



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN INICIAL DE UNA
PLATAFORMA INFORMÁTICA PARA LA GESTIÓN DE
INTERNACIONES PSIQUIÁTRICAS ADMINISTRATIVAS EN LA
REGIÓN METROPOLITANA. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO
SUR ORIENTE

POR ALEJANDRO RIQUELME BÓRQUEZ

Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Pontificia
Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de
Magister en Salud Pública

Profesor Guía: Dr. Matías González Tugas

Co-tutor: Dr. Gonzalo Valdivia Cabrera

Julio de 2019, Santiago de Chile

DEDICATORIA

A mis queridas esposa e hija, quienes tuvieron la paciencia y el amor de acompañarme y soportarme.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco humildemente al Dr. Matías González y al Dr. Gonzalo Valdivia por su constante apoyo durante el proceso de tesis, al Dr. Jaime Sapag por el invariable acompañamiento y a la Dra. Ana Valdés por la confianza otorgada.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. DESARROLLO	7
1. JUSTIFICACIÓN.....	7
2. CONTEXTO	12
2.1 Caracterización del Territorio.....	12
2.2 Organización de los Servicios de Salud Mental:	12
2.3 Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO).....	13
3. MARCO CONCEPTUAL.....	15
3.1 Derechos Humanos y Hospitalizaciones Involuntarias	15
3.2 Normativa legal en Chile	16
3.3 Hospitalizaciones administrativas involuntarias.....	19
3.4 Política Pública en Salud Mental.....	22
3.5 Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria (MIDAS)	23
4. OPCIONES DE ABORDAJE INVESTIGATIVO	25
5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	27
6. DISEÑO METODOLÓGICO	28
6.1 Enfoque Metodológico.....	28
6.2 Diseño de la Metodología de Investigación	29
6.3 Cronograma de la Investigación.....	36
6.4 Consideraciones Éticas	37
6.5 Costos del Estudio.....	37
7. RESULTADOS	38
7.1 Resultados Cuantitativos.....	38
7.2 Resultados Cualitativos	52
III. DISCUSIÓN	57
CONCLUSIONES	66
REFERENCIAS	68
ANEXOS.....	72

RESUMEN

Una de las consecuencias que la salud mental haya quedado rezagada en las políticas públicas, es que actualmente no se define un marco legal claro y basado en la evidencia para el procedimiento de la internación de personas contra su voluntad, por lo que la aprobación de las solicitudes de estas hospitalizaciones está determinada por las autoridades sanitarias de turno. Por el contrario, hoy se mantiene una tramitación de documentación demorosa y desconocida por los equipos de salud, que resulta muchas veces en pasar a llevar los derechos de los usuarios con trastornos psiquiátricos de mayor complejidad y en un aumento progresivo de las hospitalizaciones involuntarias.

Se espera que el uso de tecnología informática para cursar las solicitudes de hospitalizaciones administrativas involuntarias favorezca el cumplimiento de los tiempos establecidos por el Decreto N° 570 del Ministerio de Salud, por todos los actores participantes. El presente estudio muestra un primer acercamiento del funcionamiento de la implementación de la plataforma MIDAS (Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria) en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), utilizando como medida base, la comparación de los tiempos de emisión y cantidad de resoluciones aprobadas y rechazadas de hospitalizaciones involuntarias, la cantidad y razones de rechazos de las solicitudes, así como la cantidad de hospitalizaciones concretadas y sus tiempos de espera. Todo lo anterior según la comparación de los periodos enero-mayo de 2018 con los de enero-mayo de 2019. Para esa tarea, se realizó una búsqueda y revisión de las resoluciones emitidas en el año 2018 y se accedió a la información que arroja la plataforma MIDAS para las resoluciones del año 2019 del SSMSO.

La implementación de MIDAS evidencia una disminución de un 25% de las solicitudes desde hospitalizaciones involuntarias de urgencia y un 16,6% menos desde centros ambulatorios. En cuanto a los rechazos para estas solicitudes de la Autoridad Sanitaria, estos han aminorado a un considerable 53,8% menos. El

tiempo para cursar y notificar los rechazos de estas hospitalizaciones, disminuyen sustantivamente. Lo mismo ocurre con la permanencia en las listas de espera para concretar la hospitalización, en promedio se reduce a una quinta parte en comparación con lo que sucedía en el año 2018. Finalmente, las hospitalizaciones que se concretan con la implementación de MIDAS superan a las del año 2018 en el mismo periodo de tiempo.

La evaluación de la Implementación inicial de la plataforma informática MIDAS es apoyada con el análisis de entrevistas de actores claves del proceso, quienes valoran la implementación de la plataforma MIDAS, dado el orden, celeridad y transparencia de los procedimientos. Afirman que ayuda a mejorar la gestión de la red de salud mental, donde los equipos de salud realizan seguimiento a los casos, facilitando la continuidad de cuidados. Además, refieren una posible disminución del estigma institucional. Por último, sugieren que, al hacer ingresos de hospitalizaciones involuntarias en las Urgencias de los hospitales, todo el procedimiento sea digital.

El análisis de los resultados debe ser tomado con cautela, dado el poco tiempo que lleva implementada la plataforma en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

I. INTRODUCCIÓN

Aún cuando el Estado de Chile suscribe a la Convención de los Derechos de Personas con Discapacidad (Organización de Naciones Unidas, 2008), no hay una alineación con los compromisos que exige tal convención. En su declaración, esta Conferencia abogaba por “la integración de la salud mental en la Atención Primaria de Salud, la sustitución del cuidado centrado en el Hospital por el cuidado basado en dispositivos comunitarios, y la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental” (Caldas de Almeida, 2010, p. 1).

Así mismo la Organización Mundial de la Salud, propone que las naciones deben contar con legislaciones sobre salud mental, las cuales deben abordar “las hospitalizaciones y tratamientos involuntarios, la situación de infractores de ley con trastornos mentales, la prevención de la discriminación y el apoyo y mantención de los plenos derechos humanos de todas las personas que padecen un trastorno mental” (OMS, 2009, p. 12).

Chile no cuenta aún con una ley de salud mental, lo que ha tenido distintas consecuencias. Una de ellas, está relacionada con las hospitalizaciones administrativas involuntarias, las cuales son reguladas por la Autoridad Sanitaria, representada por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI de Salud), quien tiene serias dificultades en vigilar que se cumplan los requerimientos de la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Esta dificultad está dada, entre otras cosas, a la ausencia de un proceso claro para proceder con las hospitalizaciones involuntarias, decantando muchas veces en vulneraciones de los derechos de las personas con discapacidad psíquica. Urge en Chile adoptar medidas bien protocolizadas para el tratamiento y la hospitalización de personas con trastornos mentales.

Sumado a lo anterior, en un estudio comparativo se indica que entre los años 2008 y 2017, en muchos de los países que conforman Europa, ha habido un aumento progresivo en las tasas de hospitalizaciones involuntarias (Rains et al. 2019). Detallan que la tasa media de hospitalización involuntaria fue de 106 por 100.000 personas, teniendo Austria la más alta (282 por 100.000 personas) e Italia la más baja (14 por 100.000 personas). Chile vivencia el mismo fenómeno. En un análisis preliminar del periodo comprendido entre los años 2008 y 2019 se evidenció un aumento progresivo en la cantidad de estas hospitalizaciones (Bustamante & Cavieres. 2018).

Por otro lado, las SEREMI de Salud y los Servicios de Salud tienen serias dificultades en mantener un registro de las solicitudes de hospitalización, de quienes efectivamente se hospitalizaron y los tiempos de espera para que se concreten las hospitalizaciones. Así mismo, cada SEREMI de Salud realiza sus propias interpretaciones de la ley 20.584, por lo que proceden de distintas formas ante las solicitudes de hospitalizaciones involuntarias.

A partir de este escenario, con la finalidad de salvaguardar los derechos humanos de las personas con discapacidad psíquica, la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana decide implementar una plataforma informática en su territorio, para que todos los centros de salud de su jurisdicción puedan realizar solicitudes de hospitalización administrativa involuntaria con un único formato conocido por toda la red de salud.

Para esta tarea, se decide implementar la plataforma MIDAS, que funciona para la gestión interna de la SEREMI de Salud. Esto, porque existe experiencia previa de su uso en la región de Valparaíso. La SEREMI de Salud de esa región creó un módulo específico para la gestión de solicitudes de hospitalizaciones involuntarias, la cual logra centralizar la información.

Con ayuda del Departamento de Salud Mental y de la División de Tecnologías de Información y Comunicaciones del Ministerio de Salud, se decide implementar como pilotaje de la plataforma MIDAS en uno de los Servicios de Salud de la región Metropolitana. Puesto que el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), tiene una red de salud mental consolidada y con

experiencia en el uso de plataformas informáticas para las derivaciones de pacientes, se decide invitarlos a instalar la plataforma MIDAS, lo cual ocurre entre noviembre y diciembre del año 2018. En ese periodo se capacita en su uso al equipo de la SEREMI de Salud (Departamentos de Salud Pública y de Asesoría Jurídica), a la secretaria ejecutiva de la Comisión Regional de Protección de Derechos de Personas con Enfermedad Mental (COREPREM), a la Coordinadora de la Red de la Red de Salud Mental del SSMSO, a los equipos de las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos de Psiquiatría (UHCIP) del SSMSO y a dos representantes de todos los Centros de Salud de atención primaria y secundaria de la red.

La plataforma MIDAS inicia su funcionamiento en enero de 2019, por lo que dejan de cursarse nuevas solicitudes en formato de papel en ese Servicio de Salud desde esa fecha.

Desde un comienzo del pilotaje, se decide realizar un estudio que contempla como objetivo principal “Evaluar la Implementación inicial de la plataforma informática MIDAS para la sistematización de los procesos de solicitudes de hospitalizaciones administrativas involuntarias en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente de la Región Metropolitana”. Para tales efectos y dado que el estudio se realiza durante los primeros cinco meses de funcionamiento de la plataforma, se resuelve “Analizar comparativamente las solicitudes de hospitalizaciones involuntarias emitidas por los modelos de procesamiento físico y digital, durante los periodos enero - mayo de 2018 y 2019” para así tener una línea de base con la que se puedan "Identificar posibles efectos de la plataforma informática MIDAS en el proceso de hospitalización en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente”. Finalmente, se complementan los hallazgos con las opiniones de tres actores claves que hacen uso de la plataforma MIDAS, para luego “Describir las opiniones respecto de la implementación de actores claves del proceso de la plataforma informática MIDAS en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente”.

Para el logro de esos objetivos, se realiza una investigación con un diseño no-experimental, de tipo exploratorio, que combina aspectos descriptivos. En esa

misma línea, se decide utilizar una metodología mixta de investigación para abordar los objetivos del estudio. Se considera fundamental la utilización de distintas técnicas de recogida de datos, lo que condujo invariablemente hacia la combinación de los enfoques cuantitativos y cualitativos de investigación. La integración de ambas aproximaciones aparece como una estrategia adecuada para responder del modo más enriquecedor posible el estudio.

Se espera que los resultados encontrados permitan a las autoridades locales y nacionales, disponer de información para retroalimentar al proceso de toma de decisiones en la mejora de los procedimientos para cursar hospitalizaciones involuntarias. Esto, puesto que la plataforma MIDAS es susceptible a ser mejorada.

A continuación, se describe con mayor profundidad la justificación del presente estudio, para luego relatar el contexto donde se desarrolló. Se presenta un breve marco conceptual, los supuestos y objetivos de la investigación, para luego dar paso a la presentación de la metodología utilizada. Finalmente se presentan los resultados y las conclusiones.

II. DESARROLLO

1. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, es indiscutible el valor de la salud mental como parte del logro de una salud plena. La OMS la define como un estado de bienestar en el que cada individuo puede desarrollar su potencial, lidiar con el estrés normal de la vida, lograr un desarrollo laboral productivo y provechoso, y ser capaz de contribuir a su comunidad. (WHO, 2005a)

Su contraparte es la presencia de trastornos mentales, los que se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Desatenderlos se traduce en un perjuicio directo para la salud global de la población (Patel & Kleinman, 2003), transgrediendo un principio ético relevante fundamentado en la disponibilidad de intervenciones con potencial de revertir y mejorar el nivel de salud mental. Por esta razón, la OMS posiciona a la salud mental como eje central en el diseño de políticas públicas en salud, dado que la pérdida de salud mental se vincula adversamente con los indicadores generales de salud.

En 2002, a nivel global, las condiciones neuropsiquiátricas sólo explicaban el 1% de las muertes en el mundo, pero eran responsables del 13% de la carga global de las enfermedades y del 28% de los años vividos con discapacidad. En Chile, de acuerdo con el Estudio de Carga de Enfermedad del 2008, los trastornos neuropsiquiátricos generan la mayor contribución para todos los grupos etarios, representando un 30,4% (MINSAL, 2008). La causa específica más relevante para todos los grupos etarios, en términos de su contribución a los DALYS, es el trastorno depresivo unipolar, que alcanza el segundo lugar con el 4,5% del total; la dependencia al alcohol ocupa el cuarto lugar con el 3,4% y,

complementariamente, la cirrosis hepática alcanza el quinto lugar con 3,3% (Vicente et al., 2016).

La OMS sitúa a Chile entre los países con mayor carga de morbilidad (23,2%) por enfermedades psiquiátricas en el mundo. La depresión mayor y los trastornos por consumo de alcohol ocupan el primer y segundo lugar en las discapacidades atribuidas entre adultos (MINSAL, 2008). En ese mismo sentido, la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, menciona los problemas asociados al consumo de alcohol (12%) y síntomas depresivos (15,8%) dentro de aquellos con mayor prevalencia nacional (Margozzini & Passi, 2018).

Se calcula que, en Chile, un 36% de la población sufrirá alguna enfermedad mental en su vida, y de entre ellas las más frecuentes son los trastornos ansiosos y depresivos. El impacto de esas cifras es enorme, no sólo en términos de sufrimiento para los afectados y sus familias, sino que también se estima que el impacto económico de ello podría llegar a equivaler al 3 a 4% del producto interno bruto (PIB) del país (Minoletti & Zaccaria, 2005).

Para satisfacer la demanda de problemas de Salud Mental, existen dispositivos, planes y programas; los cuales tomaron mayor vigor desde el año 2000 cuando se implementó el Plan Nacional de Salud Mental, el cual fue actualizado para el periodo 2017-2025 (MINSAL, 2017). Sin embargo, el país se encuentra en deuda en esta área puesto que no existe una Ley de Salud Mental que, por un lado, asegure un financiamiento adecuado para una implementación exitosa del Plan Nacional de Salud Mental, y por otro que asegure la protección de derechos de las personas afectadas por un trastorno mental.

Es importante considerar que Chile es de los pocos países que no cuenta con ley de salud mental a pesar de haber firmado convenios internacionales. Sin embargo, se dispone de la Ley 20.584 que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Una de las consecuencias de este vacío, es que actualmente no se define un marco legal claro y basado en la evidencia para el procedimiento de la internación de personas contra su voluntad, por lo que la aprobación de las solicitudes de Hospitalizaciones Administrativas Psiquiátricas está determinada por las

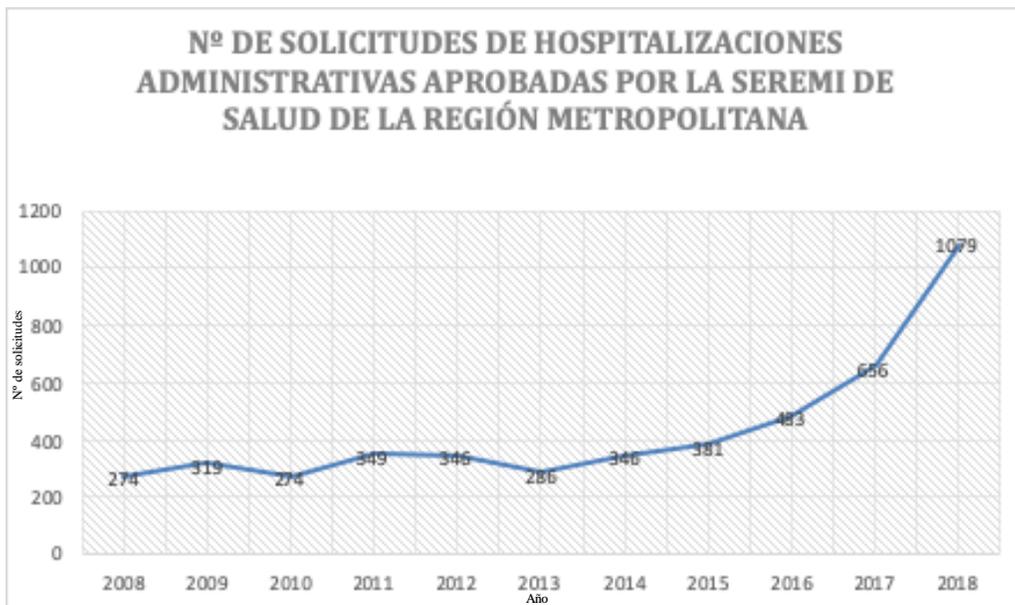
autoridades político-técnicas de cada Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI de Salud). Ante esto, existe un desconocimiento de los equipos de salud sobre cómo proceder ante estas solicitudes, mientras que hay otros que cuentan con total conocimiento sobre cómo aprovechar las falencias del sistema y hacer uso, a veces excesivo, de las hospitalizaciones involuntarias.

A lo anterior se suma el hecho que cada vez se vuelve más habitual solicitar tratamientos psiquiátricos por intermedio de hospitalizaciones no voluntarias.

Ejemplo claro de esta situación, es lo que ocurre en la capital de Chile.

Según los registros estadísticos de la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana, en los últimos diez años, se han incrementado ostensiblemente las solicitudes de internaciones y, por lo tanto, la cantidad de personas que se hospitalizan bajo esta modalidad.

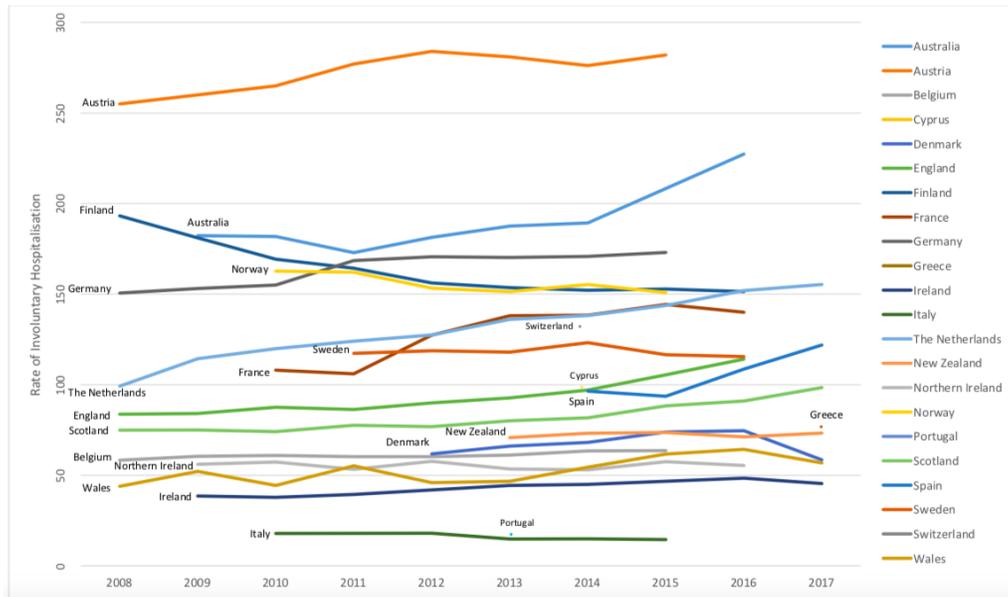
Figura 1



Elaboración propia. Datos: Depto. Salud Pública de la SEREMI de Salud Región Metropolitana

Este fenómeno es común en Europa, donde las tasas de hospitalización involuntaria han aumentado progresivamente en la última década, tal como lo muestra la Figura 2.

Figura 2: Tasas de hospitalización involuntaria por 100.000 habitantes.



Fuente: Rains et al. (2019)

Por otro lado, existen variables sociales que podrían influir en las solicitudes de hospitalizaciones no voluntarias. Tres estudios concuerdan con lo anterior. La presión familiar para hospitalizar aumenta la probabilidad de ingreso involuntario tanto para esquizofrenia como para depresión (Desviat et al., 1999). Además, independiente del diagnóstico del paciente, los médicos psiquiatras varones y los que realizaban más internaciones forzadas, son los que más deciden hospitalizaciones no voluntarias si la familia lo solicita ($p < 0.01$, Kullgren et al., 1996). Finalmente, para Szabo et al. (2000) la presión familiar para hospitalizar aumenta la probabilidad de hospitalización involuntaria ($p < 0.01$).

En Chile aún no existe claridad sobre las causas de este notorio incremento en las solicitudes de internaciones administrativas, ni sobre los Servicios de Salud que más las demandan. Sin embargo, sí están claras las consecuencias del aumento: provoca mayores listas de espera para el ingreso a las Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos de Psiquiatría (UHCIP), con la consiguiente saturación de estos servicios, haciéndose imprescindible un ordenamiento en esta materia.

En el caso de la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana, la Unidad de Salud Mental se encarga de la revisión de las solicitudes de hospitalización administrativa involuntaria, prolongación y alta administrativa. Esta Unidad determina si se cumplen los criterios clínicos para proceder con las solicitudes para luego ser inspeccionadas por el equipo jurídico de la misma institución. Si todo está en orden, se emite una resolución que da cuenta de la aprobación de la solicitud. De lo contrario, se desestima la solicitud y se informa al encargado de Salud Mental del Servicio de Salud correspondiente o al prestador de salud que realizó la petición. Todo esto en un lento y burocrático proceso, dado que las solicitudes se realizan en papel y deben ser transportados por estafetas en las distintas etapas de revisión, con el peligro de pérdida o daño de la documentación. En el caso específico de las hospitalizaciones administrativas de urgencia, el médico psiquiatra tiene un plazo de 72 horas para solicitar esta medida y la Autoridad Sanitaria, debe responder con la máxima celeridad, aprobando o rechazando la solicitud. Sin embargo, no se logra cumplir los plazos solicitados por el Decreto N° 570 de Salud, por lo que muchas veces se vulneran los derechos de los usuarios.

Un factor para considerar es que la SEREMI de Salud es quien almacena las solicitudes; las que se archivan en papel, sin tener un registro estadístico estandarizado digital de todos estos formularios. Ante esto, se puede acceder sólo a la cantidad de solicitudes de internaciones administrativas, y se pierde valiosa información sobre los pacientes e instituciones que las solicitan.

2. CONTEXTO

A continuación, se describe el contexto donde se realizó la presente investigación.

2.1 Caracterización del Territorio

La Región Metropolitana es la capital política y administrativa del país y el principal centro económico y funcional de Chile. Está ubicada en la macro zona central. Cuenta con una superficie de 15.403,2 km², la que representa un 2% del territorio nacional. Esta región concentra al 40% de la población y tiene una densidad poblacional que supera en 20 veces el valor nacional (442 hab/km² y 22,4 hab/km² respectivamente), se encuentra dividida en 6 provincias y 52 comunas y en cuanto a variables sociodemográficas, ambientales, de salud y otras presenta características muy disímiles. Los indicadores demográficos actuales ubican a la región en un proceso de transición demográfica avanzada (etapa V) o de envejecimiento poblacional (SEREMI Salud RM, 2014)

2.2 Organización de los Servicios de Salud Mental:

El Ministerio de Salud cuenta en la actualidad con dos equipos multidisciplinarios nacionales de salud mental:

a. Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, el cual tiene por funciones principales mantener actualizada la situación epidemiológica, formular y evaluar políticas, planes y programas, contribuir a la formulación y aplicación de legislación, elaborar normas, orientaciones y protocolos, coordinar acciones con otros sectores, y proponer estudios en los ámbitos de su

competencia. Luego, existen autoridades sanitarias en cada una de las regiones en que se divide el país: las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), que representan al Ministerio de Salud en forma descentralizada en las regiones. En la Secretaría de la Región Metropolitana se dispone de un Encargado de Salud Mental, quien, entre otras funciones, asesora a la Autoridad Sanitaria sobre las hospitalizaciones administrativas involuntarias.

b. Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la cual tiene por funciones principales coordinar, apoyar la gestión y promover el desarrollo de las redes asistenciales del sistema público, contribuir a la asignación de recursos para las redes de los Servicios de Salud, monitorear el funcionamiento de las redes asistenciales, y proponer estudios en los ámbitos de su competencia. Esa Unidad, presta apoyo a cada uno de los seis Servicios de Salud de la Región Metropolitana, donde existe un Encargado de Salud Mental, quien trabaja en equipo con uno o más profesionales de distintas disciplinas. Estos referentes locales tienen como responsabilidad la planificación, gestión, coordinación, monitoreo y evaluación de la red de servicios de salud mental del sector público del área territorial/poblacional (área de captación) del Servicio de Salud, además de asesorar al Director del Servicio en todos los asuntos referentes a salud mental.

2.3 Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO)

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente está compuesto por tres subredes: Cordillera, Santa Rosa y La Florida, las que contienen a siete comunas: La Florida, Puente Alto, San José de Maipo, Pirque, La Granja, La Pintana y San Ramón. Las dos primeras comunas concentran una de las mayores poblaciones del país.

Según el Informe de Salud Mental en comunas pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (Aguayo, 2019) la población censada en 2016 corresponde a 1.356.538 habitantes. De ellos, 1.095.099 están inscritos en el

Fondo Nacional de Salud (FONASA). Un 5,5% de la población inscrita se encuentra en tratamiento en algún programa relacionado a problemas de salud mental, mientras que, en la comuna de La Pintana, casi se duplica este porcentaje. En cuanto a los centros de salud, el SSMSO tiene en su territorio: 39 centros de atención primaria de salud, 9 Centros Comunitarios de Salud Mental Comunitaria, 2 Hospitales de Día y 4 Hospitales.

Finalmente, el SSMSO cuenta con 3 Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos de Psiquiatría (UHCIP) para atención de población adulta. Dos adosadas en el Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río, con 39 camas en total y otra en el Hospital Clínico Eloíza Díaz La Florida, con 18 camas.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Derechos Humanos y Hospitalizaciones Involuntarias

En el ámbito de la salud mental, los principales estándares vigentes son los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental y la Convención de Derechos de la Personas con Discapacidad, ambos de Naciones Unidas.

En el ámbito regional, la Declaración de Caracas, adoptada en conjunto por los países de América durante la Conferencia para la Reestructuración Psiquiátrica de la Organización Panamericana de la Salud en 1990, constituye un mandato técnico y ético de indudable valor.

El artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades (UN, 2007), explícitamente señala que, las personas con enfermedades mentales deberán en todo momento, tener ejercicio pleno de sus derechos legales en todos sus aspectos, no pudiendo ser reemplazados por familiares o terceros en la expresión de su consentimiento.

Algunas de las recomendaciones de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad se relacionan con la creación de comisiones de revisión del estado de los pacientes internados, la prohibición de la apertura de nuevos hospitales psiquiátricos y la obligatoriedad de la internación en hospitales generales.

Aún cuando Chile se ha orientado hacia el cumplimiento de las recomendaciones señaladas, siguen funcionando hospitales psiquiátricos y se utilizan las hospitalizaciones involuntarias desde los inicios de la psiquiatría (Darras, 2004) hasta la fecha, por lo que esta nación se mantiene en un debate propio de la ética en salud pública.

El actuar del Estado de Chile evidencia una diferencia entre lo que recomienda la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades (CDPD) y lo que se hace a nivel nacional.

Ejemplo de esto es que, en el año 2014, se realizó un diagnóstico sobre el cumplimiento de los derechos establecidos en la CDPD por parte del Estado de Chile, publicado por el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental, para lo cual revisaron algunos cuerpos legales vigentes del país, llegando a la conclusión que la legislación que se encuentra vigente en nuestro país está en clara contravención a los principios de la CDPD y sus disposiciones concretas.

3.2 Normativa legal en Chile

Dentro del marco legislativo existe una serie de leyes que regulan la protección en salud en general como un derecho y otras que abordan tangencialmente aspectos de salud mental. Desde la Constitución Política de la República de Chile que alude entre sus garantías de derechos fundamentales la protección de la salud, la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes (Ley N°20.584), Ley sobre igualdad de oportunidades e inclusión sobre personas con discapacidad (Ley N°20.422), la Ley N° 18.600 sobre discapacidad mental y la Ley N° 19.966 que establece un Régimen de Garantías de Salud, entre otras. En términos generales, existen leyes dispersas, que no han sido actualizadas, que no son concordantes con los estándares internacionales de derechos humanos y no se cuenta con una ley propia de salud mental. El no contar con esta Ley genera espacios de vulnerabilidad para la implementación de una política y un plan transversal a nivel nacional.

La normativa legal referente a la hospitalización involuntaria de personas con trastornos psiquiátricos tiene sus inicios en el año 1927, fecha de publicación del Decreto No. 68, para los Servicios de Salubridad Mental, redactado por el Ministerio de Higiene; Asistencia, Previsión y Trabajo, cuya finalidad era la

organización y atención de los servicios de salubridad mental, hospitalización y reclusión de insanos (Bustamante & Cavieres, 2018).

Esa normativa fue modificada recién en 1998, cuando se aprobó el decreto supremo N° 570 “Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan”. Es importante mencionar que esta normativa define la enfermedad mental como una condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables, el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Especifica que se trata de aquellos trastornos incluidos en la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 y que la formulación del diagnóstico de esos trastornos corresponderá exclusivamente al médico, el que podrá requerir de la coparticipación de un profesional psicólogo y/o de la colaboración de otros profesionales de la salud con el fin de obtener una evaluación integral del sujeto. El médico podrá indicar hospitalización administrativa, sólo frente a una de las siguientes situaciones: que el diagnóstico, evaluación clínica o tratamiento, no pueda realizarse en forma ambulatoria, o la presencia de un riesgo de daño físico, psíquico o psicosocial inminente para el paciente o terceros.

Dicho decreto indica que se podrá realizar una hospitalización involuntaria en tres situaciones; a) para enfrentar una situación de crisis, con una duración máxima de 72 horas, posterior a lo cual se tramitará con la Autoridad Sanitaria, representada por la Secretaria Regional Ministerial de Salud (SEREMI), b) una internación administrativa, en casos solicitados por la fuerza policial, familiares o miembros de la comunidad, al considerar que la conducta del paciente representa una situación de riesgo o altera el orden o la tranquilidad y finalmente, c) la internación judicial, dispuesta por algún Tribunal de Justicia.

Durante la hospitalización se deberá requerir el consentimiento del paciente para realizar los tratamientos, a menos que se juzgue que está impedido para hacerlo, en cuyo caso le corresponderá otorgarlo a algún familiar. Las hospitalizaciones administrativas involuntarias serán reevaluadas cada treinta días, debiendo

incluir la opinión de otros médicos, e informadas a la Autoridad Sanitaria que la ordenó, hasta el momento de proponer el alta a esta misma instancia.

Luego de más de una década, las disposiciones contenidas en el Reglamento 570 del año 1998, son complementadas por la ley 20.584 de 2012, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Se reiteran las mismas condiciones para permitir la internación involuntaria. El artículo 27, agrega que quienes presenten discapacidad psíquica o intelectual podrán ser tratados involuntariamente, siempre que el diagnóstico esté certificado por un médico psiquiatra, exista un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros, y que suspender o no tener tratamiento, significa un empeoramiento de su condición de salud.

El artículo 131, del Código Sanitario, indica que la internación de las personas con problemas mentales, puede ser voluntaria, administrativa, judicial o de urgencia. Para efectos de este escrito, se hará referencia a la internación administrativa y de urgencia.

El párrafo 8 de la ley 20.584, en su artículo 25 define que una persona puede ser objeto de hospitalización administrativa involuntaria siempre que se reúnan todas las condiciones siguientes:

- Certificación de un médico cirujano que indique fundadamente la necesidad de proceder al ingreso de una persona para llevar a cabo la evaluación de su estado de salud mental;
- que el estado de la misma comporte un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros;
- que la hospitalización tenga exclusivamente una finalidad terapéutica;
- que no exista otro medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados,
- y que el parecer de la persona atendida haya sido tenido en consideración.

De no ser posible esto último, se tendrá en cuenta la opinión de su representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y, en ausencia de ambos, de la persona más vinculada a él por razón familiar o de hecho.

Sólo al cumplirse la totalidad de estas condiciones se podrá proceder a una hospitalización involuntaria, la cual deberá ser comunicada a la Secretaría Regional Ministerial de Salud, como Autoridad Sanitaria, y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental. Finalmente, la Circular A 15, N° 1 de 2019 del Ministerio de Salud, refiere que para efectos de definir cuándo es pertinente actuar sin la voluntad de la persona, se entenderá por riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros, la condición psíquica y conductual derivada de una enfermedad mental diagnosticada o probable, que conlleva la inminencia del riesgo, existe un grado de certeza razonable de ello y que pueda desencadenar un daño que amenace la vida o la integridad física de la persona o de terceros.

Considerando la existencia de múltiples condiciones de hospitalizaciones, que derivan de fuentes legales diversas, es indiscutible la problemática que surge, puesto que existen divergencias que promueven la utilización de criterios discrecionales o, al menos, sujetos a la interpretación.

El desarrollo de legislaciones relacionadas a Salud Mental ya sea de corte general o específica, ha sido de amplio debate internacional. Evidencia de legislación comparada dentro de grupos específicos de países, como aquellos pertenecientes al Commonwealth, muestra que las legislaciones presentan grandes diferencias en cuanto a su estructura y contenido, y que, en temas relacionados al tratamiento involuntario de personas, no satisfacen estándares mínimos derivados de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Fistein et al., 2009). En Chile, esta ausencia de ley ha sido compensada con el actuar de los departamentos jurídicos de las SEREMI de Salud, quienes interpretan el decreto N° 570 y determinan el proceso de evaluación de las internaciones administrativas.

3.3 Hospitalizaciones administrativas involuntarias

La hospitalización involuntaria en el tratamiento psiquiátrico se refiere a la intervención hospitalaria sin que el paciente esté de acuerdo con esa acción.

Este tipo de hospitalizaciones representan una problemática de constante preocupación e intenso debate en diferentes países. Esto, dado que provoca un dilema entre el respeto de la autonomía y libertad de las personas y la obligación de asegurar la máxima protección de la salud y la vida.

Para los defensores de las libertades civiles, la hospitalización involuntaria de un paciente psiquiátrico es un atropello a sus libertades individuales, en cambio para los que enfrentan este problema desde una perspectiva médica, la hospitalización involuntaria de un paciente, que en ese momento no puede ejercer su derecho de autonomía, es un acto de benevolencia hecho en el mejor interés del paciente con el fin de restablecer la competencia perdida (Chodoff, 1984). De ahí la importancia de establecer un equilibrio entre prioridades de seguridad y protección de la comunidad en un sentido, y en otro, la libertad individual y los derechos del ciudadano que padece una enfermedad.

Tipos de hospitalizaciones administrativas y sus procedimientos:

a) Hospitalización Involuntaria de Urgencia, corresponde a los ingresos hospitalarios de urgencia indicados por un médico, de preferencia uno especialista en psiquiatría. Esta hospitalización no podrá extenderse más allá de 72 horas. Transcurrido ese periodo de tiempo, según la evaluación del médico tratante, podrá dar de alta a la persona, ofrecer continuar su hospitalización en forma voluntaria o, si se mantienen los cinco requisitos que menciona el artículo 25 de la ley N° 20.584, continuar la hospitalización involuntaria, solicitando a la Autoridad Sanitaria que dicte una resolución de Hospitalización Involuntaria Administrativa.

b) Hospitalización Involuntaria Administrativa, es aquella que se realiza con el fin de hospitalizar a una persona en un centro asistencial, por indicación médica, a solicitud de familiares o miembros de la comunidad o para mantener la hospitalización de una persona que habiendo ingresado voluntariamente solicita su alta en circunstancias que se mantiene una condición de riesgo real e inminente para sí misma o para los demás o continuar la hospitalización involuntaria de urgencia que ha cumplido 72 horas.

En las opciones de internación administrativa, se deberá emitir un informe de un médico cirujano, de preferencia que cumpla con la condición de médico tratante (especialista en psiquiatría) que solicite y certifique la condición médica y de riesgo real e inminente que justifique la hospitalización sin consentimiento, señalando la fecha de la evaluación médica (últimos 30 días), hipótesis diagnóstica, acciones realizadas para proveer la atención que la persona requiere y las características a que se refiere el riesgo real e inminente para sí mismo o para terceros.

En el caso que sea una solicitud de hospitalización involuntaria por indicación médica, a petición de familiares o miembros de la comunidad, estos últimos deberán detallar los riesgos para sí mismo o para terceros en los últimos 30 días y que justifiquen la hospitalización involuntaria. Todas las solicitudes deberán ser remitidas a la Autoridad Sanitaria, quien tendrá plazo de 72 horas recibidos los antecedentes, para resolver acerca de la solicitud.

Podrá aprobar la solicitud, emitiendo resolución al establecimiento que lo solicita, al gestor del Servicio de Salud y al hospital donde se indica la hospitalización, ya sea se trate de una hospitalización involuntaria posterior a una hospitalización de urgencia involuntaria, de una hospitalización involuntaria programada (a solicitud de la familia) o de una hospitalización involuntaria durante una hospitalización voluntaria, podrá rechazar la solicitud por no cumplir con los requisitos, emitiendo resolución al establecimiento que lo solicita o solicitar más antecedentes al establecimiento que envió la solicitud, quien deberá responder en el plazo de 72 horas para luego aprobar o rechazar la solicitud.

Cuando la solicitud es aprobada por la Autoridad Sanitaria, al momento del ingreso hospitalario, el médico tratante evaluará si se mantienen las condiciones para la hospitalización involuntaria, y decidirá su ingreso según corresponda. Posteriormente, deberá notificar a la autoridad sanitaria la materialización de la hospitalización involuntaria o la decisión de no proceder a ella por no cumplirse las cinco condiciones, ya sea que la persona se hospitalice en forma voluntaria o se le ofrezca tratamiento ambulatorio, si así correspondiese. Una vez internada la persona, se debe evaluar regularmente si persisten íntegramente las cinco

condiciones que hicieron necesaria la hospitalización involuntaria. Si fuera así y la persona cumpliera treinta días hospitalizado, deberá ser reevaluado con la opinión de otro médico que cumpla con las características de un médico tratante, para así determinar necesidad de una prórroga de la Hospitalización Administrativa. La evaluación deberá quedar registrada en la ficha clínica y se informará la prórroga a la Autoridad Sanitaria y a la Comisión Regional de Protección de Derechos.

La hospitalización involuntaria administrativa no podrá exceder los ciento ochenta días. Debe cesar cuando las condiciones que la hicieron necesaria dejen de estar presentes, circunstancia que debe ser informada a la autoridad sanitaria para que ponga término a dicha orden de hospitalización involuntaria.

3.4 Política Pública en Salud Mental.

Anterior al año 1990, las atenciones de salud mental y de psiquiatría estaban focalizadas en hospitales psiquiátricos, por lo que predominaban las atenciones institucionalizadas, con escasa presencia de redes de atención de salud mental en la salud general y en la comunidad.

Desde la década de 1990, la salud mental en Chile se ve impulsada por nuevos planes, donde se diversifica la oferta asistencial, creando servicios de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, atención ambulatoria especializada en hospitales y centros comunitarios, incorporación de la salud mental al quehacer de la atención primaria, desinstitucionalización de centenares de personas y la instalación del programa de hogares y residencias protegidas.

En el año 2017 se lanza el Plan Nacional de Salud Mental propone objetivos estratégicos y metas a cumplir entre los años 2017 y 2025 en siete líneas de acción complementarias y sinérgicas entre sí en las áreas de Regulación y Derechos Humanos, Provisión de Servicios de Salud Mental, Financiación, Gestión de la Calidad, Sistemas de Información e Investigación, Recursos Humanos y Formación, Participación e Intersectorialidad.

3.5 Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria (MIDAS)

El Ministerio de Salud, ha impulsado una estrategia digital que podría implicar un salto cualitativo en la mejora de procesos clínico-asistenciales, la gestión administrativa, así como en las funciones regulatoria y fiscalizadora de la autoridad sanitaria, la toma de decisiones y elaboración de política pública, con un alcance de carácter sectorial. En el ámbito de la salud pública, se han transformado los datos en información y conocimiento, a través de soluciones informáticas, permitiendo caracterizar la población, evaluar la magnitud, frecuencia y gravedad de diversos fenómenos que afectan a la salud de las personas, y contribuir a formular políticas sanitarias, ya sea con medidas preventivas o de respuesta de servicios de salud. Es precisamente la digitalización de estas funciones la que ha sido fortalecida por el MINSAL, mediante la formalización de una estrategia que contribuye a la modernización de la Autoridad Sanitaria con apoyo de las tecnologías de información.

El sistema de Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria (MIDAS) es el pilar de esta estrategia. Consiste en una plataforma integradora que permite consolidar diversos módulos existentes, para proveer información de valor a las SEREMI de Salud y al nivel central. Actualmente MIDAS se encuentra implementado a través de una página web en todas las SEREMI de Salud del país. Su finalidad es optimizar los tiempos de respuesta en la gestión y resolución de trámites de formalización ante la Autoridad Sanitaria Regional, y mejorar la calidad de la información disponible para fiscalizar locales de mayor riesgo sanitario, entre otros.

En el caso del área de Salud Mental, por iniciativa de la SEREMI de Valparaíso, a inicios del 2018 se creó un módulo para gestionar las solicitudes de hospitalizaciones involuntarias, la cual fue mejorada por los equipos de la División de Tecnologías de Información y Comunicaciones y del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud. En esta plataforma se digitaliza la documentación de los médicos y familiares que solicitan este tipo de hospitalizaciones, siendo recepcionadas en tiempo real por la Autoridad

Sanitaria. Una vez recibida, el equipo de Salud Mental de la SEREMI de Salud revisa si cumple las justificaciones clínicas y los criterios de la ley 20.584, para luego ser evaluada por el equipo Jurídico. Si ambos aprueban la solicitud, esta es firmada por la Secretaria Regional, emitiendo una resolución que es recibida inmediatamente por el centro de salud solicitante.

Todo este proceso es vigilado por la Comisión Regional de Protección de los Derechos de personas con enfermedades mentales y gestionado por el Encargado de Salud Mental del Servicio de Salud en la misma plataforma, quien debe revisar la lista de espera de las hospitalizaciones y notificar a los equipos de salud solicitantes que indiquen si la persona aún requiere la hospitalización involuntaria cuando han transcurrido más de treinta días de espera.

Figura 3



Fuente: www.midas.minsal.cl

4. OPCIONES DE ABORDAJE INVESTIGATIVO

En el proceso de revisión bibliográfica no se encontraron estudios que muestren la utilización de metodologías que mejoren el proceso administrativo de internación involuntaria, dado que muchos de los países cuentan con leyes que dictaminan los procedimientos.

La literatura se focaliza en los derechos humanos de los pacientes, descripciones de sus perfiles, estudios de tasas nacionales de hospitalizaciones involuntarias y comparaciones de leyes de salud mental

La problemática sobre la sistematización de los procedimientos para la hospitalización administrativa involuntaria se ha enfrentado con la promulgación de Leyes de Salud Mental. En América, ejemplo de esto son Colombia y Argentina, quienes desde los años 2013 y 2010 respectivamente, cuentan con una ley de Salud Mental. En lo que respecta a quien decide la hospitalización no voluntaria, la ley colombiana exige autorización del juez de familia, previa consulta del médico tratante o perito de un organismo de gobierno. La ley argentina de salud mental concibe la hospitalización involuntaria como un recurso terapéutico excepcional en caso que no sea posible el abordaje ambulatorio. Procede sólo cuando a criterio del equipo de salud media una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A diferencia de Colombia, la ley argentina dispone la intervención del juez con posterioridad a la internación, para ratificar el régimen impuesto sin contar con el consentimiento del paciente.

Por otro lado, en Inglaterra la hospitalización se produce por requerimiento de un profesional de salud mental o bien por un pariente cercano. Por lo general, se requiere del acuerdo de tres personas para hospitalizar forzosamente a alguien. Estas personas normalmente son: a) el profesional de la salud mental; b) un médico con formación en trastornos mentales y c) un tercer médico (Rethink

Mental Illness 2016:3). En lo posible, al menos uno de los médicos debe haber tratado profesionalmente al paciente con anterioridad. Asimismo, el profesional de salud mental sólo puede requerir la internación si ha evaluado al paciente en los últimos 14 días, mientras que los médicos deben haberlo evaluado al mismo tiempo o ambos en un lapso no mayor a 5 días, sea en un su hogar, en un lugar público o en un hospital.

En todos estos países, existen procedimientos claros normados por ley, para gestionar las hospitalizaciones involuntarias. Además, cuentan con medidas de control y revisión. En Colombia, actúa un órgano público dedicado a la defensa de derechos (Instituto Colombiano de Bienestar); en Argentina existe un órgano de revisión que evalúa que las internaciones involuntarias sean justificadas y ajustadas al tiempo necesario y en Inglaterra, se utiliza la figura de un Tribunal de Salud Mental, independiente del hospital y de un Defensor Independiente de la Salud Mental.

En cuanto a la normativa chilena referente a la hospitalización involuntaria, es cuestionada por su falta de adecuación al estándar internacional establecido por la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (González, 2014).

Frente a lo expuesto, se hace necesario realizar una propuesta de sistematización de los procesos de solicitud de internaciones administrativas, que las norme y facilite su homogeneización.

5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

General:

- Evaluar la Implementación inicial de la plataforma informática MIDAS orientada a la sistematización de los procesos de solicitudes de hospitalizaciones administrativas involuntarias en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente de la Región Metropolitana.

Específicos:

- Analizar comparativamente las solicitudes de hospitalizaciones involuntarias emitidas por los modelos de procesamiento físico y digital, durante los periodos enero - mayo de 2018 y enero - mayo de 2019.
- Describir las opiniones respecto de la implementación de actores claves del proceso de la plataforma informática MIDAS en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
- Identificar posibles efectos de la plataforma informática MIDAS en el proceso de hospitalización en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Enfoque Metodológico

El enfoque metodológico utilizado en este proyecto de investigación corresponde a un diseño no-experimental, de tipo exploratorio puesto que “los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tiene muchas dudas o no se ha abordado antes (...) Los estudios exploratorios sirven para familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto en particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras o sugerir afirmaciones y postulados” (Hernández, 2006: 100-101)

Dado que la utilización del MIDAS en los procesos de hospitalizaciones involuntarias es una iniciativa inédita, se desconoce su real funcionamiento y si efectivamente facilita los procesos de solicitudes de este tipo de hospitalizaciones, pareciera atingente la aplicación de una metodología exploratoria. No obstante, se salvaguardan los aspectos éticos.

Este estudio exploratorio combinará también aspectos descriptivos, ya que este tipo de estudios buscan “medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables medidas” (Hernández; 2006: 102). Cabe señalar que en esta investigación no se plantearon hipótesis, ya que estas no se formulan cuando el estudio es exploratorio o de tipo descriptivo, excepto que este último intente pronosticar un hecho o dato, lo cual no es el caso de esta investigación. No obstante, implícitamente, hay un supuesto. La sistematización propuesta posiblemente mejorará los procesos llevados en el

régimen actual, corrigiendo algunos elementos administrativos, obrando con mayor grado de objetividad, corrigiendo eventuales actos discrecionales e injustos y desarrolle una labor de vigilancia del desempeño del sistema de salud y las instituciones relacionadas con la internación administrativa. Esta iniciativa pone al paciente al centro del proceso.

6.2 Diseño de la Metodología de Investigación

Para abordar los objetivos del estudio, se decide utilizar una metodología mixta de investigación. En función de los objetivos se considera fundamental utilizar distintas técnicas de recogida de datos, lo que condujo invariablemente hacia la combinación de los enfoques cuantitativos y cualitativos de investigación. La integración de ambas aproximaciones parece la estrategia más adecuada para responder del modo más enriquecedor posible el estudio.

La metodología mixta de investigación se define como una clase de investigación en la cual los investigadores combinan técnicas, métodos, aproximaciones, conceptos o lenguaje cuantitativo y cualitativo dentro de una misma investigación (Johnson y Onwuegbuzie, 2004). Tiene como rasgo sobresaliente el pluralismo metodológico o eclecticismo que permite derivar en un tipo de investigación de mejor nivel en comparación con una investigación que implica sólo un método. De esta manera, la utilización de una metodología mixta dentro de un mismo estudio puede resultar altamente favorable para avanzar en una mejor comprensión de los conceptos y los problemas que se investigan.

Se considera que esta estrategia proporcionará mejores oportunidades para responder del mejor modo los objetivos de investigación, ya que una de las principales ventajas de la metodología mixta de investigación es permitir a los investigadores el desarrollo de un estudio más amplio y completo (Morse, 2003). El enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, para responder a un planteamiento del problema. La elección de usar metodología cuantitativa y

cuantitativa está relacionada con las reconocidas contribuciones de la investigación cualitativa para el estudio y comprensión más profunda de objetivo a investigar (Bryman, 1995). Además, el uso de metodología mixta se basa en la búsqueda de Complementariedad (Greene et. al, 1989), la cual tiene por objeto la elaboración, la mejora, la ilustración y la aclaración de los resultados cuantitativos apoyados con las entrevistas de actores clave.

Al contar con una variedad de observaciones derivadas de diferentes fuentes, tipos de datos y contextos, el enfoque mixto ofrece varias ventajas; produce información más rica y variada, y aumenta la posibilidad de ampliar las dimensiones del proyecto de investigación, permitiendo una riqueza interpretativa y sentido de entendimiento (Muñoz, 2013).

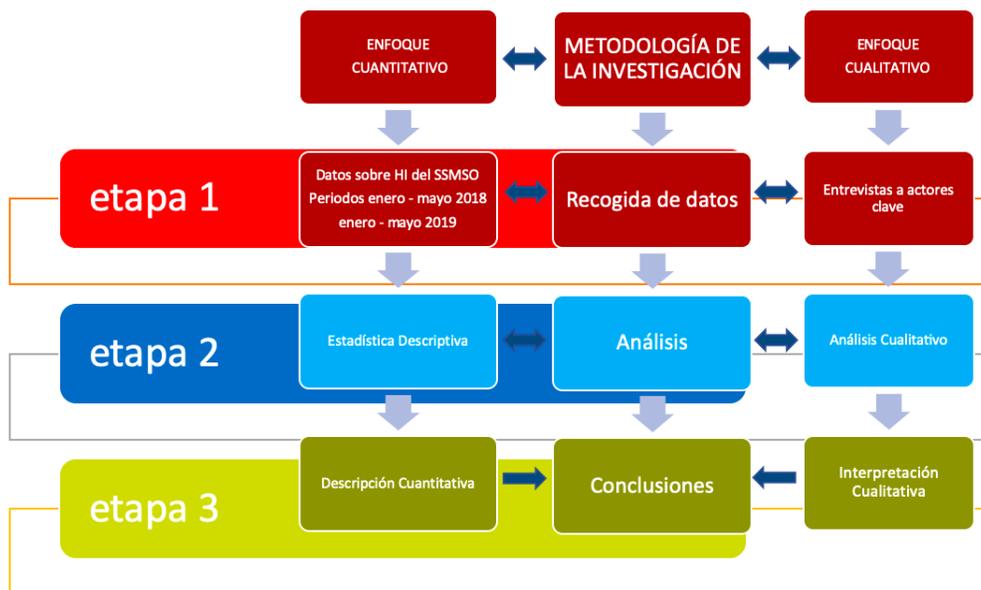
6.2.1 Metodología de investigación

Se entiende por diseño de una investigación el procedimiento para recoger, analizar e interpretar los datos y realizar el escrito con la información obtenida. Para estos efectos, se decide evaluar la implementación de la plataforma MIDAS para sistematizar las solicitudes de hospitalizaciones administrativas involuntarias del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, utilizando como línea base comparativa los procesos de solicitudes del año 2018 y en razón a esos datos, evaluar la implementación del MIDAS.

Dado que el periodo de investigación se desarrolla entre enero y mayo de 2019, se decide reunir datos del mismo periodo del año 2018.

A continuación, la Fig. 2 describe el proceso:

Figura 4



Elaboración propia

6.2.1.1 Etapa I: Captura de datos

Se realiza en base a las dos aproximaciones metodológicas anteriormente señaladas:

6.2.1.1.1 Cuantitativa:

En el estudio se recogen datos cuantitativos para responder a los objetivos.

Esto se realiza en dos etapas.

a) Datos sobre hospitalizaciones involuntarias del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente ocurridas en el periodo comprendido entre enero y mayo de 2018.

En este caso, se realizó una búsqueda manual en los archivos de la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana de las resoluciones cursadas.

b) Datos sobre las solicitudes de hospitalizaciones involuntarias del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente rechazadas por la SEREMI de Salud en el periodo comprendido entre enero y mayo de 2018.

Se realiza búsqueda manual en los archivos de la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana de las solicitudes rechazadas.

Se revisan las causas del rechazo y se agrupan según categorías.

c) Datos sobre hospitalizaciones involuntarias del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente ocurridas en el periodo comprendido entre enero y mayo de 2019.

En este caso, se utiliza la plataforma MIDAS, que arroja una plantilla Excel, a la cual se le aplican filtros para reunir los datos de las resoluciones cursadas y de las solicitudes rechazadas por la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana.

d) Datos sobre las solicitudes de hospitalizaciones involuntarias del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente rechazadas por la SEREMI de Salud en el periodo comprendido entre enero y mayo de 2019.

En este caso, se utiliza la plataforma MIDAS, que arroja una plantilla Excel, a la cual se le aplican filtros para reunir los datos de las solicitudes rechazadas por la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana.

Una vez que se reúne esa documentación se construye una base de datos, separada por periodo 2018 y 2019 que contiene las siguientes variables:

- Codificación de resoluciones a fin de mantener anónimos los datos personales.
- Agrupación por origen de solicitud de hospitalización involuntaria (de Urgencia o desde centros ambulatorios) y por mes.
- Consignación de fecha de solicitud de hospitalización involuntaria.
- Consignación de fecha de emisión de resolución que aprueba la hospitalización involuntaria por parte de la SEREMI de Salud.

- Consignación de fecha de notificación de rechazo de solicitud de hospitalización involuntaria por parte de la SEREMI de Salud.
- Agrupación de solicitudes por tipo de rechazo.
- Consignación de fecha de hospitalización involuntaria

En forma inherente, se desprende la elaboración de medidas de resultados consistentes en:

- Tiempo de respuesta entre la solicitud y la resolución.
- Tiempo de respuesta entre la solicitud y el rechazo.
- Tiempo de permanencia en lista de espera para ingreso a la hospitalización involuntaria.

Se adjuntan las cantidades en el Anexo 1 y la medición de los tiempos en el Anexo 2.

6.2.1.1.2 Cualitativa:

En el estudio se recogen datos cualitativos para complementar los datos cuantitativos y dar respuesta a los objetivos de investigación.

Una estrategia cualitativa acorde para esta función es la utilización de entrevistas semiestructuradas. Para ello, se invita a tres actores claves que representen a los distintos profesionales que utilizan la plataforma informática MIDAS:

- Un representante de la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO): Coordinadora de la Red de Salud Mental. SSMSO
- Un representante de equipo de una Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP): Médico Psiquiatra UHCIP Hospital Clínico La Florida.
- Un representante de equipo de un Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM): Director COSAM San José de Maipo

Los actores claves fueron contactados telefónicamente por el investigador, quien los invita a participar voluntariamente, acordando la fecha, el horario y el lugar de preferencia de cada uno para el encuentro. El investigador es quien realiza las entrevistas utilizando preguntas guías, las que se relacionan con:

- Sus impresiones sobre la implementación del MIDAS,
- Sus impresiones sobre las mejoras detectadas a partir de la implementación del MIDAS en las solicitudes de hospitalizaciones administrativas y
- Sus impresiones sobre cuáles son las áreas por mejorar.

Las entrevistas son realizadas posterior a la firma del Consentimiento Informado. Luego son grabadas y transcritas.

La transcripción se agrega en el Anexo 3.

6.2.1.2 Etapa II: Análisis

6.2.1.2.1 Análisis Cuantitativo:

Se realiza análisis estadístico descriptivo de los datos obtenidos cuantitativamente.

- Cuantificación de las solicitudes de hospitalización involuntaria de acuerdo con el origen de ellas (de Urgencia o desde centros ambulatorios) y según periodo a evaluar (2018 - 2019), desglosadas por mes.
- Cuantificación de solicitudes de hospitalización involuntaria rechazadas según periodo a evaluar (2018 - 2019), desglosadas por mes.
- Cuantificación del total de solicitudes de hospitalización involuntaria realizadas en el SSMSO en el periodo enero – mayo de 2018 y 2019.
- Cuantificación de pacientes derivados desde centros ambulatorios que concretan la hospitalización involuntaria.

- Cálculo de porcentaje de solicitudes rechazadas versus total de solicitudes de hospitalización involuntaria (HI) según periodo a evaluar (enero – mayo 2018 y 2019):

$$(N \text{ de rechazos} / N \text{ total de solicitudes de HI}) \times 100$$

- Cálculo de porcentaje de rechazos de hospitalización involuntaria según su causa:

$$(N \text{ de rechazos (según causa)} / N \text{ total de rechazos de solicitudes de HI}) \times 100$$

- Cuantificación de pacientes efectivamente hospitalizados durante el periodo a evaluar.

- Cálculo de tiempo de emisión de resolución que aprueba hospitalización involuntaria de urgencia, desde su solicitud hasta su aprobación según periodo a evaluar (2018 - 2019).

$$(\text{Fecha de solicitud}) - (\text{fecha de emisión de resolución}) = \text{tiempo en días}$$

- Cálculo de tiempo de emisión de resolución que aprueba solicitud de centros de atención ambulatoria para hospitalización involuntaria, desde su solicitud hasta su aprobación según periodo a evaluar (2018 - 2019).

$$(\text{Fecha de solicitud}) - (\text{fecha de emisión de resolución}) = \text{tiempo en días}$$

- Cálculo de tiempo de notificación de rechazo de solicitud de hospitalización involuntaria según periodo a evaluar (2018 - 2019)

$$(\text{Fecha de solicitud}) - (\text{fecha de notificación de rechazo}) = \text{tiempo en días}$$

- Cálculo de tiempo de espera para concretar la hospitalización involuntaria (HI) según periodo a evaluar (2019)

$$(\text{fecha de hospitalización}) - (\text{fecha de solicitud de HI}) = \text{tiempo en días}$$

Los tiempos medidos en días, son agrupados para obtener el tiempo mínimo, tiempo máximo, media y mediana, para que luego se le aplique un Control

Estadístico del Proceso. Esto es, medir la variación de la media y la mediana del tiempo invertido en el proceso según periodo enero – mayo 2018 y 2019.

6.2.1.2.2 Análisis Cualitativo:

Se realiza análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a los tres profesionales de la muestra. Esto, a través de una codificación abierta realizada por el investigador y sus tutores de manera separada, para finalmente triangular la codificación. Este trabajo es profundamente inductivo, ya que prescinde de una teoría para aplicar conceptos, leyes o dimensiones al texto que se está codificando. La codificación abierta resulta del examen de los datos para identificar y conceptualizar los significados que el texto contiene. Los datos son segmentados, examinados y comparados en términos de sus similitudes y diferencias (Charmaz, 2007). Estas comparaciones deben quedar registradas en conceptos que acompañen a la transcripción de las entrevistas.

Una vez identificado un fenómeno particular en los datos, se agrupan los conceptos en torno a él, es decir, aquellos que parecen pertenecer al mismo fenómeno. Al fenómeno representado por la categoría también se le da un nombre (Anexo 4).

6.2.1.3 Etapa III. Conclusiones:

La información obtenida se interpreta según cada método y se elaboran las conclusiones en base a la información derivada de los análisis de los datos cuantitativos – cualitativos y en consideración de las limitaciones del presente estudio exploratorio.

6.3 Cronograma de la Investigación

Se adjunta en los Anexos (Anexo N° 5)

6.4 Consideraciones Éticas

El proyecto de investigación y el Consentimiento informado fueron evaluados y aprobados por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, bajo el ID del Proyecto 181130014 (Anexo N° 6 y N° 9 respectivamente).

Así mismo, para salvaguardar la ética y legalidad del proyecto se solicitan Cartas de Apoyo a la investigación, las cuales son firmadas por el Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (Anexo N° 7) y por la Jefa del Sub departamento de Prioridades de Salud de la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana (Anexo N° 8).

Declaración de Conflicto de interés: Es importante señalar que, en el año 2018, el investigador ejerció el cargo de Encargado Regional de Salud Mental de la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana, por lo que, junto con el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, tuvo la responsabilidad de instalar la plataforma informática MIDAS en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. A partir de esa posición surge el interés de realizar una evaluación de la implementación inicial de MIDAS. Sin embargo, al iniciar la investigación, el investigador deja su cargo, para unirse al equipo del Departamento de Salud Mental del MINSAL, lo que le otorga una perspectiva distinta a la inicial, con respeto al análisis de los resultados.

6.5 Costos del Estudio

Para la realización del estudio no requirió de recursos económicos adicionales a los considerados por las instituciones participantes para la implementación de la plataforma MIDAS.

7. RESULTADOS

Puesto que se decide evaluar la implementación inicial de la plataforma MIDAS para sistematizar las solicitudes de hospitalizaciones administrativas involuntarias del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, utilizando como línea base comparativa los procesos de solicitudes del año 2018 y que el periodo de investigación se desarrolla entre enero y mayo de 2019, se decide reunir datos del mismo periodo del año 2018.

A continuación, se presentan los resultados de esta investigación, dividido en dos secciones tal como se explicó en la metodología.

La primera sección aborda los resultados Cuantitativos y en la segunda los Cualitativos.

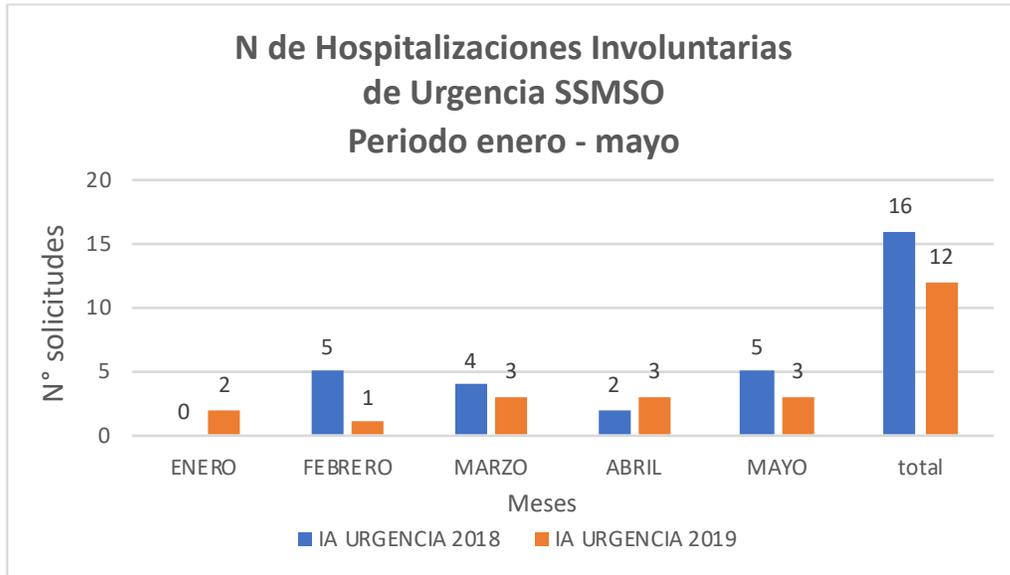
7.1 Resultados Cuantitativos

7.1.1 Cuantificaciones de solicitudes

Se desglosan las hospitalizaciones administrativas según el tipo de solicitud:

- **7.1.1.1 De Urgencia:** ingreso efectivo a hospitalización involuntaria. Al comparar este tipo de hospitalización del periodo enero – mayo de los años 2018 y 2019, se aprecia una leve disminución de hospitalizaciones involuntarias de Urgencias. Desde la Implementación de la plataforma MIDAS, las hospitalizaciones de urgencia no superan las 3 mensuales, alcanzando 12 hospitalizaciones. En cambio, en el mismo periodo del año 2018, ocurren 16 hospitalizaciones involuntarias de urgencia, siendo un 25% más que las ocurridas en 2019 (Fig. 5).

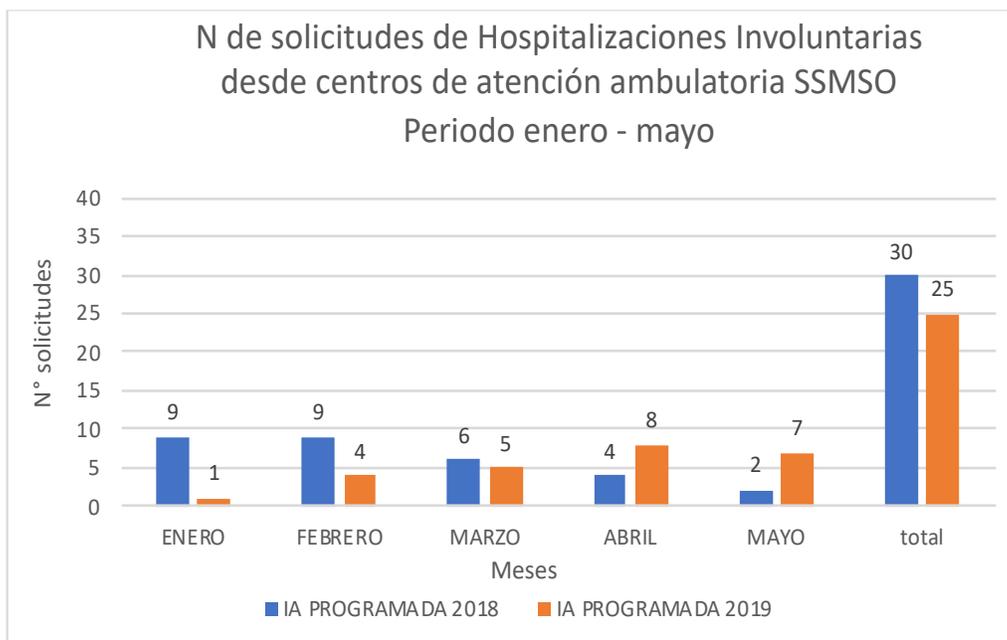
Figura 5



Elaboración Propia. Fuente de datos: Sub Depto. Prioridades de Salud, SEREMI de Salud RM y plataforma informática MIDAS

- **7.1.1.2 De centros ambulatorios:** la comparación muestra una disminución de las solicitudes para hospitalizar involuntariamente a pacientes provenientes desde la atención ambulatoria. Durante el periodo enero – mayo de 2018, se realizaron entre 2 a 9 solicitudes mensuales, sumando 30 solicitudes. En tanto que en el mismo periodo, con la implementación del MIDAS, se realizan entre 1 a 8 solicitudes mensuales, sumando 25 en total (Fig. 6).

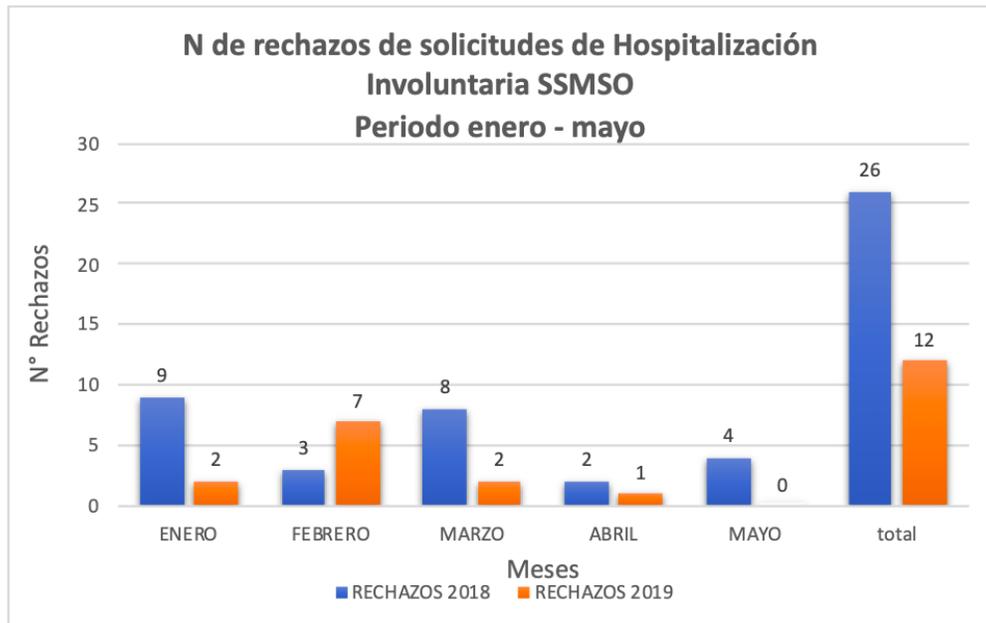
Figura 6



Elaboración Propia. Fuente de datos: Sub Depto. Prioridades de Salud, SEREMI de Salud RM y plataforma informática MIDAS

- **7.1.1.3 De Rechazos:** denegación por parte de la SEREMI de Salud de la RM, de solicitudes de hospitalización involuntaria. Existe una gran diferencia en la cantidad de rechazos de solicitud hechas en el mismo periodo de tiempo. Durante el periodo a observar, en 2018 se rechazaron 26 solicitudes, llegando a rechazar hasta 9 solicitudes mensuales. Algo distinto ocurre desde la implementación del MIDAS, donde se rechazan 12 solicitudes en el periodo enero – mayo. (Fig. 7).

Figura 7



Elaboración Propia. Fuente de datos: Sub Depto. Prioridades de Salud, SEREMI de Salud RM y plataforma informática MIDAS

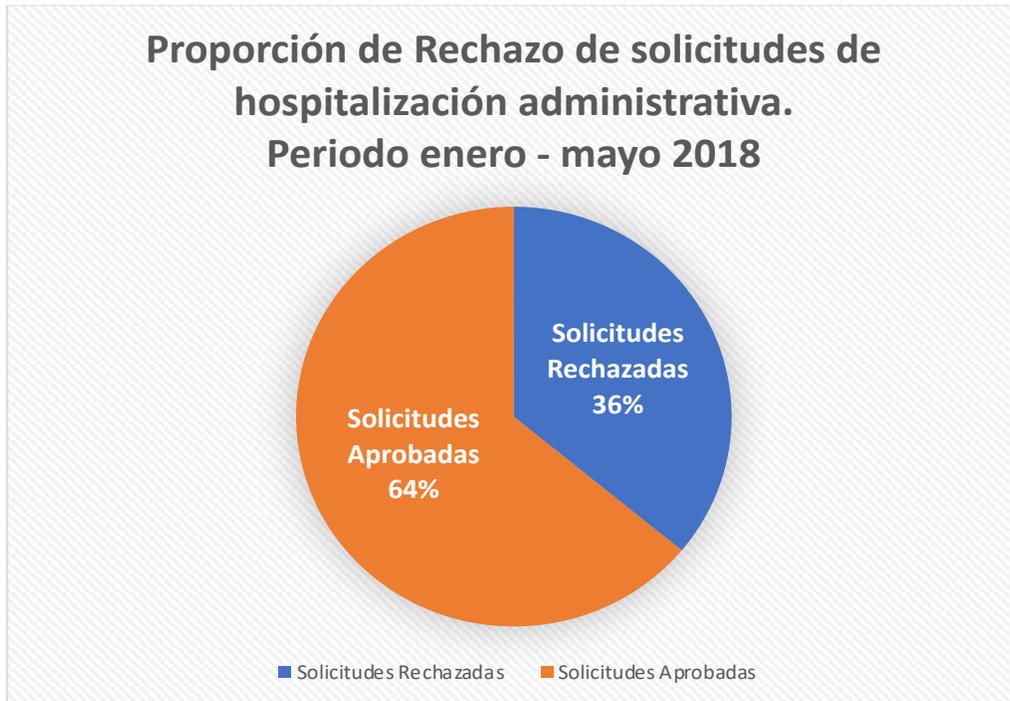
- **7.1.1.4 Total de solicitudes de hospitalización involuntaria:** Al sumar el total de solicitudes durante el periodo enero – mayo de los años 2018 y 2019, se aprecia una disminución considerable en la cantidad de solicitudes. En 2018 se realizaron 72 solicitudes y en 2019, 49 solicitudes, lo que representa una disminución de un 31,9% de las solicitudes de hospitalización involuntaria en comparación con el año 2018.

7.1.2 Proporciones de rechazos de solicitudes de hospitalización administrativa involuntaria.

Se realiza el cálculo de la proporción de solicitudes realizadas en el SSMSO, que fueron rechazadas por la SEREMI de Salud.

Durante enero a mayo de 2018, se solicitaron 72 hospitalizaciones involuntarias, de las cuales se rechazaron 26. En ese periodo se aprueba un 64% de las solicitudes y se rechaza el 36% de ellas (Fig. 8).

Figura 8



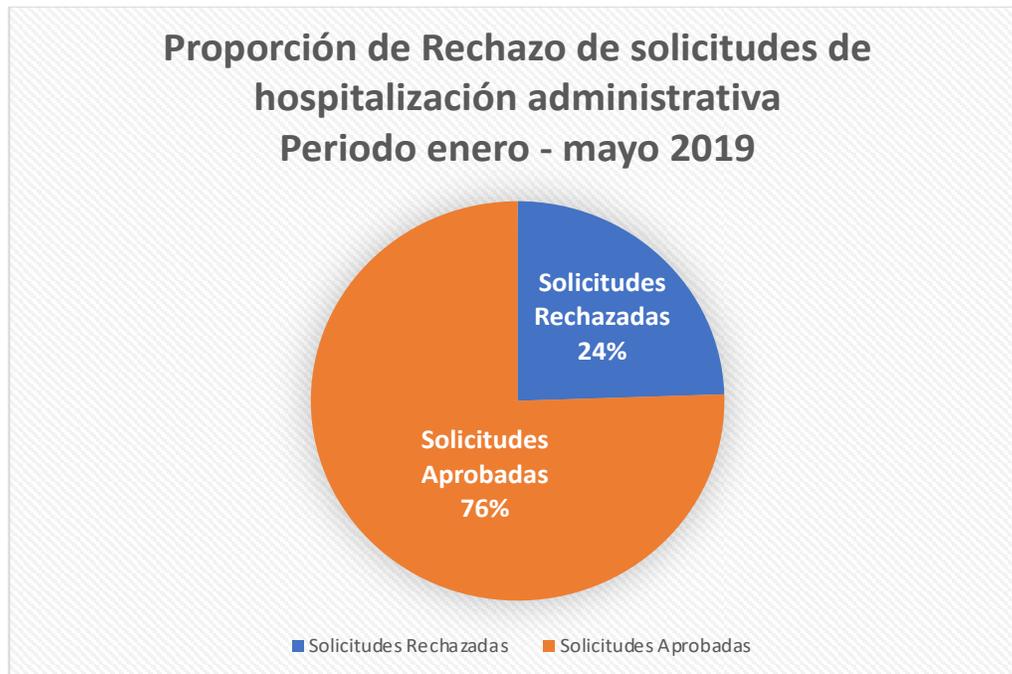
Elaboración Propia. Fuente de datos: Sub Depto. Prioridades de Salud, SEREMI de Salud RM y plataforma informática MIDAS

Mediante la implementación de la plataforma MIDAS, se solicitaron 49 hospitalizaciones involuntarias, de las cuales sólo 12 de ellas fueron rechazadas por la SEREMI de Salud. En términos de porcentaje, durante el 2019 se rechazó el 24% de las solicitudes (Fig. 9).

Es importante señalar que, durante el periodo del año 2018, hubo rechazos de hospitalizaciones de urgencia, mientras que en el año

2019 los rechazos ocurrieron sólo a partir de solicitudes requeridas por centros de atención ambulatoria.

Figura 9



Elaboración Propia. Fuente de datos: Sub Depto. Prioridades de Salud, SEREMI de Salud RM y plataforma informática MIDAS

- **7.1.3 Causas de Rechazos:** se realiza una revisión sobre las causas de los rechazos, por parte de la SEREMI de Salud RM, de solicitudes de hospitalización involuntaria durante el periodo enero – mayo de los años 2018 y 2019.

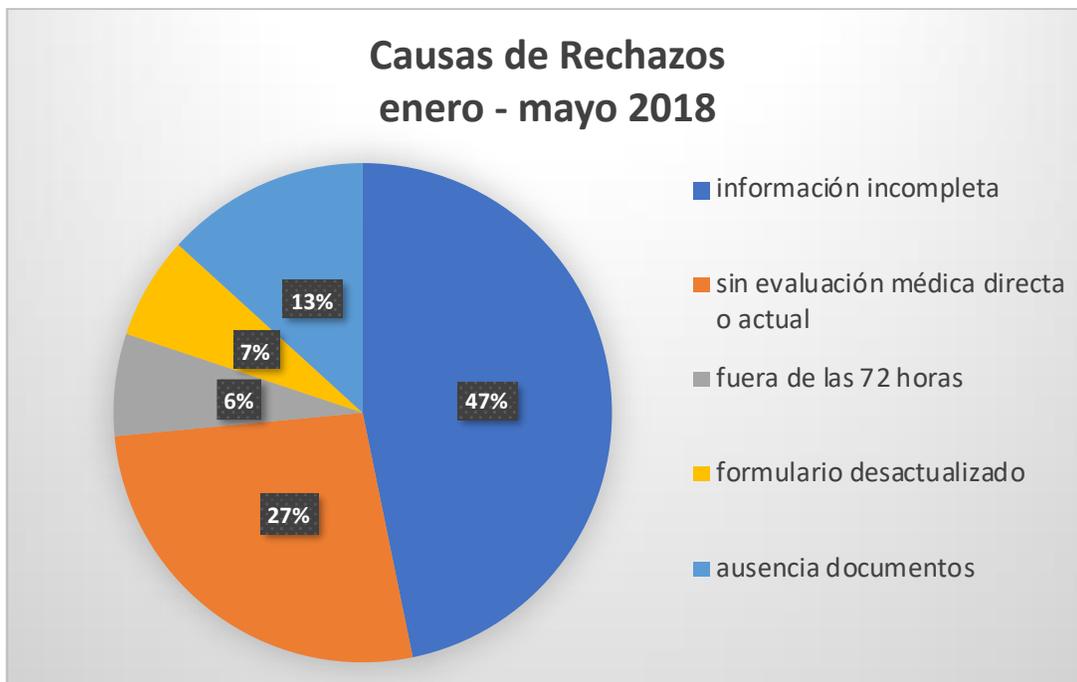
7.1.3.1 Causas de Rechazos en el año 2108: las causas de rechazo son múltiples. A continuación, se describen las causas y el porcentaje al que corresponde cada una del total de solicitudes de hospitalización denegadas (Figura 10):

- o Información incompleta (47%): como fechas, datos personales, descripción de hechos, firmas y diagnóstico.

- Sin evaluación médica directa o actual (27%): cuando se ha solicitado una hospitalización involuntaria y no se evaluó al paciente directamente, sino por el relato de un tercero o cuando su evaluación supera los 30 días.
- Ausencia de documentos (13%): falta de formularios, o de documentos que acrediten identidad.
- Formulario desactualizado (7%): utilización de formularios con formato en desuso.
- Solicitudes realizadas con mayor tiempo de 72 horas (6%): cuando un médico psiquiatra solicita hospitalización involuntaria posterior a una urgencia y la estadía del paciente en esa instancia sobrepasa las 72 horas.

Es importante señalar que los casos rechazados fueron por causa única, no encontrándose rechazos multicausales.

Fig. 10

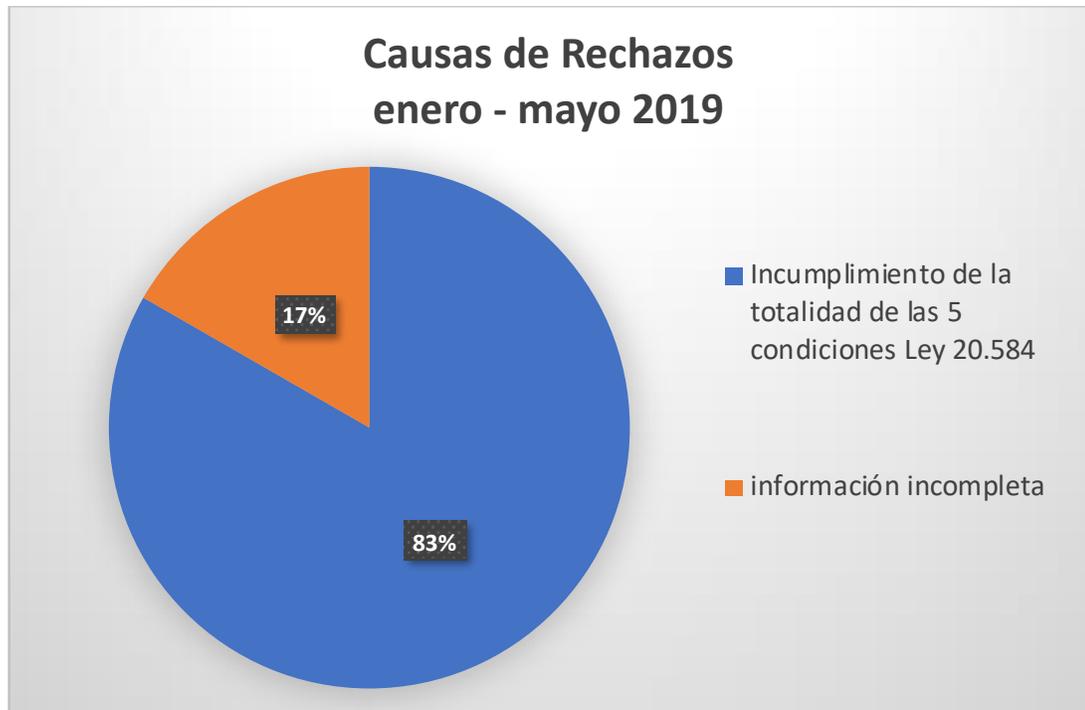


Elaboración Propia. Fuente de datos: Sub Depto. Prioridades de Salud, SEREMI de Salud RM y plataforma informática MIDAS

7.1.3.2 Causas de rechazos en el año 2019: Con la implementación de la plataforma MIDAS, en comparación con lo observado en el año precedente, las causas de rechazo se reducen a dos, así como también el espectro de causas que las determinan (Fig. 11):

- Incumplimiento de la presencia de la totalidad de las 5 condiciones para hospitalizar involuntariamente según la Ley 20.584 (83%). Los médicos solicitantes deben llenar un formulario donde se indique la presencia de las cinco condiciones. Cuando al menos una de ellas no se presenta, se rechaza la solicitud.
- Información incompleta (17%): descripción de hechos que justifiquen la solicitud.

Fig. 11



Elaboración Propia. Fuente de datos: Sub Depto. Prioridades de Salud, SEREMI de Salud RM y plataforma informática MIDAS

7.1.4 Mediciones de tiempo

Se realizan mediciones del tiempo involucrado en los procesos para cursar solicitudes de hospitalización administrativa. Es decir, el tiempo que transcurre desde su solicitud hasta la resolución que emite la SEREMI de Salud.

Se exponen las mediciones en esta dimensión de las solicitudes de hospitalización involuntaria de urgencia, las cuales no deben superar las 72 horas, y las solicitudes hechas por centros de salud de atención ambulatoria.

Además, se muestran los tiempos para la notificación de rechazo de las solicitudes.

Finalmente, se expresan los tiempos de espera de aquellos pacientes que se hospitalizan involuntariamente. Desde su solicitud hasta su internación.

Todo lo anterior corresponde a los periodos de enero a mayo de los años 2018 y 2019.

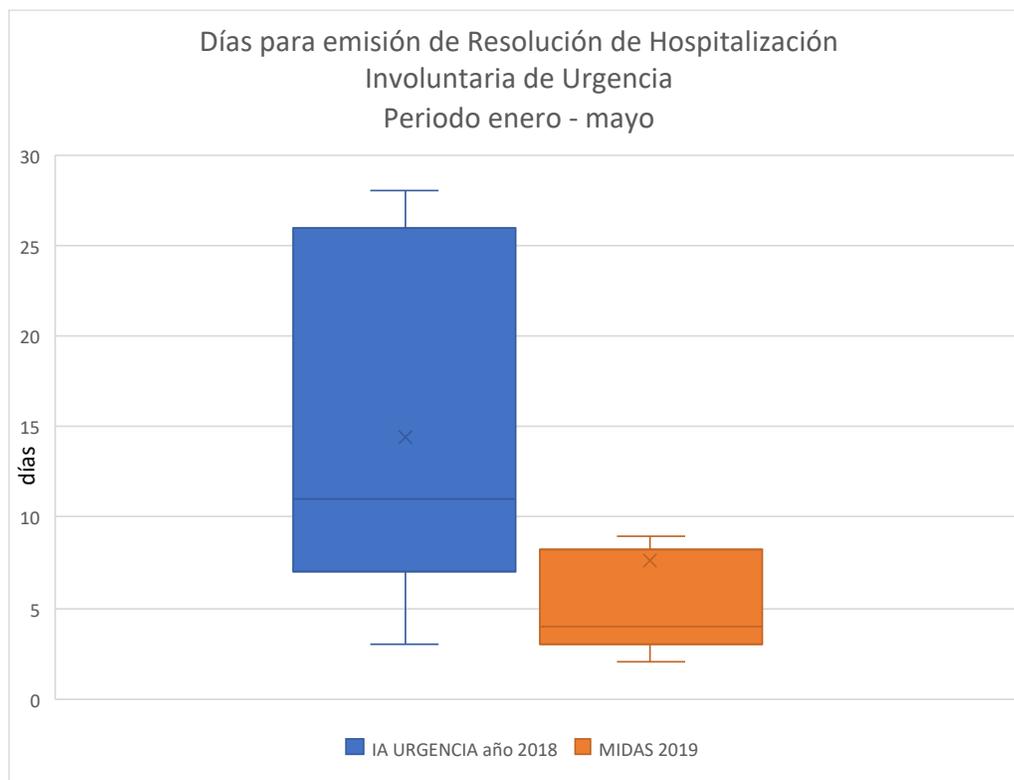
- **7.1.4.1 Tiempo para cursar solicitudes de hospitalizaciones administrativas involuntarias de urgencia:** los ingresos de urgencia en psiquiatría deben ser reportados luego de 24 horas a la SEREMI de Salud. Si a las 72 horas de su ingreso, el médico psiquiatra determina que el paciente debe hospitalizarse y si éste no quisiera, el médico tratante deberá solicitar una hospitalización involuntaria de urgencia.

Para esos efectos, la SEREMI de Salud debe dar una rápida respuesta, dado que la mantención de la hospitalización dependerá de la decisión de esta institución.

En el año 2018, durante el periodo a comparar, desde la solicitud hasta la emisión de la resolución que aprueba la hospitalización

involuntaria de urgencia, transcurrían 14 días en promedio, con un tiempo mínimo de 3 días y una importante dispersión. Con la instalación de MIDAS, el tiempo promedio se reduce a la mitad y a 2 días como mínimo. La variabilidad no se reduce mayormente en estas observaciones preliminares, no obstante, la mediana si lo hace, sugiriendo un desplazamiento hacia la izquierda (menores valores) de una hipotética curva de distribución. En ambos casos, el promedio se ve influido por los valores extremos, por lo que resulta más ilustrativo apoyar la lectura en las medianas respectivas. (Fig. 12, Tabla 1).

Figura 12



Elaboración Propia. Fuente de datos: Sub Depto. Prioridades de Salud, SEREMI de Salud RM y plataforma informática MIDAS

Tabla 1:

Tiempo en días para cursar solicitudes de hospitalización involuntaria de urgencia

	año 2018	año 2019	variación
N casos	16	12	
Mín.	3	2	
Máy.	28	29	
media	14,43	7,58	- 47%
mediana	11	4	- 63%

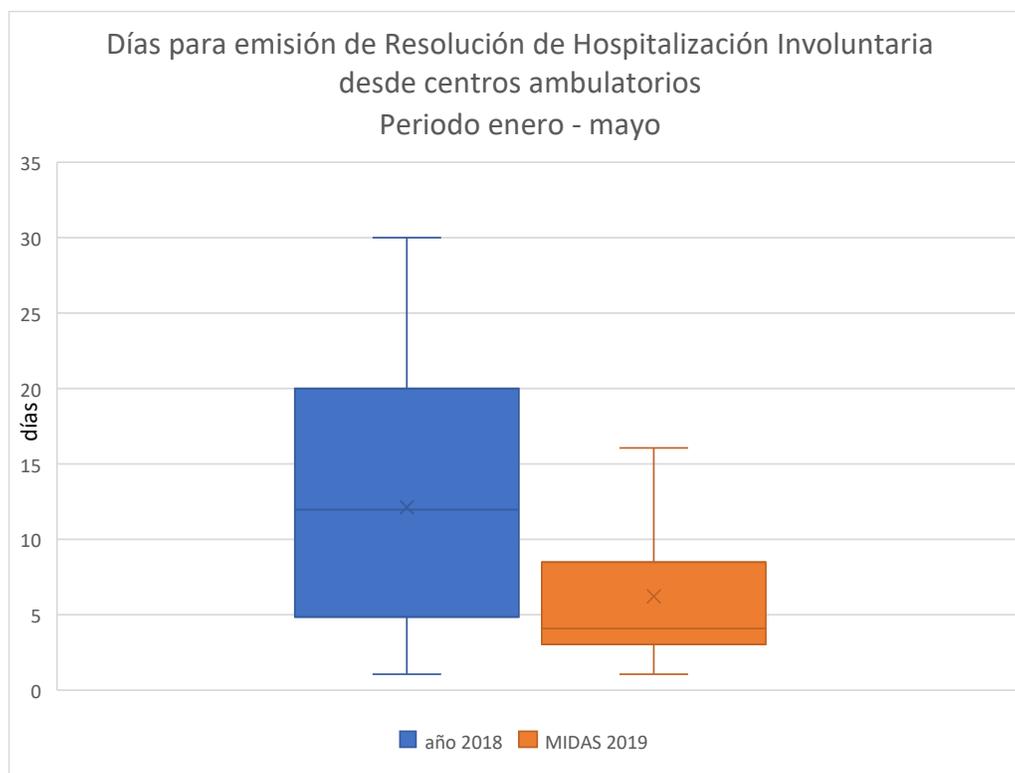
- **7.1.4.2 Tiempo para cursar solicitudes de hospitalizaciones administrativas desde centros de salud ambulatorios:** en cuanto al tiempo promedio transcurrido desde que la solicitud de hospitalización administrativa se emite desde un medio ambulatorio, hasta la firma de la resolución que la aprueba, en el año 2018 transcurren 12 días en promedio, siendo 30 días el máximo de tiempo transcurrido. En 2019, con la implementación del MIDAS, los tiempos se reducen nuevamente a la mitad. El promedio corresponde a 6 días y el máximo a 17 días (tabla 2, Fig. 13).

Tabla 2:

Tiempo en días para cursar solicitudes de hospitalizaciones involuntarias desde centros de atención ambulatoria

	año 2018	año 2019	variación
N casos	30	25	
Mín.	1	1	
Máx.	30	17	
media	12	6,24	- 50%
mediana	12	4	- 66%

Figura 13



Elaboración Propia. Fuente de datos: Sub Depto. Prioridades de Salud, SEREMI de Salud RM y plataforma informática MIDAS

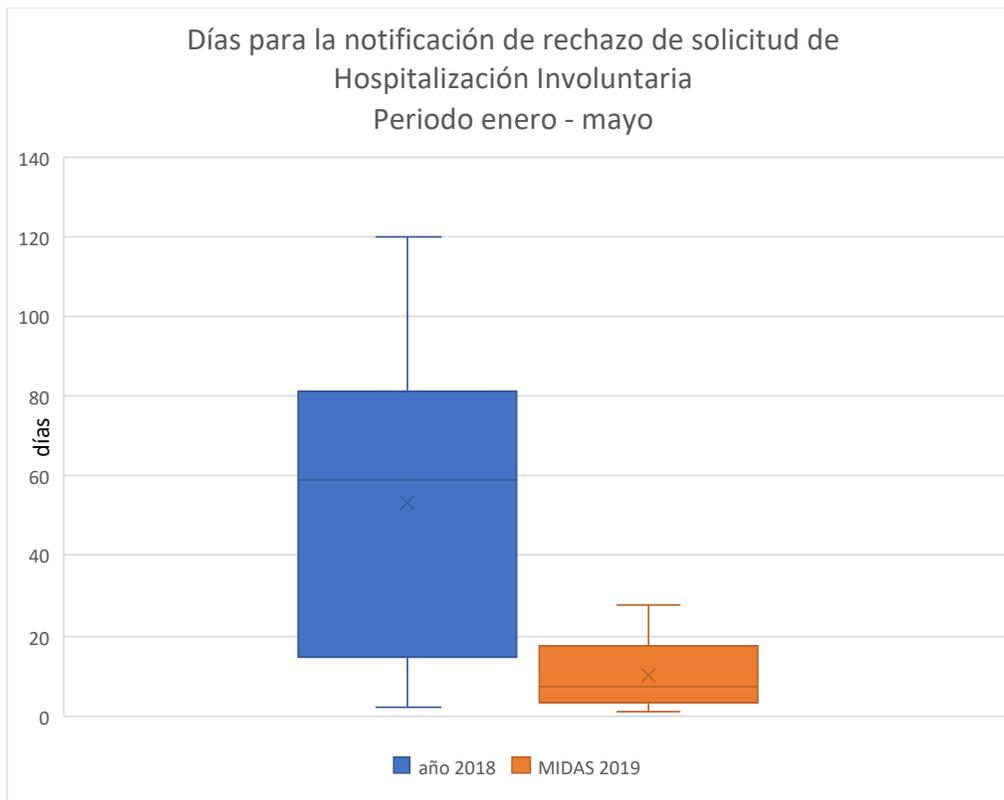
- **7.1.4.3 Tiempo para notificar rechazo de solicitud de hospitalizaciones involuntarias:** en esta medición se aprecia una gran diferencia en los tiempos transcurrido desde la solicitud hasta la notificación de rechazo. En el año 2018, la media de tiempo corresponde a 53 días, la mediana a 59 días y un tiempo máximo de 120 días. Con la implementación del MIDAS, la media es de 10 días, la mediana de 7 días y el tiempo máximo es de 28 días (Tabla 3, Fig. 14).

Tabla 3:

Tiempo en días para notificar rechazos de solicitudes de hospitalización involuntaria

	año 2018	año 2019	variación
N casos	26	12	
Mín.	2	1	
Máx.	120	28	
media	53	10	- 81%
mediana	59	7,5	- 87%

Figura 14



Elaboración Propia. Fuente de datos: Sub Depto. Prioridades de Salud, SEREMI de Salud RM y plataforma informática MIDAS

7.1.5 Hospitalizaciones involuntarias concretadas

Durante el periodo comprendido entre enero y mayo de 2018, se aprobaron 30 solicitudes de hospitalización involuntaria desde centros de atención ambulatoria, de las cuales ninguno se hospitalizó en ese periodo de tiempo. Sólo 3 de esas solicitudes de hospitalizaciones se concretaron en el segundo semestre de 2018. Todos ellos estuvieron en lista de espera por 132, 133 y 182 días hasta su ingreso a la UHCIP.

En cuanto a las solicitudes del mismo tipo, realizadas en el mismo periodo de tiempo en el año 2019, a través de la plataforma MIDAS

se aprobaron 25 solicitudes, de las cuales 10 se concretaron dentro de los primeros cinco meses de ese año. Esto, considerando que, en mayo de 2019, se solicitaron 7 hospitalizaciones involuntarias desde centros ambulatorios.

Tabla 4:

Tiempo en días de permanencia en lista de espera para concretar hospitalización involuntaria

	año 2018	año 2019	variación
Mín.	132	12	
Máx.	182	45	
media	149	30,2	- 78%
mediana	133	32	- 76%
N casos	3	10	

La tabla 4 muestra los tiempos espera de los pacientes que se hospitalizaron involuntariamente en el año 2019, evidenciando una importante disminución de los tiempos de espera en comparación al periodo anterior.

7.2 Resultados Cualitativos

A continuación, se muestra la información recabada a partir de las entrevistas a tres actores clave. Se presentan según la categorización hecha en la Codificación.

7.2.1 Codificación

A las respuestas transcritas se les asignó conceptos con el fin de extraer los significados más relevantes con relación al tema investigado.

7.2.1.1 Gestión de la documentación:

Para los entrevistados la implementación del MIDAS ha *transparentado la información* sobre los procedimientos para solicitar hospitalizaciones administrativas, dado que anterior a la implementación había un desconocimiento por parte de los equipos de salud mental sobre cuáles eran los procedimientos para solicitar hospitalizaciones administrativas:

A.V 2 “Yo siento que ha ayudado a ordenar la información, en cuanto a que los equipos que derivan a usuarios tienen súper claro ahora, qué formularios tienen que llenar, cuáles son los procesos y los tiempos de espera. Si hay consultas, los equipos ya saben a quién referirse, nos escriben, está súper clara la información del proceso y el flujo de lo que sucede en la plataforma.”

La implementación del MIDAS facilita el *flujo* de la documentación:

I.A 3 “Y yo creo que el gran valor que tiene es que esto permite hacer planificaciones en tiempo real, que permite tener una estadística clara y que no depende necesariamente de que las familias hagan un trámite o que haya terceros involucrados en el acarreo de papeles. Por eso, para nosotros es muy útil que las notificaciones lleguen directamente a una bandeja de entrada, sin necesidad de que se de una vuelta larga. Tenemos información en tiempo real, lo que me parece estupendo.”

Por otra parte, los entrevistados agradecen el *acceso* a la información volviéndola amigable:

A.V 6 “Además, se puede acceder a gráficos de la información, es mucho más amigable para nosotros, como para sacar conclusiones sobre cuántas solicitudes están siendo requeridas, que profesionales del equipo están solicitando, cuando se hospitalizaron los usuarios”

Por último, se suman *nuevas acciones* desconocidas por los clínicos, aun cuando ellas eran de carácter obligatorio:

I.A 5 “Desde la clínica seguimos haciendo lo mismo, la diferencia es que ahora se están viendo cosas que antes no se notificaban, por ejemplo, lo de la

hospitalización de urgencia a las 72 horas, yo jamás notifiqué (a la SEREMI de Salud), y no conozco a nadie que lo haya hecho, nunca supimos que teníamos que notificarla.”

7.2.1.2 Efectos para la Red de Salud

Los entrevistados detectan cambios que surgen a partir de la implementación del MIDAS.

En cuanto a las solicitudes notan que ha habido una *disminución en la cantidad* de solicitudes de Hospitalizaciones involuntarias:

I.A 7 “Puede que hayan bajado la cantidad de internaciones administrativas, es una sensación, no tengo el número exacto, puede ser que sí... Desde APS, tampoco es que tengamos una gran cantidad de solicitudes de hospitalización administrativa por mes, yo diría aproximadamente una o dos por mes, en ese sentido ha bajado, no me atrevería a decir que es una gran diferencia, pero tengo la sensación que han bajado”

A.V 5 “Y lo otro es que yo creo que han bajado un poco las solicitudes de internaciones administrativas, quizás en un principio, tengo la sensación...”

Otro efecto que manifiestan los entrevistados es la *disminución de tiempos de espera* para lograr la hospitalización involuntaria:

A.V 11 “...la posibilidad de hospitalizarse es más rápida que antes. He visto personas que esperaban años y ahora con MIDAS han sido llamados con tiempo de espera de un mes, bueno ahora hay personas que llevan un poquito más de dos meses en espera. Pero se agiliza más el proceso...”

I.A 7 “Con respecto a la lista de espera hasta ahora no ha habido gran carga, hasta ahora las que han llegado por MIDAS las hemos podido ir resolviendo antes de los 30 días.”

Bajo la apreciación de los entrevistados, la implementación de la plataforma ha favorecido la *gestión de casos*, en cuanto al seguimiento y la continuidad de cuidados:

P.G 4 *“Me parece que el MIDAS ha hecho que los equipos vayan poniendo énfasis en la continuidad de cuidados, para que las solicitudes sean lo más pertinente posible...”*

P.G 7 *“El dispositivo derivador, se hace responsable de la derivación, debe hacer seguimiento del caso y constatar si el paciente mantiene el requerimiento de la hospitalización administrativa...el constante seguimiento puede influir en que la recuperación y el proceso de apoyo hace todo más eficiente.”*

I.A 19 *“es una buena cosa porque obliga a los equipos comunitarios a ir a buscar información a ver de qué se trata el caso.”*

7.2.1.3 Efectos en usuarios

Los entrevistados mencionan sus apreciaciones sobre los usuarios a los que se les solicita hospitalización involuntaria:

A.V 14 *“... pero sí el tema de red familiar o de red de soporte es mucho más frágil en el caso de los usuarios que llegan a necesitar una internación administrativa. Hay barreras sociales, de los determinantes sociales que le impiden acceder a un tratamiento continuo y permanente y anticiparse a una hospitalización. Son más vulnerables socialmente, casi en situación de calle, casos más críticos en la red de apoyo.”*

P.G 8 *“...estos casos complejos en cuanto al daño que pueden hacerse hacia sí mismo o a otros, generan un problema en la comunidad que muchas veces, por desconocimiento, generar angustia, ansiedad y temor al ver un usuario con características psiquiátricas complejas y graves.”*

Un efecto importante que podría provocar la implementación del MIDAS es una disminución del estigma estructural, puesto que la complejidad y la poca claridad de los procesos para cursar hospitalizaciones administrativas, hacía que se sintiera rechazo hacia ellas con la consiguiente asociación hacia el paciente. Al clarificar los procesos de la hospitalización administrativa, los pacientes dejar de ser evaluados como “complejos”:

A.V 10 *“Hay una sensación de orden, que esta ordenado, bien hecho, con información pertinente, como que baja este estigma que tenían las internaciones administrativas, que a nadie les gustaban, que se veían como pacientes complejos...”*

7.2.1.4 Sugerencias y críticas

Las principales sugerencias que realizan los entrevistados para mejorar la plataforma MIDAS están relacionadas a los procedimientos para realizar solicitudes de hospitalización administrativas de urgencia.

P.G 15 *“Quizás revisar el tema de los formularios de manera digital, con la firma de los psiquiatras de los dispositivos, cosa que sea más fácil y menos engorroso el hecho de tener que hacerlo en papel, escanearlo y después enviarlo. En los dispositivos secundarios no es un problema, pero para los que llegan a urgencia, quita un poco la posibilidad de estar atento a lo que hay que llenar y que quede bien completado el formulario.”*

I.A 14 *“Es un sistema informático, pero que implica escanear papeles, eso yo no lo entiendo. Si es informático que todo sea informático”*

Otra crítica importante es la dificultad de hacer solicitudes de urgencia a las 72 horas exactas:

I.A 17 *“Otra cosa por mejorar es lo de los tiempos, es una cosa que nos da dolor de cabeza, las famosas 72 horas, es un gran problema...es muy útil para notificar en tiempo real, pero si lo ingresas de urgencia a las 3 de la mañana, no tiene ninguna lógica que tengas que hacer el trámite a las 3 de la mañana a los tres días siguientes.”*

Finalmente, se sugiere que quien haga la solicitud de hospitalización involuntaria sea siempre un médico psiquiatra:

I.A 15 *“Lo otro es que, al menos para la Región Metropolitana, debería ser exigible que sea un psiquiatra que esté registrado. Yo sé que el decreto dice que puede ser otra persona a falta de alguien más competente, y en la región metropolitana eso no se cumple.”*

III. DISCUSIÓN

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) es uno de los más grandes del país, donde se atiende a un porcentaje importante de la población chilena. Además, concentra una importante oferta de servicios, que van desde la atención primaria a la de especialidad. Esas características lo posicionan como un representante de peso de la realidad nacional.

Dada la cuantía de profesionales y centros de salud, la amplitud del territorio y el volumen de la población, analizar lo que sucede ahí con la implementación de la plataforma informática MIDAS para hospitalizaciones administrativas involuntarias, puede dar luces y ser una guía al resto de los Servicios que lo implementen. Este ejercicio es importante puesto que los Servicios y las SEREMI de Salud tienen grandes dificultades para hacerse cargo de los casos que requieren hospitalizaciones involuntarias.

Considerando la inexistencia de una Ley de Salud Mental que norme con claridad los procedimientos sobre hospitalizaciones involuntarias, cada Autoridad Sanitaria regional interpreta las leyes y reglamentos sobre la materia, impartiendo indicaciones y formularios que varían con el tiempo. En ese sentido, lo destacable de la Implementación de MIDAS para la gestión de solicitudes de hospitalización involuntarias, es la estandarización del proceso. Gracias a eso, se ha transparentado la información, facilitando los flujos de información, el uso de los formularios adecuados y de los requisitos básicos para iniciar las solicitudes de hospitalizaciones administrativas involuntarias. El equipo tratante, el encargado del Servicio de Salud, la Autoridad Sanitaria y la Comisión Regional de Protección de Derechos de personas con enfermedades mentales (COREPREM), tienen acceso a la información en tiempo real, lo cual es valorado por cada uno de los actores entrevistados implicados en el proceso.

En primera instancia, la plataforma y sus formularios solicitan que el médico tratante evidencie si se cumplen las cinco condiciones de la ley 20.584 para solicitar una hospitalización involuntaria. Una de ellas, quizás la más relevante en cuanto a derechos, es confirmar si se tomó el parecer a la persona a la que se le solicita la hospitalización involuntaria. De no cumplir la totalidad de los requerimientos, la Autoridad Sanitaria no autorizará la hospitalización.

Esta primera exigencia, es de real importancia dado que obliga al médico a que utilice esta herramienta y lo compromete éticamente a registrar en la plataforma si efectivamente el paciente cumple los requerimientos clínicos y legales. Esta obligación puede ser de ayuda, si existiera una presión ejercida por familiares o terceros relacionados con el paciente.

En consideración a lo anterior, una investigación nacional (Pérez, 2016), expone que una variable a considerar en cuanto a la decisión sobre la hospitalización involuntaria es la familia, donde la presión familiar por hospitalizar, suele ser un factor determinante en la decisión final, independiente del escenario clínico del paciente, lo que explicaría la causa de algunas internaciones improcedentes.

Subsecuentemente, los requerimientos de la ley 20.584 adjuntados a la plataforma MIDAS podrían, salvaguardar al médico frente a las presiones familiares, garantizando la protección de los derechos de los pacientes con enfermedades o discapacidades mentales.

A partir de comentarios recogidos en las entrevistas, llama la atención que el orden y la claridad de los procedimientos a través de MIDAS puedan tener una influencia en el estigma que se le atribuye a quienes se encuentran en espera de ingresar a una Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP). Pareciera ser que la desinformación y el desorden administrativo, favorecerían el estigma del profesional de la salud hacia estos pacientes.

En ese sentido, la literatura ha mencionado que la hospitalización psiquiátrica involuntaria puede ser experimentada como desmoralizante y estigmatizante por personas con enfermedades mentales graves (Link et al., 2008). Estudios indican que esta vivencia estigmatizadora, podría explicarse por la actitud del personal

de salud. Wahl & Aroesty-Cohen (2010) reportan que los profesionales de la salud mental constituyen una de las principales fuentes de estigma y discriminación. Así mismo se reporta que habría desigualdad en los cuidados de salud hacia las personas con trastornos psiquiátricos, en comparación con el público general (Mitchell, Malone, & Doebbeling, 2009), lo cual facilita que esta población se convierta en poli-consultante.

Ante lo expuesto, sería conveniente realizar un estudio cualitativo con las percepciones de los pacientes que han sido hospitalizados involuntariamente para indagar sobre las posibles relaciones entre profesionales de la salud mental, pacientes en hospitalización involuntaria y estigma.

Por otra parte, en los meses que lleva de funcionamiento el MIDAS, se aprecia una disminución de las hospitalizaciones involuntarias de urgencia y de las solicitudes desde centros ambulatorios. Respectivamente, ellas corresponden a un 25% y a un 16,6% menos en comparación al año anterior.

Esto es un dato de importancia dado que, en la última década, la tendencia en la Región Metropolitana ha sido hacia el aumento de solicitudes de hospitalizaciones administrativas involuntarias, fenómeno similar a lo que acontece en Europa. Dada la precariedad de los registros y la falta de investigaciones en esta materia, no hay claridad de este progresivo aumento en las hospitalizaciones administrativas en la realidad nacional. Sin embargo, se pueden plantear hipótesis de este fenómeno a partir las investigaciones realizadas en el extranjero.

Un estudio comparativo internacional (Rains et al., 2019), analiza el aumento de este tipo de hospitalizaciones en los países desarrollados y concluye que una mayor incidencia anual de hospitalización involuntaria se asocia con una tasa más baja de pobreza absoluta, con un mayor PIB y gasto en salud per cápita, una mayor proporción de personas nacidas en el extranjero en una población y un mayor número de camas para pacientes psiquiátricos. El mismo estudio revela que la tasa media de hospitalización involuntaria fue de 106 por 100.000 personas.

En Chile, la calidad de los registros no permite obtener tasas como las del estudio mencionado. Sin embargo, si se implementara la plataforma informática en todos los Servicios de Salud, se obtendrían datos inmediatos con los que se podría acceder a construir tasas nacionales y compararse con el resto de los países que realizan este tipo de hospitalizaciones.

Desde la implementación del MIDAS, los rechazos de solicitudes son los que mayormente han tenido una disminución. Durante este año, la Autoridad Sanitaria ha rechazado un 53,8% menos de solicitudes que en el mismo periodo del año anterior. Esto hace conveniente realizar nuevas investigaciones que puedan explicar con mayor claridad, las razones de esta importante disminución. Mientras tanto, se podría hipotetizar que, dada la claridad de la información sobre la documentación requerida, la obligatoriedad de cumplir con los requerimientos de la ley 20.584 y el hecho que los equipos de salud deban mantener bajo atención a los pacientes, se haya mejorado la pertinencia de las solicitudes.

Estudios a futuro, podrían corroborar esa explicación y buscar asociaciones causales entre la disminución de las solicitudes y de los rechazos de estas.

Otros resultados importantes, se relacionan con la reducción del tiempo para aprobar las solicitudes de hospitalización administrativa. Previo a la implementación de la plataforma MIDAS, se requería un gran esfuerzo logístico para el traslado de la documentación, el cual debía movilizarse hacia la SEREMI de Salud por intermedio de familiares, correo, estafetas o el mismo equipo de salud. A ese tiempo transcurrido, se debe sumar el de la revisión de la solicitud por parte del equipo de la SEREMI de Salud, para luego notificar, vía correo, a los equipos solicitantes sobre la determinación tomada con respecto a la solicitud. En cambio, MIDAS permite que la información fluya en tiempo real, por lo que estos tiempos se han reducido a menos de la mitad. Esta diferencia es tremendamente mayor cuando se relaciona a la notificación de rechazo de hospitalización administrativa, siendo cinco veces menos el tiempo transcurrido desde la solicitud hasta la notificación.

No obstante este gran avance, ello no es aún lo suficientemente ágil como para cumplir con el Decreto de Salud N° 570, el cual indica que la Autoridad Sanitaria debe resolver las solicitudes en 72 horas. Dada esta situación, sería importante hacer un seguimiento de esta variable, y conocer si a futuro se logra cumplir el tiempo requerido.

Efectos inesperados han ocurrido con la implementación del MIDAS. El primero de ellos, se relaciona con el tiempo de permanencia en lista de espera, de los pacientes que, desde centros ambulatorios, han sido derivados para una hospitalización involuntaria. En promedio esperan menos de 30 días para ingresar a las UHCIP del SSMSO, muy distinto a los años previos de la implementación del MIDAS. Las entrevistas realizadas entregan información que podría aportar a la explicación de este fenómeno. En ellas se menciona que, con el acceso a la información del caso, el gestor del Servicio de Salud puede revisar las evaluaciones hechas por el equipo tratante y darle prioridad al caso, si así lo decidiera. Esto denota un cambio sustantivo en el proceso, donde priman criterios clínicos por sobre los administrativos, posicionando al paciente como protagonista.

Otro efecto posible de la implementación de la plataforma MIDAS, que ha sido relatado en las entrevistas a los actores clave, es el fortalecimiento del Modelo de Salud Mental Comunitaria que el Plan Nacional de Salud Mental propicia en la red de atención. Cuando el paciente se mantiene en lista de espera para una hospitalización involuntaria, la plataforma exige que los equipos de salud, que realizaron la solicitud de internación involuntaria, informen cada treinta días al gestor de salud mental del Servicio de Salud, sobre si se mantiene la necesidad de esa intervención, obligándolos a realizar seguimiento del caso y mantención del tratamiento. Estas estrategias eran poco frecuentes en el modelo de gestión anterior al MIDAS, donde lo común era que los casos se perdieran y no recibieran una continuidad de cuidados en salud mental.

En relación con lo anterior, un tercer efecto que no se esperaba al evaluar el funcionamiento de la plataforma MIDAS, se relaciona con la proporción de hospitalizaciones involuntarias que se concreta. En esa línea, un estudio realizado en el año 2012, en un hospital psiquiátrico de la Región Metropolitana, evidenció que, de un total de 76 solicitudes de hospitalización involuntaria, sólo un 46% de ellas se hicieron efectivas (Cruz & Martínez, 2018).

Durante el periodo comprendido entre enero a mayo de 2018, la SEREMI de Salud aprobó 30 solicitudes de internación administrativa realizadas por centros de salud del SSMSO, de las cuales se concretaron 3 luego de cuatro a seis meses de espera. En ese mismo periodo, durante 2019, se aprobaron 25 y se concretaron 10 de ellas. Se debe considerar que 7 de las solicitudes aprobadas ocurrieron en las últimas semanas del periodo a evaluar.

Es decir, luego de la implementación de la plataforma MIDAS, es más probable hospitalizarse y permanecer menos tiempo en la lista de espera, en comparación al periodo del año 2018.

Sería interesante realizar un seguimiento de los resultados para indagar si las solicitudes mantienen una tendencia hacia su reducción y por qué razones. Otro estudio que podría plantearse es si existe una relación de la pertinencia de la solicitud de hospitalización y la implementación del MIDAS. Además, se podría profundizar en cómo esta plataforma puede impactar en la Protección de Derechos, en el Plan Nacional de Salud Mental y en el Modelo de gestión de la Red de Salud Mental.

Es importante mencionar que el estudio tiene limitaciones. El primero de ellos se relaciona con su diseño. Al ser exploratorio y descriptivo, se requiere que se realicen nuevos estudios que establezcan relaciones entre los hallazgos encontrados y las posibles causas que los provocaron.

Otra limitante está dada por el breve tiempo contemplado en el seguimiento del funcionamiento de la plataforma MIDAS. Los resultados de la evaluación inicial de la plataforma son hechos a partir de un corto periodo de tiempo, por lo que las interpretaciones de los hallazgos deben ser tomados con cautela.

Por otra parte, la gran fortaleza del estudio es su implicancia en el campo de las políticas públicas de salud mental. Los resultados aportan información cuantitativa y cualitativa que puede constituir un insumo relevante para los tomadores de decisiones, en cuanto que los hallazgos pueden ser utilizados para mejorar la misma plataforma y pueden ser considerados para la implementación en otras regiones del país.

Así mismo, la investigación puede ser un insumo informativo para las Comisiones Nacional y Regional de Protección de Derechos de personas con enfermedad mental, sobre el estado del arte de los procedimientos administrativos que se realizan para cursar las hospitalizaciones administrativas involuntarias.

Una tercera fortaleza de la investigación es que, si se llegara a aprobar una Ley de Salud Mental, el análisis de la implementación de MIDAS puede ser utilizado como “diagnóstico situacional” para la incorporación de nuevos actores. En muchos países, con el apoyo de un comité de expertos, los jueces son los que determinan la aprobación o rechazo de las solicitudes de hospitalizaciones administrativas, la cual puede ser apelada por el paciente (Fistein, 2009). Este proceso requiere celeridad procedimental, por lo que los resultados sobre los tiempos medidos en el estudio pueden ser considerados.

A partir de la presente investigación, surgen nuevas preguntas respecto a las hospitalizaciones involuntarias: ¿a qué factores obedece?, ¿qué participación tiene en su solicitud elementos como calidad de cuidados clínicos, disponibilidad de equipos de salud, arsenal terapéutico, capacidad de respuesta del Sistema de Salud, características de la red familiar de la sociedad chilena y la injerencia de factores ambientales propios de una sociedad en transición respecto del valor e importancia del cuidado de este tipo de pacientes?. En este sentido, la plataforma MIDAS es una solución instrumental, que puede permitir un acercamiento a estos dilemas conceptuales, los cuales podrían encontrar respuestas en nuevas investigaciones.

Por otra parte, las hospitalizaciones involuntarias se posicionan como un problema de Salud Pública, donde los afectados y beneficiarios son variados. Ante la multiplicidad de implicados, es conveniente que el principio de reciprocidad sea propuesto como una forma de equilibrar el respeto a la autodeterminación del paciente con el deber de protección pública (Eastman, 1994). Dadas las necesidades individuales y poblacionales, la tendencia mundial evidencia la mantención de esta medida coercitiva, siempre que se garantice el respeto a los derechos humanos de las personas y no se utilice como medio de control político o social (Fistein et al., 2009).

Se ha mencionado anteriormente que Chile carece de una ley de salud mental y que en su reemplazo coexisten una serie de legislaciones, reglamentaciones y ordenamientos sanitarios involucrados en la internación involuntaria. La problemática que presenta esta diversidad es que están teñidos de polisemia, reiteración de conceptos y diferencia en su lenguaje. En consideración a este escenario, la plataforma MIDAS bien podría coadyuvar en el resguardo de los derechos de las personas con trastornos mentales, dado que otorga poco espacio para la interpretación discrecional para la solicitud y aprobación de las hospitalizaciones involuntarias y se asegura que todos los actores implicados tengan acceso a la información en tiempo real. En esa línea, se podría considerar que el hecho que el médico solicitante de una hospitalización asegure que el paciente cumple las cinco condiciones que exige la ley 20.584, reportando además las acciones que se han hecho para justificar la solicitud, evidenciando que la solicitud no surge a partir de presiones de terceros implicados o de una evaluación antojadiza, podría estar incidiendo en la disminución de solicitudes de internación involuntaria. De ser así, la implementación de MIDAS tendría un importante efecto en la relación de los equipos de salud con aquellos casos que comúnmente son derivados para una hospitalización forzosa.

Desde la perspectiva de salud pública, la disminución de las hospitalizaciones involuntarias beneficiaría a las listas de espera, disminuyendo la demanda de camas en UHCIP y fortaleciendo el Modelo de Salud Mental Comunitaria.

Finalmente, considerando un escalamiento en la cobertura del uso de la plataforma MIDAS, se recomienda:

- Digitalización total del proceso, puesto que escanear o fotografiar documentos y formularios agrega la necesidad de contar con equipos tecnológicos que podrían no ser de acceso inmediato y añade procedimientos evitables que demoran el actuar.
- Flexibilizar el periodo de tiempo para la solicitud de hospitalización involuntaria posterior a una urgencia. Dado que la plataforma MIDAS sólo permite este procedimiento a las 72 horas exactas, se dificulta que el médico tratante haga la solicitud a la misma hora de la urgencia, tres días después.
- Implementar alertas que notifiquen al gestor de salud mental del Servicio de Salud, SEREMI de Salud, equipo de salud y COREPREM sobre si se sobrepasa el tiempo de algún procedimiento.
- Mantener capacitaciones continuas a los equipos de salud, sobre el uso de MIDAS, dada la constante rotación del recurso humano.

CONCLUSIONES

El uso de la tecnología tiene un efecto en la gestión en salud pública. Ejemplo de esto es la implementación de la plataforma informática MIDAS para la gestión de solicitudes de hospitalizaciones administrativas involuntarias, la que ha facilitado el acceso a este tipo de intervención a todos los centros de salud del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Desde su implementación, en enero de 2019, las solicitudes desde centros de salud ambulatorio para hospitalizaciones involuntarias han disminuido, así como los ingresos de urgencia. Lo mismo ha ocurrido con la cantidad de rechazos de estas solicitudes por parte de la Autoridad Sanitaria, quien tiene bajo su responsabilidad la aprobación o no de ellas.

A partir de lo anterior, se sugiere mantener un seguimiento de este dispositivo, a fin de evaluar la continuidad de esta tendencia, la que revertiría lo que ha sucedido en la última década en la Región Metropolitana.

Dado el orden de los procedimientos, desde la implementación de MIDAS el tiempo de espera se ha reducido y la tasa de materialización de estas solicitudes ha aumentado. Todo esto podría estar ayudando a disminución del estigma de estos casos, dado que, según se menciona en las entrevistas a actores claves, la celeridad, el orden y la transparencia de la información facilita la gestión y el tratamiento, provocando menos rechazo por parte de los equipos tratantes hacia las hospitalizaciones involuntarias.

Dados los resultados encontrados en el presente estudio, sería recomendable prolongar el periodo de observación de la implementación de la plataforma MIDAS para determinar si las tendencias encontradas se mantienen en el tiempo y así facilitar su instalación en el resto de los Servicios y SEREMI de Salud del país.

Finalmente, de aprobarse una Ley de Salud Mental, la plataforma podría adecuarse a los nuevos requerimientos y los posibles nuevos actores que se sumarían en el circuito de las hospitalizaciones involuntarias, por lo que toda la información recaba por este estudio podría ser de insumo.

REFERENCIAS

- Aguayo, I. (2019). Salud mental en comunas pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Biblioteca del congreso Nacional de Chile/BCN Asesoría Técnica Parlamentaria. N° SUP: 118487. Disponible en: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26936/1/IA_012019_Salud_Mental_en_comunas.pdf
- Bryman A. (1995). *Quantity and Quality in Social Research*. London, Routledge.
- Bustamante J, Cavieres A. (2018) Internación Psiquiátrica Involuntaria. Antecedentes, reflexiones y Desafíos. *Revista Médica de Chile*; 146: 511-517
- Bustamante J, Cavieres A. (2018). Internación Psiquiátrica Involuntaria. Antecedentes, reflexiones y Desafíos. *Revista Médica de Chile*; 146: 511-517
- Caldas de Almeida, J.M., 2010. An Overview of Mental Health Care Reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatric Services*, 61(3), 1-4.
- Charmaz, K. (2007). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chodoff, P. (1984). Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue. *The American Journal of Psychiatry*, 141(3), 384-389. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.141.3.384>
- Cruz C, Martínez C. (2016) ¿Por qué pacientes con internación administrativa no se están hospitalizando? *Psiquiatría y Salud Mental*; 33: 16-8.
- Darras, Christian. (2004). Bioética y salud pública: al cruce de los caminos. *Acta bioethica*, 10(2), 227-233. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2004000200010>
- Decreto 68. (1927). Reglamento para los Servicios de Salubridad Mental Santiago de Chile 10 de marzo, 1927 <http://bcn.cl/251bb>
- Desviat, M., Gonzalez, C., Gonzalez, A., Moreno, A., Pérez, E., Ponte, N., Rodriguez, J., Kohn, R., Levav, I. (1999). Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles. *Psiquiatría Pública* Vol 11, Num 5-6, septiembre-diciembre 1999
- Eastman, N. (1994). Mental health law: civil liberties and the principle of reciprocity. *British Medical Journal*, 308(43).
- Fistein, E. C., Holland, A. J., Clare, I. C., & Gunn, M. J. (2009). A comparison of mental health legislation from diverse Commonwealth jurisdictions.

International journal of law and psychiatry, 32(3), 147–155.
doi:10.1016/j.ijlp.2009.02.006

González, M; Calderón, J; Jeria, A; Repetto, P; Valdivia, G; y Vivanco, A. (2014). Avanzando al desarrollo de una propuesta de Ley de Salud Mental en Chile: marco legislativo de promoción y protección de los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo.

Greene JC, Caracelli VJ, Graham WF. (1989). Toward a conceptual framework for mixed- method evaluation designs. Educational Evaluation and Policy Analysis. 11: 255-274.

Hernández Sampieri, R., y Otros (2006) Metodología de la investigación. México, Mc Graw Hill.

Johnson, B., & Onwuegbuzie, A. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. Educational Research, 33(7), 14-26.

Kulgren, G., Jacobsson, L., Lynöe, R., Levav, I. (1996). Practices and attitudes among swedish psychiatrists regarding the ethics of compulsory treatment. Acta Pschiatr Scand; 93:389-396

Ley 20.584 Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud. Santiago de Chile 24 de abril, 2012. <http://bcn.cl/1uw7l>.

Link, B., Castille ,DM., Stuber, J. (2008). Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. Soc Sci Med 67:409–419

Margozzini, P., & Passi, Á. (2018). Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas, 43(1), 30-34. doi:<http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v43i1.1354>

Ministerio de Salud. (1998). Decreto Supremo N° 570, del 28 de agosto de 1998, Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales.

Ministerio de Salud. (2008) Informe Final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaria de Salud Pública y Depto. de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile.

Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Revista Panamericana de Salud Pública, 18, 346-358.

Mitchel, A., Malone, D., (2009). Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: Systematic review of comparative studies. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 194(6):491-9 DOI: 10.1192/bjp.bp.107.045732

Morse, J. (2003). Principles of mixed methods and multimethods research design. En A. Tashakkori & Ch. Teddlie (Ed.), *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (pp. 189-208). London: SAGE Publications.

Muñoz, C. (2013). Métodos Mixtos: Una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Temas de Actualidad. Rev Chil Salud Pública*; Vol 17 (3): 218-223

Naciones Unidas (2007). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en:
<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=12&pid=497>

Naciones Unidas (1984); Minkowitz, 2007: 413-426; Relator sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, 2008, 2013

Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014). *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile*. Santiago, Chile. Disponible en <http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl/>

Observación general sobre el artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. ONU. www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/DGCArticle12_sp.doc

Organización de Naciones Unidas. (2008). *Convención de los Derechos de Personas con Discapacidad* [En línea]. Madrid: Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Improving Health Systems and Services for Mental Health*. [En línea]. Geneva: World Health Organization Press.

Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609–615.

Pérez, N. (2016). Opiniones sobre la práctica clínica psiquiátrica en centros comunitarios de salud mental y en centros de hospitalización psiquiátrica de corta estadía en Chile. <http://hdl.handle.net/10362/18548>

Peters, D., Tran, N., Adam, T. (2013) *Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica*. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Implementation_Research_SP.pdf.

Rains LS, Zenina T, Dias MC, et al. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*; published online April 3. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30090-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2).

Rethink Mental Illness (2016). Mental Health Act Sectioning. Factsheet. Disponible en: <https://www.rethink.org/resources/m/mental-health-act>

Santander T, Jaime, Huerta F, Daniela, Aceituno F, David, & Fuentes M, Ximena. (2011). Descripción clínica y socio-demográfica de pacientes psiquiátricos internados involuntariamente bajo el régimen de hospitalización administrativa en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(2), 157-164. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000200005>

Savigny, Donald de, Adam, Taghreed, (2009). Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization. Systems thinking for health systems strengthening / edited by Don de Savigny and Taghreed Adam. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44204>

SEREMI de Salud R.M. (2014). Diagnóstico de Salud de la Región Metropolitana Disponible en: <https://www.gobiernosantiago.cl/wp-content/uploads/2014/12/Seremi-de-Salud-Región-Metropolitana-Diagnóstico-de-Salud-de-la-Región-Metropolitana-2014-Diciembre-2014.pdf>

Sheridan Rains, L., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., ... Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *The lancet. Psychiatry*, 6(5), 403–417. doi:10.1016/S2215-0366(19)30090-2

Szabo, C., Kohn, R., Gordon, A., Levav, I., Hart, G. (2000). Ethics in the practice of psychiatry in South Africa. *S Afr Med J*; 90:498-503

Vicente B, Saldivia S, Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy; Salud mental mañana. *Acta bioethica*. 22(1): 51-61.

Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49-62.

World Health Organization, (2005a). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice [En línea]. Geneva: World Health Organization Press.

ANEXOS

1. CANTIDAD DE SOLICITUDES POR MES

1.1 Solicitudes de hospitalización involuntaria de urgencia

AÑO MES/N	2018	2019
ENERO	0	2
FEBRERO	5	1
MARZO	4	3
ABRIL	2	3
MAYO	5	3
total	16	12

1.2 Solicitudes de hospitalización involuntaria desde centros ambulatorios

AÑO MES/N	2018	2019
ENERO	9	1
FEBRERO	9	4
MARZO	6	5
ABRIL	4	8
MAYO	2	7
total	30	25

1.3 Solicitudes de hospitalización involuntaria Rechazadas por la Autoridad Sanitaria

AÑO MES/N	2018	2019
ENERO	9	2
FEBRERO	3	7
MARZO	8	2
ABRIL	2	1
MAYO	4	0
total	26	12

2. TIEMPO MEDIDO EN DÍAS

2.1 Tiempo en días para cursar solicitudes de hospitalización involuntaria de urgencia. Se mide desde la fecha en que se solicita hasta que la fecha en que la Autoridad Sanitaria la aprueba. Se presentan en orden cronológico.

año	2018	2019
Nº solitud/Días		
1	8	29
2	27	20
3	27	2
4	27	4
5	9	3
6	28	3
7	3	4
8	8	5
9	7	6
10	6	3
11	13	9
12	23	3
13	7	
14	21	
15	14	
16	3	

2.2 Tiempo en días para cursar solicitudes de hospitalización involuntaria desde centros de atención ambulatoria. Se mide desde la fecha en que se solicita hasta la fecha en que la Autoridad Sanitaria la aprueba. Se presentan en orden cronológico.

año Nº solicitud/Días	2018	2019
1	13	17
2	19	4
3	6	5
4	21	2
5	12	1
6	30	1
7	22	4
8	21	3
9	20	4
10	1	4
11	1	2
12	6	4
13	23	3
14	17	4
15	7	7
16	20	3
17	12	5
18	4	7
19	4	4
20	16	16
21	17	15
22	1	14
23	21	13
24	2	10
25	9	4
26	6	
27	6	
28	5	
29	4	
30	16	

2.3 Tiempo en días para rechazar solicitudes de hospitalización involuntaria. Se mide desde la fecha en que se solicita hasta que la Autoridad Sanitaria notifica el rechazo. Se presentan en orden cronológico.

año	2018	2019
Nº solitud/Días		
1	79	2
2	63	28
3	72	15
4	68	13
5	67	1
6	115	1
7	90	6
8	120	6
9	55	7
10	113	18
11	89	8
12	94	18
13	35	
14	35	
15	23	
16	45	
17	65	
18	6	
19	7	
20	65	
21	33	
22	7	
23	16	
24	10	
25	9	
26	2	

2.4 Tiempo en días de espera para iniciar la hospitalización. Se mide desde la fecha en que la Autoridad Sanitaria aprueba la solicitud hasta la fecha de inicio de la hospitalización involuntaria. Se presentan en orden cronológico.

año Nº solitud/Días	2018	2019
1	132	42
2	133	14
3	182	12
4		45
5		29
6		19
7		42
8		35
9		37
10		27

3. TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS

Nº	RELATO 1	CONCEPTOS
1	E: Desde el punto de vista de su rol como Encargada de Salud Mental del SSMSO, ¿qué impresión tiene del MIDAS?	
2	A.V Yo siento que ha ayudado a ordenar la información, en cuanto a que los equipos que derivan a usuarios tienen súper claro ahora, qué formularios tienen que llenar, cuáles son los procesos y los tiempos de espera. Si hay consultas, los equipos ya saben a quien referirse, nos escriben, está súper clara la información del proceso y el flujo de lo que sucede en la plataforma. Y yo logro ver los contenidos de la información de los usuarios, lo que llena la familia también.	INFORMACIÓN: Formularios, Procesos, flujos y tiempos de espera TRANSPARENCIA de la Información
3	Se nota un orden en los tiempos de espera. Por ejemplo, si han pasado treinta días el equipo debe hacer la renovación de la solicitud, nosotros les avisamos si no la han visto y ellos se ponen al día y llenan el formulario. Siento que está todo mucho más ordenado.	ORDEN
4	De acuerdo con las conversaciones que he tenido con las Cortas Estadías, está todo mucho más ordenado. Años anteriores, no había mucha claridad de cuáles solicitudes estaban vigentes, cuántas eran. Con la plataforma está mucho más claro.	ORDEN TRANSPARENCIA
5	Y lo otro es que yo creo que han bajado un poco las solicitudes de internaciones administrativas, quizás en un principio, tengo la sensación, que solicitaban mucho, o sea mucho entre comillas, en febrero creo que fueron más y que ahora han disminuido.	DISMINUCIÓN de cantidad de solicitudes de H.I
6	Además, se puede acceder a gráficos de la información, es mucho más amigable para nosotros, como para sacar conclusiones sobre cuántas solicitudes están siendo requeridas, que profesionales del equipo están solicitando, cuando se hospitalizaron los usuarios.	ACCESO a información: amigable

7	<p>Siento que en los casos más críticos, nos preguntan si se puede priorizar algún caso...ahí nosotros podemos ver, en relación a otros usuarios si corresponde pedirle al equipo que recibe el caso si se puede priorizar o no. Porque ahora podemos comparar el formulario de llenado con lo que pone el médico, lo que pone la familia, más lo que nos informan los equipos con lo que está sucediendo con el paciente actualmente. Entonces comparamos y decidimos si es pertinente la priorización o no de ese caso. Antes, en internaciones anteriores al MIDAS, se nos dificulta el pensar en la priorización, porque hay que pedir información que no estaba tan clara como ahora con la plataforma.</p>	<p>PRIORIZACIÓN de casos</p> <p>TRANSPARENCIA</p>
8	<p>El modelo de trabajo en red exige que tengamos información actualizada y oportuna, ágil y ese es el gran beneficio que no ha dado el MIDAS y los sistemas informáticos en general. El trabajo en red, si bien tiene la finalidad de estar al servicio de las necesidades de los usuarios, exige que tengamos medios ágiles y precisos de información, yo creo que esa es la gran ventaja del MIDAS. Realmente es la herramienta que necesitamos para facilitar y articular la red.</p>	<p>Información actualizada Facilita el MODELO DE RED</p>
9	<p>Los equipos están más atentos...tengo la sensación que en años anteriores, de repente entre los usuarios que están atendiendo, a lo mejor los de internación administrativa se perdían un poco de hacerle seguimiento a los usuarios que estaban en espera de la internación...siento que ahora los equipos están mucho más alertas. La plataforma les permite mirar, además nosotros podemos generamos mensajes que les ayuda a hacer seguimiento de los usuarios.</p>	<p>GESTIÓN DE CASOS: seguimiento</p> <p>ORDEN</p>
10	<p>Hay una sensación de orden, que esta ordenado, bien hecho, con información pertinente, como que baja este estigma que tenían las internaciones administrativas, que a nadie les gustaban, que se veían como pacientes complejos...entonces, el hecho de tenerlo más bajo control, con la información</p>	<p>Disminuye ESTIGMA institucional</p>

11	necesaria y el orden necesario, hace tener mayor comodidad y eficiencia a los equipos y para nosotros también.	
	En cuanto a los usuarios, la posibilidad de hospitalizarse es más rápida que antes. He visto personas que esperaban años y ahora con MIDAS han sido llamados con tiempo de espera de un mes, bueno ahora hay personas que llevan un poquito más de dos meses en espera. Pero se agiliza más el proceso...hay que verlo, porque está teñido con la disponibilidad de camas.	DISMINUYE TIEMPO de espera para hospitalizarse
12	Los que entran antes son los de la Urgencia, si alguien está en la urgencia y está descompensado, es tanta la presión que ese paciente ingresa o el de Enlace. Las internaciones administrativas, antes, se quedaban todavía más atrás porque estaba esto del olvido, el desorden, de no darles tanta importancia...	
13	E: Con respecto al perfil del usuario que se hospitaliza por intermedio del MIDAS, ¿será distinto al perfil del usuario que se hospitaliza por otros medios en las UHCIP?	
14	Los perfiles tienen ciertas similitudes, en términos de la gravedad, pero sí el tema de red familiar o de red de soporte es mucho más frágil en el caso de los usuarios que llegan a necesitar una internación administrativa. Hay barreras sociales, de los determinantes sociales que le impiden acceder a un tratamiento continuo y permanente y anticiparse a una hospitalización. Son más vulnerables socialmente, casi en situación de calle, casos más críticos en la red de apoyo.	Pacientes con mayor VULNERABILIDAD
15	E: Y en comparación de años anteriores, ¿el perfil será el mismo?	
16	No ha cambiado...justo el otro día me encontré con una señora ha venido muchas veces por un hijo, y ella me reclamaba y me decía “y ahora hay que hacerlo por el consultorio y antes era más fácil”. No es una	FLUJO del proceso

17	<p>persona representativa, pero representa a las personas que tratan de saltarse y llegar a los niveles de decisión más altos.</p> <p>¿Qué haya cambiado el perfil? Yo creo que debe ser más o menos el mismo. Lo que pasa es que antes se saltaban la atención primaria, ese era el gran tema, entonces los usuarios sin saber mucho escuchaban y venían aquí con una expectativa de que habría mas posibilidades de saltarse los procesos.</p> <p>No ha habido un cambio en el tipo de usuario, lo que estamos intencionando es que se contacten con la red, yo creo que eso es bueno de todas maneras.</p>	
18 19	<p>Si tuviera que hacer sugerencias de mejoras para la plataforma, ¿qué sugeriría?</p> <p>La plataforma está bien, es clara. Lo que ha sucedido es que hay más profesionales que han solicitado clave de acceso y ahí hemos tenido una demora para obtener clave...igual hay que decir que la idea no es que todo el mundo tenga clave, que se mantenga restringido a un rol súper preciso, por que, si no, vamos a perder este orden que hemos ganado. Ahora yo siento que todo el mundo quiere tener clave. Yo lo entiendo en los hospitales, porque un psiquiatra o los psiquiatras tienen turnos, a ellos les dimos más posibilidades.</p>	SUGERENCIAS
20	<p>Tal vez, sería bueno compararse con otros servicios y acceder a la información para compararse, tal vez el promedio de días de espera para ir monitoreando la gestión nuestra.</p>	SUGERENCIAS

N°	RELATO 2	CONCEPTOS
1	Desde el punto de vista de tu rol como psiquiatra de una UHCIP, ¿qué impresión tienes del MIDAS?	
2	I.A La primera diferencia es obvia, que pasamos de un modelo manual de papel, que implicaba que nosotros teníamos que llenar un papel, la familia tenia que llenar un papel y pedirle a la familia que lo llevara a la SEREMI y que luego nos trajeran un papel timbrado de recepción para que nosotros para recién comenzar a actuar en base a la hospitalización involuntaria. Antes de eso activando, entre comillas, la hospitalización de urgencia, que la verdad nosotros nunca avisábamos antes, siempre se dejaba escrita en la ficha como “desde ahora se deja activada la hospitalización de urgencia por 72 horas” y en ese lapso le pedíamos a la familia hacer todos los trámites, si no, no podíamos dejar hospitalizado.	FLUJO del proceso
3	Lo primero y lo más importante es que esto le da más orden al asunto. Le da un orden que podemos discutir si es el más adecuado o no, pero le da un orden más claro a la situación. Y yo creo que el gran valor que tiene es que esto permite hacer planificaciones en tiempo real, que permite tener una estadística clara y que no depende necesariamente de que las familias hagan un trámite o que haya terceros involucrados en el acarreo de papeles. Por eso, para nosotros es muy útil que las notificaciones lleguen directamente a una bandeja de entrada, sin necesidad de que se de una vuelta larga. Tenemos información en tiempo real, lo que me parece estupendo.	ORDEN ACCESO a información VELOCIDAD de la gestión
4	Una plataforma informática que funcione 24 horas, que uno no tenga que estar dependiendo de terceros para hacer los papeles, donde el que atiende el paciente es quien realmente debe hacer la notificación porque efectivamente está funcionando 24 horas, es algo que me parece estupendo.	ACCESO a la información

5	<p>Desde la clínica seguimos haciendo lo mismo, la diferencia es que ahora se están viendo cosas que antes no se notificaban, por ejemplo, lo de la hospitalización de urgencia a las 72 horas, yo jamás notifiqué (a la SEREMI de Salud), y no conozco a nadie que lo haya hecho, nunca supimos que teníamos que notificarla. Era un enredo en el fondo, teníamos que pedirle a la familia que ellos llevaran los papeles y luego pedirles que a los 3 días llevaran los de hospitalización administrativa...ahora esas notificaciones están quedando registradas, esa es la diferencia.</p>	<p>NUEVAS ACCIONES:Se notifican las Urgencias</p>
6	<p>Con respecto a la lista de espera hasta ahora no ha habido gran carga, hasta ahora las que han llegado por MIDAS las hemos podido ir resolviendo antes de los 30 días.</p>	<p>Disminución de TIEMPOS DE ESPERA para H.I</p>
7	<p>Puede que hayan bajado la cantidad de internaciones administrativas, es una sensación, no tengo el número exacto, puede ser que sí. Pero pueden haber bajado porque los equipos estaban esperando sus claves para poder ingresar. Desde APS, tampoco es que tengamos una gran cantidad de solicitudes de hospitalización administrativa por mes, yo diría aproximadamente una o dos por mes, en ese sentido ha bajado, no me atrevería a decir que es una gran diferencia, pero tengo la sensación que han bajado.</p>	<p>DISMINUCIÓN DE SOLICITUDES</p>
8	<p>Con respecto al perfil del usuario que se hospitaliza por intermedio del MIDAS, ¿será distinto al perfil del usuario que se hospitalizaba a través del modelo anterior?</p>	
9	<p>De la poca experiencia que tenemos hasta ahora, el perfil es más o menos el mismo...por nuestra experiencia hasta ahora las solicitudes no están hechas por psiquiatras desde APS...ahí hay una puerta que se abre, porque antes se pedía que el psiquiatra lo hiciera, ahora no es tan así...el papel</p>	

	factor de riesgo inminente, ni ninguna cosa más allá que el consumo de sustancias y la disrupciones conductuales de un consumidor que no quiere dejar de consumir.	
13	En ese sentido, ¿habría que hacerle mejoras al sistema o a la plataforma en sí?	
14	Sí, yo creo que sí, o sea todo es mejorable. De partida, el pro que tiene es que es un sistema informático y el contra es que es mixto. Es un sistema informático, pero que implica escanear papeles, eso yo no lo entiendo. Si es informático que todo sea informático, que uno pueda escribir ahí mismo con letra clara, que se pueda solicitar infomación complementaria ahí mismo...a menos que sea algo específico, como la firma del familiar responsable o el consentimiento del familiar, ahí si vale la pena escanearlo.	CRÍTICA: evitar escanear formularios
15	Lo otro es que, al menos para la Región Metropolitana, debería ser exigible que sea un psiquiatra que esté registrado. Yo sé que el decreto dice que puede ser otra persona a falta de alguien más competente, y en la región metropolitana eso no se cumple. Te creo que, en Aysén, en la posta rural que no haya nadie más competente que el técnico paramédico que ha trabajado toda la vida, pero en la RM hay disponibilidad de especialista.	CRÍTICA: sólo psiquiatras deberían solicitar hospitalizaciones involuntarias
16	En nuestro caso, hoy en día, vienen bastante filtradas las solicitudes, porque hay un psiquiatra que hace consultoría en APS, pero a veces pasa que los médicos generales se arrancan por los tarros y mandan a hospitalizar cosas que no corresponden mucho...no nos ha pasado con el MIDAS.	FILTRO de solicitudes por especialista
17	Otra cosa por mejorar es lo de los tiempos, es una cosa que nos da dolor de cabeza, las famosas 72 horas, es un gran problema...es muy útil para notificar en tiempo real, pero si lo ingresas de urgencia a las 3 de la mañana, no tiene ninguna lógica que tengas que hacer el trámite a las 3 de la mañana a los tres días siguientes. Es absurdo, no hay una ventana. El sistema te permite darlo de alta antes, no	CRÍTICA: imposibiidad de hacer solicitudes de urgencia a las 72 horas exactas

	te permite activar la solicitud de hospitalización administrativa antes de las 72 horas. Eso muchas veces cae fuera del horario de trabajo o en un fin de semana y uno lo tiene que hacer fuera de plazo, al día siguiente o al siguiente día hábil. Eso es complejo, por que siempre nos pasamos.	
18	¿la pertinencia de las solicitudes se ha modificado o sigue siendo la misma?	
19	Es difícil responderlo, por el corto tiempo que ha pasado...se ha modificado desde que se elimina lo del traslado administrativo, se elimina la posibilidad que cualquier persona haga una solicitud sin ver al paciente, es una buena cosa porque obliga a los equipos comunitarios a ir a buscar información a ver de qué se trata el caso.	Favorece el SEGUIMIENTO de los casos.
20	Pero es muy poco el tiempo, entonces no sé si el cambio es por el sistema o por desconocimiento de los que solicitan. Por lo menos de APS, de nuestro nivel secundario no ha habido problemas con las pertinencias, vienen bien evaluados.	

Nº	RELATO 3	CONCEPTOS
1	Desde el punto de vista de tu rol como director de COSAM, ¿qué impresión tienes del MIDAS?	
2	P.G Yo creo que, por un lado, con respecto a los cambios por la implementación del MIDAS, los cambios que se perciben tienen que ver con la implementación y actualización de los sistemas de registro y derivación en los dispositivos de salud...particularmente, se ha acelerado la velocidad de la información. Anteriormente, pasaban meses sin que uno se enterara de lo que había ocurrido con la solicitud.	RAPIDEZ gestión de casos
3	Creo que se ha ampliado la red de personas que pueden tener acceso a esta información (hospitalizaciones administrativas) dentro de los dispositivos de salud y esto trae como consecuencia que se pueda tener una mayor capacidad de respuesta y de seguimiento de	TRANSPARENCIA de la información. SEGUIMIENTO de casos

4	<p>los casos que son derivados para hospitalización involuntaria...</p> <p>Me parece que el MIDAS ha hecho que los equipos vayan poniendo énfasis en la continuidad de cuidados, para que las solicitudes sean lo más pertinente posible... Hay una diferencia con el modelo antiguo, considerando tiempos y los requerimientos que se estaban utilizando para hacer las solicitudes...en papel los formularios pasaban por distintas manos, con tiempo de respuesta eternos, lo cual alarga mucho el proceso de internación y por lo tanto interfería en la calidad de vida del usuario y del problema por el que están solicitando su internación.</p>	<p>CONTINUIDAD de cuidados</p> <p>Mejora GESTIÓN documento</p>
5	<p>Yo creo que uno de los beneficios importantes para los usuarios significa, por lo menos lo que se ha visto en esta primera etapa de implementación del MIDAS es como la confianza y la seguridad que sus solicitudes van a tener una mejor respuesta o una respuesta más rápida en comparación con las solicitudes hechas por papel, que pasaban por distintos departamentos y había que esperar el tiempo que se demoraba en dejar por mano, etcétera. Ahora hay una plataforma que puede dar cuenta del estado en el que está la solicitud de manera mucho más rápida y concreta.</p>	<p>Genera CONFIANZA</p>
6	<p>Yo creo que otro beneficio que puede ser de manera más indirecta para los usuarios, es que en el caso que su familiar que está solicitando la hospitalización, podría generar mayor confianza en términos de la continuidad de cuidados...el mantener un seguimiento sobre el estado concreto de la solicitud.</p>	<p>FLUJO de información</p> <p>CONFIANZA</p>
7	<p>El dispositivo derivador, se hace responsable de la derivación, debe hacer seguimiento del caso y constatar si el paciente mantiene el requerimiento de la hospitalización administrativa...el constante seguimiento puede influir en que</p>	<p>CONTINUIDAD de cuidados</p>

8	<p>la recuperación y el proceso de apoyo hace todo más eficiente.</p> <p>Con respecto de la comunidad, es un poco más de lo mismo...estos casos complejos en cuanto al daño que pueden hacerse hacia sí mismo o a otros, generan un problema en la comunidad que muchas veces, por desconocimiento, generar angustia, ansiedad y temor al ver un usuario con características psiquiátricas complejas y graves. Una plataforma que acelera los procesos podría permitir que ese usuario que ya está identificado por la comunidad pueda tener una atención más rápida o más efectiva.</p>	Percepción sobre los pacientes
9	<p>En cuanto a los equipos, el desafío es entender y revisar la plataforma, sino no sería tanta la utilidad que podría prestar. Considero que es una herramienta útil, que puede entregar una serie de datos de manera más actualizada. Por lo tanto, permite tomar decisiones clínicas y de gestión del caso para darle la posibilidad de hacerle un seguimiento mientras esta en espera.</p>	
10	<p>Yo creo que, con el tiempo, vamos a aprender de una manera óptima, cómo sacar datos estadísticos...</p> <p>Yo creo para los médicos que están en la Urgencia es un poco engorroso que tengan que escanear los papeles, yo creo que habría que generar un acceso a la plataforma 100% digitalizado, cosa que mejore y facilite la tarea a los médicos que están con tiempos excesivos de carga...en ese sentido hay algunos puntos que revisar.</p>	<p>SEGUIMIENTO</p> <p>CRÍTICA: escaneo de formularios</p>
11	<p>El que exista una plataforma con estas características, que se pueda visibilizar más claramente el proceso de derivación del usuario, permite darles continuidad a los cuidados, porque el caso es constantemente supervisado y visibilizado en el curso en que está su solicitud...si pensamos que hay usuarios que han pasado uno o dos años desde que se hizo la solicitud y no se sabe que ha pasado con el usuario...</p>	TRANSPARENCIA

12	Ahora, al tener personas encargadas de visar y de hacerles seguimiento a las solicitudes, yo creo que podría tener un impacto importante en la salud de la persona, en el curso de su enfermedad y por lo tanto en su recuperación, significa una tranquilidad para su familia y la comunidad.	SEGUIMIENTO
13	Si tuvieras que hacer sugerencias de mejoras para la plataforma, ¿qué sugerirías?	
14	Yo creo que tienen que ver con potenciar y socializar durante todo este primer periodo el uso de la plataforma. Yo creo que aún quedan dudas...desconozco si el Servicio estará haciéndole seguimiento al funcionamiento de la plataforma...	CRÍTICA: no escanear
15	Quizás revisar el tema de los formularios de manera digital, con la firma de los psiquiatras de los dispositivos, cosa que sea más fácil y menos engorroso el hecho de tener que hacerlo en papel, escanearlo y después enviarlo. En los dispositivos secundarios no es un problema, pero para los que llegan a urgencia, quita un poco la posibilidad de estar atento a lo que hay que llenar y que quede bien completado el formulario.	
16	E insistir que los dispositivos que cada vez que hagan una derivación para internación administrativa, se mantengan haciendo el seguimiento respectivo, porque yo creo que esto permite la continuidad de cuidados, permite un seguimiento del caso, que trae como consecuencia un beneficio para el usuario que favorece la recuperación de las personas.	

4. ORGANIZACIÓN DE CONCEPTOS Y CATEGORÍAS

CATEGORÍA	Gestión de la documentación para la hospitalización involuntaria.
Conceptos	Transparencia de la información Orden Acceso a información Información actualizada Flujo del proceso Velocidad de la gestión Mejora gestión documento Genera confianza

CATEGORÍA	Efectos para la red de salud
Conceptos	Disminución de cantidad de solicitudes de hospitalizaciones involuntarias Priorización de casos Facilita el modelo de red Comunitario Gestión de casos Favorece el seguimiento de los casos. Rapidez gestión de casos Continuidad de cuidados Nuevas acciones

CATEGORÍA	Efectos para los usuarios
Conceptos	Disminuye estigma Concepto de usuario Disminución tiempo de espera

CATEGORÍA	Opiniones
Conceptos	Sugerencias Críticas

5. CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN

mar-19				
Actividad/Semana	1	2	3	4
Recolección de datos 2018				
Recolección de datos: Cálculo de tiempos de tramitación de documentos con MIDAS. Enero - marzo				
Recolección de datos: Cálculo de cantidad de resoluciones emitidas y no emitidas con MIDAS. Enero - marzo				
Reunión tutores				
Definición de outcomes a evaluar				
Definición de objetivo de investigación				
Entrega Documentos Comité Etica PUC				

abr-19				
Actividad/Semana	1	2	3	4
Recolección de datos				
Procesamiento de datos: Comparación de tiempos de tramitación de solicitudes de internación. Periodo enero - abril 2018 y 2019				
Procesamiento de datos: Comparación de número de resoluciones emitidas entre enero - abril de 2018 y 2019				
Reunión tutores				

may-19				
Actividad/Semana	1	2	3	4
Reunión Tutores				

Recolección de datos: Cálculo de tiempos de tramitación de documentos con MIDAS. abril - mayo				
Recolección de datos: Cálculo de cantidad de resoluciones emitidas y no emitidas con MIDAS. abril - mayo				
Contacto con posibles entrevistados				
Entrevistas				

jun-19				
Actividad/Semana	1	2	3	4
Transcripción de entrevistas				
Análisis resultados cualitativos				
Redacción del documento final				
Entrega informe final				
Revisión de documento de tutores				
Reunión Tutores				
Análisis de datos				
Informe con resultados				
Redacción de discusión y conclusiones				

jul-19				
Actividad/Semana	1	2	3	4
Redacción con indicaciones de tutores				
Entrega documento final				
Revisión de Presentación por tutores				

6. ACTA DE APROBACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO | CEC MED UC



FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE

ACTA DE APROBACIÓN SESIÓN REGULAR N°7/2019

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO CEC MED-UC
Acreditado por SERFMI de Salud 018526 con fecha 31 Marzo de 2014

Santiago, 02 de Mayo de 2019

SE APROBÓ EL SIGUIENTE PROYECTO

ID del proyecto : 181130014

Investigador Responsable : Alejandro Riquelme
Tesis de Magíster

Título de Investigación : Implementación de una plataforma informática para la gestión de internaciones psiquiátricas administrativas en la Región Metropolitana.

Sitio de realización: Servicios de Salud de la Región Metropolitana.

Financiamiento: Fondos propios

Se acusa recibo de los siguientes documentos:

Carta del Investigador Responsable solicitando la revisión y aprobación de nuevo estudio en referencia

Carta de respaldo del Director del programa de Magister en Salud Pública, Dr. Jaime Sapag Muñoz de la Peña.

Carta de respaldo del Director Institucional, Dr. Fernando Betanzo Vallejos, Director del Servicio de Salud Metropolitano sur Oriente.

Documentos revisados y aprobados por el comité:

Formulario Solicitud Revisión Ética

Documento de consentimiento informado para participante de entrevista individual del 24 de abril de 2019

Resolución del Comité:

Este proyecto ha sido aprobado con fecha 02 de Mayo de 2019 y tiene vigencia de un año. Para extender esta aprobación, el Investigador Responsable deberá solicitar al Comité de Ética la renovación anual del estudio con al menos 45 días de anticipación.

Se solicita, previo al reclutamiento de participantes, timbrar la última versión aprobada de los documento de consentimiento informado y velar, como Investigador Responsable por la realización del proceso de consentimiento informado, utilizando las copias de la versión original (timbradas y firmadas por el CEC MedUC).

Por favor lea cuidadosamente la hoja anexa a esta carta en la que se indican todas sus responsabilidades como investigador responsable de este estudio.

Se le solicita en toda futura correspondencia hacer referencia al **ID del proyecto** 181130014

Le saludan cordialmente,


SRA. ANDREA VILLAGRÁN TORRES
Secretaría Ejecutiva CEC-MedUC




DRA. CLAUDIA URIBE TORRES
Presidente CEC-MedUC

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC Med UC
Se certifica que la información contenida en el presente documento es correcta y que refleja el acta del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina (CEC-Med UC). Este Comité adhiere a los principios éticos de Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica, que considera como norma fundamental el respeto a la dignidad de la persona humana en cualquier condición, desde el momento de la concepción hasta la muerte natural. Este Comité se rige además por las guías de práctica clínica definidas por la conferencia internacional de armonización (GCP-ICH); y con las leyes chilenas 20.120 y 19.628 sobre protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal

Diagonal Paraguay 223 - Santiago, Chile
8330032 - Santiago, Chile
Teléfono: (+56 -2) 2354 8173
<http://eticayseguridad.uc.cl>

cecmeduc@med.puc.cl

7. CARTA DE APOYO INSTITUCIONAL 1



DR.FBV/DR.MVC/DRA. AVP



CARTA DE APOYO INSTITUCIÓN ASOCIADA

El Servicio de Salud Metropolitan Sur Oriente, a través de su Director, Dr. Fernando Betanzo Vallejos, expresa su disposición a apoyar la realización del proyecto de investigación **“Implementación de una plataforma informática para la gestión de internaciones psiquiátricas administrativas en la Región Metropolitana. S.S.M.S.O.”**, de Alejandro Riquelme Bórquez en el proceso de obtención del grado de Magíster en Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile.




DR. FERNANDO BETANZO VALLEJOS
DIRECTOR
SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE

Puente alto, Abril 17 de 2019.

8. CARTA DE APOYO INSTITUCIONAL 2



Santiago, 30 noviembre de 2018

Carta Apoyo Institución Asociada

El Sub Departamento de Prioridades en Salud de la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana a través de la **Dra. Adelheit Schneider**, expresa su disposición a apoyar la realización del proyecto de investigación **“Implementación de una plataforma informática para la gestión de internaciones psiquiátricas administrativas en la Región Metropolitana”**, de Alejandro Riquelme Bórquez en el proceso de obtención del grado de Magíster en Salud Pública de la Universidad Pontificia Universidad Católica de Chile.

Dra Adelheit Schneider

(Nombre y Firma del Representante)

9. CONSENTIMIENTO INFORMADO

1

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Participante de entrevista individual

Nombre del Estudio: Implementación de una plataforma informática para la gestión de internaciones psiquiátricas administrativas en la Región Metropolitana. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Financiamiento: Propio investigador

Investigador Responsable: Alejandro Riquelme Bórquez

Teléfono de contacto: +56 9 977 138 82

Depto/UDA: Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar en una investigación.

Tome el tiempo que necesite para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al personal del estudio.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Usted ha sido invitado/a a participar en este estudio ya que es una persona que ha sido usuaria de la plataforma informática (MIDAS) para solicitudes de internaciones administrativas en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

El propósito de esta investigación es analizar la implementación de la plataforma informática, siendo su opinión al respecto de interés para la investigación

Se espera la participación de un profesional de nivel de atención ambulatoria, uno de nivel hospitalario y uno de nivel de gestión del Servicio de Salud.

PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Si usted acepta participar en el estudio, se le pedirá lo siguiente:

- 1.- Participar en una entrevista, realizada por el investigador, donde se espera que conteste 3 preguntas centrales abiertas.
- 2.- La duración de la entrevista puede variar según el participante, pero se estima una duración máxima de 60 minutos.

Fecha 24 /04 /2019



Timbre, firma y fecha de aprobación

- 3.- La entrevista será audio grabada y posteriormente transcritas de manera textual, para luego analizar sus respuestas.
- 4.- Su nombre no será identificado, podrá usar nombre de fantasía o sistema de codificación.
- 5.- Los audios, una vez transcritos, serán eliminados.
- 6.- De no poder coordinar una entrevista, se podrán enviar las preguntas por mail para luego ser respondida y enviada de vuelta al investigador por el mismo medio

BENEFICIOS

Usted no se beneficiará directamente por participar en esta investigación. Sin embargo, la información que se obtendrá será de utilidad para conocer más acerca de la implementación de la plataforma informática, lo que podría ser útil para las futuras implementaciones en otros Servicios de Salud.

RIESGOS

Su participación en este estudio podría causar algún tipo de incomodidad al responder las preguntas enviadas por mail o por los temas tratados en la entrevista. Si tal fuese el caso, usted podrá responder hasta donde se sienta cómodo/a. Por otra parte, se le respetarán los silencios o las omisiones.

COSTOS

Su participación en este estudio no significara costo alguno para usted

COBERTURA DE DAÑOS

Esta investigación no implica ningún riesgo que pueda generar daños a la salud por lo que no hay cobertura de daños asociada.

COMPENSACIONES

Este estudio no contempla ningún tipo de compensación monetaria por la participación en él.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

- 1.- La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Su nombre, o cualquier información identificable serán codificados mediante un nombre de fantasía. Los audios serán eliminados una vez analizados.
- 2.- Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, su nombre no será conocido.

Fecha 24 /04 /2019



Timbre, firma y fecha de aprobación

VOLUNTARIEDAD

1.- Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente.

2.- Si usted retira su consentimiento, la información obtenida hasta el momento del retiro será utilizada para el desarrollo de la investigación, a menos que usted solicite que la información proveniente de su entrevista no sea utilizada.

PREGUNTAS

Si tiene preguntas acerca de esta investigación puede contactar o llamar al PS. Alejandro Riquelme Bórquez, Investigador Responsable del estudio al teléfono: +56997713882 o al email: avriquelme@uc.cl.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación médica, usted puede llamar a la Dr. Claudia Uribe Torres, presidenta del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, al teléfono 223548173, o enviar un correo electrónico a: cecmeduc@med.puc.cl

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.
- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/a a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio que surja durante éste y que pueda tener importancia directa para mi.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

Firmas

Participante

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Investigador Responsable

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Fecha 24 /04 /2019



