



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**
www.uces.edu.ar

**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES
(IAEPCIS) "David Maldavsky"
Doctorado en Psicología
Departamento de Investigaciones**

**Sábado 22 de julio de 2023
XIX Jornadas Internacionales de Investigación en
Psicología UCES 2023
XXI Jornadas Internacionales de Actualización del
Algoritmo David Liberman
"Desvalimiento e Intervenciones Psicosociales"**

**Título: Políticas públicas y Salud mental Comunitaria. Un diálogo de experiencias entre
Argentina y Chile desde la Declaración de Caracas a la actualidad.**

Autores: Mag. Belén Vitelleschi, Mag. Oscar Muñoz

E-mail: belvite@hotmail.com; oscar.munoz@ulagos.cl

Resumen:

Este diálogo de experiencias entre Chile y Argentina propone reflexionar acerca del estado de situación actual de la política pública y salud mental comunitaria en ambos países, acorde a los lineamientos brindados por la Organización Panamericana de la salud.

El principal eje de análisis consiste en revisar las acciones e implementaciones del modelo de atención comunitaria en el abordaje de la salud mental efectuadas en cada país desde la Declaración de Caracas a la actualidad.

Los objetivos subsidiarios apuestan a compartir los avatares, obstáculos y logros de dicha implementación; discutir los enfoques teóricos desde la perspectiva del pensamiento complejo; revisar las iniciativas de base territorial que se están desarrollando en pos de la promoción de la salud mental, la prevención de trastornos, y de la participación de los diferentes actores comunitarios (profesionales de la salud, organizaciones, usuarios y familiares) en el cambio cultural de las representaciones sociales en juego.

Este análisis intentará iniciar un intercambio de co-construcción que puede brindar perspectivas valiosas para ambos países, mediante el acercamiento de aprendizajes, desafíos y buenas prácticas.

Objetivos:

Intercambiar y compartir las buenas prácticas y experiencias de la implementación de programas y políticas sanitarias en Argentina y Chile.

Identificar los desafíos comunes que enfrentan dichos sistemas de salud mental y acercar posibles soluciones conjuntas como oportunidad para promover mejoras.

Material y métodos o Instrumentos:

Políticas públicas en materia de Salud Mental de Argentina y Chile.

Conclusiones:

El diálogo de experiencias en relación a la política pública y salud mental comunitaria entre Chile y Argentina apuesta a un intercambio valioso que pueda servir de inspiración y aprendizaje mutuo.

A partir de la mirada de los autores se intentará contribuir al fortalecimiento de los esfuerzos de ambos países en la promoción de la salud mental y el bienestar de la comunidad.

Palabras claves:

Salud mental, Psicología Comunitaria

Title: Public Policies and Community Mental Health. A dialogue of experiences between Argentina and Chile from the Declaration of Caracas to the present.

Summary:

This dialogue of experiences between Chile and Argentina proposes to reflect on the current state of public policy and community mental health in both countries, according to the guidelines provided by the Pan American Health Organization.

The main axis of analysis consists in reviewing the actions and implementations of the community care model in the approach to mental health carried out in each country from the Declaration of Caracas to the present.

The subsidiary objectives are committed to sharing the vicissitudes, obstacles and achievements of said implementation; discuss theoretical approaches from the perspective of complex thinking; review the territorial-based initiatives that are being developed in pursuit of the promotion of mental health, the prevention of disorders, and the participation of the different community actors (health professionals, organizations, users, and family members) in cultural change of the social representations at stake.

This analysis will try to initiate a co-construction exchange that can provide valuable perspectives for both countries, by bringing learning, challenges and good practices closer together.

Goals:

Exchange and share good practices and experiences in the implementation of health programs and policies in Argentina and Chile.

Identify the common challenges faced by these mental health systems and bring possible joint solutions as an opportunity to promote improvements.

Material and methods or Instruments:

Public policies on Mental Health in Argentina and Chile.

Conclusions:

The dialogue of experiences in relation to public policy and community mental health between Chile and Argentina is committed to a valuable exchange that can serve as inspiration and mutual learning.

From the perspective of the authors, an attempt will be made to contribute to the strengthening of the efforts of both countries in the promotion of mental health and the well-being of the community.

Keywords:

Mental Health, Community Psychology

Título: Políticas Públicas e Saúde Mental Comunitária. Um diálogo de experiências entre Argentina e Chile desde a Declaração de Caracas até o presente.

Resumo:

Este diálogo de experiências entre Chile e Argentina propõe refletir sobre o estado atual das políticas públicas e saúde mental comunitária em ambos os países, de acordo com as diretrizes fornecidas pela Organização Pan-Americana da Saúde.

O principal eixo de análise consiste em revisar as ações e implementações do modelo de atenção comunitária na abordagem da saúde mental realizadas em cada país desde a Declaração de Caracas até o presente.

Os objetivos subsidiários estão comprometidos em compartilhar as vicissitudes, obstáculos e conquistas dessa implementação; discutir abordagens teóricas na perspectiva do pensamento complexo; revisar as iniciativas de base territorial que estão sendo desenvolvidas em busca da promoção da saúde mental, da prevenção de transtornos e da participação dos diferentes atores comunitários (profissionais de saúde, organizações, usuários e familiares) na mudança cultural do social representações em jogo.

Esta análise tentará iniciar um intercâmbio de co-construção que possa fornecer perspectivas valiosas para ambos os países, aproximando aprendizados, desafios e boas práticas.

Metas:

Intercambiar e compartilhar boas práticas e experiências na implementação de programas e políticas de saúde na Argentina e no Chile.

Identificar os desafios comuns enfrentados por esses sistemas de saúde mental e trazer possíveis soluções conjuntas como oportunidade para promover melhorias.

Material e métodos ou instrumentos:

Políticas públicas de saúde mental na Argentina e no Chile.

Conclusões:

O diálogo de experiências em relação a políticas públicas e saúde mental comunitária entre Chile e Argentina está comprometido com um intercâmbio valioso que pode servir de inspiração e aprendizado mútuo.

Na perspectiva dos autores, procurar-se-á contribuir para o fortalecimento dos esforços de ambos os países na promoção da saúde mental e do bem-estar da comunidade.

Palavras chaves:

Saúde Mental, Psicologia Comunitária

Introducción:

Lineamientos generales y alcances del proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe:

En las últimas décadas la salud mental ha sido considerada un asunto prioritario en América Latina. Los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) integraron un movimiento llamado “Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica” que culminó con la Declaración de Caracas en 1990. Este documento pronunció la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud (APS), marcando un hito histórico en el continente. Su postulado máximo incitó a una revisión crítica sobre el rol hegemónico y centralizado del hospital psiquiátrico como única modalidad de prestación de servicios, y por otro lado impulsó la promoción y protección de los derechos humanos y civiles de las personas con problemas de salud mental. En esa misma línea, en 1991, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental.

La desinstitucionalización es la pieza paradigmática que pregona el quiebre del modelo hospitalocéntrico. El nuevo modelo sanitario se define superador y tiene una fuerte base comunitaria, descentralizada, participativa, integral, y preventiva. Entre sus objetivos, busca integrar y articular la salud mental en el sistema general de salud, en especial en la atención primaria y en los hospitales generales, así como promover la creación de modelos alternativos eficientes centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.

Desinstitucionalizar no es sinónimo de deshospitización, es decir, no es vaciar los hospitales y dejar desamparados a los pacientes. Implica cambios culturales, políticos y de actitud de profesionales, usuarios y familiares. Esta estrategia requiere cambios en las políticas centradas en los hospitales psiquiátricos por otras basadas en la comunidad; y cambios en las prácticas, desarrollo de nuevos dispositivos, inclusión efectiva de la salud mental en el sistema de salud, colaboración con otros sectores así como la incorporación de recursos innovadores (Cohen, 2009). También ha de ser considerado que la ideología forma parte de la conciencia y comportamiento social, es por ello, que una nueva política en Salud Mental requiere actuar simultáneamente sobre el aparato estatal, la conciencia social, y el dispositivo psiquiátrico-profesional (Barraco, 2006).

La OPS y la OMS han aprobado varios documentos programáticos para reorganizar los servicios de salud mental e incentivar a los estados miembros a priorizar la salud mental en sus agendas. Entre ellos, en el 2008 la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad redefine la noción de discapacidad, de base psicosocial. Representa un cambio de paradigma en el trato de las personas con discapacidad: de una perspectiva médica a un enfoque de derechos humanos, que vela por que las personas con discapacidad tengan acceso y puedan participar en las decisiones que influyen en su vida. En su artículo 19 se determina el derecho igualitario de cualquier ciudadano a “elegir donde y con quien vivir, a hacerlo de forma independiente y a ser incluido en comunidad”. Es decir, que pueda vivir fuera de las instituciones, con la apuesta en una atención comunitaria con mayor efectividad terapéutica, y desde ya, más humana.

Asimismo, otro documento guía para la implementación publicado por la OPS en el 2009, “Estrategia y Plan de acción en salud mental”, destaca aspectos positivos en cuanto los avances de iniciativas, pero insiste en la recomendación a los distintos países de Latinoamérica y el Caribe de actualizar el marco legislativo basado en derechos humanos para dar lugar a los lineamientos de acción y superar los puntos débiles. A enunciar entre ellos, la brecha de tratamiento, financiera y de formación en el campo científico sumado a la continuidad de la inequidad, pobreza y exclusión social.

En la actualidad, la realidad socio-económica del continente da cuenta que para una implementación posible el cambio debe ser de amplio espectro. Además de legislaciones y políticas en salud mental que sean favorables a la desinstitutionalización; se requiere de una intervención económica-financiera adicional, y su consecuente ejecución en un contexto de planes nacionales de Salud Mental. Pero más allá de los esfuerzos, es determinante que el cambio también suscite en lo socio-cultural, ya que ninguna modificación es factible si no se deconstruyen en los usuarios, familias, profesionales, es decir, en la comunidad, las representaciones sociales instituidas por el régimen anterior, eliminando los prejuicios, estigmas, abuso y discriminación.

Cada país debe desarrollar su propio sistema de indicadores de acuerdo al contexto nacional y condiciones de su sistema de salud, así como el grado de desarrollo de los servicios de salud mental. El último informe (2020) de la OPS contiene la revisión de las evaluaciones de los servicios de salud mental regionales realizadas de las últimas dos décadas. Refiere que el avance de políticas, leyes, programas y servicios de salud mental con enfoque comunitario y la asignación de recursos

humanos y financieros sigue siendo lento e insuficiente. La velocidad del proceso sigue dependiendo de que existan mejores condiciones para implementar planes nacionales orientados a fortalecer la red de servicios. A la par señala la necesidad de un trabajo de deconstrucción y concientización socio-cultural para tener una comunidad informada y proactiva, comprometida con una actitud propicia al cambio, a la recuperación y la vida en comunidad. Sin embargo, aunque la implementación lleve su tiempo y el tránsito por sus avatares y obstáculos definen un ritmo de alternancias entre aciertos y barreras, también se destaca la existencia de experiencias exitosas que han iniciado acciones específicas en cuanto a la legalidad, políticas, y descentralización de sus servicios sanitarios. Entre ellas se cita las de Belice, Brasil, Cuba, Jamaica, Panamá, Perú, República Dominicana, Chile y Argentina.

La siguiente exposición recupera esta última referencia proponiéndose ampliar y dar cuenta de las experiencias en el campo sanitario de Argentina y Chile desde la visión y el diálogo entre los autores como agentes activos implicados en la reforma. Apuesta a reflexionar acerca de la política pública y la salud mental comunitaria en cada país, permitiendo compartir aprendizajes, desafíos y buenas prácticas, e instando a una revisión desde aquel entonces a la actualidad.

Argentina y su escenario sanitario. A más de 20 años de la LNSM 26.657:

En el informe de la OPS (2020), Argentina es destacada como ejemplo de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales a partir de sus legislaciones. Acabadas veces las leyes se promulgan a efecto de regular acciones iniciadas por agentes que trabajaron generando cambios, con vigor, tenacidad y una inversión robusta de su tiempo. El fin, también, implica legitimar que esos cambios no solo son necesarios sino obligatorios para el denominado “bien común” de todos los ciudadanos.

En el campo de la salud mental argentino convergen diferentes saberes y disciplinas, constituyéndose un territorio heterogéneo y enriquecido. Los integrantes del equipo interdisciplinario trabajan en conjunto con mucha anterioridad, a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010. En nuestros antecedentes contamos con varias herramientas legales que convergieron en el objetivo de transformar el modelo de atención psiquiátrica manicomial, tanto

en los modos de construcción de subjetividades y del tejido social, como en la organización del ámbito público.

Rio Negro fue la provincia pionera en legislar sobre Desmanicomialización con la Ley 2440/91 de promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento psíquico. Entre Ríos, también, impulsó la Ley Enfermos mentales en el año 1994, apuntando a sustituir los manicomios. Otras provincias se sumaron a la transformación como Santa Fe con la Ley N° 10.772/91 y San Juan que legisló en 1999. En la ciudad de Buenos Aires, la Constitución de la Ciudad Autónoma (1996) y la Ley Básica de Salud (1999) sirvieron de impulso para el desarrollo de la Ley de Salud Mental N° 448 sancionada en el año 2000. Y finalmente, en el 2010, se promulgó la LNSM 26.657, estableciendo el actual marco jurídico-legal, reclamado durante tanto tiempo.

La LNSM 26.657 es una ley ampliatoria de otros documentos internacionales consensuados, que si bien por carácter comunitario revolucionó positivamente el campo sanitario también despertó debates apasionados entre algunos grupos extremos (Levin, 2022). Por un lado, se hicieron eco aquellos “militantes de la ley” que solo interpretan las críticas como oposiciones del régimen conservador, sin dar pie a posibles mejoras. Así como también se pronunciaron otros portavoces, que consideran que todos los problemas provienen de su sanción y denuncian que debería derogarse a fin de retomar el modelo hospitalocéntrico anterior.

Sin desconocer la persistencia del binarismo entre los opositoristas detractores y los defensores fundamentalistas, es imperioso no retrocederse en la implementación de la reforma que se pronunció, mucho menos en el consecuente reconocimiento del paciente con trastorno mental como sujeto de derechos. Desde un pensamiento complejo, es hora de continuar avanzando en la ejecución de los planes nacionales, y no quedar atravesados en mediatizaciones acéfalas que dan cuenta de dualidades reduccionistas. Elegir definir cada actor de la comunidad como un agente multiplicador de salud es menester para romper con lo instituido. A la par, en el ámbito profesional, contar con la capacidad de entender la motivación de los usuarios, las cambiantes demandas situacionales, así como el uso de ese conocimiento de una manera estratégica.

La desinstitucionalización y el consecuente encuentro con la comunidad supone tres desplazamientos principales en relación al modelo Manicomial de atención psiquiátrica, estos son: del sujeto a la comunidad, del hospital a los centros comunitarios, del psiquiatra al equipo (Desviat, 2007). Para una posible implementación, la realidad sanitaria argentina ha de ser transformada integralmente.

Es de saber, que las realidades no se cambian solo con leyes sino con políticas de Estado. Se trata de tomar acciones y pensar estrategias de implementación a nivel socio -político- económico. Además, el desafío se amalgama con un saber-hacer con los recursos que se cuentan; y también con una modificación de las significaciones en el ámbito socio cultural.

En síntesis, una implementación posible requiere un cambio integral, un marco de políticas públicas que sostenga el que-hacer, un saber administrar la escasez presupuestaria y de recursos, pero sobre todo, la deconstrucción de lógicas instaladas sobre el paciente, el evitar los prejuicios, estigmas, idealizar nuevas premisas y cristalizar debates iatrogénicos a nivel comunidad. Se trata de un “hacer y saber-hacer con”, de todos los ciudadanos de forma activa.

Plan Nacional 2021-2025 y estado de situación:

La última década podría ser descripta como un tiempo de avances y retrocesos para las políticas públicas en materia de Salud Mental en nuestro país.

Vetere (2019) realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la desinstitucionalización desde la sanción de la LNSM 26.657. Detectó el impacto positivo del espíritu comunitario y de derechos humanos de esta ley en la comunidad, así como la dificultad en su implementación por falta de recursos materiales y físicos. También destacó la pobreza de estudios específicos, dando cuenta del escaso avance científico en la materia y la necesidad de profundizar los conocimientos para poder consolidar los objetivos la LNSM y que los movimientos latinoamericanos en Salud Mental de las últimas décadas nos demandan.

El Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025 fue presentado por el ministerio de Salud de la Nación y, elaborado con el apoyo técnico de la OPS. Su objetivo es fortalecer los sistemas y servicios de salud para el abordaje de la salud mental. Aborda la problemática como un problema de índole público desde una perspectiva integral. El eje clave es transformar el sistema en base comunitaria y dirigir acciones que incluyen el fortalecimiento de los servicios de salud mental en el primer nivel de atención, la rectoría de salud mental, la inclusión social, la promoción y prevención, y la transformación de prácticas.

Actualmente hay iniciativas de base territorial que se están desarrollando a lo largo y a lo ancho de nuestro país. La territorialidad es un factor determinante en la ampliación de la accesibilidad a la atención desde el punto de vista geográfico y cultural. Implica que la atención de Salud Mental deba ser en las propias comunidades, respetando los derechos vinculados a la identidad, a la preservación de lazos sociales y al acompañamiento afectivo, como parte de todo proceso de

inclusión sanitaria y social. Es en este sentido que el Artículo 11 de la Ley instruye la creación de dispositivos de atención ambulatoria, de inclusión social y laboral, servicios para la prevención y promoción de la salud, cooperativas de trabajo, casas de convivencia, hospitales de día, centro de capacitación sociolaboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas, atención domiciliaria y apoyos a familiares y a la comunidad. Es menester que estos dispositivos formen parte de la red de servicios de Salud Mental con base en la comunidad. Al día de la fecha se pueden mencionar algunas iniciativas como las casas de medio camino que se están creando junto al Ministerio de hábitat y el Ministerio de Salud. En el marco de la Estrategia Federal de abordaje integral de la salud mental; se oficializó la firma de un convenio denominado “Programa Habitar inclusión” para la construcción de 50 casas de medio camino distribuidas en distintas provincias. Por otro lado también se presentaron proyectos como el de “Fortalecimiento de las Residencias interdisciplinarias en Salud Mental (RiSaM) y en Salud mental comunitaria (RISaMC)”. Otras acciones implementadas fueron la nueva línea telefónica nacional y gratuita para la orientación y apoyo en la urgencia en salud mental; el “Programa de Emprendimientos Sociales (PES)”, cuyo objetivo es promover la inclusión laboral, educativa, a través del emprendimiento social como dispositivo de transición; así como el “Programa de Empleo con Apoyo”. Otra gestión es la inclusión de psicofármacos esenciales para el Primer Nivel de Atención a partir del “Programa Remediar”. Podrían citarse más acciones programadas tendientes al abordaje de la población vulnerable, sobre todo aquellas medidas tomadas a partir de la pandemia, pero excedería el límite de esta presentación. Sin embargo se sugiere profundizar en el tema accediendo a la lectura del informe del Plan nacional 2021-2025¹, el cual amplía el listado exhaustivo de iniciativas, acciones y propuestas.

Sin embargo, con el aumento estrambótico de la inflación post pandemia y el consecuente empobrecimiento poblacional, el proceso de implementación se enlenteció progresivamente.

Después que la pandemia pusiera en evidencia la situación de vaciamiento del sistema sanitario argentino, la saturación de los servicios, el personal sobrepasado y con mala paga salarial, y el aumento de problemáticas de salud mental en la población, la promesa de un aumento presupuestario en salud (de un 4.9% a nivel nacional) quedó en una formulación de deseos. Se advinieron los recortes económicos y, hasta algunas detenciones, en las acciones iniciadas. Por ejemplo, es de conocimiento público algunos casos como lo acontecido con ciertos programas de

¹ Ministerio de Salud Argentina. Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025. Argentina; 2020. Disponible en: <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/3851/plan-nacional-salud-mental-2021-2025>

reinserción en la provincia de Buenos Aires. Esos programas contaban con financiamiento para el alquiler de casas y departamentos asistidos, el detenimiento del subsidio y la demora o falta de pago a los propietarios, generó que los mismos reclamen el desalojo de los pacientes que con mucho esfuerzo fueron derivados. Por otro lado, si bien se crearon servicios de salud mental en hospitales generales, la apertura de un número de camas finito (8 a 15 máximo) sigue siendo reducido en relación a la cantidad de pacientes que ingresan por guardia. Sumado al poco “giro de cama”, ya que a los dos o tres meses esas plazas están ocupadas por personas en situación de calle, que tienen algún trastorno mental, primario o secundario, a su situación de calle, y al no contar con dispositivos intermedios suficientes a los cuales derivar, quedan en el atolladero histórico del “paciente social”².

El camino hacia la desinstitucionalización no es lineal, el cambio tiende a ser complejo. Sostenemos que la realidad sanitaria argentina debe ser transformada con políticas públicas activas sostenidas en el tiempo y respaldadas desde la conducción política y una ciudadanía implicada e interpelada. Los sanitaristas declaran “los recursos son finitos pero las necesidades infinitas”. El contexto socio económico actual de este país determina que la misión consiste en decidir cómo se canaliza el poco presupuesto destinado a salud con el que contamos, que se prioriza o no. En definitiva, se trata de ver como se administra la escasez.

Insistimos, al respaldo político y presupuestario, debe sumarse una transformación cultural masiva que contribuya a mutar el sentido “que excluye al diferente”. Esto, sin perder los miramientos singulares del suelo cultural y de los significantes epocales que habitan tanto nuestra subjetividad como profesionales así como la de la comunidad.

Hoy Argentina, desde sus referentes sanitarios y sus equipos, sostiene una participación activa que apuesta a la integración comunitaria de las poblaciones vulnerables. La sensibilización pública y el trabajo con los medios de comunicación, la participación de los usuarios de estos servicios y de sus familiares y, desde ya, de los profesionales interdisciplinarios implicados en el campo sanitario son las herramientas claves para asegurar la base del proceso de reforma: el cambio socio-cultural. Allí, si bien se nos distingue por la incansable incitación a la deconstrucción del antiguo paradigma, aún , falta mucho por construirse/constituirse/instituirse en lo social en cuanto a nuevas representaciones en convivencia con la perspectiva comunitaria y de derechos.

² Nos referimos como “paciente social” a aquellos sujetos que al ingresar al hospital presentan motivos de interconsulta para el trabajo Social, como ser: provenir de estar en situación de calle —principal causa de interconsulta—, hacer uso problemático de sustancias psicoactivas, ausencia de vivienda donde regresar al momento del alta, presentar una débil red social o su inexistencia.

Chile y su realidad sanitaria:

Al pensar como en Chile se ha hecho la bajada de las directrices internacionales en torno a la Salud Mental, encontramos que nominalmente se diseñó una estrategia, para garantizar el bienestar comunitario en los sistemas de atención primaria de Salud (APS), denominada Plan Nacional. Este plan tiene sus orígenes a partir del año 1990, cuando el Estado Chileno, por medio de su Ministerio de Salud (MINSAL), inició un proceso de fortalecimiento de los planes y programas relacionados con Salud Mental.

La OMS por mucho tiempo ha ubicado a Chile entre los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas en el mundo, llegando a ser un 23,2% del total de su población en el año 2017. La política pública nacional se vio obligada a hacer frente a esta evidencia epidemiológica con el fin de prevenir y disminuir el aumento descontrolado de personas con enfermedades mentales. Este escenario sanitario generó nuevas propuestas integrales, imponiendo nuevos desafíos para el sistema de salud y los servicios de apoyo social. En la actualidad, las revisiones bibliográficas indican que el plan nacional viene obteniendo significativos avances. Un ejemplo es el logro de un importante aumento de la cobertura económica y financiera, y mejoras en la calidad de la atención, que repercuten positivamente en la oferta de servicios y prestaciones de salud a nivel nacional. En Chile se incrementó- a partir de la Ley de presupuesto de Estado del 2023- un 300% el presupuesto en materia de salud Mental.

Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 y estado de situación:

La política pública en salud en nuestro país ha impulsado como eje central el desarrollo y fortalecimiento de un Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Se entiende como un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de la población usuaria, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena (Errázuriz, 2018).En

este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales. El Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental presta especial importancia a la persona que padece una enfermedad mental grave y persistente, así como a su familia, y en el impacto que esta condición de salud tiene en su entorno; también, en cómo este entorno contribuye a la recuperación de las personas, favorece la inclusión sociocomunitaria y provee las condiciones que contribuyen al pleno ejercicio de sus derechos y bienestar socioemocional.

El Plan Nacional de Salud Mental desarrolló su última actualización comprometiendo los plazos 2017-2025³ y un Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud. Esta red tiene por objetivo sustentar el desarrollo óptimo de la red de servicios de salud mental, haciéndolos más accesibles, equitativos y resolutivos de las necesidades de salud mental de las personas, desde un enfoque de derechos.

En el plan se priorizaron seis áreas: trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños; víctimas de violencia intrafamiliar; abuso y dependencia de alcohol y drogas; depresión; esquizofrenia; y enfermedad de Alzheimer y otras demencias en adultos mayores. Actualmente tres de estas seis áreas son parte de la cobertura de AUGE/GES destinada a establecer ciertas garantías de acceso a la salud y al financiamiento económico estatal. Se pretende brindar un servicio de salud mental de calidad en cuanto a las prestaciones respetando el marco de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales y, asimismo, promover la valorización del rol de la comunidad en cuanto a la promoción, la autodeterminación y la prevención de patologías de salud mental.

Por otro lado el eje vinculado a la implementación del modelo comunitario de salud mental postula abrir espacios para la participación de los beneficiarios en la búsqueda de soluciones a fin de disminuir las brechas existentes. Se pretende el abordaje de necesidades insatisfechas desde la reflexión colectiva entre distintos actores y con ello alcanzar un mejor nivel de estándares de calidad.

En ese sentido, el fortalecimiento del modelo comunitario se convirtió en un objetivo prioritario y la participación de los usuarios en los servicios de salud mental un factor clave. Modificar el rol

³ MINSAL. Plan Nacional de Salud Mental. Santiago de Chile; 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wpcontent/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf> (Acceso, 6 enero 2019)

pasivo de pacientes, a uno proactivo en el manejo de las enfermedades mentales y en el funcionamiento de los servicios de salud mental.

Entre las principales características del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 que apuestan al fortalecimiento de la línea de la atención en salud mental comunitaria, podemos mencionar:

- I. Se promueve un cambio en la *Línea provisión de servicios en salud mental*, en relación con redefinir lineamientos y diversificar las estrategias para una adecuada provisión de servicios de salud mental, siempre privilegiando las necesidades de la población. En este proceso es necesario articular los planes y programas existentes con las necesidades emergentes de la comunidad todo enmarcado dentro de los modelos de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.
- II. Se crea *La Línea de financiación*, la cual tiene relación con que el plan de recursos sea sustentable y que no ponga en riesgo la cantidad y tipo de recursos necesarios para hacer que las acciones sean efectivas.
- III. Se destaca la *Línea gestión de la calidad*, donde por medio de plataformas de registro es posible alinear información de los sistemas de información, para que las acciones se realicen con el correspondiente monitoreo.
- IV. *La Línea de recursos humanos y formación* propone disminuir la brecha de recursos humanos en salud mental tanto a nivel de atención, como de gestión y salud pública. En este aspecto se considera la promoción y/o creación de nuevos Programas de Especialización Médica en Psiquiatría Adultos e Infanto-Adolescente, que desde su origen se orienten a formar profesionales para el sistema público de salud, en coherencia con el modelo de salud integral con enfoque comunitario y familiar y con el modelo comunitario de atención en salud mental, y se generen “Polos docente-asistenciales de formación de recursos humanos en salud mental”. La meta es completar la dotación de recursos humanos tanto en establecimientos y dispositivos de salud mental, como en los niveles de gestión y salud pública de acuerdo a los estándares en un plazo de 10 años.

Si realizamos un “diagnóstico situacional” de la Gestión en Salud Mental Comunitaria en Chile desde la Declaración de Caracas hasta aquí, aún podemos encontrar los siguientes nudos o tensiones: un

débil marco conceptual del modelo; y problemáticas tanto de origen organizacional y de programación.

En cuanto a la debilidad del marco conceptual del Modelo “Comunitario de Atención en Salud Mental” considero que si bien aparece muy bien descrito en lo administrativo, tiene serias dificultades a la hora de salir de lo teórico y dar paso a la implementación. Se evidencian serias inconsistencias entre el Plan Nacional de Salud Mental y el Modelo Comunitario. (Errázuriz, 2018). Esta debilidad se hace plausible en un marco normativo que no regula su ejercicio. Pues si bien existe una Ley de Salud Mental, esta se limita únicamente a los aspectos asociados a la internación y trato de pacientes en centros de atención terciaria y no da cuenta de la realidad de los centros de salud familiar en APS. Deja sin una orientación clara a los equipos de salud mental, pues no cuentan con normas, protocolos o guías clínicas para los procesos de atención clínica en red.

En el aspecto organizacional existe una clara desigualdad en la distribución y en la ubicación de los centros de salud, dificultando que las prestaciones puedan cubrir territorios particulares, como son por ejemplo, realidades insulares de las regiones del sur de Chile. Otro nudo de este ámbito, tiene relación con el alto desconocimiento que la población beneficiaria tiene acerca de los planes y/o servicios a los que puede acceder. Por ende, el ámbito promocional es una debilidad que agudiza la dificultad de acceso a este programa. Además existe una clara inestabilidad organizacional en los Servicios de Salud, debido a contextos de alta sobrecarga laboral y exigencias psicológicas en sus funciones laborales, volviendo inestable la atención de profesionales que puedan llevar procesos de forma continua, con regularidad y el monitoreo correspondiente. (Zuñiga, 2019)

Por último, y no menos crítica, se encuentra la implementación del Plan. La Programación no se diseña –necesariamente- sobre la base de los requerimientos de la población beneficiaria. Población que -además- debe enfrentar una oferta programática desigual y desarticulada, con serias dificultades en el funcionamiento y coordinación de la red intersectorial. Se presentan deficiencias en materia del sistema de referencia y contrarreferencia. Así como también se ven carencias en el sistema de un registro adecuado y un insuficiente sistema de asistencia farmacéutica. Con lo cual, a medida que pasan los años, no consigue más que alejar a la comunidad del proceso, debilitando la participación de las personas usuarias y sus familiares en la toma de decisiones. (Silva, 2019)

Puntos de coincidencia entre ambos países:

Al ser parte de la región de Latinoamérica, Argentina y Chile comparten los lineamientos de la OPS en cuanto a la formación de recursos. En referencia a las acciones iniciadas y/o implementadas sobresalen aquellas ligadas al desarrollo de una red de servicios de salud mental comunitaria; a la apertura de servicios de internación en hospitales generales, al fortalecimiento de la salud mental en el primer nivel de atención; a la creación de dispositivos intermedios comunitarios; y a investigar las problemáticas del ámbito comunitario.

En el intercambio y puesta en común entre los autores se observaron algunos indicadores que podrían dar cuenta de ciertas simetrías y atolladeros entre ambas experiencias de implementación.

Entre ellos cabe mencionar:

- Lentitud en la integración de la salud mental en el sistema general de salud.
- Escaso financiamiento, y por ende escasa y lenta creación de nuevos dispositivos terapéuticos.
- Mejor voluntad política para desarrollar políticas públicas.
- Mayor participación de las familias y los usuarios como sujetos activos en los tratamientos.
- Mayor promoción y psicoeducación sobre los trastornos mentales en medios de comunicación de acceso a público general, con el fin de lograr una sensibilización y participación ciudadana más activa.
- Mayor implicancia de los profesionales del medio en formación acerca del modelo comunitario.
- Ambigüedad en la literatura acerca de conceptos nodales como el de Salud/ Salud mental; que impacta en la falta de integración del repertorio de trabajos científicos en una misma base de datos y su consecuente dificultad de acceso mediante buscadores web.
- Escasas investigaciones científicas específicas que den cuenta de la población objetivo y de resultados acerca de la eficacia de los programas de tratamiento; aunque es destacable el desarrollo de estudios locales descriptivos de experiencias piloto.

Aportes al campo comunitario, investigaciones psicosociales específicas:

La investigación es uno de los ejes propuestos por la OPS/OMS para el fortalecimiento de la reforma. A continuación se expone una breve reseña de dos investigaciones actualmente en desarrollo. Las

mismas apuestan a ser una humilde contribución al campo del saber comunitario a partir de una revisión crítica de las buenas prácticas y sus efectos subjetivos.

En Argentina se encuentra desarrollando "*Cambios clínicos en población con psicosis alojada en una casa de medio camino*" (Vitelleschi, 2022). Se trata de una investigación enmarcada en el Doctorado de psicología de UCES. Es un estudio de carácter exploratorio-descriptivo con enfoque cualitativo, que se encuadra bajo la categoría del estudio de casos. Dicha indagación aspira a analizar la presencia de cambios clínicos en la población con psicosis que residió en una Casa de Medio Camino durante un período de dos años, anterior a la pandemia por COVID 19. Su objetivo específico consiste en identificar los indicadores de cambios clínicos en el lazo social, la producción y la relación paciente- profesional/dispositivo. El trabajo de campo consiste en la recolección de material testimonial a través de la selección de historias clínicas e informes de las diversas actividades, talleres y espacios familiares; y en el análisis matricial y longitudinal del material en función de determinar las dimensiones vinculadas a los cambios clínicos enunciados. En su última instancia, se efectuará el análisis e interpretación de los resultados a partir del método psicoanalítico.

En Chile se presenta la imperiosa necesidad de orientar recursos a la investigación en epidemiología a fin de conocer la real dimensión de los problemas de salud mental que el país tiene. El proyecto "*Salud mental de la primera infancia en Chiloé*" (Muñoz, 2023) es un estudio descriptivo acerca de los trastornos emocionales y conductuales en niñas y niños de 3 a 5 años de esta provincia de Chile. Se trata de la primera investigación a nivel de tesis doctoral que aborda la temática en la décima región de Chile y especialmente en archipiélago de Chiloé. Aspira aportar a la epidemiología psicológica en niñas niños de la décima región de Chile, desde una de las regiones más australes del país.

Bibliografía:

Cohen, H., (2009). La creación de los sistemas de Salud Mental basados en la comunidad, en el contexto de experiencias exitosas en la región de las Américas. En H., Cohen, (Ed.). Salud mental y derechos humanos. (pp. 105-120). Buenos Aires: OPS. Recuperado el 16 de agosto de 2012 de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf

Desviat, M. (2007). Revista Gaceta Psiquiatría Universitaria. Vigencia del Modelo Comunitario en Salud Mental: Teoría y Práctica. 3 (1), 88-96.

Galende, E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires: Siglo XXI.

La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. OPS/OMS 2007. Consultado el 26 de septiembre del 2020. Disponible en:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/2803>.

Levín SA. Ley Nacional de Salud Mental: malentendidos, diálogo de sordos, falta de implementación, discusiones estériles ¿Qué es lo que estamos pensando mal?. Rev. Hosp. Ital. B.Aires [Internet]. 29 de septiembre de 2022 .141-142. Disponible en:
[//ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/203](https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/203)

Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Mental. Santiago de Chile; 2017. Disponible en:
<https://www.minsal.cl/wpcontent/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf> (Acceso, 6 enero 2019)

Ministerio de Salud Argentina. Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025. Argentina; 2020. Disponible en: <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/3851/plan-nacional-salud-mental-2021-2025>

Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 20013-2020. Ginebra: OMS; 2013. Consultado el 20 de septiembre del 2020. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/.

Organización Panamericana de la Salud, (1978). Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Recuperado el 20 de marzo de 2013 de <http://search.who.int/search?q=almaata>

Organización Panamericana de la Salud. Atlas de salud mental de las Américas 2017. Washington, D.C.: OPS; 2018. Consultado el 20 de septiembre del 2020. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49664?locale-attribute=es>.

Organización Panamericana de la Salud. Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. Consultado el 20 de julio de 2020. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53027/9789275323014_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vetere G. Revisión sobre la desinstitucionalización en Argentina. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-111/707>

Vitelleschi MB. Marco conceptual de la Investigación Cambios Clínicos en sujetos con psicosis alojados en una Casa de Medio Camino. Memorias XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022. Disponible en: <https://www.aacademica.org/maria.belen.vitelleschi/4>