

LO COMUNITARIO EN LA EVALUACIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL

THE COMMUNITY IN THE EVALUATION OF SYSTEMS AND SERVICES MENTAL HEALTH

Sara Ardila

Alicia Stolkiner

Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires Argentina

Resumen

La atención comunitaria ha sido uno de los ejes de las propuestas de transformación de la atención psiquiátrica. No obstante, no existe claridad en el campo de la salud mental respecto a qué es esto denominado "comunitario". En este trabajo, que constituye una ampliación del presentado en el XXV Congreso Argentino de Psiquiatría, se analiza el modo en el cual se incluyen "lo comunitario" y la atención "comunitaria" en algunos instrumentos de evaluación internacionales de programas y servicios de salud mental, resaltando la importancia de la evaluación en este campo. Se concluye planteando la necesidad de evidenciar los sentidos que traen aparejados ciertos conceptos que han devenido "políticamente correctos", aunque a veces vacíos de significado, como es el caso del de "comunitario".

Palabras clave: Instrumentos de evaluación, salud Mental, comunitario.

Abstract

Community attention has been central to the psychiatric attention reform. Nevertheless, in the mental health area there is no agreement on the meaning of "communitary". This work analyzes the inclusion of the ideas "community" and "communitary" in the international mental health evaluation instruments of programs and services. It also emphasizes the importance of evaluation in mental health. The conclusion points out the need to reflect about the meaning that some common concepts have when used in the area of mental health, even though this meaning sometimes remains hidden. This work is based on a lecture delivered at the XXV Argentinian Congress of Psychiatry.

Key words: Evaluation Instruments, Mental Health, Communitary

Resumo

A atenção comunitária tem sido um dos eixos das propostas de transformação da atenção psiquiátrica. No entanto, não existe clareza no campo da saúde mental com respeito a que se compreende por "comunitário". Neste trabalho, que constitui uma ampliação do trabalho apresentado no XXV Congresso Argentino de Psiquiatria, analisa-se o modo em que se incluem "o comunitário" e a atenção "comunitária" em alguns instrumentos internacionais de avaliação de programas e serviços de saúde mental, destacando a importância da avaliação neste campo. Conclui-se o trabalho, propondo a necessidade de evidenciar os sentidos que trazem igualados certos conceitos que viraram "politicamente corretos", embora, às vezes, vazios de significado como é o caso do significado de "comunitário".

Palavras-chave: Instrumentos de Avaliação, Saúde Mental, Comunitário

Introducción

La reforma de la atención psiquiátrica, avalada como propósito regional desde la Declaración de Caracas en 1990 y ratificada en los Principios de Brasilia en 2005, tiene como uno de sus pilares la atención de carácter comunitario. No obstante, pese al aparente consenso en lo que a este principio respecta, existen debates y desacuerdos acerca de qué contenido darle a “lo comunitario” en la atención, con una gama de posibilidades que van desde hacer hincapié en los aspectos meramente estructurales (dónde está ubicado el servicio) hasta las que insisten en mirar más en detalle las prácticas específicas de atención para poder entonces dar a éstas el calificativo de “comunitarias”. Los polos van, caricaturizando un poco la cuestión, desde calificar casi cualquier acción *alternativa* como comunitaria, hasta restringir en extremo el concepto.

Así, y en la medida en que lo “comunitario” constituye un elemento fundamental de la reforma, nos hemos propuesto revisar los sentidos que éste adquiere, a partir de diversas fuentes. Para este trabajo en particular nos centraremos en el análisis de algunas herramientas diseñadas a nivel internacional para la evaluación de los programas y servicios de salud mental. Consideramos que los instrumentos de evaluación constituyen un elemento valioso del cual se dispone para establecer parámetros frente a la atención en salud mental, en consecuencia, comprender cómo incluyen lo “comunitario” puede ser un aporte valioso para el avance y consolidación de la reforma psiquiátrica.

De este modo, los objetivos de este trabajo son: (1) describir las comprensiones de la atención comunitaria en salud mental a partir del análisis de algunos instrumentos internacionales de evaluación de sistemas y servicios de salud mental, y (2) propiciar la reflexión acerca de los supuestos que existen en el campo de la salud mental en torno a “lo comunitario”, y sus posibles repercusiones en los modos de desarrollar y valorar la reforma de la atención psiquiátrica.

Para ello seleccionamos algunas herramientas internacionales de evaluación de sistemas y servicios de salud mental, realizando así un muestreo intencional por criterios (Patton, 2002). Para el análisis de las herramientas realizamos primero una historización de ellas a fin de contextualizar su desarrollo; así como una lectura de éstas a partir de la categoría “comunitario” y términos relacionados como “comunidad”.

Inicios de la evaluación de servicios de salud mental

El interés por la evaluación de los programas y servicios de salud mental surge casi de manera simultánea con el desarrollo y expansión de tales servicios. Los primeros estudios que se encuentran referenciados sobre la materia datan de la década del 60¹, época en la cual se vive una gran expansión de los dispositivos de atención alternativos al hospital psiquiátrico tradicional, generalmente adjetivados como “comunitarios”.

Con la reforma propuesta en los programas y servicios de atención, era necesario comprobar si existían diferencias entre aquello que se proponía como innovador –lo comunitario– y la

¹ Consulta realizada en Medline. Términos de búsqueda: "mental health service" y "evaluation".

atención psiquiátrica tradicional. De este modo, durante los primeros años de la década del 70 se produjo una oleada de esfuerzos investigativos en la evaluación de los servicios de salud mental comunitaria (Knudsen, 1996), los cuales buscaban probar una serie de supuestos sobre las propuestas innovadoras de atención, cuales eran que éstas eran más “humanas”, más terapéuticas, y más costo–efectivas que la atención psiquiátrica tradicional (Bachrach, 1996).

No obstante, probar tales supuestos implicaba un debate conceptual de fondo, el cual se refería a si los objetivos o propósitos de la atención psiquiátrica tradicional eran similares, o por lo menos comparables con los objetivos de las propuestas de salud mental comunitaria. Esto es, si era posible evaluar los mismos aspectos en servicios tradicionales que en servicios innovadores, y de ser así, cuáles serían los indicadores apropiados para ello.

Parte de este debate se materializa en la construcción desde fines de los 80 de la “Clasificación Internacional de Cuidados en Salud Mental” de la Organización Mundial de la Salud, la cual llevó varios años y muchas discusiones respecto a si era posible evaluar cualquier servicio utilizando una serie de criterios comunes, o si era por el contrario necesario evaluar de manera independiente las actividades “curativas” y las actividades de “rehabilitación” (Departamento de Psiquiatría Social, Universidad de Groningen, 1993).

Como se desprende de lo anteriormente señalado, “la evaluación” se constituye en un interesante terreno de intersección entre los componentes técnico y teórico del campo de la salud mental, lo cual significa que resulta tan necesario definir cómo se evaluará por ejemplo, una práctica denominada “comunitaria” (qué incluye, qué excluye, quién y cómo se hace, etc.) como los fundamentos conceptuales de tales definiciones operacionales, por ejemplo, si hablamos de una “práctica comunitaria”, considerar por qué se le da el apelativo de “práctica” a aquello que se pretende identificar, y por qué se le califica de “comunitaria” dentro del rango posible de adjetivos que se pueden dar a una práctica.

Ahora bien, y pese a que la década del 90 es aquella en la cual se observan los mayores desarrollos, desde una perspectiva internacional, en lo que respecta a la evaluación de programas y servicios de salud mental, también es una década en la cual, debido al contexto ideológico del mundo sanitario que se vivía en aquella época, lo conceptual se va dejando de lado a favor de lo técnico, o más bien valdría decir, de lo tecnocrático (Ardila y Stolkiner, 2009).

La calidad de la atención: Implicaciones de una idea controvertida

Como ya se mencionará, aunque es posible encontrar referencias de trabajos y herramientas relacionadas con la evaluación de la atención en salud mental durante los 60, 70 y 80, es posible señalar que es a partir de los 90 que se observa un interés mayor por desarrollar y difundir el tema de la evaluación en el ámbito internacional, bajo la rectoría de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Es importante destacar que durante tales años se estaba, en el escenario sanitario internacional, en pleno auge de las reformas de los sistemas de salud de corte neoliberal, respaldadas desde las “sugerencias” de algunos organismos multilaterales. En dicho contexto, un área que se encontró particularmente vulnerable frente a tales reformas fue la de la atención en salud mental, en buena medida debido a que por la pretendida *complejidad y particularidad de las acciones* dentro del campo, se había generado un cierto aislamiento de la salud mental frente a algunos desarrollos en el campo de la salud, y en consecuencia no se

contaba con argumentos que pudieran responder a los cuestionamientos y demandas de los decisores y administradores.

Las intervenciones en salud mental fueron calificadas por algunos reformadores como servicios de baja relación costo-efectividad, que en tanto tales debían ser costeadas por las personas de manera individual y no hacer parte de las acciones incluidas en los planes generales de beneficios en salud. En otros casos, se afirmaba que no era posible dar cuenta de cuáles eran los resultados de tales intervenciones y acciones, y menos aún, de cómo se llevaban a cabo los procesos de atención. Tampoco se sabía cuánto costaba ni cómo cuantificar cierto tipo de intervención si se quería comparar con otro, hecho especialmente cierto para las intervenciones innovadoras, agrupadas bajo el título de “comunitarias”.

Todo lo anterior se vio agravado por lo que Salvador-Carulla (1998) señala como uno de los obstáculos intrínsecos de los procesos de reforma de la atención psiquiátrica, cual es el de “estar teñida de una importante carga doctrinal que, en ocasiones, ha impedido un análisis riguroso de sus defectos y ha llevado a repetir los mismos errores en su proceso de implementación en diferentes países”.

En el contexto anteriormente descrito se celebró en septiembre de 1990 en Ginebra, una consultoría informal convocada por la OMS con el fin de discutir con un grupo de expertos y representantes de diversas áreas del campo de la salud mental, lo que deberían ser los lineamientos a nivel internacional para la evaluación de **la calidad** de la atención en salud mental.

Tal reunión fue el origen del diseño de los instrumentos que luego serían divulgados, tras sus adaptaciones, desde las diversas oficinas regionales de la OMS: *Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental*, volumen 1 (1994) y volumen 2 (1997). Es de señalar que en castellano, hasta donde tenemos conocimiento, sólo se encuentra disponible el volumen 1.

Cabe recordar que el interés por la *calidad* de la atención en salud aparece durante la década del 50, en parte como respuesta a las demandas de responsabilidad frente a los profesionales e instituciones de la salud. Se desarrolla entonces la práctica de la “acreditación” de las instituciones, a fin de sustentar que aquello que se hacía correspondía a unos criterios correctos, es decir, que la atención era de “calidad” (Aparicio, 1993).

El autor clásico de la calidad y su evaluación en salud es Donabedian (1966) quien retoma los planteamientos de la calidad de la producción industrial. Según su idea original, en salud se debían evaluar, como en cualquier proceso de producción, las estructuras, los resultados y los procesos, y es a partir de estos tres elementos que se desarrollan los principales instrumentos de evaluación en salud y en salud mental. La idea de calidad, llevada al campo de la salud, contribuye a señalar la necesidad de dar cuenta de manera concreta y con base en unos criterios de aquello que se hace, pero también reduce la idea de la atención en salud a un proceso netamente técnico, dejando de lado los componentes simbólicos de los implicados en cuestión, tanto de quienes “proveen” los servicios como de aquellos que los “reciben”.

En este sentido, un avance y aporte central de la reunión de expertos en salud mental de 1990 fue el adicionar a las dimensiones clásicas de la evaluación de la calidad (estructura/proceso/resultado) la del “contexto”. Lo que se planteaba era que si se quería realizar una evaluación con sentido de la calidad de la atención, era necesario indagar por el sistema de salud mental como un todo, en lugar de evaluar sólo la atención de los enfermos mentales.

Aunque en el texto de la reunión no se habla en términos concretos de “contexto”, tomamos dicha expresión del trabajo de Aparicio (1993), quien plantea que se puede hablar de un contexto específico y uno inespecífico. El último haría referencia a las condiciones socioeconómicas de un país determinado, y el primero –el específico– trata del campo de los servicios sanitarios, que incluiría la legislación sanitaria y el tipo de sistema sanitario con el que se cuente.

Hablamos entonces de la importancia dada en dicha reunión a la dimensión del “contexto”, puesto que se enfatiza en la necesidad de incluir a las políticas y los planes de salud mental como elementos indispensables para establecer la calidad de la atención en salud mental.

De hecho, el modelo que guía el desarrollo de los instrumentos de la OMS a partir de dicha reunión, es el de pensar que la atención en salud mental está compuesta por tres niveles, cuyo análisis es necesario para poder comprender la calidad de la atención. El *primer nivel* correspondería a las políticas y programas de salud mental; el *segundo nivel* a los servicios o dispositivos específicos en donde se provee la atención en salud mental; y el *tercer nivel* haría referencia a las intervenciones específicas de atención (Bertolote, 1997).

A partir de lo anterior la OMS publica, como se señaló anteriormente, un instrumento para la evaluación de la calidad de la atención en salud mental. El primero volumen, que data de 1994 consta de seis módulos y un apartado de información adicional, que en la versión de la OPS queda contemplado como un séptimo módulo (*Políticas de Salud Mental, Programas de Salud Mental, Atención Primaria de la Salud, Servicios de Atención Ambulatoria en Salud Mental, Servicios de Internamiento Psiquiátrico, Servicios Residenciales para el paciente psicogeriatrico, Información Básica*). El segundo volumen, de 1997, cuenta por su parte con seis módulos (*Derechos de los usuarios de los servicios de salud mental, Servicios de apoyo de base comunitaria, Hospitales de día, Hospitales de día para adultos mayores, Centros de día [centros de rehabilitación psicosocial], Facilidades de psiquiatría forense*).

De la década de los 90 en términos regionales, es importante destacar que ésta se inicia con la “Declaración de Caracas” (1990), la cual promulgaba como compromiso común de los países de América Latina y el Caribe, la reforma de la atención psiquiátrica, tomando como ejes el respeto de los derechos de las personas con trastorno mental y la atención comunitaria.

Hubiese sido de esperar que los instrumentos de evaluación apoyaran el desarrollo de la reforma propuesta, puesto que ofrecían parámetros para poder establecer la calidad de la atención que se estaba prestando, en tanto ofrecía indicadores claros frente a los cuales contrastar el estado de la atención en cada lugar. De allí que resulte llamativa la escasa difusión de tal instrumento, y en particular del volumen 2, cuyos módulos resultaban altamente compatibles con los planteamientos de la Declaración de Caracas.

No obstante, es de destacar que un aspecto en el cual se avanzó notoriamente durante la década de los 90, fue en el diseño de políticas y planes nacionales de salud mental a lo largo y ancho de América Latina. Sin embargo, la brecha entre lo que se promulgó a nivel de principios y los cambios en la atención siguió siendo muy amplia, unido esto al hecho de que en muchos casos las políticas no se vieron acompañadas por un incremento en la financiación de la salud mental, quedando sólo al nivel del planteamiento de buenas intenciones.

La década de los 90 también se caracterizó, como se mencionó párrafos arriba, por una agudización de las reformas de los sistemas de salud bajo la lógica del Estado mínimo, con la

reducción de las coberturas en salud, la aparición de nuevos actores en el escenario sanitario y muy importante, el paso del subsidio a la oferta al *subsidio a la demanda*.

Es de destacar aquí que uno de los principios y recomendaciones del grupo de evaluación reunido en 1990, y que se menciona en los instrumentos que de allí se desplegaron, fue que el diseño de las herramientas de evaluación debía basarse en una perspectiva de *salud pública o salud mental pública*. Este punto requeriría de un análisis más detallado, pero baste con señalar que a la par de la reducción del papel de los estados en materia de salud, se dio aparejada una reducción de lo que se consideraba debía ser la salud pública, en la medida en que las reacomodaciones entre lo que es *público* y lo que es *privado*, fue un terreno fundamental de lucha ideológica de aquel momento.

En términos de los instrumentos de evaluación señalados podría hipotetizarse que desde la lógica de “los mínimos” en materia de salud pública, sus propuestas hubiesen superado lo que se estaba dispuesto a hacer. En ese momento en materia sanitaria más que ampliar, de lo que se trataba era de reducir, llegando, para el caso de la salud mental, al absurdo de equiparar como acciones **únicas** de salud pública en este campo, las de promoción y prevención.

El Nuevo Milenio: ¿Interés “ampliado” en la salud mental?

La siguiente década comienza, para la salud mental, con el respaldo de la OMS al posicionarla como asunto prioritario para las agendas internacionales y nacionales. Así, el informe mundial de salud del año 2001 se dedicó a la salud mental. Podía plantearse que esto es posible en parte, gracias a la inclusión o más bien predominancia dentro del campo de la salud mental de la lógica de la “medicina basada en la evidencia”. Como se señaló en dicho informe, gracias a los avances de la epidemiología psiquiátrica se logró demostrar la alta carga de las enfermedades mentales en la población mundial (10-15%), y con la inclusión del indicador de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) se pudo cuantificar por primera vez el peso de los trastornos mentales en la carga total de enfermedades (12% para el mundo y 24% para las Américas). Así entonces, la salud mental empezó a ser vista como central dentro de los problemas de salud, y no sólo como un asunto de unos pocos. (Caldas de Almeida, 2005).

Se despliegan entonces una serie de iniciativas con el fin de *obtener información* para así poder establecer prioridades e impulsar los cambios que se considerasen necesarios. Entre ellas se puede señalar el Estudio Mundial de Salud Mental (2003), el Atlas sobre recursos de salud mental en el mundo (2001, 2005), y para el tema objeto de nuestro trabajo, el diseño del *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM–OMS)* (2005) y el desarrollo de estudios a partir de su aplicación en diversos países.

El IESM-OMS señala que su objetivo es el de recopilar la información esencial sobre el sistema de salud mental de un país o región con el fin de fortalecerlo. Plantea que de acuerdo a los hallazgos del Atlas de recursos en salud mental, se evidenció que muchos países no contaban con sistemas para recopilar y difundir la información sobre salud mental, y que en otros casos, aunque existiesen tales sistemas, estos eran de alcance y calidad limitados.

Plantea entonces que esta ausencia de información impide el desarrollo de las políticas, los planes y los servicios de salud mental. Así mismo, señala que el instrumento fue construido a partir de las 10 recomendaciones del Informe de Salud Mundial de 2001, las cuales se desarrollaron y plasmaron en las seis secciones en las que se organiza el instrumento (*Política*

y marco legislativo, Servicios de salud mental, Salud mental en la atención primaria, Recursos humanos, Educación pública y Relación con otros sectores, Evaluación e investigación). Cabe mencionar aquí, aunque se desarrollará más adelante, que tres de las diez recomendaciones del Informe Mundial de 2001, hacían mención explícita a “lo comunitario”: 3. *Prestar asistencia en la comunidad*; 5. *Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores*; 9. *Vigilar la salud mental de las comunidades*.

Ahora bien, es de señalar respecto al IESM-OMS que su interés por evaluar los *sistemas de salud mental*, con el énfasis en la “evaluación global de un país”, puede relacionarse con que lo planteado fue un problema en los 90, y que se intenta entonces tratar de recomponer en esta nueva década: la pérdida de organización y rectoría del sistema de salud, vía la descentralización, que constituía uno de los elementos de la reforma. A partir de ésta, y contrario a lo que se planteaba, lo que ocurrió fue un aumento de la inequidad entre las regiones al interior de los países, y la mayor fragmentación y segmentación en los sistemas de salud.

Así, en América Latina, la descentralización en salud no trajo un fortalecimiento de los niveles locales y una mejoría de las condiciones de salud de las poblaciones, como se esperaba. De este modo, en la década del 2000 se intenta recuperar algunas funciones y responsabilidades para el nivel nacional, entre ellas, la de la organización y difusión de la información.

Este último término es también de destacar, pues como se observa, el discurso que se acentúa desde allí es el de la *información*, y no tanto el de la *calidad*, como ocurría en los instrumentos anteriores. Que la cantidad y cualidad de la información con la que se disponga sea un indicador de calidad, es cierto; pero la información *per se*, no garantiza la calidad, ni tampoco que la calidad sea la meta a lograr con la obtención de la información.

Es posible entonces plantear, que este instrumento evidencia un giro de perspectiva, o al menos de estrategia, en lo que respecta a los argumentos a buscar y a dar desde la evaluación. A diferencia de los instrumentos anteriores, cuya puntuación es más cualitativa (2: Adecuadamente cumplida; 1. Parcialmente cumplida; 0: no cumplida), el IESM-OMS ofrece una guía para poder obtener todos los indicadores en términos cuantitativos (en su mayoría las medidas señaladas se plantean como: número de, proporción de, disminución/aumento de...) Sin querer entrar en la discusión acerca de lo cuantitativo vs. lo cualitativo pues se considera poco fructífera, lo que se quiere hacer notar es el cambio respecto a aquello que se busca y se cree importante evaluar, así como la *desaparición* en las referencias de los instrumentos diseñados una década atrás.

Incorporación de lo Comunitario en los Instrumentos de Evaluación

Desde diversos lugares se ha planteado que las nociones de “comunitario” y “comunidad”, pese a utilizarse ampliamente en diversos campos, son rara vez definidas. Así, y puesto que son conceptos centrales para la reforma de la atención psiquiátrica, nos hemos propuesto desde hace un tiempo aproximarnos a los modos en que son entendidos: por los profesionales de la salud mental, en los documentos de política, y en este caso, en los instrumentos internacionales de evaluación de la atención en salud mental.

Más que intentar dar una definición única de lo que es lo comunitario, lo que buscamos es comprender los sentidos múltiples que se encuentran presentes tras una supuesta uniformidad. Al respecto Rodríguez del Barrio (1999) plantea que el aparente consenso

respecto a lo que es lo comunitario y la intervención comunitaria, oculta diferencias profundas entre concepciones y formas de intervención en salud mental.

De hecho, un aspecto que resulta llamativo es que en la actualidad “lo comunitario” es empleado y respaldado desde diversas posiciones ideológicas. En el campo de la salud ha sido avalado porque supone una reducción de costos en la atención, siendo incluso una forma soterrada de trabajo gratuito por parte de la “comunidad” (Ugalde, 1987); y por el otro, ha sido respaldado desde las posturas que promulgan la adecuación de los programas e intervenciones a las necesidades reales de la gente, vía el incremento de poder en la toma de decisiones de las “comunidades”.

En todo caso, pareciera que el uso del término se ha difundido, posiblemente porque éste remite a sentimientos agradables y a la percepción subjetiva de seguridad (Bauman, 2001). De este modo, resurge el concepto de “comunidad” en un escenario que, aunque distinto de aquel en el cual apareciera por primera vez dentro de las ciencias sociales (siglo XIX), comparte con aquel momento histórico el desasosiego experimentado ante la fractura y pérdida de lo antiguo, de la seguridad de lo “conocido”.

Cabe señalar además que lo comunitario ha formado parte de los movimientos de reforma de la atención psiquiátrica desde muchas décadas atrás. Baste con citar los ejemplos de la “comunidad terapéutica”, de la “psiquiatría comunitaria” o del movimiento de “salud mental comunitaria”. En el caso de la reforma de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe, como ya se mencionó, uno de los ejes lo ha constituido la “atención comunitaria”. Así mismo, desde los documentos y recomendaciones de la OMS en los últimos tiempos, “la comunidad” y “lo comunitario” están siempre presentes.

Ahora bien, en el análisis de las comprensiones sobre tales nociones en los instrumentos de evaluación descritos en párrafos anteriores, lo que hicimos fue buscar en dónde se mencionaba “la comunidad” o “lo comunitario”, y así entonces poder realizar una lectura respecto a lo que parecía se quería significar con su uso.

Respecto a los instrumentos para evaluar la calidad de la atención en salud mental (1994, 1997), se consideraron cuatro niveles de aparición de los términos, de acuerdo a la forma en la que está organizada el instrumento: 1. Título del módulo; 2. Área temática del módulo; 3. Título del ítem; 4. Descripción del ítem.

Así, para el **volumen 1** (1994), el término estuvo presente en el nivel dos (“participación comunitaria”, “extensión comunitaria del servicio”, “interacción con los familiares y la comunidad”); en el nivel tres (por ejemplo: “Papel y funciones de los usuarios y otros miembros representativos de la comunidad...”, “un mínimo del 30% del tiempo de trabajo de cada miembro del personal técnico está dedicado al trabajo en la comunidad”, “todo residente tiene derecho a acceder a los servicios de salud provistos en la comunidad”); y en el nivel cuatro (por ejemplo: “... el personal se dirige a los pacientes amablemente, utilizando preferentemente el tratamiento y los títulos que recibían en la comunidad...”, “... la definición de prioridades es más sólida cuando está basada en la magnitud y severidad clínica y social de los problemas, la respuesta de la comunidad y la disponibilidad de medios eficaces y eficientes para enfrentarlo”).

El término entonces es utilizado en este instrumento de varias maneras: en algunos lugares como sinónimo de sociedad; en otros se emplea para hacer alusión al grupo social y cultural

de pertenencia del paciente; en otros indica una noción espacial referida al afuera del hospital o de la institución.

Como se observa, se utiliza en sentidos diferentes, pero cabe señalar una frase que consideramos engloba lo que generalmente implica su uso: pareciera que al hablar de comunidad nos estamos refiriendo a “*todos esos otros que no somos nosotros*” (Dabas, 2007). Entonces, el término de lo comunitario incluiría de manera simultánea las ideas de agrupamiento y de vínculo, a la vez que las de exclusión y diferencia.

Por su parte, el análisis del **volumen 2** (1997) permite mostrar otros elementos relacionados con lo comunitario. Además de encontrarse significados similares a los del volumen 1 (y de estar presente en los cuatro niveles de análisis propuestos), cabe destacar que en el módulo dedicado a los “derechos de los usuarios de los servicios de salud mental” uno de los ítems remite a la resolución 46/119 de las Naciones Unidas (1991) referida a los *principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental*.

En particular, el principio 3 señala que: “*Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad*”; y el principio 7, punto 1, señala que: “*Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive*”.

Lo importante de destacar de estos principios, y de su inclusión en el instrumento de evaluación, es que lo comunitario se liga con los derechos, y en este sentido, además de hacer alusión a un lugar espacial diferenciado del hospital, también se comienza a relacionar con el pleno ejercicio de la ciudadanía.

De este modo, lo comunitario tendría que ver sobre todo, con un tipo de *funcionamiento* caracterizado por el ejercicio pleno de la ciudadanía, el cual es posible, de manera privilegiada, en los espacios habituales de vida y de socialización. Esto porque desde una perspectiva relacional y contextual de lo humano, las personas somos y nos constituimos desde aquello con lo cual interactuamos, y en consecuencia el “ambiente” o “el territorio” se refiere a elementos vivos, dinámicos y humanos en tanto están revestidos de significados para los sujetos.

Ahora bien, en el módulo dedicado a los “servicios de apoyo de base comunitaria”, lo anteriormente señalado se amplía, enfatizando en que los tipos de apoyo y de servicios que reciban las personas con trastornos mentales deberán estar lo más integrados posibles a los servicios y apoyos a los que pueda acceder cualquier otro ciudadano (de salud, educación, trabajo, recreación, etc.), con los apoyos y acompañamientos que sean necesarios para que esto resulte posible, tanto para la persona con trastorno mental, como para su familia. En especial, plantea que el contexto para los servicios de apoyo de base comunitaria será “la desinstitucionalización” y muy importante, “la no-institucionalización”.

Por su parte, el instrumento IESM-OMS (2005), aunque fundamentado en las recomendaciones del Informe Mundial de Salud 2001, que como vimos destacan “lo comunitario”, enfoca las significaciones del término a aquellas que resulten operacionalizables. Así entonces, en las definiciones de los términos a emplear incluye:

Establecimiento o dispositivo de salud mental comunitario: servicio de salud fuera de un hospital psiquiátrico (p. 14)

Dispositivo residencial comunitario: Un dispositivo comunitario de salud mental, no hospitalario, que brinda residencia nocturna para personas con trastornos mentales. ... Incluye: Hogar protegido; alojamientos sin personal; alojamientos con personal residencial o visitante; ... Casas de transición; Comunidades Terapéuticas (p. 15)

Unidad de internamiento u hospitalización psiquiátrica de base comunitaria: Una unidad psiquiátrica que brinda atención a pacientes ingresados para el abordaje de trastornos mentales dentro de un dispositivo comunitario. Estas unidades están generalmente ubicadas dentro de los hospitales generales ... (p. 18).

De los términos citados se pueden destacar dos cosas: primera, que lo comunitario se utiliza como término opuesto a hospital psiquiátrico, sobre todo, en términos espaciales (afuera de); y segunda, la tautología con la que se dan las definiciones: un servicio de base comunitaria es aquel que se refiere a un dispositivo comunitario.

Es de anotar además, al observar los indicadores de tales servicios de *base comunitaria*, que no resulta clara la especificidad de estos, en la medida en que los indicadores que se utilizan para su evaluación son iguales a los de otros tipos de servicios, por ejemplo: número de dispositivos, número de camas/lugares, número de usuarios atendidos, número promedio de días de estancia.

Pese a que sea importante contar con estos datos, cabe anotar que, por un lado, no dan cuenta de las especificidades de lo que sería una atención comunitaria, vista como diferencial, de la impartida en un hospital psiquiátrico tradicional. Y por el otro, evidencia la crítica señalada párrafos arriba respecto a la homogenización bajo un mismo título de modalidades diferenciales, tanto conceptual como operativamente.

A modo de conclusión

La evaluación de la atención en salud mental constituye una herramienta fundamental para el avance de la reforma psiquiátrica. Así mismo, en los últimos años se han desarrollado herramientas que pueden aportar elementos valiosos a esta tarea. No obstante, es necesario evaluar a su vez las herramientas de evaluación mismas, intentando comprender los significados que traen aparejados y los contextos –sanitarios, económicos, políticos– desde los cuales son elaborados y a partir de los cuales cobran sentido.

Esta historización de los instrumentos de evaluación resulta valiosa, no sólo para comprender tales contextos, sino también para aprovechar los aportes que otros han realizado al campo, y que muchas veces, al ritmo de la moda o de los discursos prevalecientes en ciertos momentos, van siendo dejados en el olvido, el lugar de optimizarse e integrarse a las nuevas comprensiones.

Así mismo, “lo comunitario” dentro del campo de la salud mental es un aspecto que, justamente por su aparente obviedad, debe ser repensado una y otra vez. La tarea de quienes trabajan bajo esta perspectiva es entonces la de revisar si los instrumentos de evaluación brindan elementos que den cuenta de la calidad de sus prácticas; y si por el contrario se quedan cortos, trabajar en la construcción de parámetros e indicadores que traduzcan y

reflejen su accionar y que permitan entonces expandir las experiencias de reforma a otros contextos.

Referencias bibliográficas

Aparicio, V. (1993). "Evaluación de los servicios de salud. Conceptos y componentes". (pp. 15-50). En Aparicio, V. (Ed.) *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Ardila, S. y Stolkiner, A. (2009). "El uso de técnicas en la evaluación no tecnocrática: Desarrollos acerca de la evaluación de programas y servicios de salud mental". Trabajo presentado en: *VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani*. Buenos Aires, Agosto 5-7 de 2009.

Bachrach, L.L. (1996). "Desinstitutionalisation: Promises, Problems and Prospects". (pp. 3-18) En Knudsen, H.Ch. & Thornicroft, G. (eds) *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bauman, Z. (2001). *Comunidad: En busca de seguridad en un mundo hostil*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Bertolote, J.M. (1997). "A framework for quality assurance in mental health care". En World Health Organization. *Quality Assurance in Mental Health Care. Volume 2*. (pp. 87-99). Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization.

Caldas de Almeida, J.M. (2005). "Estrategias de Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la Nueva Fase de la Reforma de los Servicios de Salud Mental en América Latina y el Caribe". *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 18(4/5).

Dabas, E. (2007). Seminario Internacional *Bogotá, por los derechos de las familias*. Bogotá, Octubre 31, noviembre 1 y 2 de 2007. (comunicación personal)

Departamento de Psiquiatría Social, Universidad de Groningen, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y Formación en Salud Mental (1993) *Clasificación Internacional de los Cuidados de la Salud Mental*. Traducción y adaptación al castellano: Unidad de Salud Mental para la Investigación (USaMI).

Donabedian, A. (1966). "Evaluating the quality of medical care". *Milbank Memorial Fund Quart* 44 (pt 2). July: 166-206.

Knudsen, H. Ch. (1996). "Preface" (pp. XV-XX) En Knudsen, H.Ch. & Thornicroft, G. (eds) *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge University Press: Cambridge.

Organización de Naciones Unidas (1991). *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Autor.

Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. (2005). *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental Organización Mundial de la Salud (ESM-OMS) Versión 2.1*. Ginebra: Autor.

Organización Panamericana de la Salud. (1990). "Declaración de Caracas". *Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela.

- Organización Panamericana de la Salud. (1994). *Evaluación de la calidad de la atención en salud mental* Washington DC: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). "Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención de Salud Mental en las Américas". *Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud: 15 años después de Caracas*. Brasilia, Brasil.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. (3ª ed.) Newbury Park: Sage Publications.
- Rodríguez del Barrio, L. "Salud mental y rehabilitación: la dinámica de diversificación y homogenización de organizaciones, discursos y prácticas". *VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría*. 1999, Vol. X: 127-132.
- Salvador-Carulla, L., Romero, C., Rodríguez-Blázquez, C., Atienza, C. y Velázquez, R. (1998). "¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia? La reforma psiquiátrica desde una perspectiva internacional". *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 2(3). En: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num3/artic_4.htm [con acceso el 4 de agosto de 2008]-
- Ugalde, A. (1987). "Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica". *Cuadernos Médico Sociales*. 1987. 41, 27-37.
- World Health Organization, Division of mental health (1991) *Quality assurance in mental health*. Informal consultation on the quality assurance of mental health care. Geneva, 10-12 September 1990. [WHO/MNH/MND/90.11].
- World Health Organization, Division of mental health (1994). *Quality assurance in mental health care. Check-lists & glossaries. Volume 1*. Geneva: Autor [WHO/MNH/MND/94.17].
- World Health Organization, Division of mental health and prevention of substance abuse (1997). *Quality assurance in mental health care. Check-lists & glossaries. Volume 2*. Geneva: Author. [WHO/MSA/MNH/MND/97.2].