

Integrando la Atención Primaria de Salud y el nivel especializado en Salud Mental

Consultoría de Salud Mental

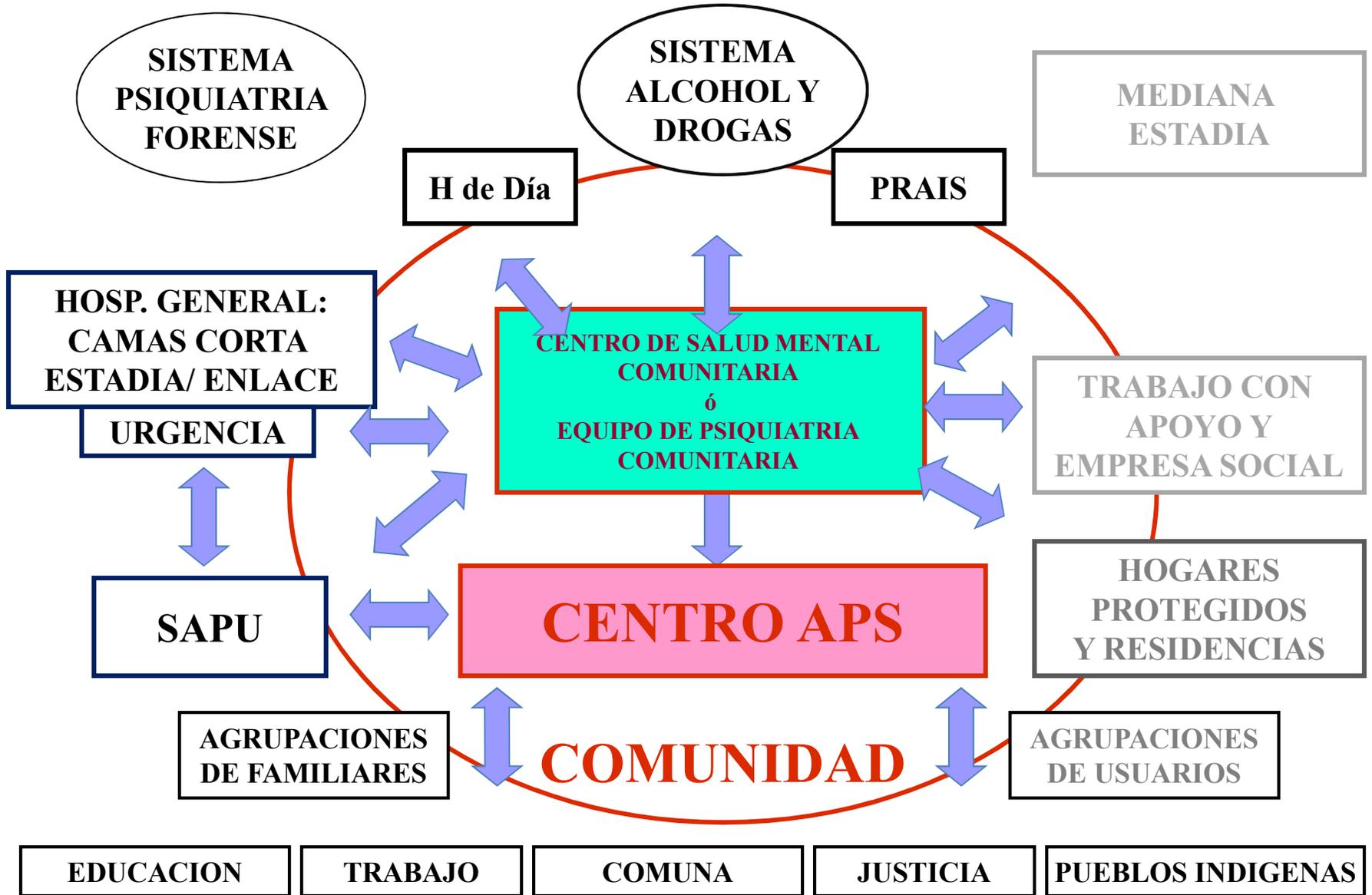
Dr. Rafael Sepúlveda
13 al 15 de Octubre de 2015

Conferencia Regional de Salud Mental, Logros y desafíos 25 años después de la Declaración de Caracas

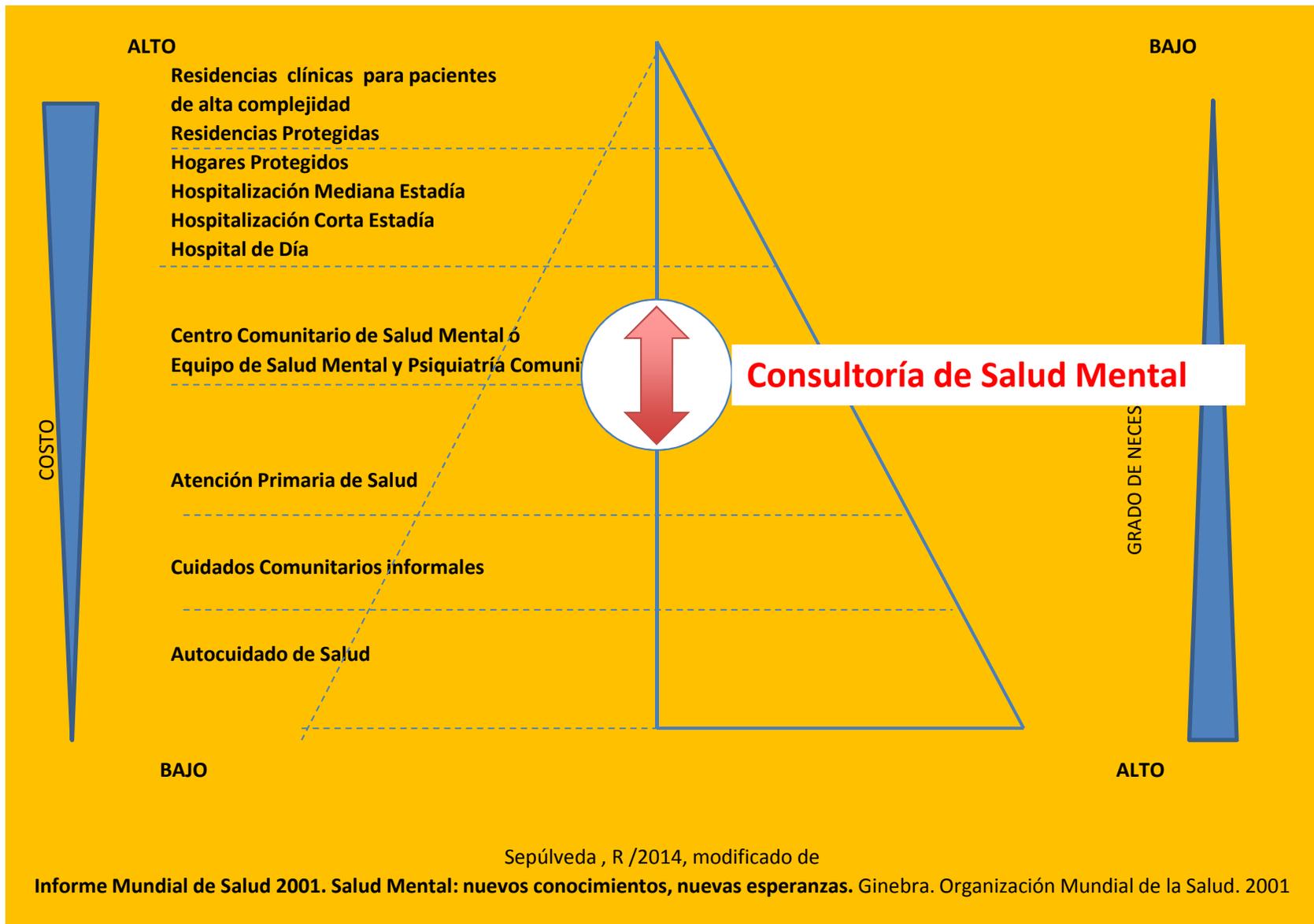
Introducción:

- Sustituir el Modelo de Atención Asilar en psiquiatría por el **Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental** implica desarrollar dispositivos diversos (Unidades de Hospitalización de Agudos en Hospitales Generales, Hospitales de Día, Equipos de Psiquiatría Comunitaria, Programas de Rehabilitación Psicosocial, Salud Mental en los Centros de Atención Primaria, entre otros).
- Estos dispositivos deben estar articularlos en una Red Territorializada, que permita brindar atención integral y que asegure la continuidad de cuidados a las personas que son afectadas por problemas de salud mental, favoreciendo su acceso y pertinencia.
- Todo tras el objetivo de maximizar la autonomía y el mejor desarrollo de sus proyectos de vida.

RED DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA /CHILE



**ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL:
MEZCLA ÓPTIMA DE SERVICIOS EN EL MARCO DEL MODELO COMUNITARIO DE ATENCION EN SALUD MENTAL**

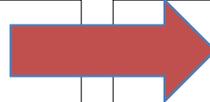


De la Colaboración a la Integración

COLABORACION

Colaboración puede definirse como:
“El acto de trabajar con otro u otros en un proyecto conjunto”

La colaboración es un concepto relacional, lo que significa que individuos trabajan juntos hacia una meta en común



INTEGRACION

Integración puede definirse como.
“la combinación y coordinación de partes o elementos separados, en un todo unificado”.

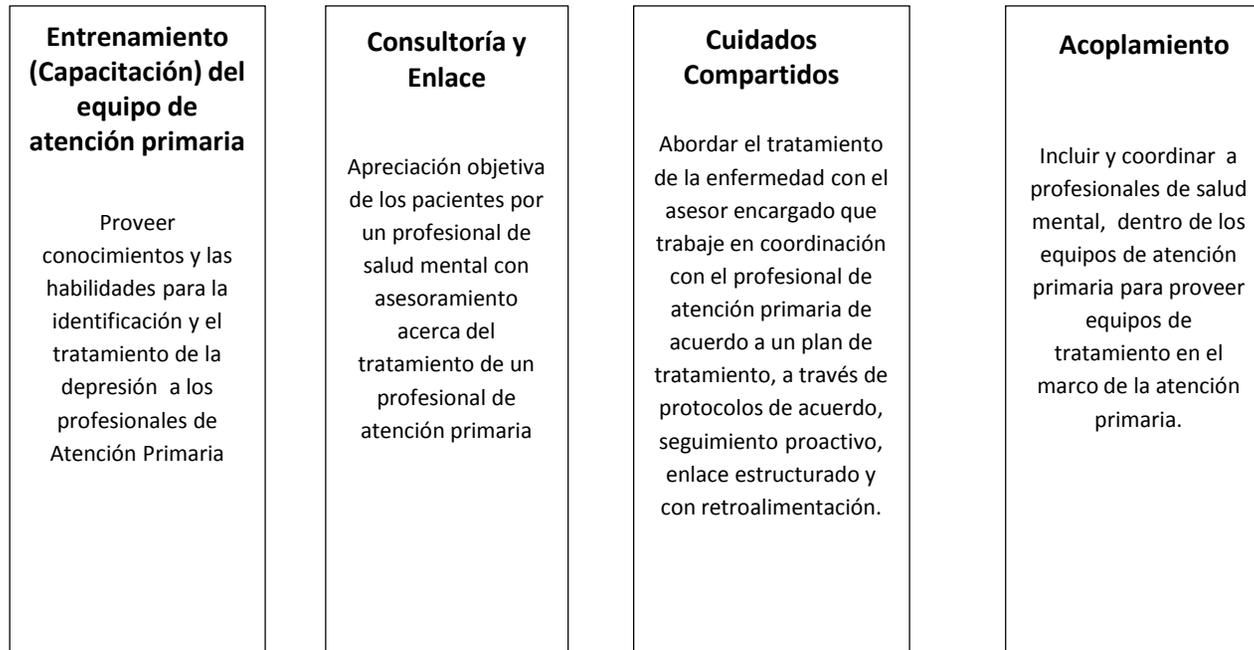
En el campo médico, esto usualmente se refiere al concepto general y al esfuerzo aplicado a crear un equipo de salud unificado, con contacto cercano de trabajo día a día, de manera remota o directa, y sugiere relaciones cercanas de trabajo con proveedores de cuidado de salud mental y con todo tipo de proveedores médicos.

Fundamentos

- Los sistemas sanitarios avanzados y costo efectivos son aquellos que tienen un sólido desarrollo de la APS (Starfield B et al. 2005, Starfield B 2009).
- Dada la epidemiología, esto incluye imprescindiblemente el abordaje competente por el equipo de atención primaria del componente de salud mental y psiquiatría de la población a su cargo y una buena articulación entre éste y el nivel especializado de atención en salud mental (WHO-WONCA 2008, Ivbijaro G y Funk M 2008).
- En el marco del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental la interfaz entre los servicios especializados y la atención primaria de salud adquiere un valor crítico.
- El modelo prescribe la conservación o establecimiento del vínculo de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos con el nivel primario de atención, con el apoyo del nivel especializado.

- Para que esta articulación sea efectiva es indispensable que el nivel especializado se organice territorial y multidisciplinariamente en Equipos de Psiquiatría Comunitaria ó Centros de Salud Mental Comunitaria.
- Para dar respuestas oportunas, comprensivas y resolutorias, se requiere que este nivel secundario territorializado sea un dispositivo “de tránsito”, donde se clarifiquen diagnósticos, se traten intensivamente los cuadros agudos, y se controlen periódicamente a las personas afectadas por cuadros severos estabilizados, cuya relación fundamental y continua es con al APS (Sepúlveda R 2014). Esto evita su saturación y preserva su acción oportuna y resolutoria.
- Cape et al (1980) distinguen 4 formas de relación entre estos niveles de atención en salud mental, las que se resumen en la figura siguiente. Estas formas son: (i) Capacitación al equipo de APS, (ii) Consultoría y Enlace, (iii) Cuidado Colaborativo, y (iv) Acoplamiento. Cape grafica como en las 2 primeras modalidades la participación de la APS es mayor, así como en las 2 siguientes lo es la de los equipos especializados (FIGURA 1).

FORMAS DE ARTICULACION ENTRE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y LOS EQUIPOS ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL



Incremento de participación del médico y el equipo de atención primaria

Atención basada en el psiquiatra y el equipo especializado



Cape J, Whittington C, Bower P (2010). What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. **General Hospital Psychiatry 32(3):246-254.**

Consultoría y Enlace

La Consultoría y Enlace es una modalidad de trabajo que incluye tres componentes:

1. Supervisión directa del Consultor al Consultante respecto a un caso clínico.
2. Capacitación respecto a situaciones clínicas, a partir de los casos que se abordan en conjunto.
3. Coordinación clínica y administrativa respecto a continuidad de cuidados de pacientes y al funcionamiento del programa.

Además, la Consultoría y Enlace constituyen un recurso que incide directamente en:

- a. La Integración de la salud mental al sistema sanitario general, promoviendo y reforzando el papel fundamental de la APS, y su estrecha relación con el nivel especializado ambulatorio.
- b. La generación de estructuras de coordinación territorial que permitan la actuación integrada del conjunto de dispositivos existentes en un mismo ámbito territorial/poblacional
- c. Brindar posibilidades concretas de garantizar la continuidad en la atención a cualquier problema de salud mental de los usuarios en el territorio (Sepúlveda et al, 2014b).

Evidencia Empírica en Chile (2015)



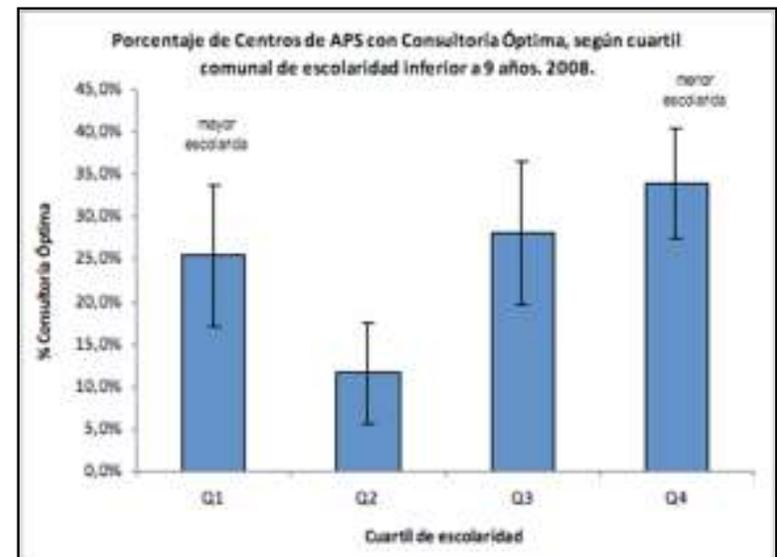
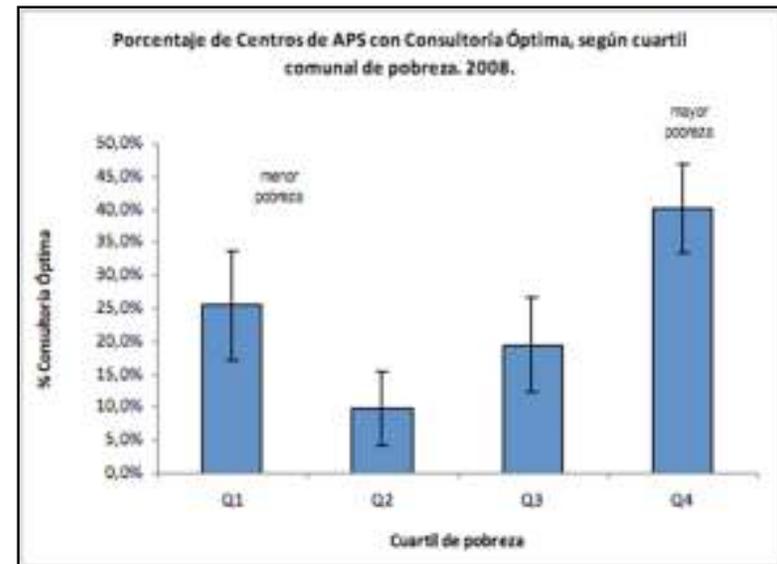
Consultoría Psiquiátrica

Tomado de:

Caracterización de la Consultoría Psiquiátrica en Centros de Atención Primaria de Salud.

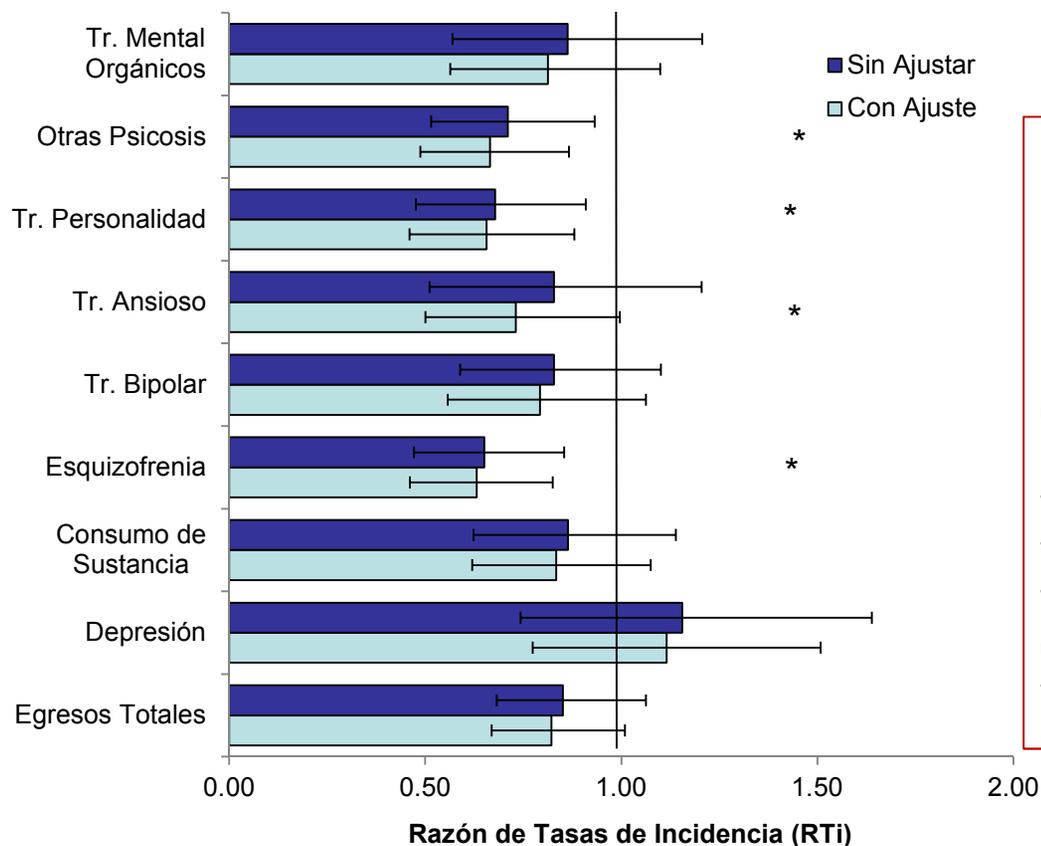
Sepúlveda et al. 2014

Ocurrencia		%	ICI95%	ICS95%
0	No	33,7%	29,8%	37,6%
1	Si	63,6%	59,6%	67,6%
2	No sabe	2,7%	1,4%	4,1%
Frecuencia				
0	Menos de una vez al mes	11,9%	8,5%	15,3%
1	Mensual	71,1%	66,4%	75,8%
2	Quincenal o mas	8,8%	5,8%	11,7%
3	No sabe	8,2%	5,4%	11,1%
Mismo Psiquiatra Consultor				
0	No	14,5%	10,8%	18,2%
1	Si	85,5%	81,8%	89,2%
2	No sabe	0,0%	0,0%	0,0%
Mismo Psiquiatra en el nivel secundario				
0	Nunca y casi nunca	36,9%	31,9%	42,0%
1	Casi siempre	25,6%	21,0%	30,1%
2	Siempre	35,8%	30,8%	40,8%
3	No sabe	1,7%	0,4%	3,1%
Consultoría "optima"*				
0	No	73,7%	69,9%	77,4%
1	Si	26,3%	22,6%	30,1%



Consultoría Psiquiátrica

Las consultorías psiquiátricas que cumplen ciertos estándares de calidad se asocian a menores tasas de hospitalización por causa psiquiátrica



	RTI modelo Quassipoisson ajustado por Escolaridad, Pobreza, Sexo y Edad		
	RTI*	ICI 95%	ICS 95%
Egresos Totales	0,82	0,67	1,01
Depresión	1,12	0,82	1,51
Consumo de Sustancia	0,83	0,65	1,07
Esquizofrenia	0,63	0,48	0,83
Tr. Bipolar	0,79	0,59	1,06
Tr. Ansioso	0,73	0,54	1,00
Tr. Personalidad	0,66	0,49	0,88
Otras Psicosis	0,67	0,51	0,87
Tr. Mental Orgánicos	0,81	0,60	1,10

Resultados

- Un 28,3% de los centros de APS presentaron criterios de consultoría óptima: periodicidad de consultoría psiquiátrica de al menos una vez al mes, realizadas por el mismo psiquiatra consultor, y atención de los usuarios derivados al nivel secundario por el mismo psiquiatra consultor.
- A nivel comunal esta cifra alcanzó un 29,1% de las comunas (presencia de consultoría óptima en más de la mitad de sus centros de APS).
- Las comunas con consultoría óptima presentan tasas menores de egresos hospitalarios por causas psiquiátricas y todas las causas específicas a excepción de los egresos por depresión.
- El ordenamiento por magnitud de tasa de egreso no se modifica al comparar comunas con y sin consultoría óptima. Los egresos por consumo de sustancias, depresión, esquizofrenia y ansiedad continúan liderando las principales causas de egresos.
- Aun cuando la razón de tasas de incidencia (RTi) presentó una magnitud de efecto de 0,85 (es decir, un 15% menor tasa de hospitalización en comunas con consultoría óptima comparado con comunas sin consultoría óptima), -dado que los intervalos de confianza atraviesan marginalmente el valor de nulidad-, la asociación entre consultoría óptima a nivel comunal y la tasa de egresos por hospitalizaciones por causa psiquiátrica no alcanzó el nivel de significación estadística que se estableció para el nivel de confianza
- **Sin embargo, en el análisis por causas específicas, se observa que la consultoría óptima se asocia significativamente a menor tasa de egresos por esquizofrenia (35% menor tasa), por otras psicosis (29% menor tasa) y por trastorno de personalidad (32% menor tasa).**
- Las estimaciones ajustadas por pobreza, escolaridad, distribución de sexo y edad comunal no modifican sustancialmente las estimaciones señaladas. Sin embargo al ajustar por estas variables es posible constatar que la asociación entre consultoría óptima y la tasa de egresos por trastorno de ansiedad también se muestra estadísticamente significativa (27% menor tasa).
- Adicionalmente los resultados ya señalados pueden ser expresados en términos de magnitud de efecto absoluto. Es decir, estableciendo el número menor de egresos (por 10.000 inscritos) atribuibles a la presencia de consultoría óptima en una comuna: al igual que con la razón de tasas de incidencia, se aprecia una disminución de egresos hospitalarios por causas psiquiátricas asociados a la presencia de consultoría óptima a nivel comunal, con una magnitud de **2,44 egresos menos por cada 10.000 inscritos FONASA**, aunque este valor no alcanza significación estadística [95IC% -0,85 a 5,7].

Evidencia Empírica en el Reino Unido (1990)

Liaison psychiatry in general practice: the comprehensive collaborative model

Tyrer P, Ferguson B, Wadsworth J. Liaison psychiatry in general practice: the comprehensive collaborative model. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 359-363.

A model of liaison psychiatry in general practice is described and its impact assessed using data from the Nottingham psychiatric case register. The model incorporates a comprehensive network of general practice psychiatric clinics for both psychiatrists and other mental health professionals, associated with mainly informal liaison with general practitioners and others in the primary care team, and a reduction in psychiatric outpatient clinics. Following the introduction of this model, the proportion of new and re-referred patients seen in primary care settings rose from 1% to 18% in Nottingham over an 8-year period. Over this period admission rates significantly fell in Nottingham compared with the rest of England and evidence is given that the growth of primary care psychiatry contributed significantly to this reduction.

P. Tyrer, B. Ferguson, J. Wadsworth
Departments of Psychiatry and Community
Medicine, St Charles Hospital, London and
Department of Psychiatry, Mappley Hospital,
Nottingham, United Kingdom

Key words: liaison psychiatry; general practice;
primary care
Peter Tyrer, M.D., St Charles Hospital, London
W10 6DZ, United Kingdom
Accepted for publication November 18, 1989

One of the foremost aims of community psychiatry is to transfer the focus of psychiatric treatment from the hospital into community settings. In the United Kingdom general practices are ideal for this purpose, as almost all patients are registered with a general practitioner and live relatively close to their doctor's surgery. Ever since the work of Shepherd et al. (1), it has been established in the United Kingdom that most psychiatric disorder is seen in primary care. It is therefore understandable that considerable attention has been paid to the possibility of improving links with general practice as a way of promoting community psychiatric development.

Williams & Clare (2) rightly reject 2 of the 3 ways in which psychiatrists can work with general practitioners. The replacement model, in which the psychiatrist replaces the general practitioner as the doctor of first contact for patients with psychiatric disorder, is uneconomical and impractical as there will never be enough psychiatrists to satisfy the model, even if it was desirable. The World Health Organization (3) has long argued against this development because it would lead to an unnecessary schism between the care of psychiatric and physical disorders at a time when doctors are constantly being exhorted to practise holistic medicine.

The second model, increased throughput, suggests that general practitioners should refer more patients to the psychiatrist while still retaining the primary care role. This, again, is not practicable, partly because there are not enough psychiatrists, but more importantly because the re-referral of a large part of general practice work to another discipline would be

likely to lead to undervaluing of the general practitioner.

The third model, the liaison and attachment model, is now accepted as by far the most preferable form of contact between general practitioner and psychiatrist. If this works well it should improve continuity of care, promote awareness of the problems facing each discipline and widen the skills of each professional group. However, the form of liaison varies considerably between the shifted outpatient clinic in which the psychiatrist carries out an ordinary outpatient clinic in general practice premises just because they happen to be convenient, a consultation service in which the psychiatrist is only present in an advisory capacity, which was how general practice psychiatric liaison first began (4-6), and a primarily educational role, in which the psychiatrist visits the general practice regularly to take part in lectures or seminars. There is also a role for crisis intervention in primary care, which is particularly favoured by general practitioners (7). Each of these models has been described in the United Kingdom (8, 9) and there is no obvious preference for any one. We suggest that the major elements of all these can be combined in a comprehensive model in which collaboration between the primary care and psychiatric teams is the key element. We regard this as essential because without it the tendency to compartmentalize care into psychiatric and primary care boxes is perpetuated. In a recent survey of reasons for general practitioner referrals, nearly 47% of all patients referred to psychiatrists were to take over management, compared with 4-18% for other spec-





Professor Peter Tyrer, Imperial College, London

- Nuestra revisión encontró un solo estudio que intentó explorar directamente el impacto de consultorías sobre la hospitalización psiquiátrica. Éste exploró la tasa de hospitalización en dos zonas urbanas de Nottingham (Reino Unido), una que previa sectorización, inició tempranamente la práctica de consultoría entre servicios de psiquiatría y “general practitioners”, y otra área con inicio tardío.
- En un período de 8 años, la zona con inicio temprano de la intervención mostró una caída de la tasa de hospitalización de 30%, mientras que la de inicio tardío, mostró una caída de tan solo de 9% (Tyrer et al., 1990).

Tyrer et al.

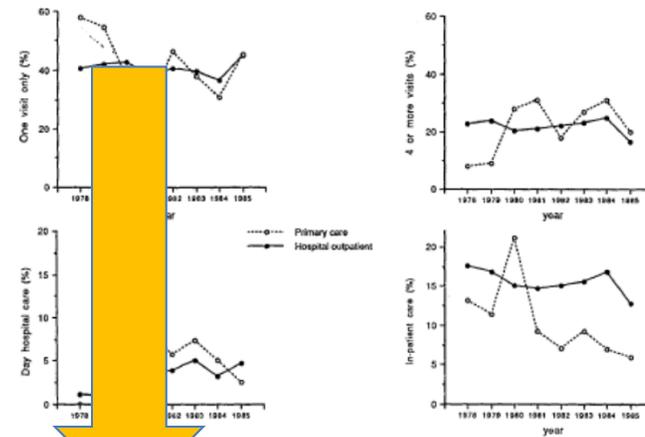


Fig. 2. Level of care for patients first seen in general practice clinics compared with those first seen as hospital outpatients in Nottingham. A hierarchy of care with inpatient treatment taking preference, is shown in the figure, so that those receiving inpatient (or daypatient) care are excluded in the outpatient visits.

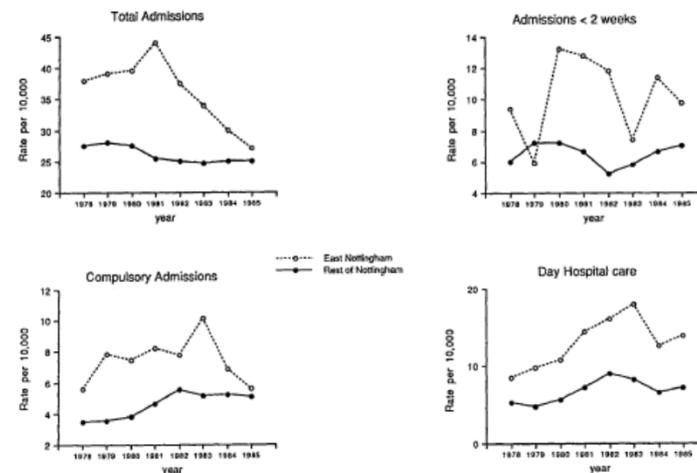


Fig. 3. Comparison of rates for East Nottingham (population 85,000) and the rest of Nottingham (population 300,000) for all psychiatric patients admitted, those admitted for less than 2 weeks' duration, compulsory admissions, and those attending day hospital.



UN GRAN DESAFIO: El Salto de la evidencia a la práctica

Orientaciones Técnicas sobre Consultoría en APS



Consultoría de Salud Mental. El equipo de salud actúa en el rol de consultantes y el equipo de especialidad en salud mental comunitaria como consultor. La consultoría involucra también una importante responsabilidad del nivel primario, ya que en la práctica se constituye un meta-equipo, en el cual, a través del componente de enlace continuado y de la inclusión de aspectos de administración de los procesos clínicos, el nivel especializado se articula con este para brindar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios. . **La Consultoría y Enlace óptima** debe cumplir las siguientes condiciones (1) :

- **Consultoría efectuada en el centro de Atención Primaria, 1 vez al mes o con mayor frecuencia.** Con la participación presencial de los médicos tratantes en APS de cada uno de los pacientes incluidos en esa consultoría, presencialmente o a través de revisión de ficha clínica.
- **Consultoría efectuada regularmente por los mismos miembros del equipo de salud mental especializado, esto es, un mismo Psiquiatra Consultor y los mismos profesionales de ese equipo.**
- **Atención especializada de los pacientes referidos desde el Centro APS al nivel secundario efectuada en el Centro de Salud Mental Comunitaria (o en donde se localice la atención ambulatoria de especialidad en las redes menos evolucionadas) efectuada por el mismo Psiquiatra Consultor y el equipo territorializado de especialidad al cual pertenece.**
- **Definición de un profesional del Centro de Atención Primaria, responsable de la coordinación continua con el Equipo territorializado de especialidad en salud mental,** tanto para efectos de la programación de las Consultorías como durante el periodo entre ellas, para todas las necesidades emergentes o programadas que surjan en este tema.
- **Definición de un profesional del Equipo territorializado de especialidad en salud mental como Coordinador con el centro de Atención Primaria,** para cada uno de los que se sitúan en el territorio asignado a este Equipo, tanto para efectos de la programación de las Consultorías como durante el periodo entre ellas, como forma de resolver expeditamente los requerimientos surgidos de la necesidad de dar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios que residen en el territorio.

(1) Sepúlveda, R. Consultoría de salud mental en atención primaria de salud: Integrando la red y asegurando la continuidad de cuidados. [Internet]. Jornadas Chilenas de Salud Mental Comunitaria.; 2014; Universidad de Chile. Recuperado a partir de: <http://www.saludmentalcomunitaria.uchile.cl/index.php/organizacion-experiencias>

Referencias

- Starfield B. (2009). **Hospitales, Especialistas y Atención Primaria: las responsabilidades de cada uno en la atención a la salud de la poblacional**. Fórum Catalán de Atención Primaria; Barcelona, 19 noviembre 2009. Disponible en : <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Conferencia%20Dra.%20Starfield%20APS%20y%20ESPECIALISTAS.pdf>
- Starfield B, Shi L, Macinko J. (2005). **Contribution of Primary Care to Health Systems and Health**. Milbank Quarterly. 2005; 83(3):457–502. Disponible en: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00409.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1
- WHO/WONCA (2008). **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. World Health Organization / World Organization of Family Doctors. Disponible en. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680_eng.pdf?ua=1
- Ivbijaro G and Funk M (2008). **No mental health without primary care**. Ment Health Fam Med. Sep 2008; 5(3): 127–128. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777569/>
- Sepúlveda, R (2014). **Estudio de la posible asociación entre la actividad de Consultoría Psiquiátrica en APS y las tasas de egresos de hospitalización psiquiátrica, a nivel de comunas del país**. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Agosto de 2014.
- Cape J, Whittington C, Bower P (2010). **What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis**. General Hospital Psychiatry 32(3):246-254.
- Sepúlveda R, Ramírez J, Zitko P, Ortiz AM, Norambuena P, Barrera A, Vera C & Illanes E (2012). **Implementing the Community Mental Health Care Model in a Large Latin-American Urban Area. The Experience from Santiago, Chile**. International Journal of Mental Health, vol 41, n°1, Spring 2012, pp62-72.
- Tyrer P, Ferguson B, Wadsworth J (1990). **Liaison psychiatry in general practice: the comprehensive collaborative model**. Acta Psychiatrica Scandinavica , 81(4):359-363]
- MINSAL (2015). **Orientaciones Técnico Administrativas del Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria**. División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Información complementaria: Diseño y muestra

- El diseño de investigación corresponde a un estudio de tipo transversal, ecológico, que utiliza los datos extraídos del proyecto FONIS SA08120033 “Evaluación de las redes de atención para personas con primer episodio de esquizofrenia, en Chile”, cuyo trabajo de terreno se realizó entre junio 2009 y enero 2010.
- En el estudio original se obtuvo información de 555 centros de atención primaria de 291 comunas, pertenecientes a todos los servicios de salud del país. El marco muestral correspondió al total de los establecimientos de la red asistencial pública del país. Cabe señalar que en 2009 el total de comunas y de centros de APS fue de 364 y 575 respectivamente.

Características de la consultoría

- Las variables estudiadas respecto a las características de la consultoría fueron: (i) ocurrencia de consultoría psiquiátrica (no, si); (ii) periodicidad de consultoría psiquiátrica (menos de una vez al mes, mensual, quincenal o más); (iii) consultorías realizadas por el mismo psiquiatra consultor (no, si); y (iv) atención por el mismo psiquiatra en el nivel secundario (nunca y casi nunca, casi siempre, siempre).
- Con esta información se construyó una nueva variable dicotómica, denominada consultoría óptima, consistente en: ocurrencia de consultoría, con frecuencia al menos mensual, realizada por el mismo psiquiatra y con atención siempre o casi siempre por este mismo en el nivel secundario.
- De los 555 centros de APS incluidos en la base de datos original, 53 (9,5%) fueron descartados del análisis por presentar datos faltantes en alguna de las variables de caracterización de la consultoría, o haber señalado “no sabe” en alguno de los criterios (ver tabla 1 del anexo A). El número de comunas incluidas en el análisis final del objetivo 3 también disminuyó de 291 a 275.
- Para la agregación a nivel comunal de la variable consultoría óptima, se consideró su presencia en una comuna cuando más del 50% de sus centros de APS cumplía los criterios correspondientes a dicha definición.

Variables del estudio: resultados de interés

- La tasa de egresos hospitalarios, se calculó utilizando los registros de egresos disponibles del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud (www.deis.cl), correspondiente al año 2009, disponibles sólo a nivel de comuna de residencia. Las poblaciones de mayores de 15 años por comuna fueron extraídas de la base de población inscrita en centros de atención primaria de FONASA del mismo año (www.fonasa.cl).
- Los trastornos de salud mental que se seleccionaron y sus respectivos códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedad 10ma versión (CIE-10) se presentan en la tabla siguiente:

Otras variables del estudio

- Dentro de las variables que pudieran tener un efecto confundente a nivel comunal, se consideró el porcentaje comunal de personas viviendo bajo la línea de la pobreza (ingreso autónomo hogar ajustado per cápita), y el porcentaje de personas mayores de 18 años con escolaridad inferior a 9 años (escolaridad insuficiente).
- Se incluyó también dentro de las variables posiblemente confundentes la distribución comunal del sexo y la edad. Numerosos estudios han documentado diferente distribución de problemas psiquiátricos (y riesgo de hospitalización por estas causas) según sexo y tramo etarios (Granmegna G et al 2006; Bas P s/f).