

Abril, 2024

Síntesis Rápida de Evidencia:

Experiencia internacional

¿Qué componentes debería contener un plan de cuidado integral para el tratamiento de salud mental en APS?

El Ministerio de Salud tiene la misión de fortalecer el modelo de atención de salud mental, sobre la base de una atención primaria de salud (APS) con enfoque comunitario e integral, poniendo a la persona en el centro de atención durante todo el curso de vida (1). Esta síntesis fue solicitada por el Depto. de Gestión de Cuidados de la División de Atención Primaria (DIVAP), para explorar los principales componentes de un plan de cuidado integral (PCI) de salud mental en APS, en la experiencia internacional.

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia de experiencia internacional?

Es una recopilación de la evidencia disponible sobre una política, modo de organización o intervenciones de sistemas de salud.

✓ Esta síntesis incluye

- Contextualización del problema.
- Descripción de componentes de estrategias de cuidado integral de salud mental en países

✗ Esta síntesis no incluye:

- Recomendaciones explícitas de la decisión a tomar o modo de implementación.

Se reportan 5 países y 2 revisiones sistemáticas

Principales componentes de un PCI de salud mental en APS. Países seleccionados.

Componente	Brasil 	Canadá 	España 	Nueva Zelanda 	Reino Unido 
Equipo interdisciplinar	Sí	Sí	Sí: psiquiatría, psicología, enfermería, TO, TS	NR. Incluye nuevos roles: HIC y HC	Sí: psicología, psiquiatría, enfermería, TO, TS, conector comunitario
Plan consensuado con el paciente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Involucramiento familiar/comunidad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Plazos de cumplimiento	Sí. Personalizado en cada plan	Si. Personalizado en cada plan	NR	NR	Sí. Personalizado en cada plan
Presencia de Gestor de Caso	Sí: "Técnico de referencia".	Sí: "Médico de familia".	Sí: "Gestor de Casos".	NR	Sí: "Trabajador clave"

NR: No reporta; TO: Terapeuta Ocupacional; TS: Trabajador Social; HIC: Health Improvement Practitioner; HC: Health Coach

Mensajes Clave de hallazgos en revisiones sistemáticas

- Dos revisiones analizan 2 estrategias de cuidados de salud mental centrados en el paciente: "Planificación de Cuidado Personalizado" y "Toma de Decisiones Compartida". Ambas se relacionan con los componentes de Plan consensuado con el paciente e Involucramiento familiar en la formulación del tratamiento.
- Los países incluidos en las revisiones son Alemania, Australia, Canadá, EE.UU. Francia, Países Bajos, Reino Unido, Suecia y otros países no especificados (otros países de Europa, 1 país de África, 2 de Asia y 1 de América del Sur). El 70% de los estudios se realizaron en EE.UU.

Introducción

La OMS recomienda promover un enfoque de salud mental basado en los derechos humanos, a través de la ampliación de los servicios de salud mental centrados en las personas y orientados a la recuperación. Para lograrlo, se recomienda que los sistemas de salud amplíen la perspectiva del modelo biomédico hacia un enfoque integral, considerando todos los aspectos de la vida de las personas (2).

A pesar de la relevancia de la atención primaria, las personas con problemas de salud mental tienen dificultades para acceder a la atención, o suelen recibir una calidad de servicio deficiente. De acuerdo con la OPS(3), alrededor del 80% de las personas con condiciones de salud mental no reciben el tratamiento que requieren, pese a existir intervenciones efectivas y posibles de ser otorgadas a nivel de APS.

La desconexión entre la salud mental y la atención de la salud física requiere esfuerzos de articulación y coordinación. En este contexto, se encuentran los modelos colaborativos de atención que abordan integralmente las condiciones de salud mental. Uno de sus principales objetivos es normalizar y desestigmatizar el tratamiento, aumentando el acceso a los servicios de salud mental. Estos modelos se organizan en función de una serie de componentes y actividades que se desarrollan y proveen principalmente en entornos de atención primaria (4).

En Chile, El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 aborda la necesidad de profundizar el modelo comunitario de salud mental con enfoque en la recuperación, el cual fortalece la participación de los usuarios en la atención de salud mental (1). A su vez, la elaboración de la “Estrategia para la Mejora Continua de la Calidad de la Atención de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud del País” apunta a mejorar aspectos de cobertura y calidad en la atención de salud mental en contextos de atención primaria fortaleciendo los recursos ya existentes de la red.

A continuación, se presentan los hallazgos de experiencias internacionales identificadas a través de una búsqueda dirigida en países seleccionados y de una búsqueda sistemática de evidencia científica. Ver Metodología.

METODOLOGÍA

¿Cómo se realizó la búsqueda de evidencia?

La búsqueda en países se realizó en sitios web gubernamentales, utilizando los conceptos “salud mental” y “atención primaria de salud”, en los idiomas oficiales de cada país seleccionado.

Además, aprovechando el trabajo previo realizado para la DIVAP de “Mapa de evidencia de Modelos de atención de salud mental en APS”, se actualizó la búsqueda al 28 de noviembre de 2023, para analizar si las revisiones sistemáticas incluidas en el mapa abordan los componentes de un plan de cuidado integral de salud mental en APS.

Las estrategias de búsqueda se encuentran en el [Anexo 1](#).

¿Cómo se seleccionó la evidencia?

En los sitios web gubernamentales, se priorizaron documentos oficiales sobre estrategias o planes nacionales de salud mental en APS.

En el caso de la búsqueda sistemática en bases de datos, dos revisores seleccionaron las revisiones sistemáticas y estudios primarios según los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: Aborda planes de tratamiento individual de salud mental en atención primaria de salud. Los planes deben ser elaborados de manera consensuada con el paciente, e involucrar un equipo multidisciplinario a nivel de APS.

Criterios de exclusión: Tratamientos que no se otorguen en APS, o que sean grupales, o que sean definidos 100% por el profesional tratante. También se excluyeron acciones de prevención, tamizaje y promoción de salud mental.

Experiencia de países seleccionados

Para delimitar los alcances de este informe, el Departamento de Gestión de Cuidados de la División de Atención Primaria priorizó 7 países de interés, para explorar los principales componentes de sus planes de cuidado integral para el tratamiento de salud mental en la atención primaria de salud, que se indican a continuación (Ver mapa geográfico en Anexo 2):

1. [Brasil](#)
2. [Canadá](#)
3. [España](#)
4. [Nueva Zelanda](#)
5. [Reino Unido](#)
6. Australia
7. Cuba

A partir de los documentos encontrados, se identificaron 6 componentes que representan los principales aspectos que conforman los planes de cuidado integral (PCI) para el tratamiento de salud mental en APS. De esta manera, la información disponible se organizó en función de las siguientes preguntas:

1. Equipo interdisciplinar: ¿El PCI considera más de un profesional en la atención?
2. Plan consensuado con el paciente: ¿Cuál es nivel de participación de los pacientes en el PCI?
3. Acompañamiento familiar o comunitario: ¿El PCI contempla en su ejecución este tipo de recursos de acompañamiento?
4. Plazos de cumplimiento: ¿El PCI considera explícitamente plazos de ejecución (inicio, seguimiento, término, monitoreo de recaída)?
5. ¿Existe presencia de Gestor/a de caso en el PCI?
6. ¿El PCI identifica clara y explícitamente los objetivos específicos del tratamiento?



Hallazgos de la búsqueda de países seleccionados

A continuación, se presentan los componentes de interés de los respectivos planes de cuidado para el tratamiento de la salud mental en APS en Brasil, Canadá, España, Reino Unido y Nueva Zelanda.

En los casos de Australia y Cuba, no se encontró información específica que abordase las preguntas priorizadas, por lo cual no se incluye evidencia de estos países en este reporte.

1. BRASIL

En Brasil, la red de salud mental se organiza a través del Sistema Único de Salud (SUS). En la base de la red se encuentran los Centros de Salud Mental Comunitarios (CAPS), que ofrecen una atención continua, individualizada e integral a personas con trastornos mentales y dificultades psicosociales. Sus objetivos principales incluyen brindar atención psicosocial, promover la autonomía, e incrementar la participación social. Los usuarios de los CAPS elaboran un plan de recuperación centrado en la persona que se denomina “proyecto terapéutico singular” (PTS) (2).

El PTS es una estrategia de atención construida colectivamente por un equipo multidisciplinario, tomando en cuenta las necesidades, expectativas y contexto social de la persona o del colectivo al que va dirigido(5). La definición del PTS requiere la participación del paciente en el diseño, aplicación y evaluación de su plan, fomentando la participación familiar en el proceso de cuidado con el objetivo de facilitar la reinserción social, desarrollar la autonomía y activar redes de apoyo. De esta manera, el PTS contempla las necesidades del paciente de manera personalizada y se considera que empodera a las personas en su proceso de recuperación (6).

La construcción de un PTS consta de cuatro etapas (6):

La **primera etapa** se basa en el diagnóstico y análisis situacional, evaluando los aspectos físicos, psicológicos y sociales. El objetivo es generar una conclusión sobre los riesgos y vulnerabilidades, la capacidad de resiliencia y potencialidades, las creencias, deseos e intereses, y la red de apoyo familiar y social del sujeto o del colectivo.


En la **segunda etapa** se definen acciones y metas de corto, mediano y largo plazo que serán discutidas y negociadas entre el equipo tratante y el paciente involucrando un proceso de toma de decisiones compartida.

La **tercera etapa** es la asignación de tareas y responsabilidades a cada uno de los participantes del PTS. Implica definir el técnico de referencia para el caso, quien debe ser la persona del equipo que haya formado el mayor vínculo con el paciente.

La **cuarta etapa** es la reevaluación del PTS, en la que se discute la evolución del caso, nuevas metas y cambios si es que fueran necesarios.



Tabla 1. Componentes del plan de cuidado integral en Brasil

 Proyecto Terapéutico Singular (6)	
Equipo Interdisciplinar	El Proyecto Terapéutico Singular es un trabajo realizado por un equipo interdisciplinario de salud con vistas al seguimiento de un caso específico que puede involucrar a un sujeto o a una comunidad. El desarrollo de un PTS implica por tanto la necesidad de una mayor coordinación interprofesional a través de espacios de trabajo colectivo sistemático y de la corresponsabilidad para definir las acciones a seguir (6).
Plan consensuado con el paciente	La participación del individuo se requiere en la elaboración, aplicación y evaluación del programa terapéutico(6) .
Involucramiento familiar o comunitario	El acuerdo sobre lo que es posible hacer debe incluir a todos los involucrados: equipo y usuario, familia, grupo o colectivo al que se dirige el PTS. Además, se reconoce como principio rector del trabajo del PTS la activación de la red social de apoyo de la persona(6) .
Plazos de cumplimiento	La división de tareas y responsabilidades implica la clara definición de plazos en el PTS . Además, el PTS está sujeto a una reevaluación realizada por el técnico de referencia donde se revisan plazos, expectativas, tareas, objetivos, resultados esperados y obtenidos para redireccionar intervenciones según las necesidades(6).
Presencia de Gestor de Caso	El rol del técnico de referencia es asumido por el trabajador que establece mayor vínculo con el usuario. Es responsable de coordinar el PTS, sus tareas, objetivos y plazos mediante el seguimiento, la articulación, la negociación consensuada y la reevaluación del proceso con la persona, sus familiares y el equipo de salud(6).
Identificación de metas y objetivos del tratamiento	La definición de los objetivos se produce a través de una comunicación y negociación entre el técnico de referencia y el equipo tratante y, por otra, entre el equipo o el propio técnico de referencia y la persona, familia o grupo. El proceso contempla la reevaluación de los objetivos, metas y acciones del plan(6).
Otras consideraciones	No se reportan otras consideraciones.

2. CANADÁ

En Canadá, las primeras iniciativas de prácticas colaborativas de salud mental en atención primaria consistieron en un informe realizado por el Colegio de Médicos de Familia de Canadá (CFPC) y la Asociación Canadiense de Psiquiatría, y la creación del Fondo de Transición de Atención Primaria de Salud del Gobierno de Canadá junto al establecimiento de la Iniciativa Canadiense de Colaboración en Salud Mental. Estas iniciativas cumplieron un rol en visibilizar y promover la necesidad de una mayor colaboración entre la atención primaria y la atención de salud mental (4).


Los esfuerzos para desarrollar modelos de atención integrada en Canadá han tenido como objetivo brindar una atención integral para las condiciones de salud física y mental. En la provincia de Ontario, por ejemplo, se conformó la Alianza de Psiquiatría Médica, que trabaja en conjunto con el Ministerio de Salud y Atención a Largo Plazo para realizar una atención integral de las personas (4). Algunos de los objetivos establecidos por dicha alianza fueron:

- Mejorar la calidad de vida y aumentar la esperanza de vida de quienes padecen simultáneamente enfermedades físicas y mentales.
- Crear un nuevo modelo de atención clínica para apoyar a los pacientes con enfermedades físicas y mentales concurrentes.
- Enseñar a los profesionales de la salud cómo prevenir, diagnosticar y tratar mejor las enfermedades mentales y enfermedades físicas.

Uno de los modelos de atención colaborativa en uso en Canadá, es el modelo *Patients Medical Home* (PMH, por sus siglas en inglés) propuesto por el CFPC, el cual busca generar una atención colaborativa, coordinada, integral, centrada en el paciente, y que esté articulada con otros servicios de salud. Para lograr estos objetivos, el modelo aboga por el esfuerzo coordinado de todo el equipo de salud. Para orientar su implementación, la CFPC elaboró la guía *Best Advice Guide: Recovery-Oriented Mental Health and Addiction Care in the Patient's Medical Home* para la aplicación del PMH en contexto de recuperación en salud mental (7). Ver componentes en Tabla 2.



Tabla 2. Componentes del plan de cuidado integral en Canadá

 Modelo “Patients Medical Home (PMH)” propuesto por el CFPC de Canadá	
Equipo Interdisciplinar	El modelo PMH reconoce la importancia de la colaboración dentro de los equipos de salud de atención primaria, donde cada profesional de la salud contribuye con su experiencia . Este enfoque implica una organización con claridad de roles dentro del equipo evitando generar expectativas ambiguas sobre éstos. La falta de claridad en las funciones podría crear confusión dentro del equipo, lo que resultaría en una atención de menor calidad, por lo que se recomienda que los roles se encuentren claramente delineados. Esto debe organizarse a nivel de la práctica local en relación con las necesidades y recursos de cada comunidad(7).
Plan consensuado con el paciente	El modelo PMH propone desarrollar conjuntamente los planes de atención personal con los pacientes . Esto implica brindar información sobre las opciones de tratamiento disponibles y permitirle tomar decisiones de acuerdo con su condición, preferencias y objetivos(7).
Acompañamiento familiar o comunitario	Los familiares y la comunidad desempeñan un rol clave en el tratamiento, pudiendo cumplir una variedad de funciones (ej. administrar casos informales; apoyar la intervención en crisis). Se sugiere preguntar a los pacientes sobre el tipo y nivel de participación que desean de su red y revisarla periódicamente. Dependiendo del paciente, se puede incorporar a familiares en las sesiones y asegurarse de que estén actualizados sobre los avances. La recuperación centrada en la familia incluye además abordar las necesidades de bienestar de los propios cuidadores (7).
Plazos de cumplimiento	Si bien el modelo PMH supone un trabajo de planificación, no se mencionan plazos de tiempo específicos ya que dependen del proceso personalizado de construcción del plan (7).
Presencia de Gestor de casos	El PMH no aborda la figura del gestor de casos, pero dado que las personas interactúan con diferentes prestadores de atención médica, es importante que el médico familiar sirva como conexión central con el equipo del paciente, garantizando la prestación adecuada de servicios y el intercambio de información (7).
Identificación de metas y objetivos del tratamiento	Los equipos de atención establecen en conjunto objetivos compartidos que reflejen las prioridades del paciente y su familia (7). Se sugiere dejar por escrito el plan de tratamiento, incluyendo los siguientes elementos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer objetivos ➤ Monitoreo del progreso ➤ Delinear información de las vías para acceder a los recursos ➤ Documentar funciones y responsabilidades de todos los participantes, incluyendo al paciente (7).

Otras consideraciones	No se reportan otras consideraciones.
-----------------------	---------------------------------------


3. ESPAÑA

La Estrategia Nacional de Salud Mental (ENSM) del Sistema Nacional de Salud fue desarrollada el año 2006 por el Ministerio de Sanidad en colaboración con las comunidades autónomas, siendo actualizada inicialmente el año 2009. Proporciona una herramienta útil para mejorar la salud mental de la población, atender y acompañar de forma integral a las personas con problemas de salud mental, apoyar a sus familias y promover un modelo de atención integral y comunitario que favorezca la recuperación e inclusión social (8).

El año 2017 se acordó reorientar la Estrategia, permitiendo una nueva actualización para el periodo 2022-2026 (8). La actualización vigente plantea un enfoque basado en los derechos humanos, la inclusión social, la lucha contra el estigma, y la promoción de la salud mental. La Estrategia Nacional (8) consta de 10 líneas estratégicas que van desde la autonomía y derechos, hasta la investigación, innovación y conocimiento. Cada línea estratégica se compone de objetivos generales, los cuales a su vez se desglosan en objetivos específicos (ver detalle en Anexo 3).

La línea estratégica N° 4 aborda la “Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario.” En este contexto, se deben elaborar **Planes Individualizados de Atención (PIA)** con participación del paciente. El PIA debe organizarse bajo un diálogo informado, en el cual las opciones y estrategias de la persona deben jugar un papel relevante en las decisiones. Los componentes del PIA se describen en la Tabla 3.

Tabla 3. Componentes del plan de cuidado integral en España

 Plan Individualizado de Atención (PIA), en el marco de la Estrategia Nacional de Salud Mental de España. Periodo 2022-2026.	
Equipo Interdisciplinar	El enfoque multidisciplinar incluye la perspectiva sanitaria, social y judicial. Aborda 5 tareas críticas: (1) prescribir una terapia multisectorial, (2) potenciar la interconsulta con protocolos clínicos consensuados, (3) aplicar psicoeducación familiar, (4) desarrollar el proceso de “Gestor de casos” para casos más graves o con factores de riesgo, y (5) obtener cobertura institucional y legal para casos graves o con problemas importantes de comportamiento. Los equipos deben articularse en torno a las necesidades de salud mental a través del “análisis de caso” para definir roles y responsabilidad de los diferentes profesionales y niveles de atención(8). El equipo de atención, tanto en el establecimiento como en la comunidad, debe considerar al menos psiquiatría, psicología, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social.



<p>Plan consensuado con el paciente</p>	<p>El PIA debe estar centrado en la persona, en el marco de una alianza terapéutica y un diálogo informado. La línea estratégica N°1, busca garantizar al paciente su activa participación desde el primer momento que entra en contacto con los servicios de atención. Se debe establecer una planificación de decisiones anticipadas durante el proceso terapéutico y de recuperación. Además, el proceso de atención se basa en la voluntad de la persona, evitando al máximo el tratamiento involuntario, exceptuando casos donde concurra una medida judicial o una autorización por riesgo vital del paciente (8).</p>
<p>Acompañamiento familiar o comunitario</p>	<p>La línea estratégica N°4, prioriza el apoyo a los pacientes en su propio contexto. Los vínculos familiares y comunitarios deben potenciarse con una adecuada planificación de la dotación de servicios: equipos de tratamiento asertivo comunitario y equipos de atención domiciliaria interdisciplinar. Requiere además entrenar a las figuras parentales, facilitar la participación de familiares y cercanos en situaciones de crisis del paciente, e impulsar el apoyo entre pares en el proceso de recuperación; esto último, compartiendo aprendizajes en las redes de apoyo, y centros comunitarios, según el nivel de necesidad (8).</p>
<p>Plazos de cumplimiento</p>	<p>No reportado.</p>
<p>Presencia de Gestor de casos</p>	<p>En cada equipo tratante, al ser interdisciplinar, integral y comunitario, se debe establecer y resaltar el rol de “gestor de caso”, para asegurar la cobertura adecuada por parte de las instituciones comunitarias que intervienen en cada caso (8).</p>
<p>Identificación de metas y objetivos del tratamiento</p>	<p>Si bien la estrategia alude al proceso de planificación de la intervención y los niveles de participación conjunta, no brinda información detallada sobre la identificación de metas y objetivos que debe contener dicho plan (8).</p>
<p>Otras consideraciones</p>	<p>Consideraciones de equidad: La ENSM impulsa la promoción de modelos de relación igualitaria y sana entre mujeres y hombres, incorporando la perspectiva de género en el ámbito de la salud mental. Promoviendo además el acceso a una atención a la salud mental de calidad para todos y todas, incluidos grupos de mayor vulnerabilidad como migrantes, personas con discapacidad, personas LGTBIQ+, personas mayores, personas en situación de pobreza, personas en situación de calle, personas en situación de exclusión social, niños, niñas y adolescentes y personas en instituciones penitenciarias, entre otros (8).</p>



<p>Prevención de recaídas: Junto a la formación en habilidades de intervención en crisis, el plan sugiere implementar procedimientos específicos de intervención (valoración del riesgo, contención verbal, regulación de estímulos, técnicas de desescalada) que hagan innecesario el uso de la contención mecánica o farmacológica (8).</p> <p>Planificación de decisiones anticipadas: La línea estratégica N°4 recomienda elaborar planes conjuntos de intervención y recuperación entre el paciente y el equipo tratante, que incluyan la planificación anticipada de decisiones, para que el paciente manifieste sus necesidades y preferencias sobre la atención de salud mental que reciba en el futuro, en especial en momentos de crisis aguda o severa. Se deben establecer procedimientos para aplicar adecuadamente las herramientas que permiten respetar la toma de decisiones y las decisiones anticipadas: “Documento de instrucciones previas” o “Documento de voluntades anticipadas” (8).</p>

4. NUEVA ZELANDA

La salud mental primaria se brinda principalmente a través de la práctica general y, cuando es necesario, mediante la derivación a equipos comunitarios de salud mental o prestadores de terapia psicológica. El acceso a la terapia psicológica financiada con fondos públicos está disponible para grupos priorizados: maoríes, pueblos del Pacífico, personas de bajos ingresos y jóvenes, a través de organizaciones de salud primaria (PHOs) (12).

Desde el año 2020 el Ministerio de Salud se encuentra implementando un nuevo modelo de atención primaria integral de salud mental y adicciones (IPMHA)(13). Este modelo es parte de un conjunto de servicios que buscan ampliar el acceso y la elección del apoyo de salud mental primaria, y son parte del programa “Access and Choice”(14) elaborado en respuesta al Informe *He Ara Oranga* (15) que identificó la necesidad de proporcionar un mejor acceso y más opciones de servicios de salud mental.

El nuevo modelo, basado en evidencia internacional y en un codiseño local, brinda una intervención breve, rápida y específica en APS. Se accede al servicio a través de la atención general y crea nuevos roles clave en la APS: el Profesional de Mejora de la Salud (HIP) y el Asesor de Salud o *Health Coach* (HC). En este modelo, un médico de cabecera o una enfermera de atención general pueden ofrecer a una persona que sufre problemas de salud mental o emocional, la opción de ver al HIP o al HC en el mismo lugar de atención y de forma inmediata, sin la necesidad de cumplir criterios formales para la derivación (13). Ver componentes en Tabla 4.


- **Profesional de mejora de la salud (HIP):** médico de salud mental experimentado y registrado que brinda evaluación y terapia de intervención breve según sea necesario, abordando estrategias y un plan para realizar cambios positivos (13).



- **Asesor de Salud (HC):** no es un profesional de salud mental registrado, pero recibe un entrenamiento específico para desempeñar su rol. El HC garantiza que los pacientes puedan acceder a los recursos necesarios, y apoya la motivación y capacidad de las personas para comprender y autogestionar mejor sus necesidades de bienestar emocional, físico y social (13).

Este modelo busca, además, que los servicios se conecten en red en todos los niveles, para que las personas puedan acceder al apoyo que necesitan de forma integral por parte de los servicios de salud mental y adicciones y otras agencias de gobierno. De este modo, las personas no se ven obligadas a ser responsables de transitar por una gama compleja de servicios para satisfacer todas sus necesidades. Los servicios recurrirán a sus redes a nivel local, regional y nacional. Cada localidad contará con servicios primarios integrados de salud mental y adicciones como parte de sus servicios integrales de atención primaria (16).

Tabla 4. Componentes del plan de cuidado integral en Nueva Zelanda

 Integrated primary mental health and addiction (IPMHA) (13)	
Equipo interdisciplinar	<p>El modelo IPMHA crea dos nuevos roles en APS: el Profesional de mejora de la salud (HIP) y el Asesor de salud (HC), encargados de asesorar a los pacientes en función de objetivos individualizados, promoviendo la autogestión y conectándolos con otros servicios que necesiten.</p> <p>Si bien el modelo no alude a la atención interdisciplinar, la descripción de los perfiles de HIP y HC destaca la relevancia de la evaluación colaborativa adecuada a las necesidades de la persona y al entorno del servicio para hacer coincidir el tipo y la intensidad de los servicios planificados con las necesidades de la persona, garantizando respuestas oportunas y no duplicadas.</p>
Plan consensuado con el paciente	<p>De acuerdo con el marco <i>Orange Hinengaro</i>(16), que establece los componentes centrales del cuidado de salud mental y adicción con una visión de 10 años, la atención debe basarse en un modelo centrado en la persona y en la familia, que responda a sus necesidades particulares. El trabajo del HC incluye el desarrollo de un plan de apoyo con seguimiento según sea necesario, adaptado a las circunstancias individuales. Para algunas personas, la sesión inicial es suficiente para brindarles el apoyo emocional necesario(13).</p>
Acompañamiento familiar o comunitario	<p>Además de la inclusión familiar, el enfoque del sistema de salud apunta a estar centrado en la comunidad entendiendo que las comunidades sólidas brindan una base de apoyo vital para el bienestar mental. El sistema reconoce la importancia de fomentar soluciones lideradas por la comunidad y garantizar que los servicios apoyen las conexiones comunitarias de las personas (16).</p>

Plazos de cumplimiento	No reportado.
Presencia de Gestor de casos	No reportado.
Identificación de metas y objetivos del tratamiento	Se menciona la existencia de planes individuales, pero no se detalla información relativa a las metas y objetivos.
Otras consideraciones	Consideraciones culturales: Las personas y sus familias están en el centro de la atención, pudiendo acceder a una amplia gama de servicios multidimensionales y apoyos comunitarios, que son culturalmente seguros y respetuosos, valorando las creencias y formas de ser de cada persona (16).

5. REINO UNIDO

El Plan de Implementación de Salud Mental del *National Health Service (NHS)* en Reino Unido para el periodo 2019/20-2023/24 (9), incorpora reformas a la atención de salud mental aumentando el financiamiento y brindando un nuevo marco de acción para las atenciones en la red primaria. Los cambios implementados se orientan a sistemas de salud más integrados a nivel poblacional favoreciendo respuestas más personalizadas. El plan reconoce que los servicios de atención primaria suelen ser el primer punto de contacto para las personas que padecen problemas de salud mental, por lo que los nuevos modelos de atención primaria y comunitaria integrada abarcan tanto la prestación comunitaria básica como la atención especializada. De esta manera, busca ampliar el acceso a los servicios de terapias psicológicas para adultos con problemas de salud mental.


Para dar respuestas a las transformaciones contenidas en el plan, se encuentran en desarrollo diferentes modelos de atención, destacando *The Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults, publicado el 2019* (10). Este modelo busca establecer un estándar universal de atención de alta calidad, con un enfoque flexible, y personalizado siguiendo un medio de evaluación integral adaptable a la complejidad de las necesidades y circunstancias de los individuos, tomando en consideración sus decisiones y las opiniones de los cuidadores y familiares. Ver componentes en Tabla 5.

En este modelo se propone un servicio comunitario básico de salud mental, que combina las atenciones en el nivel primario, para personas con necesidades menos complejas, con aquellas de mayor complejidad en atención secundaria y entornos residenciales, conformándose nuevas Redes de Atención Primaria en torno a las prácticas de los médicos de cabecera, los vecindarios y los centros comunitarios existentes. La configuración de cada equipo será determinada por cada área local, en función de las necesidades de su población. Lo anterior implica que una proporción significativa del personal comunitario de salud mental



se integrará en la atención primaria, para brindar un mejor apoyo a los pacientes y al personal de atención primaria (11).

Tabla 5. Componentes del plan de cuidado integral en Reino Unido

 The Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults (10)	
<p>Equipo Interdisciplinar</p>	<p>El modelo propone un proceso interdisciplinario y colaborativo, tanto entre los miembros del equipo de salud mental como con el paciente y sus familias o red de apoyo. Enfatiza la relevancia de la comunicación y el respeto entre distintos profesionales de salud y niveles de atención. El proceso de evaluación diagnóstica puede ser realizado por diferentes miembros del servicio comunitario básico de salud mental en el momento en que una persona busca acceso(10). Los profesionales clave en servicios locales multidisciplinares podrían incluir (10):</p> <ul style="list-style-type: none"> • psicólogos clínicos • enfermeras de salud mental • terapeutas ocupacionales • personal de atención primaria • psiquiatras • terapeutas psicológicos • trabajadores sociales • conector comunitario
<p>Plan consensuado con el paciente</p>	<p>Una intervención puede consistir en una sola sesión breve que permita a la persona obtener ayuda por sí misma. Sin embargo, para una proporción significativa de personas habrá una intervención detallada en un plan de atención y apoyo personalizado desarrollado en conjunto con los pacientes. Para personas con problemas menos complejos, los planes de atención son breves y uniprofesionales, pudiendo contemplar, por ejemplo, una terapia, apoyo para incorporarse a un grupo comunitario, o inicio de un tratamiento con medicación. Para las personas con problemas más complejos, la evaluación es más integral y puede requerir aportes multidisciplinares, siendo más probable que las intervenciones también sean de naturaleza multiprofesional (10). Según este modelo las personas que requieran apoyo, atención y tratamiento en la comunidad deben tener un plan de atención coproducido y personalizado, que tenga en cuenta todas sus necesidades, así como sus derechos en virtud de la Ley de Atención y el artículo 117 de la Ley de Salud Mental cuando sea necesario (10).</p>
<p>Acompañamiento familiar o comunitario</p>	<p>Los servicios de salud con este enfoque buscan de forma proactiva las contribuciones de los cuidadores y familiares para incorporarlas en la planificación de atención (10).</p>



	<p>Se propone además un rol específico de “conector comunitario” o “navegador de cuidados”. Las funciones clave de este rol son estar familiarizados con los recursos y activos locales disponibles en la comunidad, variar el apoyo según las necesidades, y evaluar la capacidad y motivación de una persona para participar en actividades comunitarias (10).</p>
<p>Plazos de cumplimiento</p>	<p>El plan de atención incluye plazos para su revisión, que deben discutirse y acordarse con el paciente y quienes participan en su atención desde el principio (10). Se favorecen plazos flexibles y adaptables a lo que se vaya acordando con el paciente, por sobre un plazo largo y arbitrario. El proceso de planificación de la atención debe además vincularse a la medición de los resultados (10).</p>
<p>Presencia de Gestor de casos</p>	<p>Para los pacientes con problemas más complejos, que pueden requerir intervenciones multidisciplinarias, un profesional tendrá la responsabilidad de coordinar la atención y el tratamiento. La coordinación puede ser desempeñada por trabajadores de salud de distintas profesiones (10). Los usuarios del servicio y los cuidadores deben tener claro a quién pueden contactar mediante la designación de un “trabajador clave”; en la mayoría de los casos éste puede ser el coordinador de atención existente para las personas que ya están bajo su cuidado. El propósito de designar trabajadores clave es garantizar que un paciente pueda construir una relación consistente con un tratante que comprenda su historia y que pueda ayudarlo a participar con la atención y apoyo disponible (10).</p>
<p>Identificación de metas y objetivos del tratamiento</p>	<p>Si bien el modelo no explicita información específica sobre la identificación de objetivos, señala que los planes de atención deben incluir las acciones que deberá emprender el usuario y las acciones que emprenderán los servicios para apoyarlos. Además, indica que debe existir una documentación breve y clara y un seguimiento de las acciones acordadas (10).</p>
<p>Otras consideraciones</p>	<p>Acceso a la información: De acuerdo con el modelo integral de atención personalizada del NHS, se debe alentar a los usuarios del servicio a ser propietarios de la información dentro de su plan de atención, y sentirse seguros para solicitar modificaciones si las circunstancias cambian. Considerando lo anterior, se requiere que los planes en versión digitalizada estén fácilmente disponibles y accesibles tanto en términos de idioma como de formato (para los usuarios del servicio, cuidadores, familiares y todas las agencias involucradas en el cuidado del usuario), y sean actualizadas periódicamente según lo acordado con el usuario del servicio (10).</p>

Hallazgos de la búsqueda sistemática

A partir de la búsqueda realizada ([Ver Anexo 1](#)), se identificaron inicialmente 733 revisiones sistemáticas (RS). De éstas se excluyeron 88 publicaciones por estar duplicadas, quedando 645 artículos para cribado de título y abstract. Luego de este proceso, 69 revisiones sistemáticas (RS) fueron seleccionadas para revisión de texto completo, de las cuales finalmente se incluyeron dos: **una RS publicada el 2020 (17) que incluye 150 ensayos clínicos**, los cuales corresponden a 150 programas únicos de cuidado colaborativo para depresión y ansiedad en APS, realizados en Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos (71%), Países Bajos, Reino Unido y Suecia; **y un Scoping Review publicado el 2019 (18) que incluye 149 estudios** de diseños empíricos-cuantitativos, cualitativos y de métodos mixtos, sobre modelos de atención en APS para trastornos mentales por uso de sustancias, realizados en Australia, Canadá, Estados Unidos (67%), Países de Europa (Francia, Reino Unido, Suecia, entre otros), 1 país de África, 2 de Asia y 1 de América del Sur.

Ambas revisiones abordan dos estrategias que se relacionan con dos componentes de un PCI de salud mental: la participación activa del paciente para un plan consensuado de atención y el involucramiento familiar y comunitario en la formulación del tratamiento. Cabe notar, además, que las etapas de planificación de estas estrategias participativas centradas en el paciente permiten también identificar los otros componentes abordados en los planes de cuidado integral de los países revisados en la sección anterior.

Los hallazgos se dividieron según la patología a la que estuvieran orientadas:

1. Estrategias de participación de pacientes en programas de cuidados colaborativos para depresión o ansiedad en APS.
2. Principios de la atención centrada en el paciente para trastornos por uso de sustancias.

Hallazgo 1: Estrategias para la participación de pacientes en programas de cuidados colaborativos para depresión o ansiedad en APS

El objetivo de la RS seleccionada (17) fue describir las prácticas de dos estrategias de participación del paciente, utilizadas en modelos de atención colaborativa para la depresión y los trastornos de ansiedad en atención primaria. De los 150 programas analizados por la RS, solamente 63 incluyen alguna de las dos estrategias o ambas en conjunto:

- Planificación de la atención personalizada
- Toma de decisiones compartidas

Esta RS (17) consideró que la “planificación de la atención personalizada” era de carácter personalizado cuando había una clara referencia a que los pacientes participaron en el desarrollo del plan de atención y estuviera descrito el proceso de planificación. Para esto, se utilizó un marco conceptual que propone siete componentes de la planificación de la atención personalizada (19). Acorde a esta estrategia, los componentes pueden organizarse en dos

fases: 1) Desarrollo del plan de atención, y 2) Coordinación de la atención y ajustes del plan (Ver las dos primeras columnas de la Tabla 6).

En el caso de la “Toma de decisiones compartidas”, la RS (17) establece que un plan de atención refleja mínimamente una toma de decisión compartida cuando se informan al menos dos de los siete procesos que se detallan en la última columna de la Tabla 6.

Finalmente, la Tabla 7 presenta los principales componentes o características de los programas de atención colaborativa revisados en la RS incluida (17), indicando el porcentaje de programas que cumple o presenta dicho componente/característica.

Tabla 6. Componentes de las estrategias de participación de los pacientes

Planificación de Atención Personalizada		Toma de Decisiones Compartida
Fase 1: Componentes para el desarrollo del del plan de atención	a. Preparación	Al menos debe considerar 2 de los siguientes 7 procesos:
	b. Establecer objetivos	1. El proveedor identificó una decisión a tomar o explicó el problema que requiere una decisión
	c. Definir acciones	2. El proveedor y el paciente intercambiaron información relacionada con una decisión
	d. Documentar proceso	3. El proveedor presentó opciones al paciente
Fase 2: Componentes para la coordinación de la atención y ajuste del plan	a. Coordinación	4. Se exploraron las preferencias del paciente
	b. Soporte	5. Se discutieron los pros y los contras de cada opción
	c. Revisión	6. El proveedor y el paciente tomaron una decisión juntos
	d. Planificación de prevención de recaídas	7. El proveedor y el paciente revisaron una decisión particular.



Tabla 7. Componentes y características de los planes de atención

Características de las estrategias de participación de los pacientes en cuidados colaborativos para depresión o ansiedad		Planificación de Atención Personalizada (N=51)	Toma de Decisiones Compartida (N=43)
¿Equipo multidisciplinario?	Si (2-3 proveedores)	59%	35%
	Si (4-5 proveedores)	35%	16%
	No (1 proveedor)	6%	49%
Tipo de profesionales del equipo multidisciplinario	Médicos APS	88%	60%
	Psiquiatras	69%	29%
	Psicólogos u otros profesionales de SM	22%	12%
	Otros especialistas	18%	10%
	QF / Trabajador social	8%	2%
	Enfermeras	4%	2%
¿Gestor del cuidado? Tipo de profesionales que pueden asumir el rol de gestor del cuidado	Si	98%	84%
	Enfermeras	57%	42%
	Trabajadores sociales	24%	30%
	Psicólogos	14%	5%
	Otros profesionales de salud mental	12%	12%
	Otros profesionales	6%	5%
¿Involucra a la familia?	No	84%	86%
	Si	16%	14%
Grupos de edad de los pacientes	Adultos (>= 18 años)	86%	84%
	Solo adultos mayores (>= 60 años)	10%	9%
	Niños o adolescentes	4%	7%

Hallazgo 2: Principios de la “atención centrada en el paciente” para trastornos por uso de sustancias

El objetivo del *scoping review* seleccionado (18) fue explorar qué principios de la atención centrada en el paciente se han descrito en la literatura y cómo se han definido y medido en los planes de atención para personas con trastornos mentales relacionados con uso de sustancias. Para esto, los autores del *scoping* realizaron un análisis de contenido de 149 artículos, siendo en su mayoría estudios cuantitativos realizados en Norteamérica. La Tabla 8 define los seis principios identificados en el análisis realizado en el *scoping*, indicando el porcentaje de artículos que incorporan el respectivo principio.

Tabla 8. Principios de la Atención Centrada en el Paciente

Principios de la Atención Centrada en el Paciente	Definición de los principios identificados	Artículos que identifican el principio (N = 149)
Enfoque individualizado	Esfuerzos para personalizar la planificación y evaluación del tratamiento, en concordancia con las necesidades y preferencias del paciente y considerando sus dificultades y oportunidades.	31%
Enfoque holístico	Prestación integrada de salud física, mental y de servicios de apoyo en el tratamiento de la adicción, a través de entornos de atención integral o coordinación. Adaptar un enfoque con perspectiva de género en la prestación de servicios de salud, consumo de sustancias y tratamiento psicosocial	24%
Toma de decisiones compartida	Estrategias de negociación de pacientes y proveedores en el proceso de planificación del tratamiento. Facilitar un espacio de diálogo y autonomía del paciente para llegar a una decisión.	36%
Alianza terapéutica mejorada	Atención basada en el respeto, aceptación, empatía, apoyo, calidez y sin enjuiciamiento por parte del proveedor.	73%
Atención consciente sobre los traumas	Comprensión de los efectos de los traumas de los pacientes con adicción, evitando la re-traumatización (evitar ejercer autoridad, preguntas intrusivas, actuar de forma impredecible o usar lenguaje o técnicas vergonzosas/humillantes)	6%
Atención culturalmente Segura	Adaptación de los planes de atención al contexto cultural y a las preferencias y creencias del paciente. Este principio está muy relacionado con la perspectiva étnica y religiosa.	5%

Limitaciones de esta síntesis

La experiencia de países reportada en esta síntesis de evidencia se realizó en base a planes nacionales o federales, que corresponden a normativas y documentos gubernamentales oficiales de cada país revisado, informando los principales componentes de los planes de cuidado integral para el tratamiento de salud mental en APS. Sin embargo, no es posible reportar las potenciales diferencias que puedan existir entre lo estipulado en dichos documentos oficiales y lo que ocurra en la práctica al implementar los planes de atención en cada jurisdicción.

Información Adicional

Citación sugerida

Departamento ETESA-SBE. Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia. ¿Cuáles son los componentes de los planes de cuidado integral para el tratamiento de salud mental en APS a nivel internacional? Abril, 2024. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Disponible en: <https://etesa-sbe.minsal.cl/repositorio-etesa-sbe/>

Autoras

Lucy Kühn Barrientos. Encargada de la síntesis. Profesional Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia.

Cecilia Palominos Veas. Apoyo screening título/abstract. Profesional Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia.

Palabras claves

Mental Care; integral care; primary healthcare; Rapid Evidence Synthesis.

Revisión por pares

Esta síntesis fue comentada por:

- Rocío Bravo Jeria, profesional del Departamento ETESA-SBE.
- Paula Nahuelhual Cares, Jefa (s) del Departamento ETESA-SBE.

Declaración de potenciales conflictos de interés de los autores de esta SRE

Las autoras declaran no tener conflictos de interés al respecto.

Otras síntesis de evidencia ETESA-SBE relacionadas con este informe

(Disponibles en: <https://etesa-sbe.minsal.cl/repositorio-etesa-sbe/> al filtrar por área temática "Salud Mental")

- ✓ [Mapa de evidencia: Modelos de organización del servicio de salud mental en la atención primaria de salud](#) (septiembre 2022)
- ✓ [Reporte de Mapa de Evidencia. Modelos de organización del servicio de salud mental en la atención primaria de salud](#) (septiembre 2022)
- ✓ ¿Cuál es el efecto de las terapias grupales en los resultados clínicos en personas con trastornos mentales que reciben atención de salud mental en APS? (octubre 2023)
- ✓ ¿Cuáles son los instrumentos utilizados por profesionales que no sean del área de salud mental, para realizar screening de patologías de salud mental en atención primaria de salud (APS)? (agosto 2023)

Referencias

1. Ministerio de Salud de Chile. PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL 2017-2025. 2017.
2. [Redes integrales de servicios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos \[Internet\]. Pan American Health Organization; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56332>](#)
3. [Brochure: Mental Health in Primary Care - PAHO/WHO | Pan American Health Organization \[Internet\]. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/brochure-mental-health-primary-care>](#)
4. [Bullock HL, Waddell K, & Wilson MG. Identifying and Assessing Core Components of Collaborative-care Models for. 2017; Disponible en: <https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/identifying-and-assessing-core-components-of-collaborative-care-models.pdf?sfvrsn=2>](#)
5. Saúde M da SS de A à. Clínica ampliada, equipe de referencia e projeto terapeutico singular [Internet]. Ms; 2007 [citado 8 de abril de 2024]. Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf
6. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, no 34 [Internet]. 2013 [citado 19 de marzo de 2024]. Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
7. College of Family Physicians of Canada. Best Advice Guide: Recovery-Oriented Mental Health and Addiction Care in the Patient's Medical Home [Internet]. 2018 [citado 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://patientsmedicalhome.ca/resources/best-advice-guides/best-advice-guide-recovery-oriented-mental-health-and-addiction-care-in-the-patients-medical-home/>
8. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026 [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
9. NHS. NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20 – 2023/24 [Internet]. [citado 19 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-mental-health-implementation-plan-2019-20-2023-24/>
10. NHS. NHS England » The community mental health framework for adults and older adults [Internet]. [citado 22 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/publication/the-community-mental-health-framework-for-adults-and-older-adults/>
11. Care Programme Approach: NHS England position statement [Internet]. [citado 21 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/07/B0526-care-programme-approach-position-statement-v2.pdf>
12. Te Tāhū Hauora Health Quality & Safety Commission [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Mental health in primary care. Disponible en: <https://www.hqsc.govt.nz/our-data/atlas-of-healthcare-variation/mental-health-in-primary-care/>
13. Te Pou [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. Integrated primary mental health and addiction | Skills for.... Disponible en: <https://www.tepou.co.nz/initiatives/integrated-primary-mental-health-and-addiction>

14. Find wellbeing support | Te Whatu Ora – Health NZ [Internet]. [citado 27 de marzo de 2024]. About Access and Choice. Disponible en:
<https://www.wellbeingsupport.health.nz/about-access-and-choice/>
15. New Zealand Government. He Ara Oranga. Report of the Government Inquiry into Mental Health and Addiction [Internet].
<https://www.mentalhealth.inquiry.govt.nz/assets/Summary-reports/He-Ara-Oranga.pdf>
[citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en:
<https://www.mentalhealth.inquiry.govt.nz/assets/Summary-reports/He-Ara-Oranga.pdf>
16. Ministry of Health. Oranga Hinengaro System and Service Framework [Internet]. 2023 [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en:
<https://www.health.govt.nz/publication/oranga-hinengaro-system-and-service-framework>
17. Menear M, Girard A, Dugas M, Gervais M, Gilbert M, Gagnon MP. Personalized care planning and shared decision making in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: A systematic review. *PloS One*. 2022;17(6):e0268649.
18. Marchand K, Beaumont S, Westfall J, MacDonald S, Harrison S, Marsh DC, et al. Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: findings from a systematic scoping review. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 11 de septiembre de 2019;14(1):37.
19. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 3 de marzo de 2015;2015(3):CD010523.



Anexo 1: Estrategia de Búsqueda

Búsqueda dirigida en países seleccionados: se realizó directamente en los sitios web del ministerio de salud de cada país. En los buscadores disponibles, se utilizaron conceptos clave asociados a salud mental en APS para encontrar documentos gubernamentales de estrategias o planes nacionales de salud mental. A partir de ellos, fue posible encontrar títulos o nombres de planes y programas de tratamiento integral de salud mental en atención primaria, cuyos textos completos fueron buscados a través de los mismos buscadores de los sitios web ministeriales o a través de Google.

Las estrategias de búsqueda se realizaron en español, inglés y portugués. A continuación, se presentan los conceptos y países por idioma utilizado:

Español: “Salud mental”, “Atención primaria”

Países: Cuba y España

Inglés: “Mental Care”, “Primary healthcare”

Países: Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Reino Unido

Portugués: “Saúde mental”, “Atenção primária”

Búsqueda sistemática en bases de datos: se realizó inicialmente el año 2022 en el contexto del [Mapa de Evidencia de Modelos de Salud Mental en APS](#), en las bases MEDLINE y EMBASE a través de OVID y en Epistemonikos. Para efectos de la presente síntesis de evidencia, la búsqueda se actualizó el 28 de noviembre de 2023.

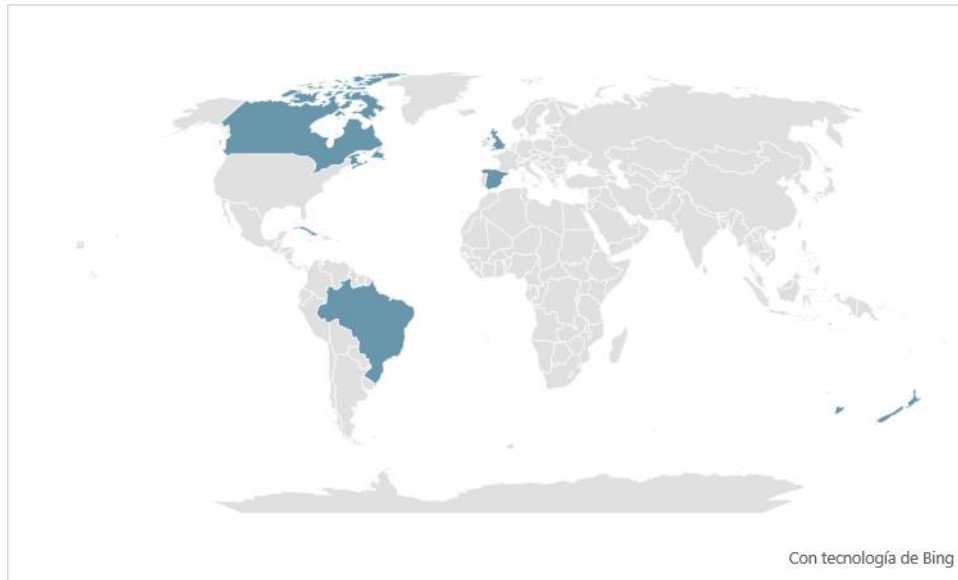
Búsqueda OVID:

(primary medical care/ or general practice/) and (mental health/ or psychology/ or mental disease/ or depression/ or anxiety disorder/ or psychosis/ or schizophrenia/ or dysthymia/ or cyclothymia/ or bulimia/ or anorexia nervosa/ or anorexia/ or drug dependence/ or impulse control disorder/ or personality disorder/ or obsessive compulsive disorder/ or posttraumatic stress disorder/) and (integrated model.mp. or patient care/ or trauma-informed care.mp. or community care/ or holistic care/ or wellness model.mp. or medical model.mp. or recovery model.mp. or community model.mp. or case management/ or model/ or holistic health.mp. or shared car*.mp.)

Búsqueda Epistemonikos:

("primary care" OR "general medical practice") AND (psychiatric* OR mental* OR psychologist* OR psychotherap* OR psychotic* OR psychosis* OR schizo* OR depress* OR dysthym* OR cyclothym* OR bulimia OR anorexia OR addiction* OR OCD OR PTSD OR "eating disorder" OR ((behavior OR behaviour OR mood OR anxiety OR bipolar OR substance* OR "impulse control" OR personality* OR "obsessive-compulsive" OR "post-traumatic") AND disorder*)) AND (model* OR (model* AND (integrated OR medical OR holistic OR wellness OR recovery OR community OR communities)) OR "patient*car*" OR "trauma informed car*" OR "holistic car*" OR "holistic health" OR "shared care" OR "case*manage*")

Anexo 2: Mapa geográfico de los países buscados en esta síntesis



Anexo 3: Líneas estratégicas y objetivos generales. Estrategia Nacional de Salud Mental de España

Línea Estratégica	Objetivos generales
Nº1. Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona.	1.1. Garantizar el ejercicio de los derechos de autonomía y vida independiente.
	1.2. Erradicar la discriminación y favorecer la inclusión social con perspectiva de género.
	1.3. Reducir al mínimo las intervenciones involuntarias sobre personas con problemas de salud mental, garantizando el respeto a la dignidad de las personas.
Nº2. Promoción de la salud mental y prevención de los problemas de salud mental.	2.1. Promover la salud mental de la comunidad y de grupos específicos.
	2.2. Prevenir la aparición de problemas de salud mental, trastornos por uso de sustancias y adicciones en la comunidad.
Nº3. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.	3.1. Detectar de forma precoz y prevenir las conductas suicidas.
	3.2. Mejorar la atención a las personas con riesgo suicida.
Nº4. Atención a las personas con problemas de salud mental, basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario.	4.1. Contribuir a recuperar, mantener y mejorar la autonomía y la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental.
	4.2. Disponer servicios y recursos alineados con los principios básicos de la atención basada en el modelo de recuperación de las personas en el ámbito comunitario.
	4.3. Promover y desarrollar líneas de intervención novedosas relacionadas con factores generadores de problemas de salud mental: violencia sexual, adicciones, acoso en sus diferentes formas o el mal uso de las nuevas tecnologías.
Nº5. Salud mental en la infancia y en la adolescencia	5.1. Promoción de la salud mental en la infancia y adolescencia. Prevención y detección precoz de los problemas de salud mental a estas edades.
	5.2. Atención a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental.
	5.3. Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental.
Nº6. Atención e intervención familiar	6.1. Atención y relación con las familias
	6.2. Fortalecimiento de la red de recursos públicos especializados en la atención a las familias de personas con problemas de salud mental.
Nº7. Coordinación	7.1. Desarrollar la coordinación interinstitucional e intersectorial.
	7.2. Desarrollar la coordinación entre el sistema de salud mental y las redes de SM.
	7.3. Desarrollar la cooperación dentro del equipo interdisciplinar de salud mental.
Nº8. Participación de la ciudadanía	8.1. Promover la participación colectiva mediante grupos organizados de la sociedad civil.
	8.2. Incorporar a las personas con experiencia propia en problemas de salud mental como agentes activos de salud.
	8.3. Fomentar las buenas prácticas de participación.
Nº9. Formación	9.1. Promover la formación en salud mental desde las administraciones públicas.
	9.2. Abrir vías de participación ciudadana en el diseño de políticas públicas de formación en salud mental.
	9.3. Establecer planes formativos en relación a la atención de las personas con riesgo suicida para los diferentes sectores implicados.
Nº10. Investigación, innovación y conocimiento	10.1. Impulsar la investigación en todos los ámbitos relacionados con la salud mental.
	10.2. Establecer líneas de investigación interdisciplinarias en salud mental.
	10.3. Incorporar la perspectiva de género en todas las líneas de investigación.
	10.4. Desarrollar investigaciones sobre los factores sociofamiliares de las personas con problemas de salud mental.
	10.5 Potenciar el uso de las tecnologías de la información en el ámbito asistencial de atención a la salud mental en relación con la futura Estrategia de salud digital del Sistema Nacional de Salud.

*SM: salud mental.

Subsecretaría de Salud Pública
 Ministerio de Salud

