

Reforma para la atención de personas con enfermedades mentales severas

Conferencia

Autor

Alberto Minoletti

Médico psiquiatra. Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Para mí es un placer estar hoy día con ustedes —hoy y mañana—. Agradezco la invitación, pues siempre nos sentimos muy hermanos los chilenos de los uruguayos y las uruguayas. No tenemos fronteras, así que es más fácil ser amigos —excepto cuando jugamos fútbol, claro, porque ahí aparecen las rivalidades—. Pero en general somos bastante hermanados, y desde ese punto de vista gustoso acepté la invitación a estar en esta importante actividad.

Lo que quiero compartir con ustedes son algunas reflexiones, algunas experiencias, algunas ideas en torno a la atención a las personas con enfermedades mentales severas. Necesariamente nos vamos a referir a dimensiones más globales que eso, pero el foco va a estar en las personas con enfermedades mentales severas.

Cuando pensamos en una reforma a la atención del modelo tradicional basado en grandes instituciones, la alternativa es **el modelo que hemos llamado comunitario**. Una forma de conceptualizarlo, de entenderlo es a través de la organización de los servicios. Contrastando, entonces, los modelos institucionales —basados antiguamente en los manicomios y hoy en día en los hospitales psiquiátricos— versus el modelo comunitario que está centrado más bien en una red de dispositivos que responden a las diversas necesidades de las personas con enfermedades mentales severas en la comunidad. Donde en grandes áreas poblacionales de un país o región hay uno o dos hospitales psiquiátricos —un gran territorio—, el modelo comunitario define sectores poblacionales más pequeños, donde los servicios están más descentralizados; el foco se pone en lo ambulatorio y si bien res-

ponde a las necesidades de las enfermedades mentales más graves, también se hace cargo de las personas con enfermedades mentales más comunes, como los trastornos de ansiedad o los trastornos depresivos, y más que esperar que las crisis se produzcan y que la persona llegue a hospitalizarse, se anticipa y se previene las crisis, evitando hospitalizaciones y las complicaciones de estas crisis.

Pero el modelo no solo es un cambio de organizaciones, sino que también ha sido definido como un cambio de actitudes. Cito a dos autores que han producido muchos trabajos muy interesantes y tal vez son los que en este momento están en la vanguardia mundial en cuanto a la producción de documentos sobre el modelo comunitario y la salud mental pública (o como se dice también salud pública en salud mental). Uno es inglés: Thornicroft y el otro es italiano: Tansella. Ambos han vivido en sus respectivos países procesos de reforma y se han juntado para producir una serie de artículos y libros, y han invitado también a otros autores de distintos países del mundo a conceptualizar estas reformas y generar aprendizajes que permitan perfeccionar estos procesos.

Si bien uno puede cambiar la organización de servicios, a veces persistimos con las mismas actitudes en las que fuimos formados en las instituciones, ¿no es cierto? La actitud comunitaria se caracteriza en que en vez de conceptualizar a la persona en el centro de salud, sea hospital o sea ambulatorio, la conceptualizamos en sus hogares, en sus comunidades, en sus barrios, en su familia; con el foco, más que en el control síntomas y conductas, en responder a las necesidades de la persona y de la familia, más preocupados

de la calidad de vida, de la funcionalidad, del sentido de vida para la persona; y donde las decisiones en vez de ser tan jerárquicas —como habitualmente son en nuestros ámbitos biomédicos—, sean más bien decisiones compartidas, negociadas entre los miembros del equipo y entre el equipo y las personas que acuden al tratamiento. Y donde, obviamente, las intervenciones se amplían desde lo farmacológico a lo psicológico y lo social —sobre todo lo social en el modelo comunitario, donde muchas de las intervenciones terapéuticas y de rehabilitación son efectuadas en la comunidad, y también intervenciones sociales para cambiar la comunidad general, para que sea más inclusiva hacia las personas con enfermedades mentales severas.

La actitud comunitaria implica que nuestro liderazgo psiquiátrico empieza a ser compartido con otras profesiones que tienen otros saberes y que enriquecen las acciones que realizamos y los conceptos que formulamos.

En el modelo comunitario se integra el tratamiento con las intervenciones sociales orientadas a la rehabilitación y a la inclusión social. Tradicionalmente los modelos más biomédicos hacen el tratamiento en un centro de atención y otra entidad, en otro centro, se encarga de la rehabilitación psicosocial. En la medida en que hemos visto que juntamos en el mismo equipo comunitario de Salud Mental y Psiquiatría ambas funciones, se logran mejores resultados.

Los síntomas no determinan dónde la persona va a ser tratada en la actitud comunitaria, sino que son otros parámetros los que sí lo determinan, como lo mencionábamos: calidad de vida y funcionalidad, por decir dos de los más habitualmente utilizados.

Las actitudes en las que muchos fuimos formados, más paternalistas y sobreprotectoras hacia las personas con enfermedades mentales, cambian en lo comunitario a un empoderamiento gradual de los usuarios, en que ellos asumen mayores responsabilidades en sus conductas y amplía el ámbito de sus decisiones, incluyendo también decisiones dentro del ámbito terapéutico. Los usuarios

toman mayores decisiones y también asumen las consecuencias de ellas, así como todos en la vida lo hacemos.

No voy a entrar en detalles en honor al tiempo, pero ha habido muchos estudios que han evaluado este modelo comunitario, por ejemplo, hubo una revisión muy buena de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2003, en la que se resume algunas de las ventajas de este modelo comunitario sobre el institucional, en aspectos como accesibilidad, cobertura, adherencia al tratamiento, satisfacción de los usuarios, en tasas de hospitalización y rehospitalización. En muchos países de la región que me ha tocado visitar he observado que la mayoría de los ingresos son rehospitalizaciones, y esto se debe, en la mayoría de los casos, a que no existen suficientes elementos de apoyo social en la comunidad, ni tampoco de tratamiento y de rehabilitación, como para prevenir estas rehospitalizaciones. Los niveles de sintomatología pueden ser similares en ambos modelos, y lo mismo el funcionamiento social, aunque en algunos estudios se ha mostrado superioridad del modelo comunitario en estos parámetros. Nosotros hemos replicado algunos de estos estudios en Chile y hemos encontrado resultados similares, en general favorables para el modelo comunitario sobre el institucional.

A pesar de toda esta evidencia favorable para el modelo comunitario, que se señala en diferentes estudios, cuando miramos la región latinoamericana vemos que la mayoría de los 20 países latinoamericanos no ha transformado el modelo institucional basado en hospitales psiquiátricos. Acabamos de completar un estudio utilizando instrumentos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la OMS. En el Proyecto Atlas de OMS, que recoge información de los sistemas de salud mental de todos los países del mundo, revisamos todos los informes que habían realizado los países latinoamericanos en los años 2001, 2005 y 2011. Y también revisamos los informes que los 20 países latinoamericanos enviaron a OPS en los últimos 67 años utilizando un instrumento llamado WHO-AIMS,

el cual recoge información de los sistemas de salud mental en mayor profundidad.

Al analizar la información disponible para los 20 países latinoamericanos, vemos que claramente hay dos grupos. Un grupo constituido por 3 países: Brasil, Chile y Panamá, donde ha habido transformaciones importantes del modelo institucional a nivel país y avances en el desarrollo del modelo comunitario. Y el otro grupo, constituido por el resto de los países de esta región, los otros 17, tiene cifras muy diferentes. Ustedes ven en la figura 1 cómo en los 3 países que en este momento están en la vanguardia en la transformación del modelo institucional el número de camas en hospitales psiquiátricos (expresado en tasas por 100.000 habitantes, de modo de hacerlas comparables) ha experimentado en 10 años una disminución significativa, casi a 1/3 de lo que era en el año 2001. Y al mismo tiempo, estos 3 países, que ya tenían tasas más altas de camas en hospitales generales que el resto de la región, han logrado un leve aumento entre los años 2001 y 2011. En la figura 1 vemos también que el resto de los países (los

otros 17 países) ha experimentado una muy pequeña disminución en las tasas de camas de hospitales psiquiátricos y que tiene muy pocas camas en hospitales generales.

Cuando comparamos otros indicadores, en este caso solamente del WHO-AIMS, el cual se hizo en años variables en los distintos países, desde el 2005 al 2011, vemos que la tasa de dispositivos comunitarios entre Brasil, Chile y Panamá, comparados con los otros 17 países latinoamericanos, es francamente diferente, es el doble. Expresado también en tasas por 100.000, esto significa que en estos 3 países existe por cada 100.000 habitantes un promedio de 1.4 centros ambulatorios, los cuales están equipados con psiquiatras y algunos otros profesionales, y con fármacos, para dar atención a las personas con trastornos psiquiátricos severos en forma ambulatoria (figura 2). Cuando miramos los dispositivos diurnos en la figura 2, nuevamente el grupo de Brasil, Chile y Panamá tiene el doble de estos dispositivos que los otros países latinoamericanos.

Figura 1

Latinoamérica: Tasas promedios de camas en hospitales psiquiátricos y de camas psiquiátricas en hospitales generales 2001-2011 (por 100.000 habitantes) (OMS Proyecto Atlas y WHO-AIMS)

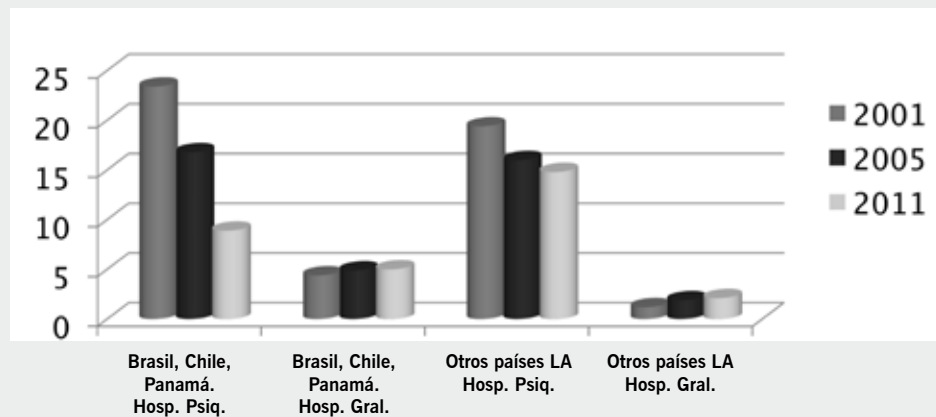


Figura 2

Tasa de dispositivos ambulatorios y diurnos (hospital de día y centros diurnos) en 2 grupos de países latinoamericanos (por 100.000) (WHO-AIMS)

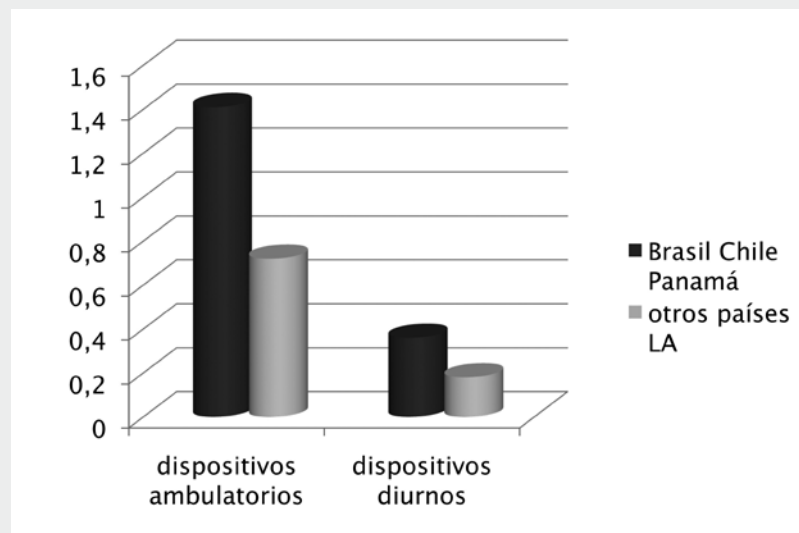
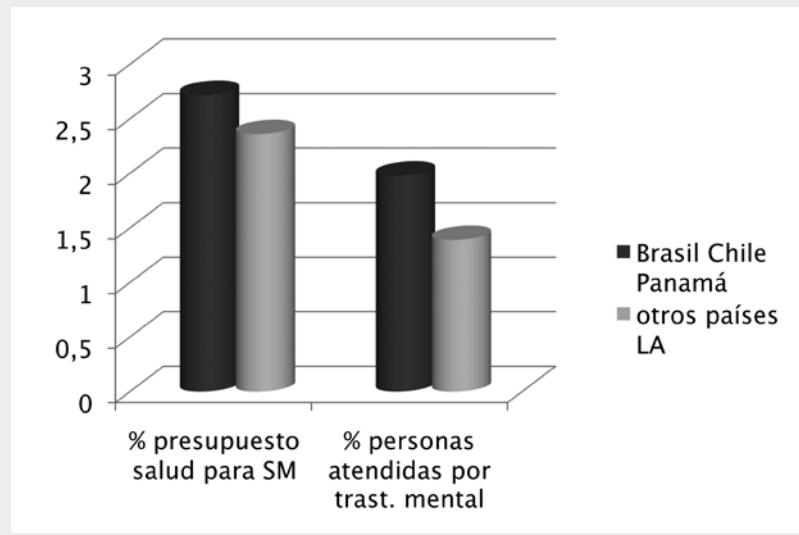


Figura 3

% presupuesto de salud para SM y % personas atendidas por trastornos mentales en 2 grupos de países latinoamericanos (WHO-AIMS)



El mayor número de dispositivos ambulatorios en el grupo de Brasil, Chile y Panamá se traduce también en que alcanzan un porcentaje mayor de personas atendidas por trastornos mentales. En estos 3 países cerca del 2 % de la población está teniendo acceso a atención de especialidad y esta cifra es inferior en el resto de los países. El porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental no es muy diferente entre los dos grupos, pero es levemente superior también en estos 3 países; probablemente en ellos ha habido mayor voluntad política de invertir en salud mental junto con apoyar procesos de reforma del modelo institucional. Sin embargo, la cantidad total de recursos destinados a salud mental no necesariamente tiene que ser muy alta para realizar procesos de reforma. De hecho, algunos países del grupo de los otros 17 tienen porcentajes destinados a salud mental superiores al promedio de Brasil, Chile y Panamá, y en general no hay gran diferencia en este indicador entre los promedios de los dos grupos (figura 3).

Más importante que el presupuesto global para salud mental, lo que hace la diferencia para la reforma psiquiátrica es cómo se distribuye este presupuesto entre los distintos servicios de atención, cuánto dinero asignamos a los hospitales psiquiátricos, a las camas de psiquiatría en los hospitales generales, a los dispositivos de atención ambulatoria, etcétera.

Esta información detallada la tengo solo para Chile. En la figura 4 pueden observar el proceso que ha ocurrido en mi país en veinte años, del año 90 hasta el año 2010, ¿qué ha pasado con el presupuesto destinado a salud mental distribuido porcentualmente?

En el año 90, el 75 % del presupuesto en Chile se gastaba en los hospitales psiquiátricos. En el año 2010, menos del 20 % se destina a estos hospitales. Ha habido un cambio significativo. ¿Adónde se han ido los dineros o las nuevas inversiones adónde se han ido? Una fracción menor del presupuesto de los hospitales psiquiátricos ha sido reconvertida a dispositivos comunitarios y otra fracción ha sido destinada a mejorar las condiciones de

vida, a fin de hacerlas más dignas, de las personas que van quedando en nuestros hospitales psiquiátricos. Casi todos los dineros frescos para salud mental se han ido a la atención ambulatoria y comunitaria. Es así como los servicios de especialidad ambulatorios, que tenían aproximadamente 10 % del presupuesto de salud mental en 1990, han subido la proporción de sus fondos en tres veces, a un 30 %. En azul se muestran los recursos de la atención primaria —que no recibía presupuesto para salud mental a principios de la década del 90—, y en este momento el 30 % del presupuesto de la salud mental está asignado a los centros de atención primaria, los cuales cubren todo el territorio nacional, hasta las pequeñas postas rurales donde también hay programas de salud mental y adonde llega un psicólogo en ronda cada una, dos o tres semanas, dependiendo de las dificultades de acceso geográfico y climático que pueden existir en esas pequeñas localidades rurales.

Lo que he hablado de Chile no corresponde al 100 % de la población del país, sino solamente al 75 % de la población chilena que es beneficiaria del seguro público, que se llama igual que el de ustedes, Fondo Nacional de Salud (FONASA, Chile), el cual tiene una cobertura del 75 % de la población, que corresponde a la gente de ingresos medios y bajos en el país.

La psiquiatría en el hospital general, como se ve en la figura 4, ha mantenido más o menos igual su peso presupuestario, con un poco más del 10 % del presupuesto de salud mental. La línea blanca corresponde a las residencias comunitarias. Desde que se inicia el Plan Nacional en el año 2000 no se ingresa más personas a largas estadías en hospitales psiquiátricos, debido a que FONASA no le paga al hospital si decide ingresar a alguien a estos servicios (en la práctica, han sido muy excepcionales los ingresos a larga estadía después del año 2000). Por lo tanto, las personas que tienen necesidades de apoyo para poder vivir en la comunidad disponen de residencias pagadas por el seguro público de salud. Tenemos alrededor de 1.400 personas viviendo en residencias comunitarias desde el

norte del país, Arica, hasta Punta Arenas, en el extremo sur. Para que esto haya sido posible, los fondos destinados a estas residencias han aumentado hasta llegar a un 10 % del presupuesto total de salud mental (figura 4).

Ese es el modelo comunitario básico que se ha ido implementando en muchas partes del mundo, especialmente en los países más desarrollados. Thornicroft ha conceptualizado un modelo comunitario en versión 2, al que le agrega el apellido *equilibrado* (en inglés: *balanced*); también podría ser traducido como *balanceado*. ¿Qué quiere decir con esto? En primer lugar, alineado con las necesidades epidemiológicas de la población. Lo cual significa que debemos tener un diagnóstico claro de la prevalencia de enfermedades mentales en el país, cuáles son las enfermedades más comunes y cómo organizamos todo el sistema de atención sobre la base de esa realidad epidemiológica. Los dispositivos cercanos a donde la población vive, el mínimo uso de hospitalización y si es requerida en hospital general; un modelo donde es muy importante

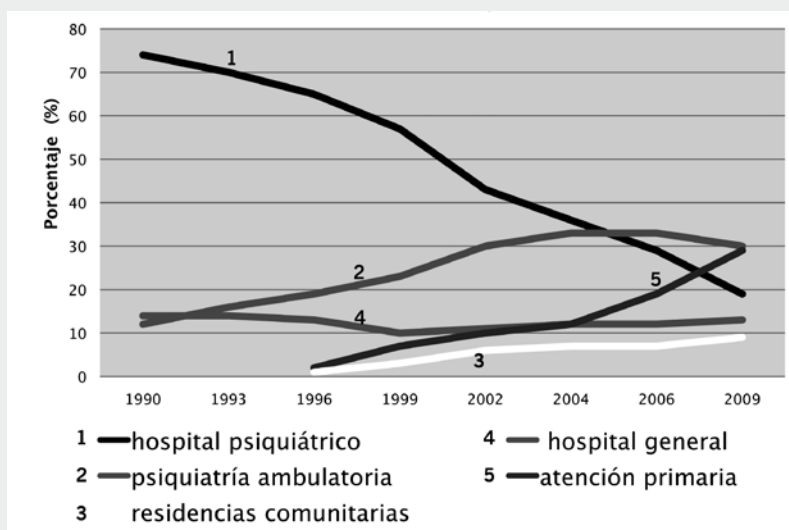
fortalecer la autoayuda —que la propia persona o familia se ayude a sí misma, se empodere—, la ayuda mutua o apoyo entre pares, la participación en general de la comunidad en la provisión de servicios.

Thornicroft está en Inglaterra, donde los recursos que se destinan a la salud y a la salud mental son enormes, comparados con los que destinamos los países latinoamericanos, pero aun así plantea que de acuerdo con la realidad epidemiológica es imposible que un país, aunque sea muy rico, pueda atender con su sistema de salud a todas las personas que tienen un trastorno mental. Por lo tanto, la comunidad tiene que hacerse cargo de parte de la carga a través de estos procesos de autoayuda y ayuda mutua.

Thornicroft y Tansella hablan de tratamiento *inicial* en atención primaria. Tengo un amigo que es el líder de salud mental de la Asociación de Médicos de Familia (WONCA) de Inglaterra. Él me dice que ellos no necesitan de los psiquiatras en estos momentos en Inglaterra para tratar los trastornos depresivos severos.

Figura 4

Porcentaje del presupuesto público de salud mental asignado anualmente a distintos dispositivos en Chile 1990-2009 (fuente: Ministerio de Salud)



Todos los trastornos depresivos —o la gran mayoría de ellos— son tratados por médicos de familia con apoyo de psicólogos que hacen terapias cognitivoconductuales en atención primaria. Y refieren solamente los cuadros con psicosis a la especialidad. Se ha demostrado que el tratamiento de muchos cuadros psiquiátricos puede realizarse en atención primaria, con equipos de salud general, con *supervisión* (es la palabra que usa Thornicroft) y apoyo de especialistas. En Chile no nos gusta la palabra supervisión, pues consideramos que los especialistas debemos establecer una relación horizontal con los colegas de atención primaria, en la que nosotros aprendemos de ellos un manejo más integral, considerando también los aspectos físicos, de enfermedad física (porque, entre paréntesis, sabemos que las personas con trastornos mentales tienen mayor mortalidad y mayor morbilidad física que las personas sin trastornos mentales). Consideramos, entonces, que es muy importante trabajar con los colegas de salud general y aprender de ellos. Nosotros transmitimos

lo que conocemos mejor, que es nuestra profundidad en el campo psiquiátrico.

En el modelo balanceado se aplica también el concepto de atención escalonada, el *stepped care*, al cual me referiré más adelante. Y, por supuesto, este modelo incluye también redes locales como ONG, organizaciones comunitarias e instituciones de otros sectores fuera de la salud.

La OMS ha planteado un modelo que también llaman *equilibrado*, con una forma de pirámide, que nosotros de alguna manera en Chile lo hemos transformado un poco y lo pueden ver en la figura 5 (no es exactamente el mismo modelo que ustedes pueden encontrar en textos de la OMS). La OMS incluye en la base de la pirámide, de manera similar que Thornicroft, el autocuidado y los apoyos comunitarios informales, con un concepto un poco más amplio, incluyendo tanto las acciones de salud mental que pueden realizar la comunidad general y sus organizaciones como la ayuda mutua o la ayuda entre pares (generalmente entre personas con problemas de salud mental).

Figura 5



En el tercer nivel de la pirámide empiezan los servicios de salud mental formales, con la atención primaria trabajando junto con otras instancias de apoyo social, luego los equipos de salud mental comunitarios, que es el nivel de especialidad ambulatorio, y finalmente los cuidados diurnos y la hospitalización.

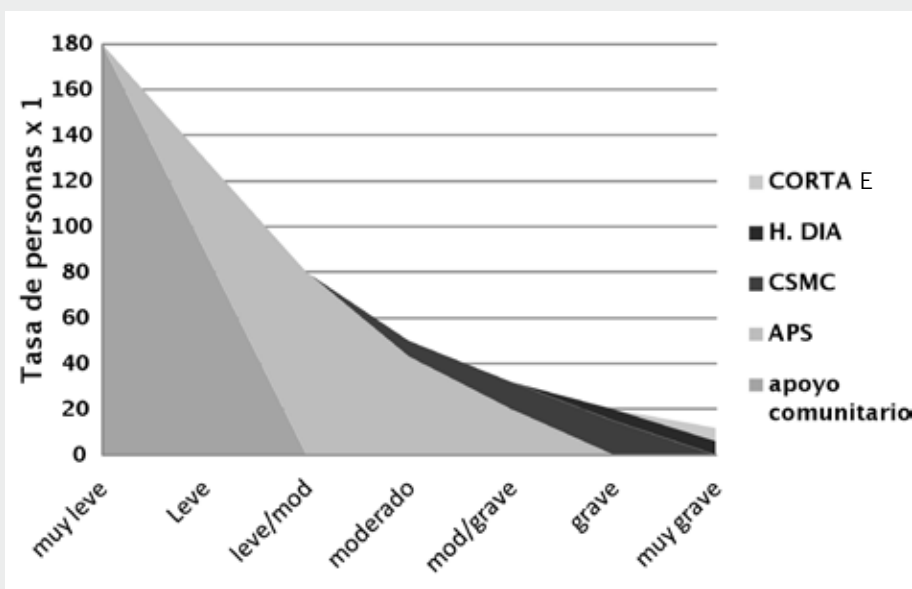
En la figura 6 se muestra una simulación que hacemos basada en Thornicroft, donde ustedes pueden ver que de acuerdo con este modelo balanceado los casos con enfermedad mental de *muy leve* hasta *moderado* se pueden resolver en la comunidad, con apoyo comunitario, lo cual corresponde a la sección blanca de la figura. Luego, en celeste se muestra la atención primaria, la cual resuelve los casos *leves* a *graves*. En azul oscuro, se grafica la especialidad ambulatorio, la cual tendría que hacerse cargo de un menor número de personas, solamente de aquellas con cuadros *grave* a *muy grave* (estos últimos se pueden tratar en forma ambulatoria dependiendo de los sistemas de apoyo social existentes). En

azul más oscuro, se muestra la hospitalización diurna, a la cual le corresponden muy pocos casos, y finalmente, la hospitalización en hospital general, donde llegaría un número de personas aun inferior. El ideal representa la visión hacia la cual uno debería caminar.

Thornicroft y Tansella plantean en la figura 7 que los servicios de salud mental deben ser planificados según los recursos o ingresos disponibles en un área. Más que planificar para todo un país se debe planificar según los recursos de las distintas áreas del país, ya que generalmente existen diferencias entre ellas. Por ejemplo, he escuchado que ustedes en Uruguay tienen muchas diferencias en recursos para salud mental entre Montevideo y las regiones del interior. Lo mismo sucede en Chile, tenemos muchas diferencias entre las distintas regiones; el modelo que les he descrito y los indicadores que he mostrado representan el promedio país de cómo hemos

Figura 6

Simulación de Modelo comunitario equilibrado (basado en Thornicroft)



ido avanzando. Obviamente que si nos detenemos en cada región del país, los avances han sido dispares; algunas van más adelante, otras van más atrás. De acuerdo con eso, si disponemos de recursos medios en algunas áreas tenemos que planificar el desarrollo de atención de salud mental en APS con apoyo de especialistas y una atención de psiquiatría general; en cambio, en áreas con recursos altos podemos agregar además subespecialidades de salud mental (figura 7). En zonas de mayores recursos podemos pensar en la subespecialización; una vez que tenemos solucionado el paso 2.

En Chile tenemos aún muy poca subespecialización, solamente adicciones y psiquiatría forense, dos áreas que, de acuerdo con la realidad epidemiológica que tenemos, nos demandan y a la cual hemos tenido que responder de alguna manera. Los ingleses tienen una serie de equipos; tienen equipos de tratamiento asertivo comunitario para las personas con enfermedades mentales severas

persistentes, equipos de intervención en crisis, equipos para tratamiento de primer episodio de psicosis, además de los equipos generales de salud mental comunitaria.

Existen distintos modelos en el mundo para implementar los servicios comunitarios. Los italianos tienen los centros de salud mental comunitarios, y los brasileños han copiado ese modelo italiano desarrollando lo que ellos llaman CAPS (Centros de Atención Psico-Social). En Brasil partieron con los CAPS generales y han llegado a desarrollar CAPS con subespecialidad; por ejemplo, algunos CAPS se dedican a adicciones, otros han incorporado hospitalizaciones comunitarias dentro del mismo centro, al igual que los italianos.

Siguiendo con la columna 3 de la figura 7, en Chile implementamos servicios más especializados para los trastornos mentales severos, persistentes, recidivantes, con rehospitalizaciones, con puerta giratoria. Nosotros les copiamos a los españoles los servicios de estancia o estadía media (de hasta 1 año) y

Figura 7

Modelo comunitario equilibrado según nivel de ingresos (adaptado de Thornicroft, Tansella y Drake 2011)

Áreas de recursos bajos	Áreas de recursos medios	Áreas de recursos altos
Paso 1: atención primaria con apoyo de especialistas	Paso 1: atención primaria con apoyo de especialistas	Paso 1: atención primaria con apoyo de especialistas
	Paso 2: atención especializada general de salud mental	Paso 2: atención especializada general de salud mental
		Paso 3: atención de salud mental sub-especializada

los adaptamos para Chile. La otra alternativa que estudiamos para esta población fue el tratamiento asertivo comunitario, que se desarrolló en Estados Unidos y que es popular en los países anglosajones (aunque también lo aplican en algunos lugares de España); pero para nosotros resultaba muy caro y no podíamos tenerlo. En cambio, lo que era factible era tener esta estancia media, la cual ha permitido, por una parte, darle la oportunidad a personas que habían estado 20 o 30 años en el manicomio de tener un tratamiento intensivo realmente biopsicosocial, como también tratar a nuevas personas que caen en esta puerta giratoria y que se logran estabilizar solamente después de un período más prolongado de hospitalización, no en un modelo de hospitalización tradicional sino que con muchas intervenciones psicosociales y con muchas terapias realizadas en la comunidad.

En la figura 8 se muestra un modelo simple de *stepped care* o tratamiento escalonado, basado en una publicación de una fundación de Estados Unidos. Con todos los recursos que ellos tienen, se plantean también en la salud administrada la importancia de los grupos de ayuda mutua y el apoyo de grupos comunitarios, así como distintas formas de medicina alternativa. Nosotros en Chile estamos usando mucho también la medicina tradicional. La machi mapuche está jugando un rol en la salud mental en el sur de Chile y resuelve muchos casos de salud mental sin que pasen por los especialistas y en varios lugares han desarrollado sistemas de referencia y contrarreferencia entre la machi y el sistema de salud formal.

En el tratamiento escalonado, se trata de resolver las enfermedades mentales de la mayoría de la población en los primeros escalones, sin necesidad de llegar a especialistas. Incluso dentro de la atención primaria existen escalones, y en el primero no necesariamente medicamos o partimos con psicoterapia, sino que buscamos otras alternativas. Existe una evidencia creciente, por ejemplo, de que la actividad física para trastornos ansiosos y depresivos leves es excelente. Eso está en

guías clínicas inglesas, el NICE, del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica. La actividad física es tan efectiva como la psicoterapia para un trastorno mental leve, entonces para qué vamos a gastar ese recurso si podemos utilizar algo alternativo más económico.

En el paso 2, el equipo APS puede dar una intervención breve basada en psicoeducación grupal y seguimiento, lo cual contribuye también a que se mejoren un número importante de personas. Recién en el escalón 3 entramos a las intervenciones de salud mental con medicamentos y terapias cognitivoconductuales, y solamente el especialista está como paso 4. En el nivel especializado también se pueden utilizar escalones con intensidad creciente de terapias o mayores grados de subespecialización, de modo que la hospitalización es el último paso que damos.

La figura 9 muestra dos áreas de Santiago de Chile que no son las más de avanzada en el modelo comunitario, las áreas suroriente y occidente de Santiago. Se muestra la distribución porcentual de las personas atendidas en el año 2011 entre distintos dispositivos de salud mental: 60 a 68 % de las personas fueron atendidas en la atención primaria, 30 a 38 % en centros ambulatorios especializados (ya sea en centros de salud mental comunitarios, que están más descentralizados, o en centros cercanos a hospitales generales), 0.2 a 0.5 % se atendieron en hospital de día, y solamente 0.4 al 1 % de las personas que se atienden requieren una hospitalización total.

El ideal sería que el 80 % se atendiera en atención primaria—en Chile hay áreas muy cercanas a esto— y solo el 18 % en equipos comunitarios. Requerimos un mayor volumen de hospitales o centros de día que todavía no tenemos. Se estima que solo el 0,7 % podría a la larga requerir hospitalización.

El tercer modelo que podríamos llamar de protagonismo comunitario está basado en el respeto de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales severas, en la ciudadanía y en el empoderamiento de ellas y sus organizaciones. Representa el desafío

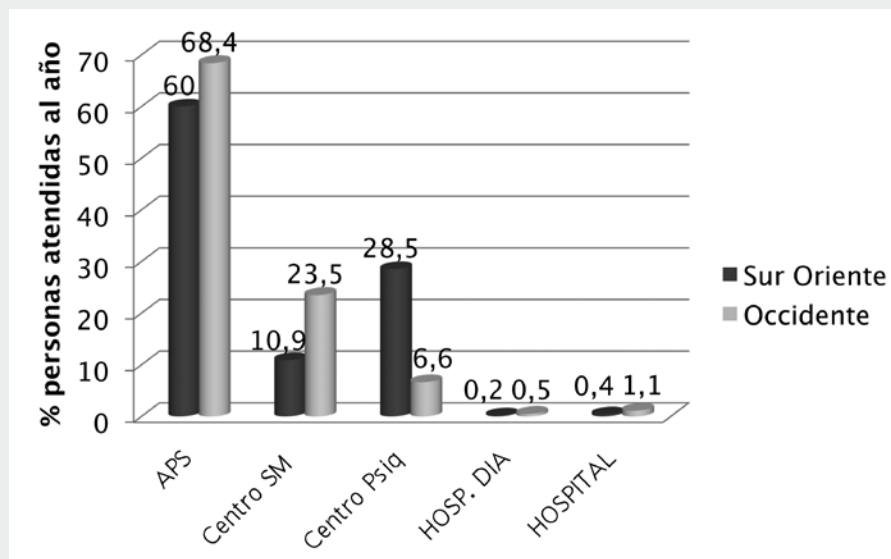
Figura 8

Stepped care (Milbank Memorial Fund 2010)

1. Orientación y referencia a grupos de ayuda mutua y comunitarios + actividades saludables (ejercicio físico)
2. Equipo APS general entrega psicoeducación (de preferencia grupal) y seguimiento
3. Profesionales capacitados en SM proveen medicamentos y terapia cognitivo-conductual con guías, algoritmos y protocolos
4. Si usuario no responde con pasos previos (o si requiere tratamiento especializado) se refiere al nivel secundario

Figura 9

% de utilización de dispositivos SM en 2 áreas de Santiago: personas atendidas por trastornos mentales en 1 año (2011)



para el futuro, aunque lamentablemente no tenemos tiempo en esta conferencia para conversar de él.

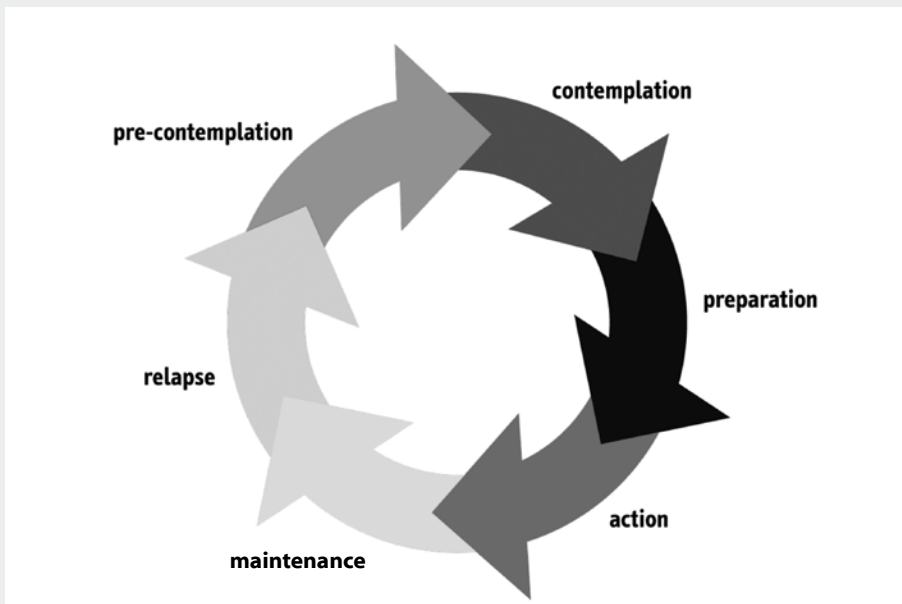
Les he mostrado algunas experiencias regionales, destacando los avances de Brasil, Panamá, de Chile y de otras partes del mundo. Existe un menú de opciones disponibles de cómo organizar los servicios en forma comunitaria y en forma balanceada y ojalá que con empoderamiento de los usuarios. Pero ¿cómo se hace esto?, ¿cómo se logra?, cuando generalmente las autoridades que toman las decisiones no nos escuchan mucho a los profesionales de salud mental y la salud mental generalmente no está dentro de las prioridades políticas.

Kingdon ha descrito la teoría del cambio en políticas, cómo se producen políticas nuevas. Para decirlo sencillamente, él habla de ventanas de oportunidades; no siempre están abiertas las ventanas para que una nueva política se desarrolle en un país o en una región. Pero

podemos ayudar a que se abran las ventanas a través de identificar claramente un problema. Por ejemplo, si comparamos Brasil con Chile, Brasil define como problema el manicomio y como solución, dicho de manera simplificada, la de crear los CAPS, los centros de salud mental comunitaria. Chile, en cambio, define el problema epidemiológicamente, la alta prevalencia de trastornos mentales, según datos de nuestros estudios epidemiológicos, frente a lo cual se gastaba en salud mental menos del 1 % del presupuesto de salud. Eso fue definido como el problema, y la solución propuesta fue la implementación de un Plan Nacional (que empieza a desarrollarse en el año 2000). El problema y la solución tienen que ser consonantes con lo que esté sucediendo en la política del país, en la política general, en la situación política (*political stream*, según Kingdon).

Figura 10

Simulación de modelo comunitario equilibrado (basado en Thornicroft)



En Brasil y en Chile pasaron varias cosas adicionales que no tenemos tiempo de analizar, pero podemos concluir que desde los profesionales (así como de los usuarios y familiares) podemos realizar acciones que favorezcan o hagan más permeables las políticas generales a la salud mental y a los servicios de atención, generando círculos virtuosos que contribuyan a abrir la ventana de oportunidad, de modo que el poder político tenga la voluntad de hacer un proceso de reforma en el ámbito de la atención psiquiátrica.

Para esto incluso podemos aplicar algo que se utiliza en el campo de las adicciones: el modelo de Prochaska y DiClemente, porque los países están muchas veces en una precontemplación frente al problema que nosotros los especialistas tenemos en mente que existe en el país. Puede que algunos ya lo estén contemplando y ya es más fácil o que ya se estén preparando o que estén realizando algunas acciones. Así, las acciones que realicemos deben ajustarse al proceso de cambio en que se encuentre un país (figuras 10 y 11).

Por ejemplo, el problema que hemos vivido en Chile en los últimos años es que después de avanzar mucho en un proceso de reforma, el desarrollo se ha enlentecido y resulta más difícil seguir avanzando. A lo largo de los años, hay un natural desgastamiento y muchas veces hay recaídas, retrocesos. Entonces las estrategias que podemos utilizar los especialistas en salud mental para producir el cambio tienen que estar de acuerdo con la realidad del país, si está en estado de precontemplación, de contemplación, de acción. Si se está en estado de precontemplación tenemos que trabajar en hacer visible el problema; hay que hacer mucha abogacía, mucho movimiento social. Si ya se está contemplando, se está mirando el problema, hay que ofrecer las propuestas de políticas que solucionen el problema planteado y tratar de generar alianzas políticas. Si ya estamos en acción, si ya se abrió la ventana de oportunidades necesitamos de un muy buen liderazgo, tanto a nivel nacional como local para impulsar el carro hacia adelante. Obviamente, se requiere alguna cantidad de

Figura 11

Estrategias pro-reforma según la etapa de cambio

1. **Pre-contemplación: Visualización de un problema (abogacía) y movimiento social**
2. **Contemplación: Soluciones al problema (propuesta de políticas) y apoyos políticos**
3. **Acción (ventana de oportunidades): Liderazgo nacional y local, recursos frescos y gestión**
4. **Mantenimiento: Apoyo de principales actores en SM, estudios de impacto y validación de expertos**
5. **Retrocesos (recaídas): Repetir 4 fases anteriores**

recursos frescos y se requiere mucha capacidad de gestión para utilizar los recursos que nos den y el poder que nos den para utilizar los recursos de la mejor manera.

Si estamos ya manteniendo es muy importante hacer estudios para demostrar que lo que hemos hecho sirve para algo, produce algún impacto en las personas y también tener apoyo de muchos actores claves del campo de la salud mental. Desde que uno empieza a trabajar en las fases de precontemplación o de contemplación tiene que hacerlo negociado con muchos actores de la sociedad, de modo que haya una amplia base de apoyo para después mantener cuando es necesario. A veces también la validación de expertos ayuda;

nosotros hemos utilizado visitas de expertos internacionales que vean nuestro proceso o, en otro momento, cuando estábamos en fase de crecimiento el Ministerio de Hacienda, el que da la plata en Chile, dijo: «¿Qué está pasando con estas transformaciones de los servicios de salud mental en Chile?» e hizo un panel de expertos nacionales para evaluar el Plan Nacional de Salud Mental y afortunadamente pasamos el examen y siguieron aportando recursos.

En caso de retrocesos es necesario volver a repetir las fases anteriores, con estrategias de acuerdo con la fase que predomine de las cuatro anteriores.

Muchas gracias.