenidas en entrevistas formales e informales (no programadas) que se realizaron con actores pertenecientes al PSM.

Los datos obtenidos y las categorías analíticas consideraron un enfoque emic y etic, en cuanto a su levantamiento y análisis.

Gestión de Personas

Los empleados o funcionarios de cualquier organización, constituyen su mayor activo. Su rendimiento y actitud, pueden resultar en el éxito o fracaso de la empresa (como actividad y esfuerzo) y de la organización. La gestión de las personas, también llamada gestión de recursos humanos, cumple como función una serie de procesos, siendo algunos de ellos los siguientes: Descripciones de cargos, reclutamiento y selección, contratación y despido, entrenamiento, capacitación y desarrollo, seguridad y bienestar y la gestión del desempeño, incluyendo administración y evaluación del mismo. Las jefaturas son los responsables de ésta gestión y para ello deben dirigir, motivar, inspirar, alentar, corregir y disciplinar al personal que trabaja bajo su cargo. (Palací, 2005).

Descripciones de Cargo

Pueden ser funcionales o basadas en competencias. Las descripciones de cargo funcionales, por lo general describen los objetivos, tareas/funciones y cargo a desempeñar. Las descripciones por competencias, se enmarcan en el modelo de gestión por competencias y además de proveer un marco funcional, también describen las competencias claves que se requieren en el cargo. Estas competencias son las que posteriormente son evaluadas dentro del sistema de desempeño.

En este estudio, los entrevistados señalan no conocer cabalmente sus descripciones de cargo, indicando que no poseen o no se les entregó algún tipo de documento que describiera su perfil:

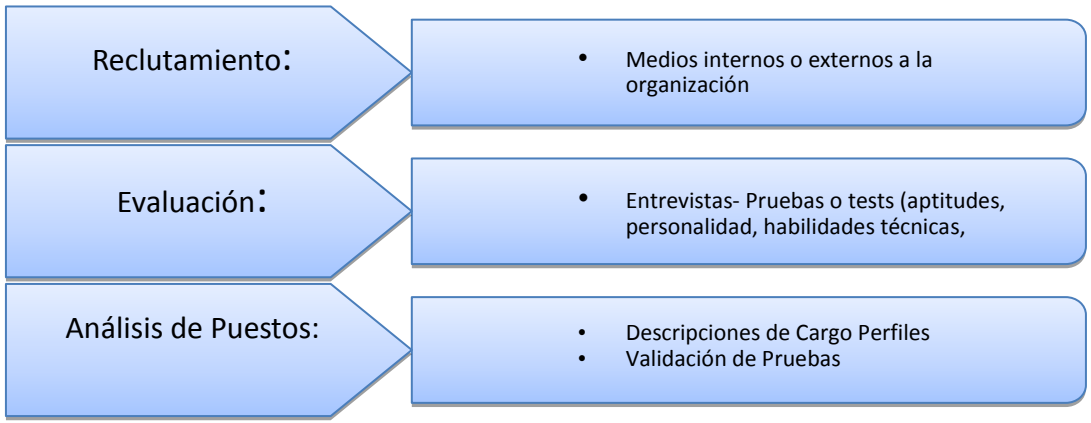
"No se me dio a conocer mi descripción de cargo"…. "no hay descripción…" (Entrevista 19). *"Nunca he visto una descripción"* (Entrevista 15).

El no tener claridad respecto a las principales funciones, responsabilidades y tareas que un cargo conlleva, afecta el desempeño del mismo por cuanto la falta de normas de parte de la organización es reemplazada por las normas del grupo que opera, lo que genera que pueda existir variabilidad al respecto.

La premisa de conocer exactamente los requerimientos de las posiciones a ser llenadas, permite al empleador elaborar un proceso de selección que se ajuste a dichas descripciones y perfiles de los cargos.

Reclutamiento y Selección

Este proceso se define como una fase que determina quiénes, entre los solicitantes o candidatos al empleo, reúnen las mejores condiciones que el cargo requiere. Para que pueda ser formal y científica, el proceso de reclutamiento y selección necesita basarse en las exigencias del cargo o descripción del puesto. Tal como lo muestra el cuadro siguiente, el proceso de reclutamiento y selección, tiene en general 3 grandes etapas que deben ser realizadas al momento de llenar una vacante:



Esquema 1: Modelo genérico de reclutamiento y selección

Los procesos de reclutamiento y selección se caracterizaron por la informalidad. Indicaron que se enteraron de esta selección de cargos, por medio de contactos y por "voz". Ninguno de los entrevistados mencionó un proceso formal de reclutamiento de selección que incluyó algún organismo o consultoría externa para dicho proceso o que aplicó algún proceso de evaluación (pruebas o tests), además de la entrevista. El método de selección consistió en la revisión curricular, conversaciones iniciales dadas por sugerencias directas de otros miembros y también por una entrevista personal con los candidatos.

"…El proceso de selección fue lento…me entrevistaron solamente" (Entrevista 19)
"Una amiga me contó…(del cargo), mande mi CV y fui a entrevista…se demoró el proceso si…" (Entrevista 24)

Proceso de Contratación

Los contratos se sostuvieron según la modalidad de honorarios. Para la normativa chilena, esto significa que: "Las personas que prestan sus servicios a honorarios no se rigen por el Código del Trabajo, de manera que no les asiste ninguno de los derechos que tal normativa establece como por ejemplo, el derecho a feriado anual, a la indemnización por años de servicio, al descanso por días festivos, etc. Tal personal se rige por las reglas del arrendamiento de servicios inmateriales que regula el párrafo noveno, Título XXVI, del Libro IV, del Código Civil, razón por la cual los Servicios del Trabajo no tienen competencia para conocer y pronunciarse sobre los conflictos derivados de tal contrato, correspondiéndole a los Tribunales de Justicia tal competencia. Finalmente, cabe indicar que los beneficios a los que tienen derechos las personas contratadas a honorarios serán aquellos que las partes hayan convenido en el respectivo contrato de prestación de servicios." (Dirección del Trabajo. Chile) http://www.dt.gob.cl/consultas/1613/w3-article-60764.html).

Según el Contrato a Honorarios, las condiciones salariales varían respecto a la modalidad de equipo que el profesional asumió, PSM o ejecutor psicosocial, como también el tipo de programa (Calle o Abriendo Caminos).

Los entrevistados pertenecientes al PSM, están mayormente satisfechos con sus respectivos salarios, aunque señalan que podrían mejorar. Algunas personas entrevistadas, en cargos de jefaturas, señalan estar conscientes de que deben seguir mejorando las condiciones salariales:

"Ganaba aproximadamente $950.000 mil bruto, lo que no está mal, aunque se podría mejorar…" (Entrevista 24).

"Hemos mejorado los salarios, los rangos están mucho mejor que antes…" (Entrevista 20)

Otras opiniones indicaron que sus salarios son bajos, en relación a otros profesionales de la salud:

"Se niveló para arriba!... mediante la no contratación de un profesional más para el equipo, lo que significó que con la asignación destinada a ese cargo que no se llenó, se pudo mejorar los salarios del resto de los integrantes" (Entrevista 8).

"Los sueldos son bajos….en vez de contratar a otra persona más decidimos repartir entre los miembros del equipo….así mejoramos un poco los salarios…" (Entrevista 16).

Esto también se evidenció en los equipos de salud, donde se indicó que los miembros pertenecientes al PSM, tenían mejores salarios que otros miembros de la red de salud con las cuales interactuaban:

"La inequidad de recursos entre el consultorio y el equipo PSM, molestaba a la gente…" (Entrevista 8).

No se detectaron percepciones asociadas a la compensación o algún beneficio recibido por los equipos, con la modalidad de contrato por honorarios. Se describió que sólo en el primer año del PSM, se recibió capacitación mediante la modalidad de un Diplomado para quienes trabajaron ese año, después del año inicial del PSM, no se volvió a compensar de éste modo.

Entrevistados de ambas modalidades y programas señalaron que la condición contractual de los trabajadores es un facilitador de la "fuga de profesionales", la rotación en los equipos operativos es alta.

Los *"…cambios en los equipos son permanentes… no menor"* (Entrevistado 8)

Procesos de Inducción

Este proceso consiste en proporcionar a los empleados información básica sobre los antecedentes de la organización, en este caso el PSM. Tiene como finalidad que el trabajador conozca más en detalle la organización y sus funciones, para que de ésta forma se integre a su puesto de trabajo y al entorno humano y organizacional en que transcurrirá su vida laboral.

Un proceso formal de inducción usualmente conlleva las funciones de:

- Conocer la historia de la organización o del proyecto
- Visión, misión y sus objetivos estratégicos
- Estructura de la organización
- Perfil del desempeño
- Políticas de la organización en cuanto a remuneraciones, beneficios, horarios, días de pago, licencias médicas, permisos, días administrativos, etc.

La descripción de éste proceso se caracterizó por los entrevistados como deficiente o inexistente en algunos casos. La mayoría de los entrevistados a nivel operativo, describieron un proceso de inducción incompleto, donde la comunicación de la visión o misión del proyecto u origen del PSM aún se desconocen, o bien se conocen vagamente

La inducción fue genérica e informal. Es decir, la información proporcionada fue básica o nula, muchos tuvieron que esperar por semanas a una reunión para ir enterándose de aspectos claves del programa y PSM. Entrevistados refirieron ser presentados a otros miembros como parte de su proceso de inducción.

" A mi, a lo menos me presentaron a la gente de aquí" (Entrevista 21)

"*Yo aún me entero de cosas nuevas"* (Entrevista 16)

Los equipos actuales (año 2014) de ambas modalidades y programas señalaron contar con escasa información o conocimiento respecto a años anteriores a su llegada:

"La verdad es que no sé mucho lo pasó anteriormente" (Entrevista 16)

"Honestamente no cacho mucho….llevo poco tiempo aquí" (Entrevista 15)

La estructura organizacional conocida refiere sus niveles superiores, la mayor parte de los equipos conocen a la persona a cargo desde el Ministerio de Desarrollo Social.

Procesos de Desarrollo y Capacitación (competencias)

Capacitación y desarrollo son dos conceptos que están interrelacionados y donde ambos buscan mejorar la eficiencia y productividad del empleado en su cargo (Robbins, 2009).

La diferencia está en el alcance de los objetivos. Por ejemplo, la capacitación se utiliza para el cargo actual del empleado, mientras que el desarrollo aspira a perfeccionar a la persona para su crecimiento profesional en una determinada carrera en la organización.

Los entrevistados señalaron que no contaron con ningún apoyo formal de sus respectivos empleadores, para su desarrollo profesional:

"Sería bueno aprender más…la capacitación es necesaria" (Entrevista 15)

"Supimos que los que entraron al principio tuvieron un diplomado, pero nosotros nada" (Entrevista 15)

"No….nada de capacitación…no " (Entrevista 19)

En el año 2012, los integrantes de los programas recibieron un diplomado en salud mental con énfasis en poblaciones vulnerables. "Diplomado de extensión de intervención con poblaciones infanto-juveniles en contexto de pobreza, U. de Chile" (Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social: Informe de Resultados. Piloto Salud Mental Chile Solidario, 2012). Sin embargo, la gran mayoría de las personas que recibió esta capacitación dejó de trabajar al segundo año, perdiéndose el "know how" obtenido:

"Se fueron todos los del año 1" (Entrevista 8)

Una de las razones plausibles que podrían dar respuesta al por qué se suspendieron las capacitaciones al personal del PSM, se debió a que éstos rotaban y por lo tanto se perdieron recursos en personas que se irían del programa. Esta hipótesis se elaboró mediante la triangulación de la información:

"Existe fuga de especialización y recursos de capacitación" (Ministerio de Desarrollo Social: Informe de Sistematización Piloto Salud Mental Componente Abriendo Caminos).

Dado que en lo formal, la organización del PSM dejó de ofrecer capacitación a sus miembros, estos deben mantenerse en la condición basal de entrada o bien deben buscar por sus propios medios, un aprendizaje que les entregue las herramientas que necesitan.

"Yo mismo me pague mi diplomado…sentía que necesitaba más herramientas para trabajar con calle" (Entrevista 26).

En cuando al desarrollo del personal, no se evidencia a ninguno de los tres niveles analizados.

A nivel operativo de los programas, ninguno de los participantes expresa en las entrevistas haber logrado avanzar a posiciones de más alta responsabilidad dentro de la organización piloto (promoción ascendente). Esta información tampoco aparece como relevante en los informes técnicos o informes de sistematización de ambos programas.
Es plausible asumir por lo tanto que no existe un esfuerzo formal por desarrollar a los profesionales dentro de la organización a la cual pertenecen ni menos ofrecer desarrollo.
Solo se observa un caso de movilidad lateral en el cual un miembro del equipo Calle Recoleta (SM Norte) que en el presente año se va a trabajar a estación central (SM Centro). Este cambio según el propio entrevistado, es por su propio interés y no porque fuese promovido dentro de la propia organización del piloto.

Gestión del Desempeño

Una gran mayoría de profesionales de los Recursos Humanos coincide en la necesidad de disponer, en las organizaciones, de sistemas que permitan planificar, estimular y gestionar la contribución de las personas.

Según the Society for Human Reources Management, la gestión del desempeño es el "proceso de identificar, medir, gestionar y desarrollar el desempeño o rendimiento de las personas dentro de las organizaciones (http://www.sagepub.com/upm-data/45674_8.pdf).
La gestión del desempeño implica según la literatura (Palací, 2005) tres aspectos: planificación, seguimiento y evaluación. (ver cuadro esquemático.)

La fase de planificación consiste en señalar los objetivos y las metas específicas para cada trabajador. En general las metas y los indicadores que los miden están alineados o deberían estar con la misión y visión de la organización. En este sentido contar con una descripción de cargo que señale los comportamientos y competencias se vuelve importante, porque permite contrastar dichos objetivos con las competencias necesarias para alcanzarlos.

La fase de seguimiento es la más larga del ciclo y consiste en una serie de reuniones grupales e individuales donde se ven los avances de manera regular. También en estas instancias el feedback o retroalimentación es necesario para ver que barreras podrían estar dificultando el logro de las metas y objetivos. Por lo general se utilizan diversos mecanismos para corregir el rendimiento, siendo la capacitación y el coaching dos de ellos.

La fase de evaluación consiste en un proceso por el cual se analizan los resultados obtenidos en comparación con los pactados al inicio y se realiza una valoración global de todo el proceso llevado a cabo por el evaluado.

Fases: Gestión del Desempeño

En este estudio, la temática de gestión del desempeño no emerge desde las entrevistas realizadas a nivel individual o grupal, sin embargo, triangulando la información contenida en los documentos oficiales, es posible observar en el análisis documental variabilidad al respecto.

Así por ejemplo en el “Informe de Resultados Calle, 2012”, se observa una pauta de evaluación que contiene los resultados a nivel de equipos APS y de especialidad en las diferentes comunas que implementan el piloto.

En este informe se señala que el mejor equipo evaluado fue el equipo de APS San Bernardo, siendo el equipo de especialidad de Recoleta el cual obtiene el menor puntaje (suficiente).

En las observaciones contenidas en ese reporte, se mencionan cambios de profesionales por mala evaluación o rotación de personal (sin detallar en Recoleta) y por motivos personales (en San Bernardo). Las observaciones contenidas son muy breves y no

detallan las razones de la salida del personal. Es así por ejemplo que no se posee real información respecto a personal mal evaluado que fue despedido por temas de rendimiento.

En la revisión y análisis de informes finales técnicos (2013), tanto para el programa Calle como Abriendo Caminos, se puede observar que un informe contiene información al respecto, mientras que otro no. (Informes técnicos finales convenio 2013). En el informe técnico de Recoleta 2013, se hace mención al tema de la evaluación como un factor de discontinuidad laboral (renovación de contratos) a varios profesionales del equipo, pero no se adjunta información específica al respecto. No hay detalles de las razones de las desvinculaciones respecto a sus niveles de competencias o habilidades blandas.
En general la evaluación del rendimiento del personal se realiza mediante una escala lickert con puntajes que van de 1 a 5, describiendo los siguientes criterios y valores asociados:

1 Malo: no cumple con habilidades mínimas, comete errores constantemente
2 Insuficiente: cumple pero bajo lo esperado
3 Suficiente: cumple con lo esperado
4 Destacado: su desempeño se destaca en el equipo
5 Excelente: muy por sobre lo esperado.

La evaluación de desempeño observada describe una evaluación individual (a cada profesional: psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional en el caso de programa calle SSM sur) y otra grupal (como equipo). (Informe Técnico Final, Calle 2013)

La tendencia observada es que la calificación es positiva tanto a nivel individual como grupal. Las categorías de desempeño evaluadas tienden a ser una mezcla de funciones y/o responsabilidades con ciertas habilidades: por ejemplo: hábitos laborales, participación en reuniones de coordinación; colaboración al trabajo en equipo (salud y psicosocial).

Por lo tanto, el proceso de gestión del desempeño no es claramente asumido ní posee la formalización que como proceso se sugiere desde la literatura (Palací, 2005; Robbins, 2009) como una buena práctica en gestión. Los informes técnicos difieren en este aspecto. Mientras algunos señalan la evaluación de la gestión de personas, otros informes no la contienen.
Se sugiere formalizar y supervisar este proceso hacia los programas participantes del piloto.

Estructura organizacional nivel operativo

Se define la estructura organizacional como el modo en que se divide, agrupa y coordina formalmente el desarrollo de las actividades de un grupo u organización (Robbins, 2009).

Los elementos claves de toda estructura organizacional también refieren a una serie de procesos en los cuales destacan:

1. Especialización del trabajo.
2. Departamentalización.
3. Cadena de mando.
4. Extensión del control.
5. Centralización y descentralización.
6. Formalización.

Los equipos operando en el sistema del PSM, en general presentan una estructura simple la cual se caracteriza por un cierto grado bajo de departamentalización con una, autoridad centralizada en una sola persona (en niveles superiores) y poca formalización (tareas y responsabilidades).

La baja formalización se evidencia en que los comportamientos no están claramente definidos y en donde cada grupo tiene una amplia discrecionalidad para realizar sus tareas.

"…hacia todo solo, tenía baja supervisión…no tenía…me movía lo mejor que podía para sacar las cosas adelante" (Entrevista 24)

"…ese equipo tenía muy poca supervisión, he intentado estar más cercano ahora que asumí…" (Entrevista 23)

Esta baja en la formalización también facilita la flexibilidad para que cada equipo pueda articular sus propios cargos y funciones de acuerdo a sus necesidades y recursos, como por ejemplo, alterar en algunos casos los horarios de funcionamiento de los profesionales contratados, crear sus propios reportes e indicadores, etc.

Si bien es cierto que la flexibilidad puede ser una fortaleza en sí misma porque permite maniobrar según los contextos y situaciones emergentes, no es menos cierto que también dificulta la comparación de datos e información (diferentes sistemas de registro por ejemplo), crea incertidumbre en cuanto a roles, funciones y estatus (por ejemplo a niveles intra e inter equipos) lo que puede gatillar no solo confusión sino falta de accountability al momento de tener que asumir ciertas responsabilidades.

Este nivel refleja varios aspectos que se evidencian en los niveles táctico y estratégico. La baja formalización también afecta estos niveles, donde varios de las personas en cargos superiores presentan confusión o no tienen claridad respecto a los objetivos estratégicos que persigue el PSM o su origen o su visión.

Desde esta perspectiva es que se señala a modo de ejemplo que *los "equipos encargados de estar en calle, están trabajando desde una hospedería"* (Entrevista 8) y que aquellos que debiesen *"haber contribuido a fortalecer los equipos de atención primaria no lo hicieron…* " (Entrevista 8), y que *"la intersectorialidad en esta comuna no funciona"* (Entrevista 16).

Cargos y roles

La constitución de cargos por equipo difiere según programa (Calle, Abriendo Caminos) y equipo (equipo piloto y equipo psicosocial), pero en ambos casos se pretende desarrollar la complementaridad por especialidad (informe técnico, 2012).

Sin embargo la constitución de cada equipo varía año a año por diversas razones, especialmente por la rotación de personal que los equipos experimentan.

Es así por ejemplo en el presente año en el equipo de calle en Recoleta comienza solo con un terapeuta ocupacional y San Bernardo con un psicólogo y terapeuta ocupacional, difiriendo de la constitución inicial del programa.

En el programa Abriendo Caminos (Colina), comienzan el presente año con 5 profesionales: terapeuta ocupacional, 2 psicólogos, trabajador social y psiquiatra.

"cada año del piloto, fue como si fuese un nuevo piloto, es decir hay a lo menos tres experiencias diferentes" (Entrevista 8).

Ya en el informe de resultados 2012 (Calle) se menciona la "necesidad de tener una clara definición de roles y acciones por parte de los equipos de salud y los equipos psicosociales: "los equipos deben definir tempranamente sus roles y, basados en su experiencia, establecer claramente los procedimientos asociados a situaciones de necesidades que aparezcan" (Informe de Resultados).

Se evidencia de manera transversal a la constitución del piloto, tanto a nivel de programa (Calle o Abriendo Camino) como a nivel de equipos (PSM o Psicosocial) una alta rotación de personal en estos cargos.

La rotación de personal es un factor que se ha observado a lo largo de la ejecución del piloto, en ambos programas, y en equipos de distintos niveles (central y territorial) lo que ha dificultado de manera permanente la ejecución de los programas y que se ha señalado en diversos informes de avance técnicos. El análisis de este factor tan relevante se dará a conocer más adelante en este informe.

Condiciones laborales: Infraestructura

En general ningún entrevistado señaló trabajar en condiciones pobres o insuficientes de infraestructura, pero varios mencionan que estas pueden mejorar, siendo el espacio físico mencionado en varias ocasiones por entrevistados diversos.

"no tenemos privacidad para entender a algunos usuarios, solo tenemos esta oficina" (Entrevista 17).

Sin embargo en reportes técnicos de Colina (Caminos 2014) se aprecia que "cuentan con buenos recursos e instalaciones locales".

Triangulando la información, en el informe técnico 2013, programa calle (SSM Sur: San Bernardo) se señalan en general que los profesionales cuentan con un buen equipamiento para la ejecución de sus actividades. (Computadores, internet, vehículo municipal, adquisiciones de insumos: medicamentos).

Sin embargo la experiencia de Colina (Abriendo Caminos) en el informe técnico de avance (2014), se señala que han tenido problemas en renovar y actualizar material para oficina y para los talleres con los niños.

El equipo que menciona como un factor relevante para ejecución de sus actividades es el equipo de Recoleta, quienes inicialmente no tuvieron espacio en el sistema de salud, por lo que finalmente atienden en el centro de día de dicha comuna, el cual entrega un espacio, pero es limitado a ciertas funciones, dificultando la atención terapéutica (box) de los usuarios. (Entrevista 17).

Otro elemento que emerge tanto de las entrevistas como del análisis documental es la movilización del personal en la comuna de colina para ambos equipos de PSM y psicosocial.

Sin embargo, el equipo del PSM de Colina es el que presenta y sugiere mejora este punto, mediante un bono de locomoción pues el 100% vive fuera de la comuna y debe considerar alrededor de un 25% de su salario para poder llegar al lugar de trabajo. (Entrevista 22).

Este aspecto también se señala como una de las causas de la rotación de personal, pues los profesionales prefieren trabajar en un lugar más cercano a su domicilio y ahorrarse el gasto que el transporte implica. (Entrevista 22).

Procedimientos: Registros, protocolos e informes técnicos

Se sugiere que todo proyecto o programa, mida su progreso y avance mediante una serie de indicadores. Para tal efecto, se debe establecer una serie de procedimientos de registro de información la cual generalmente es sistematizada cada cierto tiempo en los

reportes de avance. El PSM cuenta con sugerencias en cuanto a indicadores de cobertura que se señalan en los documentos oficiales. Sin embargo se detecta que existe una alta diversidad en cuanto a los sistemas de registro, protocolos e indicadores utilizados por ambos programas.

Incluso dentro de un mismo programa, Calle por ejemplo, es posible observar diferencias al respecto, es decir los criterios que contienen algunos informes varían según la persona responsable de llenar este tipo de informe.

En muchos casos se sostiene que esta función administrativa es una molestia y requiere de tiempo que a veces las personas no tienen.
"…es un cacho, toma tiempo y muchas veces ni se consideran" (Entrevista 24).

Es más, en un mismo reporte de una comuna, es posible observar que existen reportes diferentes (criterios) de un informe a otro.

En revisión de los diversos reportes y registros enviados por los programas, la información suele ser inconsistente. Por ejemplo se detecta un mismo usuario con tres RUTs diferentes o bien un usuario no presenta RUT. También se evidencia inconsistencia a nivel de datos demográficos para los usuarios, por ejemplo, edad, género, etc. Estas inconsistencias se han mantenido a través del tiempo y siguen siendo mal reportadas sin que existe un cambio al respecto.

Este tipo de registro evidencia una falta de prolijidad por parte de los equipos y falta de supervisión y control a la vez tanto de sus jefaturas directas como a nivel central.

Procesos: Comunicación y Coordinación

Las personas que trabajan en equipo deben establecer diversos canales para establecer un buen proceso de comunicación. La comunicación es un proceso que habilita el establecimiento de relaciones y viceversa. Es decir que podríamos decir que son sinónimos en este sentido. Si existe buena comunicación, hay buena relación entre los miembros y por el contrario, una comunicación pobre o deficiente, es reflejo de una relación pobre también.

Cuando la comunicación en los equipos (y entre los equipos) esta apropiadamente establecida y la información fluye entre los miembros, se incrementa la habilidad para interactuar más eficientemente, desarrollar de mejor manera sus tareas, aprender uno del otro y en general incrementar el rendimiento tanto individual como colectivo (Robbins, 2009).

Por el contrario, una comunicación deficiente posibilita la fuente para los malos entendidos, y potencia el conflicto entre sus miembros. Un equipo que tiene que gastar tiempo en lidiar con una comunicación pobre, trabaja sobre la base de malos y sobre entendidos, creando conflictos y disminuyendo la productividad (Robbins, 2009).

Muchos de los entrevistados señalan tener una comunicación pobre entre sí, pero también con niveles superiores, tanto a nivel territorial, como nivel central.

El equipo de recoleta fue despedido en su totalidad por problemas relacionales en el presente año.

"no había un equipo afiatado…está claro el norte y objetivo, pero el último equipo tuvo malas relaciones….el equipo anterior tuvo problemas de coordinación" (Entrevista 23)
"…tuvimos que negociar….estuve a punto de renunciar…todos el mes pasado, porque nos anunciaron cambios y ni nos preguntaron" (Entrevista19)

Este último comentario, denota también la direccionalidad de la comunicación con instancias superiores o centrales, la cual tiende a ser "arriba-abajo" clásica de una estructura simple burocrática (Robbins, 2009), la cual informa las decisiones. No hay un intercambio de ideas entre las instancias o bien éste es pobre y se debe asumir desde la relación de subordinado-jefatura.

"…el piloto fue asumido por muchos como una imposición en un comienzo" (Entrevista 8)

"…se les dijo que se les pagaría solo las horas trabajadas y no por jornada, este fue el cambio que gatillo que casi todos renunciaran" (Entrevista 22)

La comunicación deficiente no solo se evidencia en la relación con instancias superiores o entre los miembros, sino también en varios de los procesos anteriormente analizados, por ejemplo en los procesos de inducción.

Una pobre o deficiente comunicación puede implicar una pobre coordinación entre los miembros de los equipos o entre equipos diferentes pertenecientes al mismo programa.

En el informe de sistematización se señala por ejemplo la descoordinación entre los equipos de APS y PSM y la duplicación de algunas funciones con los usuarios debido a la falta de comunicación entre ellos.

En el informe técnico 2013, programa Calle, se señala que una de las debilidades es la escasa coordinación con el equipo ejecutor de la hospedería.

Algunos de los entrevistados señalan no conocer lo que acontece dentro del mismo programa en otra comuna, debido a que no han sido creadas las instancias de reunión o coordinación entre ellos. (Entrevista 16).

La comunicación también evidencia problemas en la difusión del piloto hacia las comunidades que aborda.

"no hay difusión en la comunidad…la difusión comunitaria es pobre, sería bueno tenerla…nosotros intentamos hacer dípticos con información, usamos un desayuno en el centro…para educar y sacar el estigma de la salud mental." (Entrevista 17)

Convenios y trasferencias

A nivel central ambos ministerios establecieron un convenio de colaboración que implicaba el traspaso de recursos financieros desde el Ministerio de Desarrollo Social al MINSAL para la ejecución del PSM.

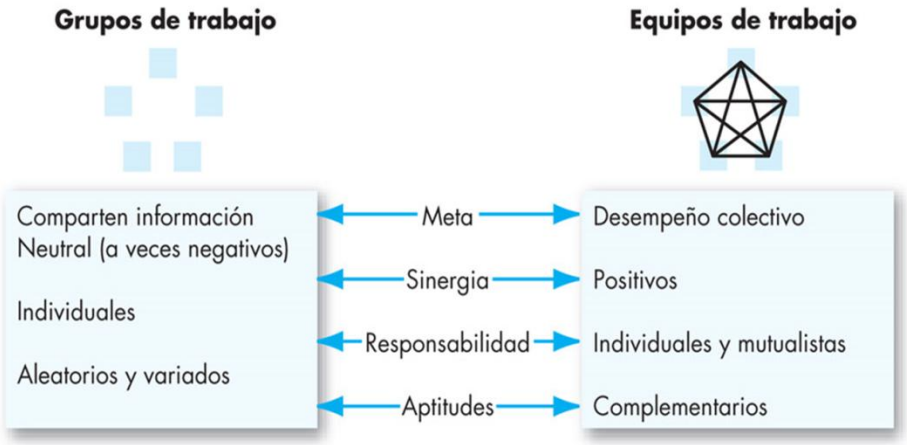
Los dispositivos de salud Norte y Sur (contemplados en este estudio), establecieron a su vez convenios con los municipios en las comunas en los cuales el Piloto opera. Esta tercerización de servicios, ha presentado varias barreras en la ejecución de los programas.

Los entrevistados señalan que a nivel central existe un desfase en cuanto a los traspasos de dinero, lo cual afecta directamente la ejecución del programa pues genera desfase y suspensión del servicio, incertidumbre en la continuidad del piloto, lo que resulta en discontinuidad del servicio, distanciamiento del vínculo establecido con los usuarios, rotación de personal en sentimientos de indefensión aprendida. (Entrevista 22)

Grupo y equipos de trabajo

Se observa que en general, tanto a nivel de las entrevistas individuales y grupales como en los diversos informes y reportes, que el personal involucrado refiere a sí mismo como equipos de trabajo, ya sea tanto a nivel intra como intergrupal (en su condición de equipo PSM o psicosocial). Sin embargo cuando describen sus formas de operar, se describe una forma operativa de grupo, más que de equipo. Para poder entender la diferencia se ofrecen las siguientes distenciones.

Un grupo de trabajo refiere a un conglomerado que interactúa, sobre todo, para compartir información y tomar decisiones que ayuden a cada uno de sus elementos a alcanzar el objeto de su responsabilidad; mientras que un equipo genera una sinergia positiva a través del esfuerzo coordinado. Los esfuerzos de cada individuo dan como resultado un desempeño mayor que la suma de las aportaciones individuales. Los individuos pueden ser unidades dentro de una organización desde una mirada sistémica.
Figura: diferencias entre grupo y equipo de trabajo (Robbins, 2009)



Coordinación y trabajo en equipo

Los problemas comunicacionales, relacionales y de coordinación expuestos anteriormente afectan sin duda la constitución de los equipos de trabajo y su rendimiento. A nivel intra grupo, las reuniones son abordadas desde la tarea, enfocándose fundamentalmente a el análisis de los casos y usuarios, pero dejando muy poco espacio para resolver tensiones, o conflictos entre los miembros (enfoque en relaciones) o de comunicación.

La coordinación inter equipos de un mismo programa es deficiente o escasa. Así por ejemplo se señala que Colina no sabe nada de cómo opera Maipú.

"…sería bueno saber que hacen y como lo hacen…saber de sus buenas practicas, pero nunca hemos tenido una reunión en conjunto" (Entrevista 16)

El trabajo en equipo puede potenciar o desfavorecer no solo la coordinación, sino el establecimiento de alianzas en el trabajo en red que el Piloto Requiere. Varios de los entrevistados señalan que la intersectorialidad funciona a veces o simplemente no funciona.

"…las reuniones en su mayoría son para tratar temas administrativos, referidos a presupuestos, informes, etc…y no a lo técnico…no queda tiempo" (Entrevista 1)

En síntesis, la mayoría de los entrevistados señalan, como también lo señalan los documentos oficiales, que existen dificultades en el trabajo en equipo a distintos niveles, tanto intra e inter equipos de un mismo programa, como también a niveles de mesas intersectoriales. (inter-ministeriales)

Liderazgo

El liderazgo como fenómeno ha sido estudiado desde diversa perspectivas, generando una gran cantidad de modelos y enfoques. Sin embargo, existe un cierto acuerdo en cuanto a entender al liderazgo como un proceso para influenciar a otros en el logro de un objetivo o meta.

Es entendido como una actividad no asociada a un rol o estatus (como un jefe por ejemplo). (Heifetz, 1994) y su foco está en cambio y no en la mantención del sistema o de la organización como se le atribuye a la gestión.

Aunque existen varias distinciones entre gestión y liderazgo y por consiguiente entre los "jefes" y los "lideres", se ofrece un pequeño cuadro resumen de entendimiento.

Desde esta perspectiva la conducta descrita por los entrevistados respecto a sus niveles superiores, tiende a ser vista desde la gestión y jefaturas y no desde el liderazgo.
El estilo de las jefaturas es descrito de manera transaccional, es decir se ejerce una transacción de dinero por un set de habilidades. En general varios de los entrevistados señalan que los procesos de toma de decisiones son muy lentos, incluyendo las decisiones de contrataciones (Entrevista 19).

"…me siento como la palta del sándwich…tengo que hacerle caso a mi jefe, pero quiero escuchar a la gente" (Entrevista 22).
Este comentario no solo ilustra la dificultad para tomar ciertas decisiones que los jefes podrían tomar, debido en parte a la estructura jerárquica que deben seguir, sino también a la mentalidad de "jefatura" que poseen, lo que dificulta el ejercicio del liderazgo en este sentido.

Los procesos de toma de decisiones no solo pueden ser lentos, sino en general son llevados a cabo desde la perspectiva "arriba-abajo" lo que en parte caracteriza la cultura organizacional pública. Este tipo de relación concibe a la fuerza de trabajo como si fuese una fuerza meramente de ejecución, encargada de ejecutar lo que se le señala desde un nivel superior. En este sentido el proceso de toma de decisiones del PSM tiende a ser centralizado.

Otro elemento que se menciona por parte de los entrevistados es la baja participación que este tipo de toma de decisión, como proceso, requiere por parte de ellos, lo que afecta la motivación de los mismos, especialmente en temas de condiciones laborales, tal cual fueron ya descritas.

Otro elemento que se ha señalado por parte de algunos actores relevantes es la poca participación o involucramiento de los niveles superiores y centrales en la ejecución del PSM.

"…probablemente el subsecretario no sepa mucho del piloto…a lo mejor el jefe de división sabe un poco más" (Entrevista 3)

"..parte del problema es que no hay una cabeza clara…no se sabe quién está realmente a cargo.." (Entrevista 16)

Diagnóstico Organizacional Nivel Operativo.

Integrar los diferentes resultados a nivel de equipos operacionales tiene como resultado un diagnostico que intenta resaltar las variables más relevantes al tema del problema de "ejecución" del PSM en relación a la gestión de personas.

Rotación de personal

Para poder sintetizar en un diagnostico organizacional el nivel operativo del PSM, se utilizará la teoría de los dos factores y modelo de motivación propuesto por Frederick Herzberg. (Robbins, 2009)

Según Herzberg, las personas en general no se contentan con satisfacer necesidades de orden inferior en el trabajo, como por ejemplo: necesidades asociadas a salario, condiciones de trabajo seguras, estabilidad laboral y/o infraestructura agradable.

Las personas buscan satisfacer necesidades psicológicas de orden superior, como por ejemplo, necesidad de logro, reconocimiento, responsabilidad, progreso, etc.

Herzberg, señala que existen dos factores que pueden influir en la motivación y productividad de las personas. Unos son los factores intrínsecos que se relacionan con la satisfacción laboral, mientras que los factores extrínsecos se relación con la insatisfacción. Ejemplos: Intrínsecos: logro, reconocimiento, responsabilidad, progreso y desarrollo, mientras que los factores extrínsecos, son el estilo de supervisión o de la jefatura, condiciones laborales, salario, y políticas administrativas (fijadas por el empleador).

Lo interesante de esta teoría es que no existe un solo continuo entre la satisfacción e insatisfacción, más bien, según Herzberg existe dos en paralelo. A estos factores les llamó: factores higiénicos y motivadores.

Los factores higiénicos son extrínsecos y no causan motivación de la conducta cuando están presentes, pero causan insatisfacción cuando son pobres e insuficientes o están ausentes o son retirados.

Es así como muchos de los entrevistados relacionan la alta rotación del personal con la insatisfacción de estos factores higiénicos: condiciones laborales no siempre óptimas, en algunos casos no hay espacio para atender a usuarios, un equipo no tenía baño, muchos consideran los salarios bajos, especialmente en los equipos psicosociales, el estilo de los supervisores y empleadores es transaccional y directivo, no se perciben beneficios ni seguridad laboral: no hay continuidad por lo tanto estabilidad laboral, no hay seguros médicos en caso de emergencias o accidentes del trabajador, los planes de capacitación fueron retirados, etc.

Si a esto le agregamos que las personas se motivan a realizar su trabajo de la mejor manera cuando son reconocidos y valorados, se sienten escuchados (comunicación participativa: abajo-arriba o lateral), se desarrollan y progresan, entonces es plausible imaginar que las causas de una alta rotación de personal en el proyecto Piloto, obedece a una alta insatisfacción con los factores intrínsecos y extrínsecos que éste modelo explicativo entrega.

Esta teoría sugiere que para mejorar las actitudes de trabajo y la productividad, los administradores o jefaturas deben reconocer y asistir a ambos conjuntos de características y no asumir que un aumento en la satisfacción conduce a la disminución de la insatisfacción de displacer.

Fragmentación y Multiplicidad

La forma de operar de los equipos se caracteriza por presentar una multiplicidad de aspectos, los cuales son presentados como fragmentados. La fragmentación es un término organizacional que describe a "una red de individuos, quienes interactúan de forma esporádica y están poco conectados entre sí, por sus posiciones cambiantes sobre una variedad de temas" (Hatch, 1997). Los miembros de una organización fragmentada, se mueven dentro y fuera de sus sub-organizaciones (deptos o equipos PSM por ejemplo), lo que dificulta la delimitación de "fronteras" entre los miembros del sistema en sí. Las delimitaciones son menos diferenciadas, porosas y mutables. La ambigüedad es central en la vida de una organización fragmentada. (Martin, 2012)

La ambigüedad genera múltiples entendimientos del quehacer laboral. La diversidad y multiplicidad de procesos, registros, enfoques, estructuras organizacionales que cada equipo experimenta ofrece una gran riqueza de herramientas, perspectivas y paradigmas, pero dificulta el trabajo en equipo, la coordinación de acciones y el liderazgo compartido.

Cada programa y equipo intentó adaptarse de la mejor manera a las circunstancias en el cual el Piloto se llevaba a cargo, lo que generó una gran disparidad de procesos en los protocolos y formas de registro que este proyecto requería.

Todo proyecto parte con una visión estratégica de lo que quiere lograr y que debería ser compartida por los miembros de la organización. En el caso del PSM, la visión inicial se desdibuja en la medida que el personal cambia a través del tiempo, así, por ejemplo los miembros de los equipos de éste año, declaran no conocer este aspecto estratégico.

Aquellos miembros que han permanecido trabajando en el Piloto declaran poseer diferentes entendimientos del mismo, lo que denota a su vez un tema de comunicación. La no alineación de visiones en cuanto al proyecto en todos los estamentos involucrados, dificulta el entendimiento, alcance y ejecución que este implica. Desde esta perspectiva, algunos de los entrevistados señalan que el proyecto original estaba bien, el problema no fue del diseño, sino de ejecución (alude al modelo de atención).

Esta visión desde el nivel operativo sugiere la existencia de una brecha en la ejecución del PSM. Ejecución a cargo de las personas involucradas.

Por lo tanto es legítimo y apropiado preguntar si el problema es el modelo de gestión o si ha sido la gestión del modelo.

Pensamos que hay elementos tanto del diseño del modelo como de su implementación que han presentado dificultades. A nivel del diseño del modelo, por ejemplo se presentan las barreras asociadas por el desfase del convenio, impactando directamente en los trabajadores del piloto, la continuidad de los servicios con la consiguiente alteración en la relación y vínculo con las poblaciones vulnerables a las que se atiende.

Otro ejemplo desde el diseño del modelo lo constituye la falta de estándares en los protocolos y formas de registro que se crean en cada programa. Es totalmente factible mejorar el sistema de registro, de reportes, y protocolos de atención, generando ciertos estándares que sean comunes por programa.

Sin embargo, es la gestión de personas, y la gestión que estas personas hacen del PSM y lo que podría hacer la diferencia en que este piloto se transforme a futuro en un programa de salud mental efectivo y eficaz.

Liderazgo Laissez Faire

Aunque no se puede generalizar a todo el sistema y sus niveles, se podría caracterizar el liderazgo en general de este PSM con un estilo Laissez Faire.

El estilo Laissez Faire, es un estilo que ejerce poco control en sus colaboradores, su rol es pasivo y no se involucra de manera directa en las tareas que su grupo realiza. Este estilo puedo crear en los miembros del grupo grados de libertad y autonomía que pueden gatillar la creatividad pero también puede dejarlos con sentimientos de abandono o deriva, afectando la motivación.

Este estilo de liderazgo participa cuando su equipo lo requiere, entregando información muy acotada y solo cuando la gente lo solicita. La ausencia de su liderazgo puede provocar rendimientos muy pobres en sus seguidores. Como no actúa con mayor iniciativa, los colaboradores suelen tomar sus propias decisiones en materias de alta complejidad. La falta de feedback y/o evaluación oportuna frente a los aportes de su equipo puede gatillar una dispersión no solo en los objetivos y metas, sino también en la forma de lograrlos.

Podría ocurrir que este tipo de líder haya ganado su posición por contar con conocimientos administrativos o técnicos, pero se muestra incapaz de ejercer autoridad o influencia en el grupo. Las causas de este comportamiento pueden ser múltiples, en muchos casos puede referir a gestión de tiempo y a comportamiento poli-crónico (muchas cosas a la vez o vivir las interrupciones de la vida laboral con la misma prioridad de actividades planeadas). En todo caso es muy probable que la organización tenga dificultades en obtener resultados productivos, y por lo tanto el rendimiento de los colaboradores, sea más bajo de lo esperado.

Resumen y sugerencias Nivel Operativo

- Actores relevantes del PSM reconocen la necesidad de un cambio en la gestión como en la capacidad de liderazgo, en todos los niveles de la organización a cargo del PSM. Se requiere tanto de mejorar la gestión como asumir un rol de liderazgo que facilite, motive y gestione el piloto. Se propone utilizar la definición de liderazgo transformacional y liderazgo adaptativo de Heifetz. Se sugiere en este sentido articular y revisar la pertinencia de un modelo de gestión organizacional, como el modelo de gestión del conocimiento basado en comunidades de práctica de E. Wenger y P. Senge.

- La gestión actual ha sido considerado insuficiente y con limitaciones. Las personas responsables (jefaturas) de la ejecución, no han logrado un cambio de comportamientos sostenibles en el tiempo que permita la sustentabilidad del proyecto y de las personas. El cambio o rotación de las personas con el know how adquirido de la experiencia con los usuarios se pierde cada vez que el personal abandona el proyecto. En otras palabras, la alta rotación de las personas en equipos a distintos niveles del PSM no ha permitido consolidar el Piloto. Se sugieren alinear políticas de gestión de personas tanto a nivel territorial y central.

- La gestión de las personas ha tenido un impacto negativo en los resultados perseguidos. Los resultados operacionales actuales no logran impactar de manera positiva la visión original del proyecto. Se considera que en general la gestión de personas ha sido deficiente y por consiguiente se presenta como una gran oportunidad para mejorar. Se sugiere capacitar a los jefes directos de los equipos involucrados en temáticas de liderazgo, gestión y construcción de equipos efectivos.

Anexo 8: Carta Gantt

Etapas y Actividades	Semanas												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Etapa 1: Lanzamiento proyecto													
Presentación equipo	X	X											
Presentación contraparte	X	X											
Presentación PSM	X	X											
Entrega de nociones introductorias y contexto proyecto	X	X											
Mapeo de funcionamiento PSM	X	X											
Traspaso documentos de contratación	X	X											
Etapa 2: Inducción													
Entrega de documentos PSM	X	X	X										
Feedback lecturas	X	X	X										
Análisis y comprensión documentos	X	X	X										
Presentación actores claves MINDESOC	X	X	X										
Etapa 3: Planificación													
Revisión de documentos	X	X	X										
Entrevistas actores clave		X	X										
Discusión diseño de proyecto			X										
Elaboración diseño de proyecto			X										
Entrega de propuesta diseño			X										
Validación del diseño			X										
Programación acciones previas etapa 4				X									
Diseño acciones comunicacionales				X	X								
Etapa 4: Recolección													
Recolección información secundaria				X	X	X	X						
Determinación muestra por nivel				X									
Diseño instrumentos de recolección				X	X								
Desarrollo rapport					X								
Entrega informe de avance 1					X								
Validación informe de avance 1													
Aplicación técnicas cualitativas					X	X	X						
Aplicación técnicas cuantitativas						X	X	X					
Ajuste técnicas						X							
Transcripción datos							X	X					
Entrega informe de avance 2								X					
Validación informe de avance 2								X					
Confección bases de datos								X					
Etapa 5: Análisis													
Análisis data secundaria								X	X	X	X		
Análisis data primaria								X	X	X	X		
Elaboración de informe final										X	X	X	
Elaboración de data entregable												X	
Validación informe												X	
Presentación de informe final													X
Cierre consultoría													X

Anexo 9: Sistematización indicadores “Programa Piloto Salud Mental Chile Solidario” **(Octubre 2011), para Modalidades de Calle y Abriendo Caminos.**

Enunciado del objetivo	indicadores		Medios de verificación	Riesgos y supuestos
	Enunciado (Dimensión/ Ámbito de control)	Fórmula de cálculo		
FIN: Contribuir al acceso a la salud mental y especializada de los beneficiarios del Programa Calle del MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN, que presentan necesidades de atención biopsicosocial para mejorar su calidad de vida.				Los beneficiarios del Programa Calle tienen dificultades para acceder a la atención de salud mental en los dispositivos existentes en la red pública de atención.
PROPÓSITO: Los 146 beneficiarios del Programa Calle seleccionados para este piloto atienden sus problemas de salud mental a través del servicio otorgado en la red de salud pública.	Porcentaje de beneficiarios del Piloto de Salud Mental Calle que inician tratamiento de salud mental en la red de salud pública, respecto del total de los beneficiarios del Piloto. Indicador de Eficacia/Cobertura	(Nº de personas en situación de calle que inician tratamiento con el equipo de Salud mental del Programa Piloto de acuerdo al Modelo de intervención diseñado/Nº total de beneficiarios del programa Piloto para el año 2011)*100 META: 80%	Ficha de cada beneficiario del piloto	Beneficiarios del Piloto aceptan participar de éste. Piloto cuenta con recursos transferidos en los tiempos planificados para implementar modalidad de atención.
COMPONENTE 1: Ingreso al Piloto: Beneficiarios del Programa Calle que ingresan al programa piloto de acuerdo a la metodología definida en el modelo de atención	Porcentaje de profesionales contratados al inicio del piloto en relación al número de profesionales definidos por modelo Indicador de Eficiencia	Nº de profesionales contratados al inicio de la implementación del programa/Nº total de profesionales definidos en el modelo de intervención necesarios de contratar *100 META: 100%	Contratos a honorarios de cada profesional	Disponibilidad de los perfiles definidos para incorporarse al piloto. Las instituciones ejecutoras del programa calle se comprometen con el piloto y desarrollan proceso de identificación de casos de acuerdo a la metodología

Enunciado del objetivo	indicadores		Medios de verificación	Riesgos y supuestos
	Enunciado (Dimensión/ Ámbito de control)	Fórmula de cálculo		
	Porcentaje de usuarios del Programa Calle que cuentan con screening aplicado por institución ejecutora del Programa en relación al total de beneficiarios definidos Indicador de Eficacia	Nº de usuarios del programa calle con screening aplicado/Nº total de beneficiarios del Programa Piloto de Salud Mental*100 META: 100%	Informe resultados de screening aplicado a 146 usuarios.	propuesta. Los encargados de los dispositivos de la red pública de salud realizan los trámites administrativos para la contratación de los profesionales de manera oportuna
	Porcentaje de usuarios del Programa Calle derivados al programa piloto Indicador de Eficacia	Nº de usuarios del programa Calle derivados al Programa Piloto de Salud Mental a través de un instrumento de derivación común a todas las instituciones ejecutoras/Nº total de usuarios del piloto definidos*100 META: 100%	Fichas de derivación de los usuarios	
ACTIVIDAD 1:	Aplicación de screenig por parte de las instituciones ejecutoras del programa calle			Las instituciones ejecutoras aceptan la aplicación del screening a la población que atienden
ACTIVIDAD 2:	Definición de perfiles profesionales			
ACTIVIDAD 3:	Selección, reclutamiento y contratación de profesionales			
ACTIVIDAD 4:	Invitación a usuarios a incorporarse al programa piloto			Los usuarios aceptan voluntariamente la aplicación del piloto

Enunciado del objetivo	indicadores		Medios de verificación	Riesgos y supuestos
	Enunciado (Dimensión/ Ámbito de control)	Fórmula de cálculo		
ACTIVIDAD 5:	Ceremonia de inicio del programa			
COMPONENTE 2: Diagnóstico Integral Profesionales de los equipos de salud realizan diagnóstico físico y de salud mental de los usuarios del programa calle derivados al piloto	Porcentaje de profesionales del piloto que reciben nivelación de competencias del total de profesionales contratados. Indicador de eficiencia	Nº de profesionales que nivelan sus competencias en el proceso de implementación del programa piloto/Nº total de profesionales contratados en APS y especialidad en cada comuna *100 META: 100%	Programa de nivelación de competencias y listado de profesionales participantes	
	Porcentaje de usuarios atendidos en terreno para evaluación diagnóstica del total de usuarios incluidos en el programa Indicador de Eficacia	Nº de PsC que tienen evaluación diagnóstica en terrero con profesionales del ESMC de APS/Nº total del PsC derivadas al piloto por los instituciones ejecutoras*100 META: 100%	Ficha de registro de atenciones realizadas por los equipos profesionales de APS en terreno	Las instituciones ejecutoras ponen a disposición las dependencias adecuadas para la realización de las evaluaciones diagnósticas de la población atendida.
	Porcentaje usuarios derivados al programa piloto Indicador de eficacia	Nº de personas en situación de calle diagnosticadas por el equipo de Salud mental del Programa Piloto de acuerdo al Modelo de intervención diseñado/Nº total de beneficiarios del programa Piloto para el año 2011*100 META: 100%	Fichas clínicas de cada usuario	Las instituciones ejecutoras aceptan formato de las fichas de derivación elaboradas

Enunciado del objetivo	indicadores		Medios de verificación	Riesgos y supuestos
	Enunciado (Dimensión/ Ámbito de control)	Fórmula de cálculo		
ACTIVIDAD 1:	Diseño programa de nivelación de competencias para equipos de salud de APS y especialidad			
ACTIVIDAD 2:	Implementación programa de nivelación de competencias para equipos de salud servicios de metropolitano norte, central y sur			
ACTIVIDAD 3:	Definición de plan de trabajo para la realización del diagnóstico a los beneficiarios de cada institución ejecutora con los profesionales de APS del Piloto			
ACTIVIDAD 4:	Elaboración de fichas de derivación de usuarios al piloto por parte de las instituciones ejecutoras del programa calle			
ACTIVIDAD 5:	Realización de los evaluación de salud física y mental en terreno			Que los usuarios no asistan a la evaluación diagnóstica.
COMPONENTE 3: **Plan de tratamiento** Profesionales del piloto de APS y Especialidad elaboran e implementan plan de tratamiento para cada usuario en conjunto con las instituciones ejecutoras del Programa Calle	Porcentaje de reuniones de coordinación para la planificación y evaluación del plan de tratamiento indicado a los usuarios en relación a las reuniones planificadas para esta etapa Indicador de eficiencia	Nº de reuniones de coordinación para la etapa de tratamiento ejecutadas/Nº de instancias de coordinación para la etapa de tratamiento planificadas*100 META: 100%		Que los usuarios abandonen el Plan de tratamiento. Que los usuarios abandonen el programa calle. Que los usuarios se trasladen de ciudad.
	Porcentaje de atenciones realizadas en terreno en	Nº de atenciones por parte del ESMC de Especialidad	Que los usuarios asistan regularmente a la atención.	

Enunciado del objetivo	indicadores		Medios de verificación	Riesgos y supuestos
	Enunciado (Dimensión/ Ámbito de control)	Fórmula de cálculo		
	relación a las atenciones programadas Indicador de eficiencia	en terreno que reciben las PsC/Nº total de atenciones definidas en el modelo de acuerdo a nivel de habitabilidad*100 META:60%		
	Porcentaje de adherencia al tratamiento Indicador de Eficacia	Nº de PsC que se mantienen en tratamiento de especialidad en el mes t/Nº total de PsC que inician tratamiento en el programa piloto*101 META: MES 2: 60% MES 5: 80%		
ACTIVIDAD 1:	Programación mensual de reuniones de coordinación			
ACTIVIDAD 2:	Realización de las reuniones			Que las reuniones deban suspenderse por imprevistos
ACTIVIDAD 3:	Programación de atenciones en terreno de los equipos profesionales de APS y Especialidad			
ACTIVIDAD 4:	Realización de las atenciones			Que los usuarios no asistan a las actividades programadas

Enunciado del objetivo	indicadores		Medios de verificación	Riesgos y supuestos
	Enunciado (Dimensión/ Ámbito de control)	Fórmula de cálculo		
ACTIVIDAD 5:	Registro de asistencia de los usuarios a las actividades definidas en su plan de tratamiento			
COMPONENTE 4 **Cierre y/o preparación para el alta:** Los usuarios del programa culminan esta etapa en su tratamiento y los profesionales del piloto realizan las acciones pertinentes para su egreso	Porcentaje de profesionales nivelados en sus competencias Indicador de eficiencia	(Nº de Profesionales contratados para el programa piloto nivelados en sus competencias en un sistema de registro de pacientes/Nº total de profesionales capacitados)*100. META: 100%	Plan de nivelación de competencias elaborado. Listado de asistencia a la nivelación de competencias	
	Porcentaje de reuniones de coordinación realizadas Indicador de eficiencia	(Nº de reuniones de coordinación para la etapa de cierre ejecutadas/Nº de instancias de coordinación para la etapa de cierre planificadas)*100 META: 100%	Actas de reuniones	Que las reuniones deban suspenderse por imprevistos
	Porcentaje de usuarios que cumplen su plan de tratamiento Indicador de eficacia	(Nº de PsC que completan el plan de tratamiento indicado/Nº total de PsC que iniciaron tratamiento)*100 META: 60%	Registro en ficha clínica de las actividades programadas y realizadas por cada usuario	
ACTIVIDAD 1:	Definición de programa de nivelación de competencias	-		
ACTIVIDAD 2:	Implementación de programa de nivelación de competencias			

Enunciado del objetivo	indicadores		Medios de verificación	Riesgos y supuestos
	Enunciado (Dimensión/ Ámbito de control)	Fórmula de cálculo		
ACTIVIDAD 3:	Programación de reuniones de coordinación			
ACTIVIDAD 4:	Realización de reuniones de coordinación			Que surjan imprevistos terapéuticos que obliguen a suspender reuniones
	Análisis de plan de tratamiento de los usuarios del programa			Que los usuarios asistan y participen de las actividades programadas

Anexo 10: Pautas de entrevistas

Estudio PSM SSMN y SSMS. Pauta de Entrevista Nivel Estratégico
1. Cómo se gestó el PSM en el ministerio. Qué se buscaba resolver cuando comenzó el PSM. Ha cambiado esa meta?. Es posible hacer distinciones entre el desarrollo inicial y el actual momento del PSM?
2. Cuál fue el rol de (Nombrar organismo) en este proceso?
1. Qué otros actores (municipios, programas ejecutores) participaron en la formulación del PSM?
3. Cómo se distingue la participación del ministerio de desarrollo social y del ministerio de salud en el PSM. (Preguntar por visión común y aspectos diferenciadores en los ministerios, respecto de estrategia y ejecución)
4. Cómo se informó de este nuevo programa a los ejecutores (municipios, instituciones)? Existió alguna estrategia determinada?
5. El PSM inicialmente proponía los siguientes objetivos (mostrar tarjeta) ¿Qué opinión tiene de los resultados que se han logrado hasta ahora?
6. Cómo se determinaron las competencias y otras especificaciones para los equipos de salud.
7. En cuanto a la ejecución del PSM?, qué percepción tiene respecto a los equipos de trabajo que ejecutan el PSM (Nombrar modalidad y comuna)
8. Cómo se ha enterado del funcionamiento del PSM desde que se comenzó a ejecutar (mencionar sistemas de registros o monitoreos posibles)** preguntar por Modalidad y Componentes
9. Qué información de reporte del programa se genera, qué de lo informado es más relevante para ustedes y qué otra información debería estarse reportando (Quién la genera, quién la reporta, cómo se levanta, usar tarjeta de indicadores propuestos en el programa)
10. En su opinión, cuáles son los principales facilitadores y obstaculizadores que el PSM ha presentado? (preguntar por factores internos, externos)
11. Según su percepción, Ud cree que el PSM debería seguir la línea de oferta específica para poblaciones vulnerables desde salud mental? (nombrar Senda y tratamiento terapéutico de rehabilitación de consumo de drogas y alcohol, Sename, Vínculos). Considera que esta oferta puede ser abierta a otra población vulnerable (mencionar como ej: adultos mayores, familias en extrema pobreza, NNA Calle)
12. En su opinión, este programa debe dejar de ser un programa Piloto y consolidarse como un programa social en el marco del Subsistema Seguridades y Oportunidades? (puesto que se trabaja con población vulnerable).
13. Cuáles cree que son los principales desafíos del PSM (en términos estratégicos, tácticos y operativos, recomendaciones, propuestas)

	Estudio PSM SSMN y SSMS. Pauta de Entrevista Nivel Táctico
1.	Conoce el PSM? Qué se buscaba resolver cuando comenzó? ha cambiado esa meta? Es posible hacer distinciones entre el desarrollo inicial y el actual momento del PSM?
2.	Cuál fue el rol del (Nombrar organismo correspondiente) en este proceso?
3.	Cómo se distingue la participación del Ministerio de Desarrollo Social y del Ministerio de Salud en el PSM (preguntar por visión común y aspectos diferenciadores en los ministerios, respecto de estrategia y ejecución)
4.	De qué manera se ve afectado el PSM con los cambios en los equipos de trabajo dentro del Ministerio (especificar cuál)
5.	Qué necesidades resuelve el PSM realmente, de la población vulnerable atendida? (especificar cuál, modalidad y comuna)
6.	Cómo considera que ha funcionado el PSM?, en qué condiciones? Qué le parece importante relevar en este sentido?
7.	Por qué este programa ha funcionado todo este tiempo como Piloto? (desde el 2011 a la fecha)
8.	Cómo se determinan las competencias, incentivos, acciones de autocuidado y otras especificaciones para los equipos de salud?
9.	En su opinión, cuáles son los principales facilitadores y obstaculizadores que el PSM ha presentado? (preguntar por factores internos, externos)
10.	Cuénteme cómo se inserta un usuario al PSM desde el principio y hasta que cumple hasta el término de su participación? (qué criterios se adoptan para decidir su participación, quienes deciden, cómo se evalúa, cómo se determina el "alta", indagar si hay alguna instancia diferente de la propuesta por el PSM)
11.	Qué información de reporte del programa se genera, quién la genera, quién la reporta, cómo se levanta (mostrar los indicadores propuestos en el programa)
12.	Qué percepción tiene de los indicadores que levantó el PSM en un inicio (mostrar tarjeta)
13.	Cree que el PSM debería convertirse en un programa de oferta regular específica para poblaciones vulnerables desde salud mental? (nombrar Senda y tratamiento terapéutico de rehabilitación de consumo de drogas y alcohol, Sename, Vínculos). Considera que esta oferta puede ser abierta a otra población vulnerable (mencionar como ej: adultos mayores, familias en extrema pobreza, NNA Calle)
14.	En su opinión, este programa debe dejar de ser un programa Piloto y consolidarse como un programa social en el marco del Subsistema Seguridades y Oportunidades (puesto que se trabaja con población vulnerable)?.
15.	Cuál es el sentido de la complementación en la intervención al usuario del PSM y un programa psicosocial (Abriendo Caminos, Calle, Vínculos)
16.	Cómo se coordinan los equipos psicosociales y de salud en la atención del usuario (protocolos, mecanismos, prácticas que puedan ser relevados)
17.	Hay otras ofertas para esta población actualmente? cuáles? cómo funcionan?
18.	Qué modelo de gestión sustentaría el PSM a futuro
19.	Cuáles cree que son los principales desafíos del PSM (en términos estratégicos, tácticos y operativos, recomendaciones, propuestas)

Estudio PSM SSMN y SSMS. Pauta de Entrevista Nivel Operativo
1. Cómo llega el PSM acá (mencionar comuna y modalidad)?
2. Cuénteme cómo se inserta un usuario al PSM desde el principio y hasta que cumple su participación. Qué criterios se adoptan para decidir su participación, quienes deciden, cómo se evalúa, cómo se determina el "alta". Hay alguna instancia diferente de la propuesta del PSM
3. Cómo cree usted que recibe el usuario/a el PSM? (especificar comuna y modalidad)
4. Hay otras ofertas para esta población en la comuna, cuáles? cómo funcionan?
5. Cómo es levantado el diagnóstico de cada usuario?, se comparte con alguien dentro del equipo de salud y entre los equipos de salud y psicosocial?
6. Cuáles son las características del tipo de atención que se le da al usuario en el PSM?
7. Cómo fue su proceso de selección, reclutamiento?
8. Cómo describiría el proceso de inducción?
9. Qué le motiva a trabajar aquí? (por qué los profesionales se van?)
10. Qué elementos cree que son más relevantes en términos profesionales para trabajar en un PSM?
11. Cuentan ustedes con acciones de autocuidado? cuáles son? cómo se desarrollan?
12. Qué elementos facilitan y dificultan ejecutar el PSM en esta modalidad y comuna?
13. Qué personas distintas de los usuarios finales del programa pero que están asociados a ellos cree usted que se podrían considerar una oferta futura de PSM?
14. Qué información de reporte del programa se genera, quién la genera, quién la reporta, cómo se levanta? Qué fichas de registro utilizan? (mostrar los indicadores propuestos en el programa)
15. Qué percepción tienen de los indicadores que levantó el PSM en un inicio? (llevar una plantilla con todos los indicadores escritos)
16. Cuál es su percepción respecto a las estrategias de atención que han ocupado los profesionales del PSM?(especificar modalidad y comuna)
17. Ud. cree que es posible realizar distinciones entre el desarrollo inicial y el actual momento del PSM? (mencionar modalidad y comuna)
18. Qué aspectos de la coordinación entre los equipos psicosociales y de salud en la atención del usuario pueden ser relevados?
19. Cómo deberían articularse los equipos que apoyan a estos usuarios vulnerables?
20. Qué aspectos positivos rescataría de la experiencia del Piloto (enfocado a que pueda transformarse en un programa social)