

Artículos de Revisión

Medwave 2012 Oct;12(10):e5549 doi: 10.5867/medwave.2012.10.5549

Investigación en servicios de salud mental en Chile: avances y desafíos

Research on mental health services in Chile: progress made and pending challenges

Autores: Sandra Saldivia⁽¹⁾, Pamela Grandón⁽²⁾, Benjamín Vicente⁽¹⁾

Filiación: ⁽¹⁾Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Universidad de Concepción, Chile

⁽²⁾Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Chile

E-mail: ssaldivi@udec.cl

Citación: Saldivia S, Grandón P, Vicente V. Research on mental health services in Chile: progress made and pending challenges. Medwave 2012 Oct;12(10):e5549 doi: 10.5867/medwave.2012.10.5549

Fecha de envío: 28/9/2012

Fecha de aceptación: 16/10/2012

Fecha de publicación: 1/11/2012

Origen: solicitado

Tipo de revisión: con revisión externa por 2 revisores, a doble ciego

Palabras clave: mental health, services, evaluation

Resumen

Los procesos de reestructuración de los servicios de atención en salud mental, han abierto el espacio a la investigación sobre la llamada epidemiología de servicios. En este artículo se discuten los límites de este ámbito de investigación, su relación con la gestión, y los modelos que han permitido su desarrollo. Asimismo, se revisan resultados de investigaciones nacionales en las distintas dimensiones, siguiendo el modelo de Matriz de Salud Mental de Thornicroft y Tansella (1999), la complementariedad de la información, los avances y desafíos.

Abstract

Re-modelling mental health services has opened the way for research on the so-called healthcare epidemiology. This article discusses the limits of this research field, its relationship with management and mentions the models that have made possible its development. Likewise, results from national studies are reviewed that cover different dimensions in accordance with the The Mental Health Matrix (Thornicroft and Tansella, 1999), information complementarity, and progress made and pending challenges.

Los procesos de reestructuración de los servicios de atención en salud mental han abierto el espacio a la investigación sobre la llamada epidemiología de servicios. Desde la idea original de comparar los resultados del nuevo modelo respecto del anterior (centrado en las grandes instituciones psiquiátricas), en los últimos 30 años la investigación en servicios de salud mental ha recorrido un camino marcado por la evaluación y, en ocasiones, muy cercana a la gestión de los mismos servicios objetos de estudio.

En este proceso, la perspectiva de salud pública es la matriz sobre la cual se instala la investigación. Ésta se focaliza en los sistemas públicos de salud, con énfasis en poblaciones específicas como los pacientes con trastornos mentales graves, y tienden a asumir una perspectiva

amplia, más allá del tratamiento. Ello permite una evaluación continua en la medida que es posible identificar puntos críticos y en algunas oportunidades estrategias de resolución de éstos, en un contexto que debe asumir las limitaciones impuestas al gasto sanitario público.

De esta manera, es posible responder a preguntas como ¿Qué se pretende hacer? lo que dice relación con los objetivos explícitos del proceso a evaluar, ¿Qué se hace? en el sentido de evaluar lo que efectivamente ocurre, ¿Cómo repercute lo que se hace sobre la población atendida? ¿Cuánto cuesta? y ¿Cuál es la relación costo-efectividad? a fin de establecer la relación entre los costos y los resultados obtenidos.

Los primeros modelos de evaluación en salud mental

Los modelos de evaluación en salud mental usaron inicialmente la clásica distinción de Donabedian entre estructura, proceso y resultado¹. De acuerdo a ésta, cualquier sistema de salud puede ser descrito en estos tres componentes, a los que algunos autores agregaron, en el caso de los servicios de salud mental, las dimensiones de impacto del programa en la comunidad y costo – efectividad.

Nivel de estructura

La dimensión de estructura refiere al marco general que define las condiciones de funcionamiento del sistema, incluye tanto las características sociodemográficas de la población, como los recursos humanos, físicos y financieros del sistema y las políticas sanitarias.

Nivel de proceso

El nivel de proceso incluye las actividades que se llevan a cabo en el ámbito del sistema de salud, sean éstas diagnósticas, terapéuticas y/o preventivas. Incorpora también la dinámica de funcionamiento del sistema como flujo de pacientes, patrones de utilización de servicios, continuidad de cuidados e integración y coordinación de todos los dispositivos que conforman la red de atención.

Nivel de resultados

El nivel de resultados concentra, básicamente, los cambios psicopatológicos y sociales que vivencia el usuario del sistema, el grado de satisfacción con éstos y la autopercepción de calidad de vida. Se espera que dichos cambios sean percibidos por el usuario y que respondan a necesidades previamente objetivadas. Es en esta dimensión donde es posible evaluar la efectividad de las intervenciones.

El Modelo de Matriz de Salud Mental

En 1999, Thornicroft y Tansella publican el Modelo de Matriz de Salud Mental, que definen como un manual para mejorar los servicios, pero también como una guía para aumentar la efectividad clínica². Asumen que los procesos de reforma de los servicios de salud mental requieren de cambios basados en la evidencia y que, aun considerando las diferencias locales, es posible identificar elementos claves esenciales para una adecuada provisión de servicios, los que incorporan al modelo. Bajo este marco, que incluye dos dimensiones, espacial y temporal, es posible evaluar – e investigar – sobre las fortalezas y debilidades de los servicios asistenciales y generar información que sea útil tanto a la gestión como a la academia.

Dimensión temporal

La dimensión temporal del Modelo de Matriz de Salud Mental considera tres fases secuenciales, entrada, proceso y resultados, equiparables a las dimensiones de estructura, proceso y resultados definidas por Donabedian¹.

Dimensión espacial

En el plano territorial identifican un nivel macro, de país/territorio; un nivel local, de área sanitaria; y un nivel de pacientes.

La conjunción de las dos dimensiones da lugar a nueve celdas que, en el ámbito de la investigación en servicios de salud mental, resultan una herramienta útil para diseñar protocolos identificando claramente los niveles o ámbitos del que se extraen las variables, y la perspectiva del objeto de estudio.

La investigación en los servicios de salud mental en Chile

Siguiendo el modelo de matriz de salud mental, que incluye en cada una de sus celdas aspectos que van desde la existencia de una política de salud mental, hasta medidas de evaluación de resultados en pacientes específicos, pasando por datos epidemiológicos nacionales o locales, en Chile se ha desarrollado un conjunto relevante, en magnitud y calidad, de instrumentos e investigación en el ámbito de la salud mental, se cuenta con un Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental y con investigaciones en el ámbito clínico y epidemiológico que permiten tener información acerca de la magnitud del problema que enfrentamos. No obstante, si nos centramos en la investigación en servicios, la realidad se torna más árida.

Una pregunta que surge es definir ¿a qué llamamos investigación sobre servicios de salud mental? La descripción de indicadores nacionales como los incorporados en el WHO-AIMS³ o aquella sobre un área sanitaria específica; son sin duda parte de la investigación sobre servicios, pero también lo es –desde nuestra perspectiva- la valoración de la efectividad de las intervenciones que esos servicios proveen a una población específica. Quizás el primer elemento distintivo de este ámbito de investigación sea el que se desarrolle sobre sistemas en marcha, lo que define una evaluación de efectividad y no de eficacia de las intervenciones; a la vez que su cercanía con el ámbito de la gestión debería ser considerada una ventaja más que una limitación, en tiempos en que se demanda a las ciencias básicas mayor énfasis en la llamada *investigación traslacional*, aquella que vincula a las ciencias básicas con la clínica.

Si seguimos el modelo de Thornicroft y Tansella² y centramos la perspectiva estrictamente en los servicios, a nivel macro Chile cuenta con información de estructura y proceso. Son probablemente el *WHO's Assessment Instrument for Mental Health Systems* (WHO-AIMS)³ y el ATLAS de Salud Mental⁴, los instrumentos que nos proveen de información más detallada sobre los recursos y actividades en la atención a las necesidades de salud mental de la población, y que además tienen la ventaja de ser instrumentos internacionales, promovidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que permite comparaciones entre países. Sin embargo, deben asumir algunas limitaciones inherentes a la captura de datos nacionales. La primera, dificultades para acceder a

registros nacionales de información, o directamente la carencia de éstos, lo que lleva a recoger datos de fuentes diversas no siempre comparables, de manera que la tasa de los 4,7 psiquiatras por 100.000 habitantes reportados por el WHO-AIMS para Chile con datos del 2004⁵ baja a 1,91 si se consideran sólo los que se desempeñan en el sector público para la atención de pacientes adscritos al seguro público del Fondo Nacional de Salud de Chile (FONASA), que atiende a más del 70% de la población⁶.

Una segunda limitación se relaciona con la inequidad que existe en Chile respecto de los recursos regionales, incluyendo los sanitarios; el ya referido estudio del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), describe que mientras existe un médico para 559 habitantes a nivel nacional, esta relación disminuye a 1 por 471 en la zona central y aumenta a valores por sobre los 830 por habitantes en las zonas norte y sur⁶.

Un diseño que permite complementar la información macro e identificar las inequidades al interior del país es aquel que recoge datos a nivel de área sanitaria, el llamado nivel local en la matriz de salud mental o meso-nivel. En esta línea, Salvador-Carulla et al., publicaron un estudio descriptivo de las áreas sanitarias de Concepción y Talcahuano comparando su provisión de servicios con áreas similares en España⁷. Siguiendo el mismo modelo, un estudio encargado por el MINSAL describe las redes asistenciales para salud mental en los servicios de salud Metropolitano Oriente, Metropolitano Sur y del Maule, y muestra la disparidad en la provisión de recursos⁸. A modo de ejemplo, las tasas de psiquiatras adultos por 100.000 habitantes varían desde los 3,12 del Metropolitano Oriente, al 2,4 en el Metropolitano Sur y disminuyen a 1,07 en Maule. Una ventaja adicional de estos estudios de áreas sanitarias es que permiten traspasar lo puramente descriptivo y profundizar en variables de procesos, evaluando la pertinencia de intervenciones específicas en relación a la población asistida y a los objetivos planteados, los déficits de dispositivos, plazas y/o recursos humanos, y las eventuales dificultades en el proceso de continuidad de cuidados.

Es probablemente en el nivel micro, *de los pacientes*, donde el déficit de investigación es mayor. Las evaluaciones asociadas a servicios están básicamente orientadas al programa de depresión previo al Plan de Garantías Explícitas en Salud de Chile (GES) y a evaluar procesos más que resultados^{9,10}.

Discusión/Conclusiones

De esta breve síntesis emergen puntos críticos y desafíos.

Son puntos críticos relevantes la definición de área sanitaria, la precisión en la definición de funciones de los distintos dispositivos y el acceso a la información.

Los servicios sanitarios en Chile funcionan en base a un territorio asignado, los servicios de salud cubren todo el país y no hay superposición entre ellos. Sin embargo,

cuando se describen y analizan los recursos de salud mental existentes al interior de un área sanitaria, la correlación entre territorio y niveles asistenciales puede perderse. Un ejemplo de eso lo constituyen las emergencias de los Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM) sin recursos suficientes (humanos y/o farmacológicos) para hacerse cargo de toda la patología de la población de un territorio determinado, con lo cual resultan un punto de referencia para resolver algunos problemas y no otros, lo que, consecuentemente, puede generar dificultades a los profesionales de atención primaria, que deben tener información clara acerca de dónde derivar qué; y en los usuarios, en la medida que atenta contra la continuidad de cuidados. A la par, ello facilita la emergencia de dos miradas acerca de la atención psiquiátrica, una que se hace cargo de los problemas que demandan "*menos especialización*" y otra, "*más especializada*", que además está mucho más cerca de una psiquiatría institucionalizada y tradicional, que mira con aprensiones los nuevos modelos asistenciales. La investigación en servicios permite identificar estos nudos y entregar insumos a los gestores para la búsqueda de alternativas.

Otro tema es el de la función. Se puede investigar sobre servicios de salud mental, pero debemos tener claridad de qué hablamos cuando mencionamos cada uno de ellos, más allá del nombre y la definición teórica que dio lugar a su creación. Desde esta perspectiva, se requiere incluir sistemas de codificación basados en "*lo que se hace*" más allá de su denominación, que permitan identificar cuál es el mapa real de salud mental en Chile y planificar desde ahí. Estandarizar conceptos permite gestionar desde la función cumplida en la tarea de asistir a los pacientes y, en una perspectiva más amplia, planificar desde las necesidades más que instalar recursos desde la disponibilidad financiera vigente en un momento determinado.

Respecto del acceso a la información disponible, es preciso mantener el adecuado equilibrio entre la ética, al acceder a información que puede asociarse a pacientes concretos, y la transparencia que debería garantizar en un sistema sanitario público el adecuado uso de recursos. En esta línea, la investigación asociada a servicios es vista por algunos equipos como una evaluación externa de sus actividades, lo que levanta defensas y no facilita la recolección de información. Es un desafío para los investigadores traspasar estas barreras y ahí juega un papel relevante el retorno de la información resultante del estudio a los participantes; así como contar con quien asuma el rol de focal-point en un área sanitaria específica; es decir, alguien del sistema capaz de manejar tanto aspectos de gestión como procedimientos y canales de acceso a datos e información. En la misma línea está la existencia – o carencia – de bases de datos, porque sin duda obtener la información a partir de estos sistemas facilita la accesibilidad al proceso de conocimiento de los servicios, pero la no existencia de ellas no deberían ser un impedimento para investigar.

De los desafíos, sin duda que el más visible son las evaluaciones de resultados, y más precisamente de costo-efectividad. Otra tarea pendiente es la ya referida definición del conjunto básico de recursos para proveer servicios a una población definida en un área sanitaria específica. Instrumentos como el análisis de eficiencia técnica permitirían identificar un modelo de red de salud mental con una provisión suficiente de recursos para una población determinada, sujeto a variables del contexto social y demográfico. En esta línea la descripción georeferenciada de servicios es un paso necesario.

Notas

Declaración de Conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando a la autora responsable.

Referencias

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. Thornicroft G, Tansella M. The Mental Health Matrix. A manual to improve services. United Kingdom: Cambridge University Press, 1999. [↑](#) | [Link](#) |
3. Saxena S, Lora A, van Ommeren M, Barrett T, Morris J, Saraceno B. WHO's Assessment Instrument for Mental Health Systems: Collecting essential information for policy and service delivery. *Psychiatr Serv*. 2007 Jun;58(6):816-21. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. World Health Organization. Mental Health Atlas 2011. Geneva: WHO Press, 2011. [↑](#) | [Link](#) |
5. Ministerio de Salud, Chile. World Health Organization. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile. Santiago de Chile: World Health Organization, 2006. [↑](#) | [Link](#) |
6. Sub Secretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Estudios de Recursos Humanos. Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Serie Cuadernos de Redes N°31. Santiago de Chile: MINSAL, 2010. [↑](#) | [Link](#) |
7. Salvador-Carulla L, Saldivia S, Martínez-Leal R, Vicente B, García-Alonso C, Grandón P, et al. Meso-level comparison of mental health service availability and use in Chile and Spain. *Psychiatr Serv*. 2008 Apr;59(4):421-8. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. Saldivia S, Grandón P, Albornoz E, Toro A. Estudio de servicios de salud mental en el sistema público de salud de Chile. Informe Final, Chile. Universidad de Concepción, 2008. [↑](#) | [Link](#) |
9. Alvarado R, Vega J, Sanhueza G, Muñoz MG. Evaluación del Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en atención primaria, en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2005 Oct-Nov;18(4-5):278-86. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
10. Alvarado R, Rojas G. El programa nacional para el diagnóstico y tratamiento de depresión en atención primaria: una evaluación necesaria. *Rev Med Chil*. 2011 May;139(5):592-9. Epub 2011 Sep 16. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

Correspondencia a:

⁽¹⁾Víctor Lamas 1290
Casilla 160-C
Concepción, Octava Región, Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.