

# Elaboración y validación de instrumento que describe y caracteriza las redes de servicios de salud mental para personas que padecen esquizofrenia

RUBÉN ALVARADO<sup>(1)</sup>

## RESUMEN

*El desarrollo de políticas de reforma en la atención sanitaria, y dentro de ellas las de salud mental, requiere desarrollar un componente de evaluación, para lo cual es importante contar con instrumentos que permitan estudiar la estructura y funcionamiento de las redes de atención sanitaria. El objetivo de este trabajo fue la elaboración de un instrumento de este tipo, haciendo una validación inicial que incluya su aplicación piloto en tres redes de atención.*

*El trabajo se inició con la confección de una versión preliminar del instrumento, para seguir con el estudio de su validez de contenido y semántica a través de la opinión de expertos, y terminar con una aplicación piloto en tres redes de atención.*

*El trabajo realizado permite concluir que el instrumento (bautizado como EvaRedCom - TMS, versión 1.0) cumple con los objetivos que guiaron su construcción y que tiene un buen nivel de aplicabilidad.*

**Palabras clave:** atención en salud mental, esquizofrenia

## ABSTRACT

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A TOOL ABLE TO DESCRIBE AND CHARACTERIZE THE MENTAL HEALTH SERVICES NETWORKS FOR SCHIZOPHRENIC PATIENTS.

*The development of policies for health care reform, including the area of mental health, requires the generation of an assessment tool and to this end, the availability of tools enabling the study of the structure and the functioning of health care networks remains crucial. The purpose of the present work was the development of such tool, by introducing an initial validation including a pilot application in three care networks.*

*The work started with the making of a preliminary version of the tool, continued with the assessment of the validity of its contents and semantics through an evaluation by experts, and finished with a pilot application in three care networks.*

*The present work contributes to the conclusion that the tool (named EvaRedCom - TMS, version 1.0) meets the objectives that guided its construction and that it has a good degree of applicability.*

**Keywords:** mental health care, schizophrenia.

<sup>(1)</sup> Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Independencia 939. Santiago. Chile. ralvarado@med.uchile.cl

## INTRODUCCIÓN

Desde mediados del siglo XX, la atención de las personas que sufren trastornos mentales ha venido cambiando de manera sustancial, pasando desde modelos centrados en el hospital a modelos centrados en la comunidad<sup>1</sup>. Esto significó el desarrollo de redes de servicios de salud mental, ubicadas en diferentes comunidades, coordinadas entre si y con servicios sociales. De esta forma, se logró una ampliación de la cobertura efectiva de este tipo de servicios, así como un abordaje más integral de las necesidades de estas personas<sup>1,2</sup>.

En Estados Unidos y países de Europa se han desarrollado programas de evaluación para verificar el impacto del cambio de este modelo de atención en personas que sufren trastornos mentales severos<sup>3-5</sup>. En ellos se ha encontrado consistentemente una mejoría en la calidad de vida, en la autonomía, en la integración social y en varias dimensiones clínicas (especialmente las que están relacionadas con las interacciones sociales).

Dado lo anterior, para el desarrollo de la política pública en este campo es importante conocer si los cambios introducidos en el modelo de atención dentro de un sistema sanitario, y en particular en nuestro país, han determinado una mejoría en los resultados clínicos y psicosociales en personas que sufren trastornos mentales severos, en especial esquizofrenia.

El primer paso para alcanzar este objetivo es la elaboración de un instrumento que permita describir y evaluar el funcionamiento de las redes de atención en salud mental para personas con esquizofrenia, que posibilite identificar la existencia de los elementos del modelo comunitario y su grado de implementación, bajo los principios generales que han orientado los procesos de reforma en este campo y que en el caso de Chile, se plasma en el documento conocido como Plan Nacional de Salud Mental

y Psiquiatría del Ministerio de Salud<sup>6</sup>.

El objetivo de este trabajo fue la elaboración de un instrumento de este tipo, haciendo una validación inicial que incluya su aplicación piloto en tres redes de atención (dos de las cuales tienen un mayor grado de desarrollo de este modelo comunitario y otra con un bajo desarrollo de este modelo).

## ANTECEDENTES

Para construir la versión preliminar del instrumento se procedió a revisar la bibliografía, tanto para conocer la existencia de instrumentos, como para saber qué dimensiones eran las que éstos incluían habitualmente. Esta revisión permitió concluir que existían muy pocos instrumentos útiles para nuestro objetivo de este proyecto y no se encontraron antecedentes sobre instrumentos de este tipo en el medio nacional<sup>(2)</sup>. Por otra parte, las recomendaciones hechas por instituciones de relevancia nacional e internacional para la organización de servicios de salud mental<sup>6-9</sup>, permiten identificar cuáles son los principios que deben guiar el funcionamiento de estas redes de servicios de salud mental (accesibilidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados, efectividad y respeto por los derechos de los pacientes).

Actualmente, sólo existe un instrumento para valorar redes de atención en salud mental y es de reciente confección: el European Service Mapping Schedule (ESMS)<sup>10-12</sup>. Se trata de un buen instrumento para la clasificación y descripción del tipo de servicios que conforman una red sanitaria, pero no permite valorar los cinco principios que fueron señalados con anterioridad y no se adecua al modelo de servicios de salud mental que se busca desarrollar en Chile (y en general en América Latina).

Otro instrumento en este campo es el International Classification of Mental Health

(2) Sólo se encontró un reporte relacionado al tema (Informe Final: "Estructura, procesos, flujos, clasificación de unidades de atención ambulatoria e impacto modelo comunitario en Salud Mental y Psiquiatría en población usuaria diagnosticada con esquizofrenia, en el Sistema público de Salud - 2002"), que estudia algunos indicadores y formula un modelo que no ha sido sometido a estudios de validez, por lo que fue descartado como antecedente de relevancia.

**Tabla 1.** Características generales de la población objetivo de las tres redes de atención

Característica	Red 1	Red 2	Red 3
Población beneficiaria total	329.294	145.616	355.198
% de población urbana	100,0 %	100,0 %	94,8 %
% de población en condición de pobreza (según última CASEN)	21,8 %	18,2 %	10,5 %
Cuenta con equipos de psiquiatría comunitaria	Sí	Sí	No
% de centros de APS con consultoría psiquiátrica con funcionamiento regular	85,7 %	20,0 %	100,0%

Care (ICMHC)<sup>13</sup>, pero su foco de análisis son los dispositivos de atención y no las redes, y su finalidad es valorar el tipo de atenciones que en este dispositivo se brindan a personas con un trastorno mental severo. Existe una versión en español, elaborada por el equipo del Dpto. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada (España). Este instrumento valora diez “modalidades de cuidados”, que corresponden a ámbitos específicos del proceso de atención: 1) establecimiento y mantenimiento de relaciones permanentes; 2) la evaluación funcional del problema; 3) coordinación y continuidad de los cuidados; 4) cuidados de salud general; 5) capacidades para hacerse cargo de actividades de la vida diaria; 6) intervenciones farmacológicas y otras intervenciones somáticas; 7) intervenciones psicológicas; 8) re-educación de las capacidades básicas, interpersonales y sociales; 9) reinserción escolar, laboral y social; y 10) intervenciones dirigidas a la familia, parientes y otros.

Con estos antecedentes, se procedió a confeccionar la versión preliminar del instrumento y se agregaron preguntas específicas para cada uno de las diez modalidades de cuidados del ICMHC, con la finalidad de precisar puntos específicos de la evaluación, adecuar los criterios a nuestra realidad y mejorar la fiabilidad en la valoración de ellos. Además, se incorporó un aspecto adicional relacionado al desarrollo de actividades anti - estigma por parte del dispositivo.

Esta versión preliminar del instrumento

quedó constituida por tres componentes:

1. Las instrucciones generales para aplicar los instrumentos.
2. La evaluación de la red en su conjunto (de construcción propia), que mide: a) características relevantes de la población objetivo de la red, b) tipo, número y características de los dispositivos que constituyen la red, c) accesibilidad geográfica y económica, d) tipo, número y distribución de recursos humanos dentro de la red, y e) coordinación y funcionamiento de la red.
3. La evaluación de dispositivos específicos, fundamentalmente basado en el ICMHC<sup>13</sup>, al que se agregaron preguntas específicas en cada una de las modalidades de cuidados (para captar información relevante sobre el punto) y se adicionó un módulo especial sobre actividades anti-estigma.

### **ESTUDIO DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO Y SEMÁNTICA A TRAVÉS DE LA OPINIÓN DE EXPERTOS**

Para el estudio de la validez semántica y de contenido de la versión preliminar del instrumento, se sometió a la opinión de expertos. Se seleccionó un conjunto de profesionales que representaran las opiniones de diferentes actores vinculados al problema: relacionados con la construcción de políticas sanitarias, gestores de servicios clínicos de salud mental, administradores de salud, académicos, etc. También se tuvo en consideración que

**Tabla 2.** Disponibilidad y composición de recursos humanos (expresado en horas por 10.000 habitantes)

<b>Tipo de profesional, técnico o monitor para atención ambulatoria</b>	<b>Red 1</b>	<b>Red 2</b>	<b>Red 3</b>
Horas de psiquiatría	3,80	7,28	7,15
Horas de psicología	7,35	25,55	9,91
Horas de enfermería	0,43	6,04	-
Horas de trabajador social	2,67	21,15	1,86
Horas de terapeuta ocupacional	3,34	-	1,24
Horas de técnico paramédico	1,34	-	-
Horas de monitor	-	10,58	-
<b>TOTAL</b>	<b>18,93</b>	<b>70,60</b>	<b>20,16</b>
<b>Tipo de profesional, técnico o monitor para hospitales de día y unidades de rehabilitación psicosocial</b>	<b>Red 1</b>	<b>Red 2</b>	<b>Red 3</b>
Horas de psiquiatría	0,43	0,55	0,93
Horas de psicología	0,43	4,53	0,62
Horas de enfermería	0,21	1,51	1,24
Horas de trabajador social	0,43	1,51	0,62
Horas de terapeuta ocupacional	1,34	5,97	1,24
Horas de técnico paramédico	1,34	3,02	1,24
Horas de monitor	1,34	9,06	-
<b>TOTAL</b>	<b>5,52</b>	<b>26,15</b>	<b>5,89</b>

participaran diferentes tipos de profesionales.

El grupo de expertos estuvo constituido por 11 profesionales, cuyo perfil fue el siguiente:

- 2 profesionales de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud (un médico psiquiatra y una enfermera).
- 4 médicos psiquiatras que son Jefes del Servicios de Psiquiatría de diferentes hospitales (tres de Santiago y uno de Iquique); 2 con experiencia en docencia e investigación en el campo de la salud mental.
- 1 médico que era director de un hospital psiquiátrico, en la ciudad de Valparaíso.
- 1 médica, Magíster en Salud Pública, con especialidad en administración en salud y que es académica en una universidad.
- 1 enfermera, Magíster en Salud Pública, con especialidad en administración en salud y que es académica en una universidad.

- 1 médico especialista en salud pública, académica universitario.
- 1 psicóloga, académica de una universidad española, con basta experiencia en investigación de servicios de salud mental.

Se desarrolló un formato especial para recoger las opiniones de los jueces, cuyos comentarios fueron resumidos y analizados por el grupo en su conjunto. Todos señalaron que se trataba de un valioso trabajo, que podría significar un importante apoyo al desarrollo de las políticas en este campo. Se recogió una gran cantidad de comentarios, algunos de carácter general sobre el instrumento, otros de carácter metodológico (sobre la forma de aplicación del instrumento) y otros más específicos respecto de los contenidos. Con este material se elaboró la segunda versión del instrumento.

## APLICACIÓN PILOTO EN TRES REDES ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL

Posteriormente, se realizó una aplicación piloto en tres redes de atención en salud mental y en sus respectivos dispositivos. Con la finalidad de tener una mayor representación de los tipos de redes en salud mental que existen en Chile, al mismo tiempo que estudiar la facilidad de aplicación del instrumento y su capacidad para discriminar las características propias de estas redes, se incluyeron dos de ellas donde existiría un mayor grado de desarrollo del modelo comunitario (una dentro de la Región Metropolitana y otra fuera de ésta) y una red donde este desarrollo era menor. Estas redes fueron las siguientes:

- Red 1: red dentro de la Región Metropolitana, con un mayor desarrollo del modelo comunitario.
- Red 2: red dentro de otra región del país, con un mayor desarrollo del modelo comunitario.
- Red 3: red dentro de la Región Metropolitana, con un menor desarrollo del modelo comunitario.

A continuación se describirán los aspectos más relevantes para la valoración del funcionamiento del instrumento. No hubo ninguna dificultad en la aplicación del instrumento, tanto a nivel de las redes como en los dispositivos específicos. Merece la pena resaltar que en la mayoría de los casos, las personas encuestadas valoraron positivamente el instrumento señalando que les aporta estándares que no tenían.

En la Tabla 1 se muestran algunas características generales de la población que es atendida por estas redes de salud mental. Estos indicadores permiten rápidamente identificar la magnitud de la población que cada red tiene a su cargo, sus peculiaridades respecto de pobreza y de ruralidad, todo lo cual es relevante para hacer una apreciación global de la posible carga de morbilidad y de la demanda que esta puede generar sobre los dispositivos sanitarios.

Por otra parte, los datos recogidos por el instrumento permiten apreciar que las redes con mayor desarrollo del modelo comunitario (redes 1 y 2), cuentan con equipos de psiquiatría y salud mental comunitarios, lo que no sucede con la otra red (red 3). Y también es interesante

**Tabla 3.** Accesibilidad geográfica para los dispositivos de la red (datos expresados en minutos)

Tipo de dispositivo	Red 1	Red 2	Red 3
Equipo de psiquiatría comunitaria	16,6'	30,0'	-
Unidad de atención ambulatoria	-	-	26,8'
Hospital de día	18,5'	36,6'	26,8'
Servicio de rehabilitación	16,6'	36,6'	14,9'
Agrupación de pacientes y/o familiares	14,8'	36,6'	14,9'

**Tabla 4.** Accesibilidad económica para los dispositivos de la red (datos de gasto promedio expresado en \$)

Tipo de dispositivo	Red 1	Red 2	Red 3
Equipo de psiquiatría comunitaria	175	210	-
Unidad de atención ambulatoria	-	-	374
Hospital de día	175	354	374
Servicio de rehabilitación	175	354	368
Agrupación de pacientes y/o familiares	175	354	368

**Tabla 5.** Tiempos de espera para diferentes servicios (expresado en número de días)

Tipo de servicio	Red 1	Red 2	Red 3
Consulta psiquiátrica ambulatoria	5	30	90
Consulta psicológica ambulatoria	6	40	10
Ingreso a hospital de día	4	30	1
Ingreso a algún servicio de rehabilitación	4	7	15

**Tabla 6.** Componentes y funcionamiento de la red de salud mental en su conjunto

Características de la red	Red 1	Red 2	Red 3
Presencia de consejo técnico estable	-	Si	Si
Periodicidad de las reuniones	-	Una vez al mes o más	Menos de una vez al mes
Conducción y coordinación de la red	-	Siempre está a cargo de salud	Siempre está a cargo de salud
Entre los participantes incluye organizaciones comunitarias	-	Sí	No
% de organizaciones que participan en forma regular	-	62,5 %	40,0 %

y llamativo que sea la red de menor desarrollo del modelo comunitario la que cuenta con consultoría psiquiátrica en la totalidad de sus centros de APS. Esto muestra que el instrumento recoge la variabilidad de la información y es independiente de las opiniones sobre las cuales se hace la calificación de si el modelo tiene un mayor o un menor grado de desarrollo del modelo comunitario.

En la Tabla 2 se presentan los datos respecto de la disponibilidad y composición de recursos humanos, expresados en horas por 10.000 habitantes (sobre la población beneficiaria total) y permite observar la diferente magnitud y composición de recursos humanos con que se brindan los servicios. La primera parte se refiere a las horas para atención ambulatoria (se consideraron los equipos de psiquiatría comunitaria y las unidades de atención ambulatoria dentro de hospitales generales). Se puede observar que la cantidad de recursos es similar en las redes 1 y 3, siendo bastante mayor en la 2. Respecto de la composición, en la red 1 están presente todos los profesionales y técnicos, con una baja proporción de horas médicas respecto del total de sus recursos

humanos (20,1%). La red 2 acentúa aún más este aspecto y las horas psiquiátricas conforman una proporción bastante menor respecto del total (10,3%), tendiendo un fuerte componente de horas de psicología y de trabajo social, además de ser los únicos que incorporan monitores en este nivel de atención. En cambio, la red 3 tiene una magnitud de recursos semejante a la red 1 pero con mayor predominio de las horas psiquiátricas por sobre el resto (35,5%).

En la segunda parte de la Tabla 2 se presenta la distribución de las horas para hospitales de día y otros servicios de rehabilitación psicosocial. Al igual que para la atención ambulatoria, la cantidad de recursos es similar para las redes 1 y 3, y bastante mayor para la red 2. Tampoco se aprecian grandes diferencias en la composición por tipo de recursos humanos entre las redes 1 y 3. La red 2 muestra una proporción mucho mayor de horas de psicología y de monitores, a la vez que una proporción menor de horas de psiquiatría.

En síntesis, se puede observar que el instrumento permite detectar diferencias importantes para la magnitud y composición de los recursos humanos, y que esto es

independiente de la clasificación previa acerca del grado de desarrollo del modelo comunitario.

En la tabla 3 se muestra la información sobre accesibilidad geográfica para los dispositivos de la red. Los datos se refieren a minutos y expresan el promedio ponderado por comuna, considerando a su vez un promedio entre la persona que queda más alejada y la que vive más cerca del dispositivo al cual se hace referencia. En general, se aprecia una baja variabilidad entre las tres redes; la fluctuación estuvo entre 14,8' y 36,6'. La red 1 es la que muestra la mejor accesibilidad geográfica, seguida de cerca de la red 3 y más distante por la red 2.

En este caso es importante considerar la extensa distribución geográfica que el sistema sanitario público ha logrado a lo largo del país, lo cual puede explicar la baja variabilidad cuando se utilizan valores promedio. Sin embargo, el instrumento recoge la información por comuna y de esta forma se precisan con detalle las distancias y los tiempos que las personas se demoran en llegar a un centro sanitario específico. Esto fue muy notorio en las redes que incorporaban comunas rurales.

En la tabla 4 se presenta la información sobre accesibilidad económica para los dispositivos de la red. Los datos se refieren a la cantidad de dinero (expresado en \$) que las personas gastan para llegar a un centro sanitario específico, y la cifra expresa el promedio ponderado por comuna. Al igual que en el caso anterior, se consideró en cada comuna un promedio entre la persona que queda más alejada y la que vive más cerca del dispositivo al cual se hace referencia (donde habitualmente no tiene gasto en movilización). En este caso se observa que la red 1 es la que muestra la mejor accesibilidad económica, que es alrededor de la mitad de la que se observa para las redes 2 y 3. La escasa variabilidad dentro de cada red está dada por que los precios de los sistemas de movilización son similares cuando los desplazamientos son dentro de una comuna a una comuna aledaña.

También en este rubro es importante destacar que el instrumento recoge la información por comuna, lo que permite tener los datos con este

nivel de desagregación, lo que se hace relevante cuando existen zonas rurales.

En la Tabla 5 se presentan los tiempos de espera para diferentes servicios, expresados en número de días (se solicitó que se considerara el valor observado durante todo el último período, para evitar variaciones aisladas que no reflejan lo que usualmente sucede). La red 1 muestra tiempos de espera bastante aceptables y similares para todos los servicios que fueron considerados. Las redes 2 y 3 muestran una gran variabilidad para sus diferentes servicios. Nuevamente, en esta área el instrumento logra captar la variabilidad existente, tanto entre diferentes redes como dentro de ellas.

En la Tabla 6 se presenta la información respecto de los componentes y el funcionamiento de la red de salud mental. La valoración se pudo hacer para dos de las tres redes, puesto que la red 1 estaba incluida dentro de un Consejo Técnico más amplio y la información no hubiera sido estrictamente comparable con las otras dos. Como se puede apreciar, ambas redes cuentan con un Consejo Técnico estable y que está a cargo de la coordinación de su red (en ninguno de los casos había rotación de esta coordinación). La red 2 realiza reuniones más seguidas (al menos una vez al mes), cuenta con la participación de organizaciones sociales y comunitaria entre sus miembros y tiene una participación regular más elevada (62,5%). En cambio, la red 3 tiene reuniones más alejadas, no incluye organizaciones sociales o comunitarias y tiene una menor participación regular por parte de sus miembros.

El instrumento logra captar las diferencias entre ambas redes. Además, se pregunta por el tipo de actividades que realizan, lo que permite diferenciar cuando las redes están centradas exclusivamente en la atención de los pacientes, de las que además agregan otras actividades abiertas hacia la comunidad.

En la Tabla 7 se muestra el nivel de especialización con que proveen los servicios. La información proviene de la aplicación del ICMHC y como en este caso lo que se está valorando es la red - donde es esperable que existan dispositivos que puntúan diferente de

**Tabla 7.** Nivel de especialización con que los dispositivos de las redes proveen los servicios (puntuaciones basadas en la aplicación del ICMHC)

Tipo de cuidados	Red 1	Red 2	Red 3
Establecimiento de una buena relación terapéutica	3	3	2
Evaluación integral y formulación de un plan de tratamiento	2	3	3
Asegurar la continuidad de los cuidados entre dispositivos	3	3	2
Actividades de atención general en salud	1	3	3
Atención de las necesidades de la vida diaria de la persona	3	2	3
Intervenciones psicofarmacológicas y somáticas	3	3	3
Intervenciones psicológicas	2	2	2
Re-educación de capacidades básicas, interpersonales y sociales	2	2	2
Actividades para la reinserción social y laboral (o educacional)	2	1	2
Intervenciones para la familia o cuidadores	2	2	2
PROMEDIO	2,3	2,4	2,4

**Tabla 8.** Puntajes obtenidos en los siete criterios propuestos para valorar el grado de desarrollo del modelo comunitario en las redes

Criterios	Red 1	Red 2	Red 3
1°. Desarrollo de una red de atención basada principalmente en dispositivos comunitarios	100,0	90,2	63,1
2°. Brindar una atención clínica integral	77,5	67,5	75,8
3°. Actuar sobre los determinantes sociales de la discapacidad	32,7	28,2	38,2
4°. Preocuparse de que las necesidades básicas del diario vivir de estas personas estén satisfechas	85,6	60,0	91,1
5°. Asegurar la continuidad de los cuidados y la coordinación para atender necesidades psicosociales de los pacientes	66,4	44,5	79,1
6°. Propiciar el desarrollo de agrupaciones de familiares y/o pacientes	56,4	67,2	59,9
7°. Propiciar el desarrollo y funcionamiento de una red comunitaria	-	87,5	75,0
PROMEDIO	69,8*	63,6	68,9

\* En este caso corresponde al promedio de los seis primeros criterios.

acuerdo a la función que cumplen dentro de la red en la atención de los pacientes -, se consideró el valor más alto observado en alguno de los dispositivos dentro de cada red. No se encontraron diferencias significativas en el promedio entre las tres redes. Con excepción de cuatro de los diez tópicos que fueron evaluados (intervenciones psicofarmacológicas donde las tres alcanzan el máximo nivel de

especialización; y luego los tópicos de intervenciones psicológicas, la re-educación de capacidades y las intervenciones dirigidas a la familia, donde las tres alcanzan un nivel intermedio de especialización), en los seis tópicos restantes se aprecian diferencias entre las redes.

Finalmente, se estudió el comportamiento de las variables que constituyeron los siete

criterios propuestos para valorar el grado de desarrollo del modelo comunitario en las redes. Los resultados se presentan en la Tabla 8 y se puede ver que no existen grandes diferencias entre las tres redes para el valor promedio. Sólo para el primer criterio ("desarrollo de una red de atención basada principalmente en dispositivos comunitarios") hubo una clara diferencia en el sentido esperado entre las dos redes donde se considera que hay un mayor desarrollo del modelo comunitario, respecto de la tercera red. En el caso del séptimo criterio ("propiciar el desarrollo y funcionamiento de una red comunitaria") se aprecia una tendencia respecto de estas diferencias entre las redes y en el sentido que se suponía. En el caso de los criterios cuarto y quinto también se encontraron diferencias entre las tres redes, pero con una direccionalidad diferente a la esperada.

Sin embargo, aunque no se encontraron diferencias en el resto de los criterios es importante notar que el instrumento (y las variables utilizadas) mostraron variaciones entre las redes y dentro de estas. Incluso, en uno de los criterios ("actuar sobre los determinantes sociales de la discapacidad") hubo cifras bajas (alrededor de un 30% de satisfacción del estándar), señalando que este aspecto es el que tiene menos desarrollo en las tres redes evaluadas.

## CONCLUSIÓN

La versión definitiva del instrumento fue el resultado de los tres pasos previos, incluyendo la aplicación piloto en tres redes asistenciales. El instrumento fue bautizado con el nombre de EvaRedCom - TMS, versión 1.0. La versión definitiva está compuesta de tres partes, tal como había sido diseñada originalmente en su versión preliminar: a) las instrucciones generales para aplicar los instrumentos, b) la evaluación de la red en su conjunto, y c) la evaluación de dispositivos específicos.

El instrumento permitió describir adecuadamente las características de las redes y de la población beneficiaria de esta, sus componentes, sus recursos y su forma de

funcionamiento. También fue posible identificar diferencias entre las redes y dentro de cada una, lo que habla de su capacidad para captar la variabilidad existente y de discriminar características de estas redes. El trabajo realizado permite concluir - al menos en forma preliminar - que se trata de un instrumento que permite cumplir con sus objetivos, que es fácil de aplicar y que ayuda a los equipos a tener un estándar para su autoevaluación.

Queda pendiente la discusión respecto de la validez de los criterios en base a lo que los lineamientos de política establezcan en este campo y a lo que dentro de esta se defina como "modelo comunitario". Hasta la fecha esta es una discusión pendiente, que incluso trasciende los límites de nuestro país, puesto que la acepción de lo que es "comunitario" tiene matices diferentes en Estados Unidos, Europa o América Latina. En el futuro será necesario avanzar en esta discusión, de forma de precisar cuáles serán los estándares a utilizar en nuestro modelo en Chile. Por ahora, este instrumento plantea una propuesta que puede ser la base para las discusiones futuras en estas materias.

## Declaración de conflicto de intereses

El proyecto fue financiado por el Ministerio de Salud y corresponde a la licitación pública 4127 - 265 - CO05 del año 2005. No existe conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. BECKER T & VÁSQUEZ - BARQUERO JL. The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand* 2001, 104 (suppl 410): 8 - 14.
2. RUTZ W. Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatr Scand* 2001, 104 (suppl 410): 15 - 20.
3. HÁFNER H & AN DER HEIDEN W. Background and goals of evaluative research in community psychiatry. En: Kundsén HC & Thornicroft G, eds. *Mental Health Service Evaluation*. Great Britain: Cambridge University Press. 1996. Pp. 19 - 36
4. LEFF J. The outcome for long-stay non-demented patients. En: Leff J, eds. *Care in the community: illusion or reality?*. England: John Wiley & Sons. 1997. Pp. 69 - 91.
5. LEFF J & TRIEMAN N. Long-stay patient discharged from psychiatric hospitals. *Social and clinical outcomes*

- after five-years in the community, The TAPS Project 46. *Br J Psychiatry* 2000, 174: 217 - 223
6. MINISTERIO DE SALUD. Unidad de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago, Chile. 2001.
  7. NATIONAL HEALTH SERVICE. Modern Standards and Services Models. Mental Health. London, UK. 1999.
  8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza. 2001.
  9. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health. Ginebra, Suiza. 2003.
  10. JOHNSON S, KUHLMANN R and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development on instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (suppl. 405): 14 - 23.
  11. SALVADOR - CARULLA L, ROMERO C, MARTÍNEZ A, HARO JM, BUSTILLO G, FERREIRA A, GAITE L, JOHNSON S and the PSICOST Group. Assessment instruments: standarization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (suppl. 405): 24 - 32.
  12. PSICOST GROUP. Disponibilidad y uso de servicios de salud mental en Catalunya: estudio comparativo con tres comunidades autónomas. Barcelona, España. 2000.
  13. DE JONG A. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (suppl. 405): 8 - 13.

Recepción: 18 mayo 2007

Aprobación: 13 sept 2007

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a [revistasp@med.uchile.cl](mailto:revistasp@med.uchile.cl)