

Septiembre, 2022

Reporte de Mapa de Evidencia

Modelos de organización del servicio de salud mental en la atención primaria de salud.

En concordancia con las prioridades y compromisos gubernamentales con la salud mental de la población, el Ministerio de Salud, a través de la División de Atención Primaria (DIVAP), se encuentra rediseñando la Estrategia de Atención de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud (APS). En este contexto, es de interés de la DIVAP revisar la evidencia científica disponible a nivel internacional, sobre los modelos de organización de la atención en salud mental en APS.

Componentes de la pregunta

Población: personas con diagnóstico o riesgo psicosocial de padecer un trastorno mental

Intervención: formas de organización del servicio de salud mental en la atención primaria de salud

Comparación: otra forma de organización del servicio de salud mental, ausencia de un modelo de atención organizado o cuidado habitual.

Outcome: no se restringe por outcome/desenlace en salud

Mensajes clave

Modelos de organización de la atención de salud mental en APS

- Es posible sugerir 5 clasificaciones de modelos de organización de la atención de salud mental en la APS: *Collaborative or Share Care Model (CCM/SCM)*, *Stepped Care*, *Replacement or Referral*, *Training primary care staff* y *Consultant-Liaison*.
- Los 5 modelos se enmarcan en el enfoque de los modelos integrados de atención (*Integrated care models*).
- Los modelos se distinguen principalmente por el nivel de integración de los servicios que proveen o por los profesionales involucrados en la atención.

Resultados del mapa y principales características de la evidencia

- El modelo de atención *Collaborative Care (CCM)* es el más analizado en la evidencia disponible, incluido en un 95% de las RS encontradas (n=57).
- El resto de los modelos son analizados en no más de 30 RS. El modelo *Stepped Care* es el menos analizado, siendo incluido en solo 11 RS.
- La mayoría de los estudios analizan modelos de organización de la atención de salud mental en relación a depresión y trastornos ansiosos.
- Los principales desenlaces de salud evaluados corresponden al manejo de la enfermedad, sintomatología, y respuesta, aceptabilidad y adherencia al tratamiento.

¿Qué es un mapa de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible que se clasifica en determinadas categorías de interés. Permite visualizar la distribución de la evidencia en las categorías e identificar las brechas de información. Su ejecución toma entre 2 a 3 meses.

✓ Este reporte incluye

- Contextualización del problema.
- Un mapa de clasificación de la evidencia.
- Caracterización de la evidencia disponible.

✗ Este reporte no incluye

- Análisis crítico de los hallazgos de efectividad.
- Recomendaciones explícitas de cómo desarrollar una política pública o modo de organización.

Se propone una clasificación de modelos de organización de la atención de salud mental, en base a la evidencia disponible, reportando sus principales características.

Introducción

La salud mental es un aspecto fundamental de la salud y bienestar de la población, permitiendo el adecuado desarrollo de las personas, comunidades y sociedad en su conjunto. El manejo de los trastornos mentales es particularmente complejo debido a la interacción de los múltiples determinantes individuales, sociales y estructurales que socavan la salud mental (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve que la atención y tratamiento de la salud mental se provea desde una perspectiva comunitaria, que integre los distintos niveles de atención e involucre servicios comunitarios de salud, apoyo entre pares y asistencia psicosocial (2).

Desde la reforma sanitaria del año 2005, el sistema público de salud en Chile se organiza en base al “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”, que sitúa a las personas y sus necesidades como el eje central del quehacer del Sistema de Salud (3). Previamente, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, impulsó el “Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental” que busca conectar la atención de salud mental de la red pública con estructuras no sanitarias que reflejan el entorno social y territorial de las personas. Este Plan implicó mejoras sustanciales en el acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud mental en el sistema público, persistiendo, sin embargo, brechas e inconsistencias con el modelo propuesto a lo largo del país. Por su parte, con el tiempo han aumentado las personas con enfermedades mentales, presionando las capacidades del sistema de salud y de los servicios de apoyo social. En este contexto, diecisiete años después, el MINSAL desarrolló el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 con el objetivo de fortalecer la atención comunitaria en salud mental, reduciendo brechas de acceso, equidad y cobertura y mejorando los estándares de calidad de la atención (4).

Actualmente, la División de Atención Primaria (DIVAP) del MINSAL está en proceso de rediseño de la Estrategia de Atención de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud (APS) para mejorar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios, respondiendo a las prioridades y compromisos gubernamentales con la salud mental de la población. Para estos efectos, la DIVAP ha solicitado revisar la evidencia científica disponible sobre los modelos de organización de la atención en salud mental en APS.

METODOLOGÍA

¿Cómo se realizó la búsqueda de evidencia?

Se buscaron revisiones sistemáticas (RS) que respondieran la pregunta en las bases de datos PUBMED, EMBASE a través de OVID y en Epistemonikos, con fecha 15 de julio de 2022. Ver estrategia de búsqueda en [Anexo 1](#).

¿Cómo se seleccionó la evidencia?

Dos revisores de forma independiente seleccionaron las revisiones sistemáticas y estudios primarios según los siguientes criterios:

Inclusión:

- Evalúan efectividad de modelos de atención en salud mental en APS.
- Atención de pacientes con diagnóstico de salud mental.
- Provisión de la atención situada en la APS.

Exclusión:

- Contextos diferentes o sin vínculos con APS: hospitalario, residencias sanitarias o cuidados domiciliarios.
- Estudios de prevalencia, predicción, prevención, detección o diagnóstico.

¿Cómo se realizó la extracción de datos y clasificación de la evidencia?

La extracción de datos fue realizada por dos investigadores en función de la información reportada en los títulos y *abstracts* de las RS. En la mayoría de los casos el *abstract* no reportó de manera suficiente las principales características de la evidencia analizada, por lo que se recurrió al texto completo de cada RS para completar la información.

Además de extraer la información con respecto al título, autores y año de publicación, se extrajeron datos que corresponden a las siguientes categorías de clasificación del mapa de evidencia: tipo de modelo de atención, principales características de cada modelo, trastorno de salud mental, grupo etario, país, comparador, outcomes.

Resumen de Hallazgos

A partir de la metodología descrita en el recuadro anterior, se identificaron inicialmente 668 revisiones sistemáticas (RS). De éstas se excluyeron 98 duplicados y 375 durante la revisión de título y abstract, considerando los criterios de inclusión/exclusión previamente descritos. Se revisó el texto completo de las 195 RS incluidas, siendo finalmente seleccionadas 60 **revisiones sistemáticas** publicadas entre 1994 y 2022.

Dada la magnitud de evidencia encontrada y la necesidad e interés del equipo de la DIVAP de analizar la mayor cantidad de modelos de atención de salud mental en APS en el mundo, es que el equipo de la UPSIE acordó desarrollar un mapa de evidencia el cual permite clasificar la evidencia en determinadas características e identificar la distribución de la evidencia existente según dichas características y las brechas de información. La información contenida en el mapa de evidencia abre la posibilidad de avanzar posteriormente en una síntesis rápida de evidencia enfocada en un modelo de atención en específico.

Para efectos del mapa de clasificación de la evidencia, se revisaron a texto completo 60 revisiones sistemáticas, de las cuales se extrajo la siguiente información: título, autores y año de publicación; tipo de modelo o forma de organización de la atención de salud mental en la APS; las principales características de cada modelo de atención; los trastornos de salud mental analizados en el marco de cada modelo de atención; los grupos etarios y los países en que fueron llevados a cabo los estudios primarios; el tipo de modelo de atención que se usó como comparador en los estudios que efectuaron análisis de efectividad; y los outcomes o desenlaces de salud o de asistencia social con respecto a los cuales fue medida la efectividad.

Cabe destacar que, si bien el mapa de evidencia reporta el tipo de outcome analizado en los estudios primarios incluidos en las RS, no contiene un análisis de los hallazgos ni evaluación crítica de la certeza de la evidencia.

Hallazgo 1. Tipología de modelos de organización de la atención de salud mental en APS

Si bien el objetivo principal de este mapa de clasificación de la evidencia no es hacer un análisis exhaustivo de los diversos modelos de organización de la atención de salud mental en el nivel primario de atención, fue necesario definir una tipología o clasificación de modelos de atención que permitiera organizar la evidencia encontrada.

La evidencia disponible a partir de la búsqueda sistemática de información, permitió identificar 5 modelos de organización de la atención primaria de salud mental:

- 1) Modelo colaborativo o *Collaborative Care Model* (CCM) - *Share Care Model*¹
- 2) Modelo escalonado o *Stepped Care Model*
- 3) Modelo de consultoría o *Consultant-Liaison* (C-L)
- 4) Modelo de referencia o *Referral/Replacement* (RR)
- 5) Modelo de entrenamiento al personal o *Training Primary Care Staff* (TPC)

Estos 5 modelos se encuentran dentro de la conceptualización de los modelos de atención integrada (Integrated care models). El enfoque de integración ha sido ampliamente utilizado en la literatura, bajo marcos conceptuales que involucran distintos niveles de integración, continuidad de la atención e integración de servicios, pacientes y comunidades (6).

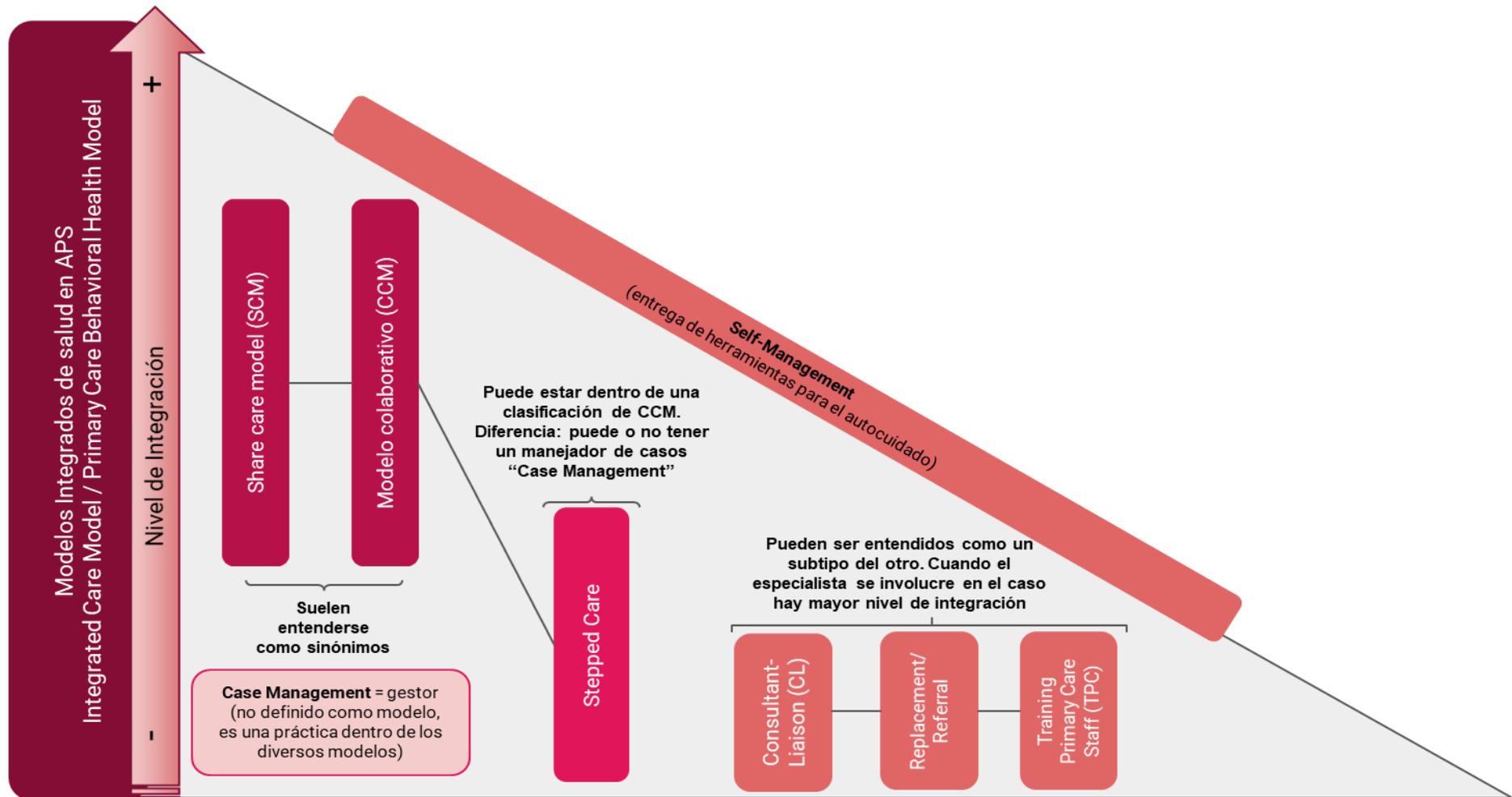
Es posible encontrar diversos niveles de integración; tal como proponen Yonek, J et al. (7), estos niveles pueden ir desde sistemas con mínima coordinación hasta sistemas altamente integrados, en los que los médicos de salud mental y de atención primaria funcionan como un equipo en la práctica clínica (Figura N°1) (7). Cuando la integración es completa, se reconoce a los Modelos Colaborativos o *Collaborative Care Model* (CCM) (5) como aquellos modelos que representan el más alto nivel de integración (7).

La literatura identifica en los modelos altamente integrados el uso del *case manager* (gestor de caso), los cuales suelen ser enfermeras o trabajadores sociales que coordinan los servicios y otros recursos comunitarios que el paciente necesita. Entre sus funciones destacan: evaluar, planificar y facilitar servicios; proporcionar apoyo y educación; reducir la carga y agilizar la utilización adecuada de la atención; asociarse con miembros del equipo de atención médica para ayudar en la coordinación de necesidades de atención médica y dar seguimiento del progreso y los resultados deseados (8).

Es relevante observar que en la evidencia disponible no existe un consenso en la definición de modelo de organización de la atención. A su vez, se utilizan distintos términos para referirse al mismo concepto. Por ejemplo, el término integrado algunos autores lo clasifican según la localización de los prestadores (si se ubican en un mismo edificio o no), mientras que otros autores lo mencionan como el gran paraguas de los modelos con enfoque de atención integrada.

¹ La literatura permite definir el *Share Care Model* como sinónimo de *Collaborative Care Model* (5)
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

Figura N°1: Diagrama sobre los modelos de organización de la atención de salud mental en atención primaria.



Fuente: Elaboración propia, basada en la literatura encontrada sobre modelos de atención en salud primaria (APS). En el diagrama se ilustran los modelos estudiados de mayor nivel de integración (Modelos colaborativos o *Share Care Model*), hasta aquellos con menor nivel de integración (Modelo de enlace o *Consultant-Liaison*, Modelo de referencia o *Referral/Replacement* y Modelo de entrenamiento al personal o *Training Primary Care Staff*).

Definición de los modelos de organización de la atención de salud mental:

1. **Modelo colaborativo o Collaborative Care Model (CCM) - Share Care Model¹:** Involucra a profesionales de diferentes especialidades que trabajan juntos. Usualmente los especialistas que colaboran para atender a un paciente son: el médico de atención primaria, un *case manager* y un especialista en salud mental, de modo de asegurar que el paciente reciba el tratamiento correcto en el lugar y tiempo adecuado (9). Bower & Gilbody (2005) señalan que este modelo puede incluir características de los modelos de Psiquiatría de Enlace (Consultant Liaison) y de Entrenamiento al Personal (Training Primary Care Staff), sin embargo, su principal característica es la inclusión de un *case manager* (10). Cabe destacar que en la evidencia revisada el modelo colaborativo puede incluir aspectos de todos los otros modelos identificados a continuación.
2. **Modelo escalonado o Stepped Care Model:** Dentro de la literatura, se considera un modelo de cuidado o un modo de intervención dentro de los cuidados compartidos o integrados, en que se avanza hacia un mayor o menor uso de recursos o complejidad de la atención, según sea necesario (11). Sin ser obligatorio, el CCM puede incluir un enfoque de modelo escalonado, donde la intensidad del tratamiento se ajusta a las necesidades del paciente. El gestor de casos es relevante en la versión CCM escalonado, ya que ayuda a determinar cuándo es necesario aumentar o disminuir la intensidad o complejidad de la atención (9).
3. **Modelo de Psiquiatría de Enlace o Consultant-Liaison (C-L):** Modelo en el cual el médico de atención primaria es el principal responsable del tratamiento del paciente y un especialista en salud mental actúa como consultor. El especialista suele ser una psiquiatra, pero también puede ser una enfermera de salud mental, un psicólogo o un trabajador social que asesora al médico de APS, pero no es necesario que interactúe con el paciente (9,12). Este modelo reduce la derivación a un nivel más especializado de atención y el aspecto clave es que solo se involucran dos profesionales - el profesional de atención primaria y el especialista en salud mental - sin la presencia de un *case manager* (13).
4. **Modelo de referencia o Replacement/Referral (RR):** Este modelo se caracteriza por la derivación de un paciente a un especialista de salud mental iniciado por un profesional de atención primaria (13). Este modelo se distingue porque la responsabilidad del manejo del paciente recae en el especialista de salud mental (10), aún cuando ambos (profesional de APS y especialista) puedan interactuar sobre el paciente de manera informal (14).
5. **Modelo de entrenamiento al personal o Training Primary Care Staff (TPC):** Consiste en proveer conocimiento a profesionales de atención primaria sobre habilidades para identificar trastornos mentales y desarrollar terapia psicológica, realizado por un equipo multidisciplinario (9,10,12). El entrenamiento puede involucrar diseminación de la información y guías de práctica clínica, o seminarios educativos que incluyan prácticas más intensas como videos, sesiones de enseñanza en grupos pequeños, juego de roles, entre otros (10,13).

La siguiente tabla resume las características ideales que deben cumplir los modelos propuestos a partir de la evidencia revisada.

Tabla N°1: Características de los modelos identificados en las revisiones sistemáticas

<i>Características</i>	Integrated care models*				
	CCM	Stepped Care Model	C-L	RR	TPC
Entrenamiento general o específico en salud mental para trabajadores de la salud en atención primaria cuya función principal no es proveer atención en salud mental	✓	✓	✗	✗	✓
Hay un trabajador entrenado en salud mental en la atención primaria dedicado específicamente a proveer este servicio	✓	puede ser	✗	✗	✓
Los trabajadores de salud en la atención primaria tienen tareas específicas de atención de la salud mental	✓	✓	✓	✓	✓
Coordinación entre trabajadores de APS, trabajadores de salud mental u otros especialistas (comorbilidades). Esta coordinación puede ocurrir en APS o entre niveles de atención.	✓	✓	✓	✓	✗
Utilización de una persona coordinadora o gestora de casos	✓	✗	✗	✗	✗

Fuente: elaboración propia en base a lo propuesto por Cubillos, L et al (15).

CCM/SCM : Modelo colaborativo o share care model; Replacement/Referral = RR; TPC = Training Primary Care Staff; C-L = Consultant-Liaison

*Nota: los modelos pueden incorporar otras características - como enfoque familiar o comunitario, o self-management - que quedan fuera del alcance de este reporte, ya que implican revisión de en profundidad de los estudios primarios contenidos en las RS.



Hallazgo 2. Resultados del mapa y principales características de la evidencia

CANTIDAD DE REVISIONES SISTEMÁTICAS POR TIPO DE MODELO

De las 60 revisiones sistemáticas (RS) que evaluaron uno o más modelos de organización de la atención en atención primaria (APS), cabe destacar que la mayoría de las RS abordaron los modelos colaborativos (92%), ya sea analizándolo de manera individual (21 RS) o en combinación con otros modelos (55 RS) (Tabla N°2, Gráfico N°1).

Tabla N°2: Cantidad de revisiones sistemáticas por tipo de modelo

Modelos	CCM	Stepped care	C-L	RR	TPC
N° de RS	57*/21**	11	26	13	20

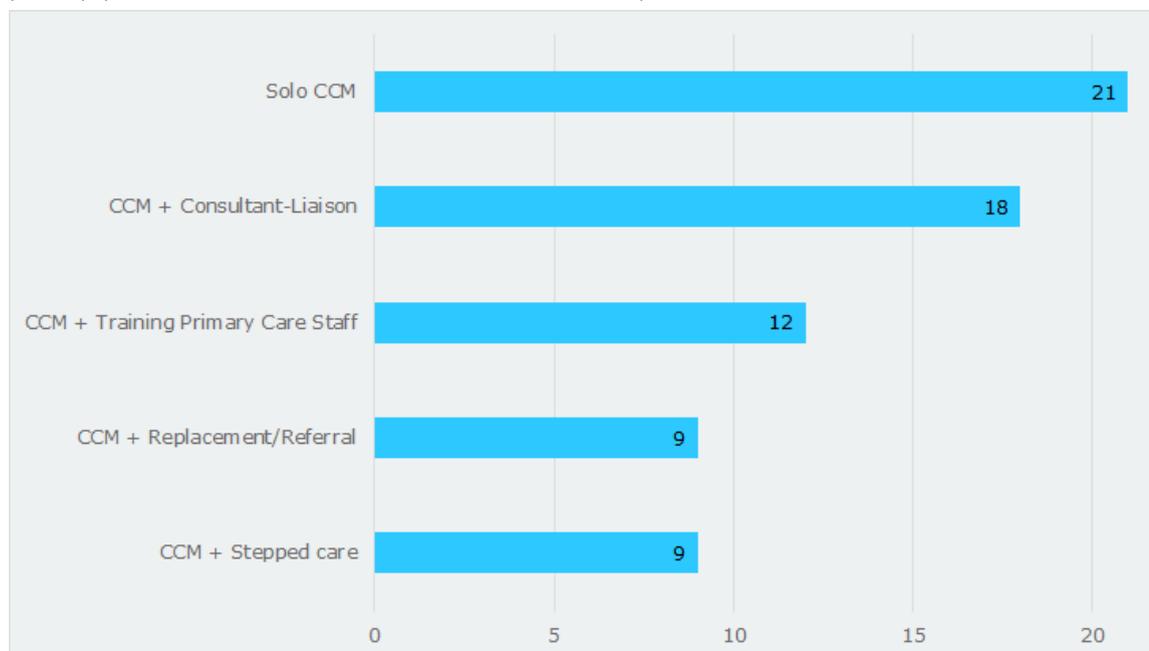
En total se incluyeron 60 revisiones sistemáticas, y cada una podría incluir uno o más modelos.

CCM = Modelo colaborativo; C-L = Consultant-Liaison; RR= Replacement/Referral; TPC = Training Primary Care Staff.

*CCM+otros = En total, 57 RS contienen estudios primarios que analizan el CCM (de manera individual o en combinación)

** CCM "individual" = 21 RS contienen estudios primarios que analizan el CCM de manera individual. Están contenidas en las 57 RS en total.

Gráfico N°1: Número de revisiones sistemáticas que analizan el modelo colaborativo (CCM) (de manera individual o en combinación)



CCM= Modelo colaborativo



CANTIDAD DE REVISIONES SISTEMÁTICAS POR CONDICIÓN DE SALUD MENTAL

En cuanto a los trastornos o condiciones de salud mental incluidos en las RS, aquella con mayor frecuencia incorporada fue la depresión en todos los modelos de salud mental evaluados (tabla N°3), siendo el CCM el que más la evaluó. Por el contrario, el suicidio y los trastornos de personalidad fueron aquellos que con menor frecuencia fueron evaluados en los modelos (solamente CCM los incorporó 1 vez).

Tabla N°3: Número de revisiones sistemáticas que analizan uno o más trastornos/condiciones de salud mental en alguno de los modelos de atención de APS

Enfermedad/Condición	CCM	Stepped care	RR	TPC	C-L	Total
Depresión	48	3	4	8	10	73
Trastorno bipolar	4	0	0	0	1	5
Suicidio	1	0	0	0	0	1
Distimia	7	0	0	2	2	11
Trastornos ansiosos	16	0	3	2	3	24
Trastornos relacionados al estrés	3	0	0	0	0	3
Trastornos de consumo de sustancias	5	1	1	2	3	12
Esquizofrenia	4	0	0	1	2	7
Demencia	3	0	0	0	1	4
Trastornos de personalidad	1	0	0	0	0	1
TDAH	6	0	1	1	1	9
Trastornos somáticos	4	0	0	0	1	5
Trastornos en general	8	0	0	1	1	10
Comorbilidad	15	0	0	0	3	18

TDAH = Trastorno de déficit atencional e hiperactividad. CCM= Modelo colaborativo; RR= Replacement/Referral; TPC = Training Primary Care Staff; C-L = Consultant-Liaison. En total se incluyeron 60 revisiones sistemáticas, y cada una podría incluir uno o más modelos.

Los colores en graduación más intensa representan aquellos con más referencias.

*Para efectos de esta extracción, se entiende como comorbilidad a una condición de salud diferente a algún trastorno o condición de salud mental, y que encontraba como una co-condición a alguna patología de salud mental (Por ej, Depresión en pacientes con diabetes).



CANTIDAD DE REVISIONES SISTEMÁTICAS POR POBLACIÓN

En la tabla N°4 se muestran las frecuencias de incorporación de las poblaciones analizadas en los estudios primarios de las RS. Aquellas que fueron en mayor frecuencia incorporadas fueron la población adulta y la población adulta mayor en la mayoría de los modelos. Por el contrario, las poblaciones con menor frecuencia estudiadas fueron poblaciones migrantes o pertenecientes a alguna etnia.

Tabla N°4: Poblaciones incluidas en las RS por tipo de modelo

Población incluida	CCM	Stepped care	RR	TPC	C-L
Población general	12	1	0	2	3
Población infantil	9	0	2	3	3
Población adolescente	11	0	2	3	3
Población adulta	34	2	2	5	6
Población adulta mayor	28	1	1	4	6
Población migrante	3	0	0	0	0
Población étnica	2	0	0	0	0

CCM= Modelo colaborativo; Replacement/Referral = RR; TPC = Training Primary Care Staff; C-L = Consultant-Liaison. En total se incluyeron 60 revisiones sistemáticas, y cada una podría incluir uno o más modelos.

Por su parte, se extrajeron 3 posibles enfoques desde las RS: enfoque de género, familiar o comunitario. Estos enfoques se incluyeron como tal si la publicación así lo explicitaba. El enfoque de género fue el menos incorporado (n=3), siendo sólo evaluado en CCM (tabla N°5). Los enfoques familiares y comunitarios fueron similares en su frecuencia de incorporación en los modelos. Cabe destacar que el modelo Stepped Care o escalonado, no incorporó ninguno de los enfoques extraídos.

Tabla N°5: Enfoques incluidos* en las RS por tipo de modelo

Enfoques incluidos	CCM	Stepped care	RR	TPC	C-L
Enfoque de género	3	0	0	0	0
Enfoque familiar	20	0	1	2	2
Enfoque comunitario	21	0	1	1	2

*Se consideraba como enfoque incluido si la publicación así lo explicitaba.

CCM= Modelo colaborativo; RR= Replacement/Referral; TPC = Training Primary Care Staff; C-L = Consultant-Liaison. En total se incluyeron 60 revisiones sistemáticas, y cada una podría incluir uno o más modelos.

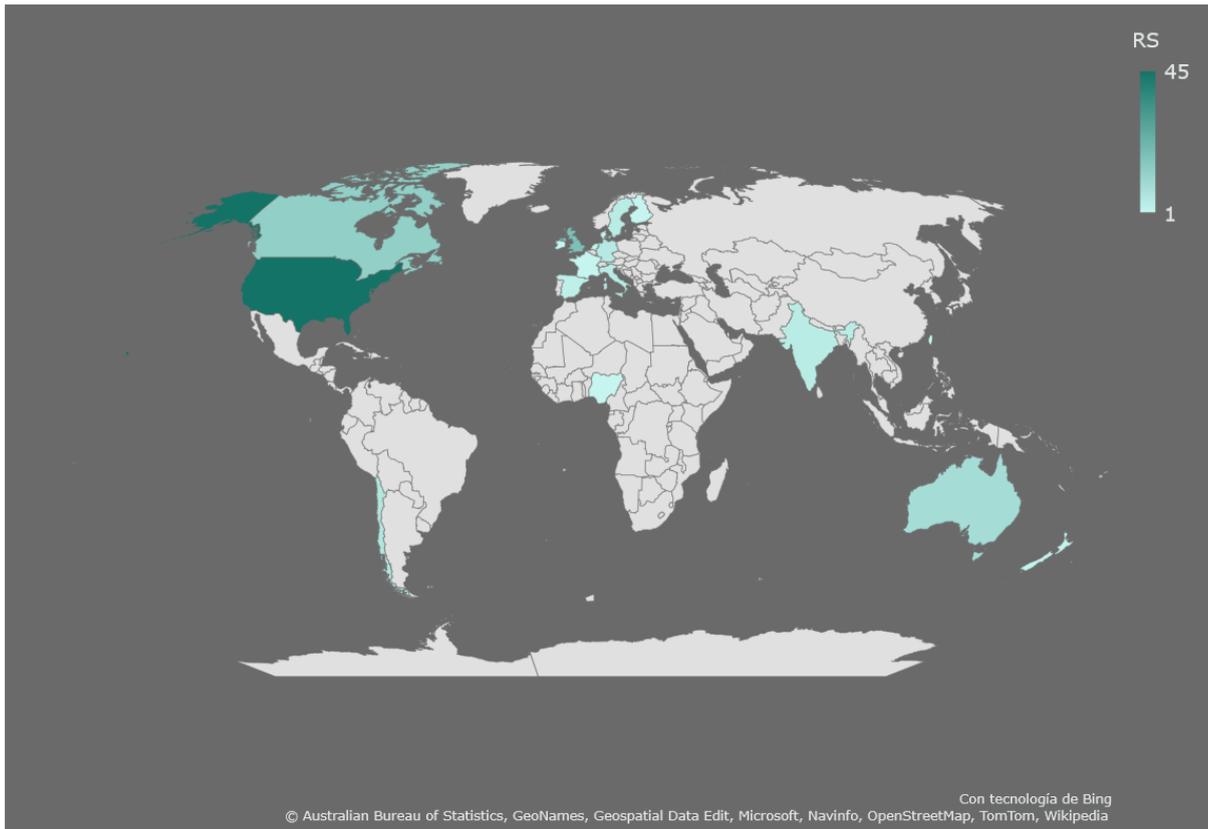


CANTIDAD DE REVISIONES SISTEMÁTICAS POR PAÍS

La mayoría de las RS extraídas incluyó estudios primarios de Estados Unidos (n=45) y Reino Unido (n=19). Un grupo importante de revisiones no señala el país de los estudios incluidos (n= 15).

La figura N°2 muestra la distribución de los países incorporados en las RS y la tabla N°6 detalla la cantidad de RS que abordan los diversos países, por tipo de modelo.

Figura N°2: Distribución de países incluidos en las revisiones sistemáticas



Elaboración propia a partir de los países incluidos en las RS. El mapa muestra la densidad de distribución de los países incorporados en las RS, que va desde blanco (n=0) a turquesa oscuro (n=45 para EEUU).



Tabla N°6: Países reportados de los estudios primarios incluidos por tipo de modelo

Países	CCM	Stepped care	RR	TPC	C-L
Alemania	5		1	2	3
Australia	7	2	2	4	6
Canadá	12	2	5	3	5
Chile	6	2	2	2	2
Dinamarca	1		1		
Estados Unidos	42	9	11	14	19
Escocia	1	1			
España	3	2	1	1	1
Europa	2		1		
Finlandia	1				
Francia	1				1
Holanda	1	1			
India	4	1	3		1
Irlanda	1		1		
Israel	1		1		
Italia	4	2	1	1	3
Nigeria	1	1			
Nueva Zelanda	2				
Países Bajos	11	4	2	2	6
Puerto Rico	3	1	1		2
Singapur	1				1
Suecia	4	1	2	1	1
Taiwan	1				1
Reino Unido	18	5	3	7	9
Países de altos ingresos	1				
Países de ingresos bajos y medios	1	1		1	
No reporta	15	1	2	5	8
Total general	149	37	40	43	69

CCM= Modelo colaborativo; RR= Replacement/Referral; TPC = Training Primary Care Staff; C-L = Consultant-Liaison; En total se incluyeron 60 revisiones sistemáticas, y cada una podría incluir uno o más modelos.

Los colores en graduación más intensa representan aquellos con más referencias.



CANTIDAD DE REVISIONES SISTEMÁTICAS POR OTRAS CARACTERÍSTICAS

COMPARADORES Y OUTCOMES EVALUADOS

De las 60 revisiones sistemáticas incorporadas en este mapa de evidencia, 55 señalan que incluyen mediciones de efectividad. Esto implica que al menos uno de los estudios primarios en cada una de esas 55 RS tuvo un diseño de estudio que permitiría evaluar efectos o impactos, con respecto a algún outcome o desenlace de interés. De esta manera, cada uno de los 5 modelos de organización de la atención corresponde a la “Intervención” mientras que el “comparador” podría ser: otro tipo de modelo de organización de la atención, ausencia de un modelo de atención organizada o cuidados habituales.

En este sentido, la mayoría de las RS evaluó la efectividad de alguno de los 5 modelos de organización de la atención en comparación con cuidados habituales (*usual care*) y pocas compararon los modelos entre sí (Tabla N° 7).

Varios de los outcomes o desenlaces de interés que fueron evaluados en las mediciones de efectividad se relacionan con el manejo de la enfermedad, sintomatología, remisión de síntomas, respuesta, y aceptabilidad o adherencia al tratamiento (no cuantificados en este reporte).

Por su parte, se observa que las RS no solamente incluyeron estudios primarios que evaluaran efectividad, sino también hay algunos estudios primarios que evaluaron costo-efectividad, experiencia usuaria y aspectos de implementación. A su vez, se extrajeron las características de los modelos de atención sobre prácticas de auto cuidado (*self-management*) y la presencia del gestor de casos (*care manager*) (Tabla N° 7).

Tabla N°7: Otras características extraídas de las RS por tipo de modelo

Característica extraída	CCM	Stepped care	RR	TPC	C-L
¿Mide efectividad?	55	3	4	9	11
¿Compara con cuidados usuales?	52	3	2	8	8
¿Compara entre dos modelos?	9	1	1	2	2
-----	-----	-----	-----	-----	-----
¿Mide costo-efectividad?	10	2	1	3	3
¿Analiza experiencia usuaria?	15	0	2	2	4
¿Analiza Implementación?	6	0	0	1	0
¿Menciona Self-management?	15	0	0	0	0
¿Menciona Care management?	51	0	0	0	1

CCM= Modelo colaborativo; Replacement/Referral = RR; TPC = Training Primary Care Staff; C-L = Consultant-Liaison. En total se incluyeron 60 revisiones sistemáticas, y cada una podría incluir uno o más modelos. Los colores en graduación representan aquellos con más referencias.



AÑO DE PUBLICACIÓN

Respecto a la fecha de publicación, el año con mayor cantidad de RS encontradas fue el 2020 (n=8), seguido por el 2006 (n=6) (tabla N°4). Cabe destacar que el número de publicaciones previas al año 2010 fue de 17, mientras que entre el 2010 y el 2022 fue de 43 (tabla N°8).

Tabla N°8: Cantidad de revisiones sistemáticas por año

Año de publicación	N° RS	%
1994	1	1,7%
2003	2	3,3%
2005	1	1,7%
2006	6	10,0%
2007	4	6,7%
2008	3	5,0%
2010	4	6,7%
2012	3	5,0%
2013	3	5,0%
2014	1	1,7%
2015	3	5,0%
2016	2	3,3%
2017	4	6,7%
2018	5	8,3%
2019	3	5,0%
2020	8	13,3%
2021	5	8,3%
2022	2	3,3%
Total general	60	100%



Citación sugerida

Departamento ETESA-SBE - Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia. Mapa de Evidencia: Modelos de organización del servicio de salud mental en la atención primaria de salud. Septiembre 2022. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: <https://etesa-sbe.minsal.cl/index.php/publicaciones/>

Autores

- Kuhn-Barrientos, Lucy
- Vargas-Malebrán, Nelson
- Veas-Palominos, Cecilia

Palabras Clave

Evidence map, Mental Health Model, Collaborative Model, Primary Care

Revisión por pares

Esta síntesis fue comentada y revisada por pares internos

Declaración de potenciales conflictos de interés de los autores de este Mapa de Evidencia

Las y los autores declaran no tener conflictos de interés al respecto.

Referencias

1. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [cited 2022 Sep 29]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Asamblea Mundial de la Salud 70. Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia: informe de la Directora General [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 [cited 2022 Sep 29]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274882>
3. PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf [Internet]. [cited 2022 Sep 29]. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
4. e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf [Internet]. [cited 2022 Sep 29]. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
5. Agency of Healthcare Research and Quality. Integrated Behavioral Health & Primary Care: Terms To Know [Internet]. Agency of Healthcare Research and Quality. Available from: <https://integrationacademy.ahrq.gov/products/lexicon>
6. Fisher MP, Elnitsky C. Health and Social Services Integration: A Review of Concepts and Models. *Soc Work Public Health*. 2012 Jul 23;27(5):441–68.
7. Yonek J, Lee CM, Harrison A, Mangurian C, Tolou-Shams M. Key Components of Effective Pediatric Integrated Mental Health Care Models: A Systematic Review. *JAMA Pediatr*. 2020 May 1;174(5):487.
8. Gestión de casos [Internet]. [cited 2022 Sep 15]. Available from: <https://lyster.tricare.mil/Health-Services/Case-Management>
9. Rapid-Review_PC_MHA.pdf [Internet]. [cited 2022 Sep 14]. Available from: https://www.colleaga.org/sites/default/files/attachments/Rapid-Review_PC_MHA.pdf
10. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*. 2005 Apr 9;330(7495):839–42.
11. integrated-models-lit-review.pdf [Internet]. [cited 2022 Sep 14]. Available from: <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/integrated-models-lit-review.pdf>
12. Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation–liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 May;32(3):246–54.
13. Barbui C, Tansella M. Identification and management of depression in primary care settings. A meta-review of evidence. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2006 Dec;15(4):276–83.
14. Harkness EF, Bower PJ. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;2009(1):CD000532.
15. Cubillos L, Bartels SM, Torrey WC, Naslund J, Uribe-Restrepo JM, Gaviola C, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of integrating mental health services in primary care in low- and middle-income countries: systematic review. *BJPsych Bull*. 2021 Feb;45(1):40–52.



Anexo 1: Estrategia de Búsqueda

PUBMED/BUSCADOR 1:

("Primary Health Care"[Mesh] OR "General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh])

AND

("Mental Health"[Mesh] OR "Psychology"[Mesh] OR "Mental Disorders"[Mesh] OR "Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh] OR "Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Psychotic Disorders"[Mesh] OR "Bipolar Disorder"[Mesh] OR "Schizophrenia"[Mesh] OR "Dysthymic Disorder"[Mesh] OR "Cyclothymic Disorder"[Mesh] OR "Bulimia"[Mesh] OR "Bulimia Nervosa"[Mesh] OR "Anorexia"[Mesh] OR "Anorexia Nervosa"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders"[Mesh] OR "Disruptive, Impulse Control, and Conduct Disorders"[Mesh] OR "Personality Disorders"[Mesh] OR "Obsessive-Compulsive Disorder"[Mesh] OR "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh])

AND

(model* OR (model* AND (integrated OR medical OR holistic OR wellness OR recovery OR community OR communities)) OR "Patient Care"[Mesh] OR "Community Psychiatry"[Mesh] OR "Holistic Health"[Mesh] OR "shared care" OR "Case Management"[Mesh] OR "Managed Care Programs"[Mesh] OR "trauma informed care")

EMBASE/BUSCADOR 2:

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

EPISTEMONIKOS/ /BUSCADOR 3:

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

