

## ANEXO 2

### **“COSTO EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN SISTEMAS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS”.**

Conferencia del Dr. Donald Wassilenki

En las postrimerías del siglo XX, y en un mundo cada vez mas globalizado parece imperdonable no recurrir a la experiencia de otros países y aprender de ellos la forma de enfrentar problemas similares. Especialmente invitado para enseñarnos de la experiencia internacional, tendremos el honor de escuchar al Dr. Donald Wassilenski cuya conferencia se titula “ Costo efectividad de la atención psiquiátrica en sistemas de salud privados y públicos”. El Dr. Wassilenski es Médico Psiquiatra y Magíster en epidemiología de la Universidad de Toronto, Canadá. Es jefe de psiquiatría del hospital Saint- Michael y profesor en el departamento de psiquiatría de la facultad de medicina de la Universidad de Toronto al tiempo que subjefe de programas y planificación del mismo departamento. El Dr. Wassilenski es miembro de la sociedad Psicoanalítica canadiense y ha publicado mas de 100 artículos y editado dos libros. En los últimos 10 años ha estado fuertemente involucrado en las políticas publicas en el campo de la salud mental en Ontario y ha desarrollado una línea de investigación en el cuidado y manejo de los pacientes psicóticos graves en los servicios extra hospitalarios.

Dr. Wassilenski

Buenos días damas y caballeros, desgraciadamente esa es la extensión de mi español. Es un gran honor ser invitado a esta conferencia. Me gustaría agradecer al Dr. Minoletti y a la OPS por contribuir a mi visita. Ayer tuve la oportunidad de ver Santiago por primera vez, la cual es una bonita ciudad, parecida a Toronto excepto que ustedes tienen aquí mas montañas y muchos más buses. Bueno, en realidad creo que tienen montañas porque en realidad no las he visto todavía

Creo que hay muchas razones para comunicarnos a través de diferentes fronteras en eventos internacionales. Una es que podemos compartir experiencias y así no tener que hacerlo todo de la manera más difícil. Creo que comenzaré por contarles la historia de un hombre que hacia todo de la manera más difícil. La acción ocurre en un campo de golf. Tres golfistas están a punto de comenzar a jugar y ven a un hombre solo y lo invitan a unirse a ellos. El dice “me encantaría unirme a ustedes pero deben comprender que yo lo hago todo de la manera mas difícil”. Los tres amigos no saben lo que significa esto y dan un primer golpe con sus palos de golf. El hombre toma un bate de béisbol de su bolso de golf, tira la pelota y la golpea en el aire. Cuando llegan al verde los otros hombres le dan con sus palos de golf y él toma un palo de pool de su bolso. Después de jugar llegan al bar y pide un whisky con soda en vasos distintos, pone el vaso de whisky en una cuchara, golpea la cuchara y el whisky vuela por el aire y cae en el vaso de soda. Dice “ ven yo lo hago todo de la manera mas difícil, de hecho he pasado toda mi vida pensando en la manera de hacerlo todo de la manera más difícil”. Hay una

pausa y los otros se miran entre si y al fin el hombre dice “Se lo que os estáis preguntando ¿Cual es la manera más difícil de hacer el amor? Bueno es de pie sobre una hamaca”. Uno nunca sabe como suenan los chistes en otro idioma.

El tema sobre el que les hablaré esta mañana es un proyecto que realizamos para el gobierno canadiense en el que se unía la evidencia de la efectividad de varios tipos de programas y servicios para personas con problemas mentales severos. Estos programas y servicios que están sustentados por fuerte evidencias los describimos como “**Mejor Práctica**”. Este era un proyecto llevado a cabo por un gran número de investigadores del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Toronto. Este dibujo dice esta montaña no ha sido nunca escalada por un grupo, esto es más bien el asalto de un grupo

La población objetivo de este proyecto eran las personas con enfermedades mentales severas, enfermedades como esquizofrenia, desordenes severos del ánimo y desordenes mentales orgánicos. El interés estaba en los servicios y apoyos por lo que no nos concentramos en la efectividad de tratamientos específicos como la preferencia de unos medicamentos respecto a otros, en su lugar estabamos interesados en que tipo de programas y apoyos beneficiaban a la gente con problemas mentales severos. También estabamos interesados en las estrategias, es decir si uno quiere poner en marcha programas específicos qué tipo de estrategias de administración se necesitan para lograr que esto ocurra. Tanto a nivel de los programas como de los sistemas.

Esta es nuestra definición de Mejor Practica: “Actividades y programas que están fundados en la mejor evidencia posible sobre que es lo que funciona”. El gobierno nos estaba pidiendo que reuniéramos evidencia sobre los que funciona bien para la gente con problemas mentales severos.

En Canadá estamos intentando mejorar nuestro sistema de salud mental y esto es lo que queremos decir por reforma de salud mental; “Un sistema de servicios y ayudas equilibrada y eficaz” es la meta principal. Equilibrada significa una buena provisión de fondos para apoyo comunitario e institucional. Por eficaz se entiende aquello que funciona. Se intenta que los programas involucren a los pacientes y a sus familiares en el diseño y entrega de atención, promover una independencia de la máxima duración posible y una integración social en la comunidad. Estamos intentando reformar el sistema, para que los usuarios y sus familias se involucren y así puedan lograr una total inserción en la comunidad. Implica elementos de ciudadanía porque estamos hablando de programas y servicios que conecten a la gente con enfermedades mentales severas con comunidades naturales a través de una red de apoyos y contactos. Deben tener acceso a trabajos u otras actividades productivas, a buenas viviendas, a una buena educación y a unos ingresos suficientes. Esta es nuestra meta en Canadá ayudar a personas con enfermedades mentales severas a convertirse en ciudadanos.

Estas son las ayudas, servicios y estrategias que están fundados en evidencia concreta. Primero el **Seguimiento o Monitoreo de Casos** y el **Tratamiento**

**Asertivo Comunitario**; segundo, los **Servicios de Crisis**; tercero, la **Vivienda y Ayuda de la Comunidad**; cuarto, las **Alternativas a la Hospitalización**; quinto la **Autoayuda y las Iniciativas de Usuarios**; sexto, la **Autoayuda Familiar** y séptimo, la **Rehabilitación Vocacional**. Lo que haré será hablarles sobre la evidencia de la eficacia en cada una de estas siete áreas. Las estrategias de reforma del sistema para lograr que estos programas y servicios puedan ser implementados son políticas claras, mecanismos gubernamentales y fiscales, evaluación y una estrategia específica en recursos humanos, de las cuales también hablare brevemente.

Esta es la forma en la que hemos reunido la evidencia: hemos dirigido una revisión literaria de los conocimientos basados en evidencia publicados o no publicados en francés o inglés desde el año 1985. Cuando revisábamos un artículo lo poníamos al día, a 1997. La evidencia para servicios y ayudas están basadas en experimentos o casi-experimentos o en métodos de calidad demostrada. La evidencia para las estrategias del sistema se basan más en la experiencia empírica y en la descripción de experiencias en distintas jurisdicciones. Así, cuando encontrábamos un estado en Estados Unidos o un condado en Gran Bretaña que había incorporado servicios eficaces de salud mental estudiábamos las estrategias que esa región o estado había utilizado para incorporar con éxito esos servicios e incluíamos esa información en nuestros análisis de estrategias a nivel de sistema. Así, la evidencia para los servicios y ayudas es más fuerte, más científica que la evidencia de las estrategias que es más administrativa.

**El primer tipo de programa que esta basado en evidencia y mostró su efectividad es el Apoyo Individual y el Seguimiento de Caso.** Cuando empezamos por primera vez a desinstitucionalizar personas con enfermedades mentales severas nos dimos cuenta que estas personas con muchas discapacidades necesitaban apoyo personal para poder vivir en la comunidad. Este tipo de apoyo personal se ha venido llamando Seguimiento de Caso. El Seguimiento de Caso es el centro de los servicios comunitarios de salud mental en todo Estados Unidos. Un Encargado de casos es un individuo que trabaja con alguien discapacitado por una enfermedad mental severa para asegurarse de que las necesidades de esa persona son cubiertas en la comunidad. Al comienzo, pensábamos que un encargado de casos podría simplemente referir a las personas a distintos servicios y programas. Al pasar el tiempo descubrimos que muchas personas mentalmente discapacitadas necesitaban una forma de Seguimiento de Caso mucho más intensa, en la cual el director de caso desarrolla una **relación clínica** con el individuo discapacitado y se asegura que los servicios y ayudas en la comunidad están siendo realmente de utilidad para ese individuo. A continuación nos dimos cuenta que el grupo de individuos más severamente discapacitado necesitaba una forma muy intensa de Seguimiento de Caso que ahora es llamado Tratamiento Asertivo Comunitario.

El **Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)** es un programa muy activo llevado a cabo por un equipo multiprofesional que apoya a la persona 24 horas al día, siete días a la semana. El equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario se reúne

cada mañana y revisa todas las necesidades de todos los pacientes todos los días. El equipo ofrece un apoyo intensivo en la comunidad para esos individuos a medida que se necesita, ya que esta en guardia 24 horas al día y siete días a la semana y es muy activo para incorporar a gente muy enferma al tratamiento. Ahora hay 35 pruebas de control al azar en la literatura científica que muestran que el TAC es altamente eficaz, permite un control de los síntomas para personas con enfermedades mentales severas como la esquizofrenia o desordenes severos del animo. Produce una dramática disminución en el uso de servicios de hospital así como altos índices de satisfacción tanto en la familia como en el paciente. Mejora el funcionamiento de éste en la comunidad y es más barato que la hospitalización. La evidencia de la efectividad del Tratamiento Asertivo Comunitario es más fuerte que el de cualquier otro programa o servicio en el área de salud mental. La evidencia para otras formas menos intensas de Seguimiento de Caso es moderada. Así que si uno esta construyendo un sistema de salud mental para personas con enfermedades mentales severas debe tener programas de Seguimiento de Caso en funcionamiento y para los grupos más severamente discapacitados deben haber equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario. Muchos estados en EEUU tienen ahora cientos de equipos para Tratamiento Asertivo Comunitario en funcionamiento. En Ontario, que es la provincia más grande de Canadá, con una población de 10 millones de habitantes, tienen 40 equipos TAC funcionando para la población más enferma. Por lo tanto este es el primer programa para el que hay abundante evidencia: el Tratamiento Asertivo Comunitario.

El segundo programa que cuenta con evidencia es el de los **Servicios de Crisis**. Esto significa que las personas con enfermedades mentales severas necesita acceso inmediato a centros de crisis apenas comienzan a desarrollar conductas problema. Solíamos pensar en los Servicios de Crisis como la situación en que la persona acudía a los departamentos de urgencias de los hospitales y era admitido en los servicios de psiquiatría. Ahora creemos en sistemas de respuesta a crisis que ofrecen un nivel de atención menos intensiva para personas en situaciones de crisis.

Un Sistema de Respuesta a Crisis consiste en un conjunto de componentes relacionados para servir en un área específica. El primer tipo de Sistema de Respuesta a Crisis es una línea de **teléfono de angustia**. Esto significa que personas en crisis puede fácilmente poder hablar con alguien por teléfono para recibir ayuda. El siguiente nivel de servicios de crisis es una **clínica abierta**. Esta es un tipo de clínica donde alguien puede llegar sin una cita previa y recibir atención. El tercer nivel de servicios de crisis es el **equipo móvil de crisis**. Esto implica que un profesional de la salud mental puede ir donde una persona en crisis en la comunidad y ofrecerle ayuda sin llevarlo a una institución. Este es realmente el componente clave de un sistema de respuesta de crisis. El cuarto componente es una **casa segura o unidad de estabilización** de crisis. Este lugar no es un hospital pero es si es un espacio donde la persona en crisis puede pasar un periodo de tiempo recibiendo atención hasta que la crisis pase. El siguiente componente es el departamento de **urgencias de un hospital** para aquellos en

los que la crisis tiene un componente de medicina psiquiátrica o cuando la medicación es necesaria para el manejo del paciente. Y en el departamento de urgencias del hospital debe haber algunas camas de retención para manejar a los pacientes mentales en crisis. Y finalmente el último componente de un sistema de respuesta a crisis es el servicio de hospitalización psiquiátrica. Así que la idea de implementar un sistema de respuesta de crisis es que en cualquier área haya algo de todos estos componentes: línea telefónica, clínica abierta, equipo móvil, urgencias del hospital deben estar relacionados y conectados entre sí para que el individuo reciba la intervención menos invasora para resolver la situación de crisis. El problema de esta área de servicios de respuesta de crisis desde el punto de vista de la evidencia es que ha habido muy pocos estudios buenos de estos servicios. Esto es en parte porque es difícil hacer estudios al azar sobre la gente en situaciones de crisis y comparar las condiciones de tratamiento versus no-tratamiento en esos momentos de forma eficaz. Alguna evidencia sugiere que si se incorpora un psiquiatra a un equipo móvil de crisis se reduce el número de admisiones hospitalarias y si se elimina el psiquiatra este vuelve a aumentar.

Pero hay otro estudio que compara condados en Massachusetts (EEUU) que tienen equipos móviles de crisis con otros que no los tienen y no muestran gran diferencia entre ambos en el número de admisiones hospitalarias. Por otra parte en el Reino Unido hay evidencia de que las intervenciones tempranas de programas de crisis si reducen las admisiones en hospitales. Así que la evidencia es mixta y hay muy pocos estudios empíricos así que les recomendaría, si es que están desarrollando servicios de crisis en Chile, establecer componentes serios de evaluación porque debemos aprender más sobre estos servicios y su relación con las situaciones de crisis. Hay bastante evidencia de que si se añaden camas de retención al departamento de urgencias de un hospital general se pueden reducir las admisiones en los servicios de psiquiatría. En términos de Mejor Practica se acepta que al implementar servicios para los enfermos severos en una determinada área los sistemas de respuesta de crisis debieran ser el segundo componente en importancia.

El área número tres que hemos identificado implica las Alternativas a la Hospitalización. Hay pruebas de que hay algunos servicios que pueden ser ofrecidos en la comunidad y que son alternativas a la admisión en hospitales de los enfermos severos.

La primera pregunta es ¿pueden ser trasladados a vivir en la comunidad estos pacientes de larga estadía?.

Existe suficiente evidencia en el Reino Unido y EEUU que demuestra que pacientes de larga estadía pueden ser reincorporados a la comunidad y que su calidad de vida mejora en residencias de la comunidad. La mejor evidencia es de un proyecto de atención en la comunidad al noroeste de Londres (Reino Unido) donde fueron cerrados dos grandes hospitales psiquiátricos y varios miles de pacientes de larga estadía fueron reincorporados en la comunidad. La evidencia muestra que a estos pacientes les va muy bien en residencias comunitarias, que

su satisfacción es mayor de la que sentían en los hospitales y que su nivel de síntomas no son diferentes de cuando residían en los hospitales. En Filadelfia, EEUU, se cerró el hospital del estado. Todos los pacientes fueron trasladados a la comunidad. De 500 pacientes aproximadamente, solo 75 fueron difíciles de reinstalar. Estos eran pacientes muy agresivos pero fueron trasladados a residencias comunitarias seguras y con el tiempo muchos de ellos fueron capaces de cambiarse a residencias menos seguras. Por tanto, hay evidencia seria de que pacientes de larga estadía pueden ser trasladados desde los hospitales psiquiátricos a residencias en la comunidad.

La segunda pregunta es ¿Hay alternativa a la admisión en Unidades psiquiátricas de atención de agudos?.

Hay dos tipos de programas que han demostrado ser alternativas eficaces. La primera son los programas de hospitales de día. Hay abundante evidencia en la literatura médica de que los hospitales de día pueden ser una alternativa a la atención durante 24 horas de los hospitales. Parte del problema en esta área es que la gente define hospital de día, tratamiento de día, atención de día, terapia de día, etc. como cosas diferentes. Pero un programa de atención de agudos de día, con un personal adecuado, ofreciendo atención intensiva puede realmente ser una alternativa a la admisión hospitalaria para pacientes que requieren ser supervisados en la tarde y noche. Y los programas de hospitales de día son más baratos que los programas de admisión porque solo requieren personal de un solo turno en vez de tres. La otra alternativa a la hospitalización que también es eficaz es el tratamiento en el hogar, esto significa que muchos pacientes que necesitan estar hospitalizados pueden ser tratados en su lugar de residencia si los profesionales de salud mental pueden desplazarse hasta allí, y ofrecerles atención y tratamiento en su hogar. Hay estudios en Canadá, EEUU, Reino Unido y Australia con pruebas de control al azar, que muestran que un tratamiento intensivo en el hogar como base es tan eficaz como la hospitalización para atención de agudos y que los pacientes y familias prefieren en tratamiento en su hogar que el del hospital. Esto es en parte porque los familiares aprenden a manejar mejor al enfermo al trabajar con el equipo de tratamiento en el hogar. Así que estas dos alternativas a la atención hospitalaria: Hospitales de día y Tratamiento en el Hogar, están apoyados por fuertes evidencias en la literatura médica.

La tercera pregunta es ¿Cuánto tiempo debe permanecer la gente en los hospitales cuando realmente necesitan la atención intensiva del hospital?. Aquí, la literatura muestra que no hay una relación entre la duración de la estadía hospitalaria y la adaptación a la comunidad o las cifras de readmisión. En otras palabras, si uno mantiene a alguien en el hospital por dos meses o dos semanas no hace gran diferencia en cuanto a como la persona se readapta después del alta. Debido a esta evidencia hay una tendencia a preferir la hospitalización breve o de corto plazo y en la mayor parte de EEUU el periodo de hospitalización para una persona con una enfermedad mental severa es de 10 a 14 días y la meta es empezar a estabilizar la condición de la persona y continuar el tratamiento

intensivo en un programa comunitario de salud mental en la comunidad. La idea es intentar reducir la dependencia de largos y caros tratamientos basados en la atención hospitalaria lo más posible. Y hay evidencia que apoya esta idea. La única excepción es que hay pruebas de que durante el primer episodio de una enfermedad psicótica puede ser más efectivo mantener a alguien en el hospital durante un periodo más largo de tiempo para asegurarse de que tanto el paciente como su familia entienden la enfermedad, entienden el plan de tratamiento y para asegurarse que los servicios de atención comunitaria están en funcionamiento. Más allá de eso, el énfasis está en las hospitalizaciones breves.

El área final de alternativas a la hospitalización se concentra en establecer fuertes relaciones entre los profesionales de salud mental y los médicos de atención primaria como una alternativa al tratamiento externo con base en el hospital. Este modelo se describe como **Atención Compartida**, entre los profesionales de salud mental y los encargados de la atención primaria.

Esto significa que el médico de atención primaria debe tener acceso fácil y cercano al profesional de salud mental. En este modelo el psiquiatra, por ejemplo, se reúne regularmente con el personal de la atención primaria para discutir el manejo de personas con enfermedades de salud mental severas y los profesionales de salud mental deben estar disponibles telefónicamente de una manera inmediata para dar recomendaciones e indicaciones. Si hay una buena relación entre los profesionales de salud mental y el sector de atención primaria entonces muchas personas con enfermedades mentales severas pueden ser eficazmente tratadas en el sector de la atención primaria, sin tener que depender de los servicios de salud mental de base hospitalaria. Hay dos buenos estudios en el Reino Unido que demuestran que la atención compartida puede ser una alternativa eficaz a la atención hospitalaria. Para el diseño de un sistema de salud mental para personas con enfermedades mentales severas, existe evidencia sobre la efectividad del Seguimiento de Caso, el Tratamiento Asertivo Comunitario, Sistemas de Respuesta a Crisis y sobre las Alternativas a la Hospitalización.

La siguiente área es la **Vivienda**. Al trabajar con personas con enfermedades mentales severas, es extremadamente importante que el sistema le dé a esa gente un lugar seguro donde vivir en la comunidad. Al principio, los modelos que se utilizaban como modelo de vivienda eran “de custodia”. Dábamos de alta a las personas de los hospitales y las llevábamos a establecimientos institucionales muy grandes y con pocos programas de apoyo. Después empezamos a desarrollar lo que llamábamos modelos de vivienda alternativa. Estos son programas de pequeñas viviendas con mucho personal que vivía en casa ofreciendo apoyo para personas con enfermedades mentales severas. Esto lo describimos como Viviendas de Apoyo y ofrecíamos diferentes niveles de apoyo, en distintos programas de vivienda. En el programa de nivel 1 había apoyo accesible las 24 horas, en el programa de nivel 2 había menos apoyo en el programa de nivel 3 menos apoyo que en el 2 y en el nivel 4 todavía menos. El problema con este modelo era que a medida que la condición del paciente cambiaba tenía que

mudarse a una vivienda de otro nivel. Si uno estaba en el nivel 4 y empezaba a mejorar la recompensa era que perdía su hogar. Por eso, recientemente decidimos que este modelo era demasiado rígido y hemos desarrollado un nuevo modelo de vivienda que desconecta la función de apoyo de la función de vivienda y hace que la ayuda sea mucho más flexible. Esto se llama Vivienda con Apoyo.

El nuevo modelo de vivienda implica que una persona con una enfermedad mental severa puede vivir en cualquier lugar de la comunidad y la cantidad de apoyo que la persona necesita puede ir al lugar de residencia de la persona por el tiempo que la persona necesite este apoyo. Cuando la persona necesita menos apoyo el nivel de éste puede reducirse, y la persona no pierde su hogar porque su condición cambie. Esto nos da mucha más flexibilidad para encontrar lugares donde la gente pueda vivir que el sistema antiguo mucho más rígido. Y ahora empezamos a ver evidencia de que este modelo más flexible es más eficaz porque crea mas viviendas potenciales en la comunidad. La otra cuestión importante es que han empezado a surgir en las ciudades norteamericanas los “sin hogar”. Las ciudades norteamericanas tienen miles de personas viviendo en las calles con enfermedades mentales severas y estamos aprendiendo que una combinación del tratamiento asertivo comunitario y el programa de vivienda flexible es eficaz al instalar en viviendas a personas sin hogar con enfermedades mentales severas. Se han hecho seis estudios a través de EEUU que muestran que diferentes combinaciones de vivienda flexibles y Tratamiento Asertivo Comunitario son muy eficaces para trasladar a las personas sin hogar con trastornos mentales severos a una vivienda. También hay fuertes evidencias en esta cuarta área, en el sentido de deslizar la función de apoyo o atención de la función de vivienda.

La quinta área tiene que ver con la **Rehabilitación Vocacional**. En esta área hemos aprendido lecciones similares a las del área de vivienda. La ayuda a las personas en términos de empleo debe ser mucho más flexible. En el pasado nos apoyábamos en largos periodos de asesoramiento vocacional en hospitales o en casas de trabajo para intentar ayudar a la gente para que en algún momento encontrara trabajo estable en la comunidad. Para mucha gente este periodo de asesoramiento y entrenamiento parecía no acabar nunca y la posibilidad de encontrar un trabajo real en la comunidad real terminaba por desaparecer.

En el nuevo modelo el énfasis esta en encontrar trabajo o alguna actividad productiva para las personas lo más rápidamente posible y después ofrecer el apoyo necesario para conservar ese trabajo o actividad productiva. Y eso se llama Empleo con Apoyo, y este concepto es similar a la Vivienda con Apoyo, es decir pone a la persona en un trabajo lo mas rápidamente posible y se hace todo lo necesario para mantenerla allí. Así la persona sigue haciendo un trabajo real en la comunidad y recibe un sueldo real.

Hay un número variado de diferentes modelos que han sido desarrollados para conseguir este objetivo. Uno es el modelo de Casa-club Psicosocial. Este es un programa amplio de ayuda a la comunidad que ofrece ofertas de empleos transitorios conjuntamente con empresas para los miembros de la casa-club que



son personas con enfermedades mentales severas. Estas tienen la oportunidad de realizar distintos tipos de trabajo en la comunidad y son apoyados por el programa de la casa-club para que puedan ir diariamente a realizar sus trabajos.

Otro enfoque es el llamado “entrenamiento para el trabajo” donde, nuevamente, a través de una asociación de empresas personas con enfermedades mentales severas pueden tener trabajo pero el encargado de caso hace un gran esfuerzo en entrenamiento y apoyo para conseguir que puedan mantener esos empleos.

Un tercer modelo, desarrollado por la Universidad de Boston, EEUU y su programa de rehabilitación psicosocial, es el modelo “selecciona, obtiene y mantiene” de ayuda al empleo donde se hace mucho trabajo para que una persona con un enfermedad mental severa opte por un trabajo o un tipo de actividad productiva que le guste, encuentre un empleo relacionado y reciba apoyo para poder mantener ese trabajo. Un cuarto modelo es uno sobre el que ya hemos hablado; el Tratamiento Asertivo Comunitario en el que el equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario trabaja todos los días con la gente para ayudarles a mantener una situación de empleo. Hay bastante evidencia en la literatura sobre la efectividad de este enfoque hacia la rehabilitación vocacional. Gente discapacitada debido a una enfermedad mental es capaz de encontrar trabajo y se les provee con un apoyo intensivo pueden conservar sus empleos y funcionar en la comunidad. Así la ayuda al empleo es la quinta área.

El área número seis es la de **Autoayuda e Iniciativas de Usuario**. En la última década esta área se ha desarrollado cada vez más en EEUU. Estamos comenzando a tener evidencia de que los programas de autoayuda e iniciativa de Usuario ofrecen alternativas eficaces a los servicios formales de salud mental. La autoayuda se refiere al modelo tradicional de gente con enfermedades y discapacidades similares que se reúnen para ofrecerse apoyo mutuo. En EEUU hay grupos como Recuperación, Neuróticos Anónimos o “Crece”, que es un movimiento muy amplio de autoayuda, que permiten a la gente con distintos tipos de enfermedades mentales reunirse periódicamente en grupos y apoyarse mutuamente. Hay alguna evidencia de estudios descriptivos de que estos grupos reducen los niveles de depresión y angustia entre sus miembros, y que algunos grupos en particular, permiten a sus participantes aumentar sus contactos sociales para conseguir más apoyo para cada uno.

La otra área Iniciativas de Usuario es un desarrollo más reciente e implica la provisión de recursos a grupos de consumidores de los servicios de salud mental permitiéndoles hacerse cargo del desarrollo económico. Esto significa que grupos de individuos discapacitados por enfermedades mentales pueden recibir becas del gobierno o del sector privado para empezar a formar empresas u otro tipo de actividades productivas. En Ontario, la provincia más grande de Canadá con 10 millones de habitantes, el gobierno destinó 3 millones de dólares para iniciativas de Usuarios y 42 diferentes grupos de Usuarios de toda la provincia pudieron emprender proyectos de desarrollo económico. Esto implica a 300 usuarios, todos discapacitados en algún grado debido a enfermedades mentales. Cuando se

evaluó este programa dos años después se encontró que aquellas 300 personas involucradas en las iniciativas redujeron dramáticamente su uso de servicios formales de salud mental, su uso de servicios de hospitalización se redujo sustancialmente así como se redujo el uso de servicios de crisis y de hospital externo.

En otras palabras, hay evidencia de que si se permite a la gente discapacitada por enfermedades mentales participar e involucrarse en actividades productivas habrá menos necesidad de servicios de salud mental formales. Por tanto esta nueva área en desarrollo de apoyo a iniciativas de usuarios está siendo cada vez más importante en los sistemas de servicios de salud mental y es visto como un componente esencial de un plan de servicios de salud mental en la mayoría de las regiones y jurisdicciones. Por tanto esta es la sexta área importante: autoayuda e iniciativas de usuarios. De tal modo que al pensar en su región y en desarrollar un plan de salud mental deberían preguntarse ¿tenemos algún programa que promueva la autoayuda y las iniciativas de consumidor?. Porque esto reduciría la dependencia de programas de salud mental formales mucho más caros.

La última área es la de **Autoayuda Familiar**. Esto implica que los programas deben desarrollarse para permitir a los familiares de personas con enfermedades mentales severas trabajar juntos, apoyarse mutuamente y ser representantes o solicitantes en nombre de sus parientes mentalmente enfermos. En Canadá tenemos grupos, como la “Sociedad de Esquizofrenia” para familiares de personas con esquizofrenia. En EEUU hay una organización muy grande llamada “Alianza Nacional por los Enfermos Mentales” que consiste en familiares de gente con todo tipo de enfermedades mentales severas y cuentan con un grupo muy poderoso de abogados para el mejoramiento de los servicios de salud mental.

La evidencia de la eficacia de las organizaciones de autoayuda de familiares no es abundante porque se han hecho muy pocos estudios acerca del impacto de estas organizaciones. La poca evidencia que hay muestra que los familiares involucrados aumentan sus conocimientos acerca de la enfermedad de su pariente y también reducen el nivel de angustia y aprenden mejores técnicas de comportamiento al enfrentar situaciones de crisis. Pero el número de estudios en esta área es muy pequeño y los que hay son de naturaleza descriptiva, así que al igual que se necesitan más trabajos en el área de crisis también se requieren más trabajos en esta área para demostrar su eficacia.

Por lo tanto, estas son las siete claves a tener en cuenta cuando se está ideando un plan de servicios para personas con enfermedades mentales severas. ¿Tenemos servicios de Seguimiento de Casos en funcionamiento?. Y en particular ¿tenemos equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario para los que están más discapacitados?. Esta es la primera pregunta. La segunda pregunta es ¿tenemos buenos servicios de respuesta a crisis para ofrecer atención inmediata de la forma menos invasora para la gente en situaciones de crisis?. La tercera pregunta es ¿tenemos buenas alternativas a la hospitalización de las personas?, ¿tenemos hospitales de día, programas de tratamiento en el hogar, modelos de atención

compartida?. Es decir, alternativas reales a la hospitalización. La cuarta pregunta es si tenemos buenos programas de vivienda que sean flexibles. La quinta pregunta sería ¿tenemos programas de rehabilitación vocacional?. La sexta es si estamos ofreciendo apoyo a la autoayuda y a las iniciativas de consumidor. La última pregunta es si tenemos organizaciones familiares de autoayuda en funcionamiento para ayudar a las familias a ser recursos del sistema de salud mental. Estos son los siete sistemas de apoyo esenciales para los cuales hay evidencia de efectividad en la literatura científica.

En cuanto a los cuatro tipos de estrategias necesarias para implementar estos siete sistemas de servicios y apoyos. Lo primero que se necesita es una **política de salud mental clara**. Esta tiene que ser una **visión común compartida por todo un país o una región acerca de lo que se quiere lograr en ese país o región para las personas con enfermedades mentales severas**.

Y esta política debe tener objetivos medibles y cuantificables **¿qué servicios queremos que estén funcionando en un año, en cinco años, en diez años?**. Este es un **plan nacional** que necesita tener objetivos que se puedan evaluar al ir avanzando, para ver si se están logrando los objetivos fijados al principio.

Para que esta política sea eficaz debe haber un sistema de “entrada de aire” en el desarrollo de la política. Esto significa que los que toman de decisiones en el gobierno, profesionales del campo de la salud mental, usuarios de servicios de salud mental y familiares **todos deben participar en el proceso de desarrollo de la política**. La política debe tener un **plan de implementación**. No puede ser solo un plan sino que debe especificar como se va a implementar el plan. Las siete cuestiones fundamentales deben ser abordadas con una visión moderna para el desarrollo de los servicios de salud mental. Si se está empezando a pensar como poner en marcha estos servicios la primera pregunta a hacerse es ¿tenemos una visión clara de lo que queremos hacer y es esa visión compartida por todos los elementos participantes en el sistema de salud mental?

El segundo tema es, si vamos a reformar nuestro sistema de salud mental, es el asunto de **cómo va a ser administrado el sistema y como va a ser financiado**, y si uno mira alrededor del mundo hay dos temas claves que emergen en lo que tiene que ver con gobierno y financiamiento.

El primer tema es que en el área de salud mental debe haber un **único y adecuado mecanismo protector de fondos**. Debe haber una cantidad de dinero del presupuesto de salud estatal que debe estar destinada a servicios de salud mental y estos deben estar protegidos. Si el presupuesto para servicios de salud mental no está protegido, la experiencia mundial es que ese dinero empieza a desviarse de los servicios de salud mental hacia otro tipo de servicios de salud o sociales. Así que cada vez más hay un reconocimiento de la necesidad de una autoridad de salud mental como una estructura de gobierno que proteja el sobre de los fondos de salud mental. En algunas partes del mundo esto toma la forma de una comisión de salud mental, un cuerpo gubernamental que es responsable de mantener y destinar una cantidad fijada de dinero para servicios de salud mental protegiendo ese dinero de las necesidades de otro tipo de servicios sociales y de

salud. Generalmente es necesario destinar el 10% del presupuesto general de salud a servicios de salud mental para así poder implementar un sistema adecuado de apoyo y servicios. Creo entender que eso es mucho más de los que se destina aquí en Chile.

Por eso, además de una política clara de objetivos, una autoridad de salud mental y un sistema protector de fondos, si uno va a cambiar y mejorar el sistema de salud mental es necesario hacer un compromiso de **estructura para la evaluación**. Una evaluación debe hacerse en tres niveles distintos, debe comprometerse a evaluar servicios **a nivel del paciente y consumidor** ¿están los consumidores satisfechos con los nuevos servicios?, ¿Están funcionando mejor en la comunidad?, ¿Esta disminuyendo la dependencia en atención hospitalaria?, ¿Esta mejorando su nivel de síntomas?.

También tiene que estar uno dispuesto a una evaluación **a nivel del programa** ¿Están funcionando eficazmente los programas?, ¿Están ofreciendo suficiente apoyo los equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario a las personas más severamente enfermas de la comunidad?, ¿Permiten los programas de vivienda mantener una residencia estable sin tener que cambiarse de lugar de residencia frecuentemente?.

El tercer nivel de evaluación **es el sistema**. ¿Está nuestro sistema disminuyendo el nivel de discapacidad en la población?, ¿Consideramos que las personas con enfermedades mentales severas disminuyen su nivel de discapacidad y son capaces de funcionar mas eficazmente en la comunidad?. Estos son los tres niveles de evaluación necesarios: nivel de cliente, nivel de programa y nivel de sistema. Además debe haber un compromiso para permitir la evaluación interna y externa. Esto implica, por ejemplo, que el gobierno o la autoridad regional debe tener una estructura para evaluar los servicios, debe haber una disposición a tipos mas formales de evaluación externa como universidades u otra clase de entidades evaluadoras para informar al gobierno estatal o regional de la eficacia de estos programas y servicios.

La última estrategia, a nivel del sistema, tiene que ver con **recursos humanos**, Si uno va a cambiar el sistema basado en la institucionalización a otro basado en la comunidad requiere de una estrategia para ayudar a la fuerza de trabajo a cambiar de un modelo institucional a uno comunitario. Esto implica que deben desarrollarse ofertas de empleo en la comunidad para las personas que han trabajado en el sector institucional. Debe haber un compromiso de formar a los profesionales y técnicos en espacios comunitarios en oposición a los espacios institucionales y hay un reconocimiento creciente de que debería haber oportunidad para los usuarios de servicios de salud mental de actuar como proveedores, de tener un papel trabajando en sistemas de salud mental informales basados en la comunidad.

Estas son las cuatro estrategias que pueden ayudar a implementar estos siete tipos de apoyos y servicios en un plan de salud mental. Políticas claras con visión

compartida por todos los involucrados, mecanismos para mantener y desarrollar los fondos adecuados, sistema de evaluación y estrategias de recursos humanos.

Estos son los cimientos que permitirían implementar esos siete tipos de servicios y apoyos para los cuales hay suficiente evidencia que beneficiarían a las personas con enfermedades mentales severas. Este fue el trabajo que hicimos para el gobierno federal en Canadá. Este trabajo está siendo implementado en las diez provincias de ese país. Hace solo una semana tuvimos una conferencia nacional en la que todas las provincias explicaron su experiencia con este enfoque que ha sido muy exitoso en nuestro país así que lo he considerado como algo que pueden considerar al pensar en el desarrollo de su propio plan nacional.

Gracias por su atención.