

Servicios fuertes e integración: organizar los recursos.

Roberto Mezzina, director DSM ASUI Trieste, Centro Colaborador OMS para la Investigación y la Formación en Salud Mental

En colaboración con Renata Bracco.

Traducción al español: Ernesto Gonzalez Stivala.

1. Los servicios de salud mental: la realidad de la región Friuli Venezia Giulia (FVG).

Seguido de la reforma sanitaria iniciada en 2015, en la Región Autónoma Friuli Venezia Giulia se formaron 5 secretarías mixtas, de las cuales la secretaría sanitaria territorial y la secretaría sanitaria hospitalaria están en fase de consolidación, y que en Trieste y Udine incluyen también a la Universidad, correspondientes al Departamento de Salud Mental (DSM). Estas están compuestas de 16 Centros de salud Mental (CSM) 24 horas, dotados en total de 113 camas, en los cuales operan equipos multidisciplinares relativamente numerosos respecto de otras realidades de nuestra nación con buena proyección internacional. En cuanto departamento estructural, tiene un presupuesto que se negocia anualmente. En la región hay solo 3 Servicios Psiquiátricos de Diagnóstico y Cura (SPDC), con 36 camas y 3 Residencias para la ejecución de medidas de seguridad (REMS) con 6 camas en total. Es un proceso continuo de superación de las instalaciones residenciales con el uso de la metodología del presupuesto individual de salud.

La actividad del CSM 24 horas está dirigida a cubrir la demanda de cuidado de las personas adultas del territorio de referencia, y no son necesarios procedimientos particulares: la solicitud puede ser hecha directamente por la persona interesada y/o por terceros involucrados (familiares, amigos, vecinos, etc.) en el CSM correspondiente, según el territorio. El primer contacto, en la realidad de FVG, puede ocurrir también en sedes diversas del CSM correspondiente, en el distrito, a domicilio, o en otras agencias, instituciones o estructuras sociosanitarias. La llegada al CSM a través del SPDC se aplica sólo a las personas cuya solicitud - por lo general urgente o de emergencia - es recibida por las estructuras de la sala de emergencias (guardias) de un hospital.

Los CSM se caracterizan como lugares de encuentro y de intercambio, ofreciendo prestaciones, intervenciones y programas para los usuarios y familiares. Están activos las 24 horas, con 6-8 camas para el uso diurno y nocturno; realizan actividades de emergencia y urgencia, ambulatorias, de hospital de día y de centro diurno, recibiendo diversas demandas. Gestionan, además, situaciones de vivienda asistida, que agrupa departamentos, pequeñas comunidades terapéuticas y grupos de convivencia.

El estilo de trabajo privilegia la continuidad de la intervención terapéutica, de rehabilitación, especialmente para las personas que sufren trastornos mentales graves. Tal criterio prevé el sostenimiento de la persona en el ejercicio de sus derechos fundamentales y en el acceso a oportunidades sociales (vivienda, educación, capacitación laboral, salud, ocio), acompañándola en su recorrido a y través de la rehabilitación y orientándola en su relación con otros servicios e instituciones. Por la misma razón, el servicio está organizado para intervenir en los diversos

lugares en los que se encuentra el usuario: no solo su vivienda, sino también el hospital, las casas de reposo, la cárcel eventualmente y la REMS (Residencias para la ejecución de medidas de seguridad).

Los CSM aseguran intervenciones que comprenden programas de cuidado, proyectos asistenciales, programas psicosociales y de rehabilitación personalizados, elaborados para cualquier usuario, a través de actividades multidisciplinarias desarrollada por los equipos, también en red con las otras agencias territoriales (Ámbito socioasistencial, Distrito, Municipio). El número total de los CSM en la Región FVG es de 22, número suficiente para formar una red regional de servicios locales con los usuarios y las comunidades pertinentes, aunque 6 aún están abiertos sólo durante el día.

Las zonas de referencia son muy desiguales y deberán ser redefinidas según la población estándar que oscila entre 50.000 y 80.000 habitantes para asegurar una responsabilidad directa para que cada una se haga cargo de su zona de competencia real (hay consejos para CSM UD Norte - 98.000 habitantes; CSM PN ciudad 97.000).

Debe tenerse en cuenta que el modelo de CSM 24 horas, si bien se refiere a los modelos internacionales de trabajo territorial (ACT, FACT, Equipo de Resolución de Crisis, casas de medio camino, casas de crisis, tratamiento intensivo residencial, etc.) que superen el esquema de trabajo territorial o de forma ambulatoria, representa un desarrollo realizado en Trieste por primera vez en los años 70 y que luego se extendió a toda la región.

En todos los departamentos de salud mental hay programas activos articulados de habilitación y rehabilitación, de formación e integración social de las personas con problemas de salud mental. Las actividades de rehabilitación se llevan a cabo, por lo general como actividades residenciales, actividades en centros de día y actividades de inserción laboral.

2. Los datos y las tendencias en Trieste y en la región.

Los datos generales del DSM de Trieste (Secretaría Sanitaria Universitaria Integrada- ASUITs) en el 2016 muestran:

- 4.470 usuarios en contacto con los servicios de salud mental territoriales, edad media de 55 años, 56% son mujeres o personas visitadas en ubicaciones distintas a la sede del servicio.
- 23 personas en Tratamiento Sanitario Obligatorio (TSO) (10/100.000 habitantes adultos) de los cuales 1/3 fueron atendidos en los CSM 24 horas.
- Puertas abiertas en todos lados y ningún tipo de contención física utilizada
- 316 usuarios implicados en la capacitación y en la inserción laboral en las cooperativas y en las empresas privadas, de los cuales 25 son contratados.
- 151 presupuestos personales de salud para programas terapéuticos de rehabilitación individuales.
- 18 personas, hasta ahora, aceptadas con un programa semestral (grupos de 6) en la

experiencia de la innovadora *Recovery House* (Casa de Recuperación)

La actividad de los equipos territoriales es, en nuestra opinión, bien descrita tanto por las tasas de prevalencia e incidencia (Tab. 1) como por su proyección territorial (Tab. 2). Trieste presenta 4 CSM 24 horas (1/60.000), con un total de 26 P.L. (Tab. 3 para una descripción de sus actividades de recepción). La tendencia en los últimos años (Tab. 4) muestra una reducción sustancial de los episodios de atención requerida por los usuarios, así como del número total de días, lo que da testimonio de la excelente cobertura territorial garantizada por las intervenciones y de la eficiencia y eficacia de la decisión de encomendar al mismo equipo que se haga cargo de las crisis, así como de la continuidad de las actividades de prevención secundaria y terciaria y del cuidado.

La gestión de crisis a través del Tratamiento Sanitario Obligatorio (TSO) muestra una baja tasa en Trieste, así como a nivel regional, con un uso de los CSM 24 horas como lugares donde se gestionan TSO sin hospitalización. Los datos de los DSM de la región FVG muestran datos comparables por prevalencia e incidencia, y una muy baja tasa de hospitalización y TSO, con un uso generalizado de las camas de recepción en el CSM 24 horas (Tab. 5- 8). La región muestra tasas (no normalizados) de hospitalización por TSO por cada 100.000 habitantes más bajas de Italia, según datos del Ministerio de Salud (base de datos SDO 2010 y 2014/población ISTAT).

En cuanto a los recursos humanos, hay una tendencia constante a su reducción en la ASUI en Trieste y, por lo tanto, en el balance en su totalidad (Tab. 9-10).

• **Organizar los recursos: la experiencia de Trieste**

El departamento de salud mental – ASUI Trieste, se funda sobre algunos criterios o principios de la práctica territorial (Mezzina, 2014, 2016):

1. Responsabilidad de la salud mental del área territorial
2. Presencia activa del Servicio y movilidad hacia la demanda
3. Accesibilidad (y modelo de reconocimiento)
4. Continuidad terapéutica
5. Prioridad a la crisis en el servicio territorial
6. Universalidad/integración
7. Trabajo en equipo.

El propósito es determinar un enfoque centrado en la persona, orientado a toda la vida. Una de las herramientas para las actividades de rehabilitación es, de hecho, el proyecto personalizado, que también proporciona apoyo financiero específico (presupuesto de salud) en aspectos como vivienda, trabajo y vida social.

A partir de estos principios, y teniendo en cuenta la asignación de recursos humanos y económicos que se situó por debajo de la media italiana (3,43 frente a 3,49% de la FSN, según datos de la SIEP), con un leve incremento del gasto en Trieste, ha trabajado para lograr una mayor eficiencia del público - organizando el mejor uso de los recursos. Uno de los aspectos centrales es que los cambios en la organización del trabajo en los CSM 24 horas, a fin de garantizar una forma de trabajo eficaz, no sólo ante una crisis, sino también en las intervenciones y apoyos a más largo plazo.

Se debe garantizar una asignación adecuada de partidas, o un equipo multidisciplinario que incluya, al menos, cinco psiquiatras (1/10.000), dos psicólogos, dos educadores y/o técnicos de rehabilitación psicosocial, 2 trabajadores sociales, enfermeras y entre 24 y 26 operadores sociosanitarios (OSS) (para una relación media de personal de 1,2 operadores/1000); pero, por supuesto, siempre en referencia a las funciones cardinales: (a) la recepción y la orientación de la solicitud; (b) respuesta a la crisis, y hospitalidad día y noche; (c) continuidad de la atención, trabajo territorial y en red con integración del interdistrital e intersectorial.

Para garantizar el trabajo territorial y la continuidad de la atención, se prevé la subdivisión del territorio de competencia del CSM en dos subzonas para las que se asigna un equipo de referencia. A partir del padrón de personas en tratamiento en el CSM y los residentes en la subzona, se realiza una selección de usuarios y su inserción en grupos de Continuidad Monitoreada. En las reuniones semanales, los dos equipos discuten cada situación y definen el momento de las intervenciones en domicilios. En función de la frecuencia de visitas, los usuarios se clasifican en:

- ALTA PRIORIDAD: intervenciones domiciliarias cotidianas
- MEDIA PRIORIDAD: 2-3 intervenciones domiciliarias a la semana
- BAJA PRIORIDAD: 1 visita semanal o quincenal

La pertenencia a uno de los tres grupos varía en el tiempo y en función del estado integral de la persona.

Los datos del estudio corresponden al 2015, cuando 3959 personas entraron en contacto con los CSM. Entre estas se identificaron 377 personas (10% de los usuarios de los CSM) para quienes los equipos territoriales han considerado apropiada su entrada en los grupos de monitoreo continuo sobre la base de criterios predefinidos, similares a los de ACT. El 55% de los usuarios son hombres (206) con una edad media de 45 años, mientras que las mujeres tienen una edad media 49 años

El 4% de las personas que ingresaron en los grupos de prioridad eran ya pacientes en el primer contacto con los CSM, 10 hombres y 6 mujeres. El 76% de los usuarios monitoreados en domicilio (287 personas) sufren de trastornos mentales severos (F2, F3, F6). 133 personas (35%) son personas con necesidades complejas por lo cual es necesario el cuidado integrado con otras entidades del territorio.

La valoración de las intervenciones domiciliarias multiprofesionales para las personas en monitoreo continuo (n = 33.734) (Bracco y Zanello, comunicación personal) muestra un costo relativamente bajo (709.625 EUR) en comparación con el de las soluciones de acogida para la atención aguda (SPDC) y la atención crónica (centros residenciales de 24 horas), y que estaría cubriendo las necesidades de atención en contextos institucionales, y no de la vida diaria, de un número incomparablemente más limitado de usuarios (ver. Tabla 11-13). Es, de todas maneras, necesario trabajar para integrar otros recursos, y crear formas de coproducción. Nos referimos aquí a personas tales como:

1) Otros servicios sociosanitarios (distritos, servicios sociales)

. 2) Partes interesadas como:

- Asociaciones de voluntariado y promoción social, cooperativas, ONG etc.
- Personas con experiencia, usuarios de los servicios, autoayuda, apoyo entre pares
- Familiares organizados y no organizados
- Ciudadanía activa: por coproducción se entiende la creación de servicios y programas, junto con las partes interesadas (usuarios, familiares, comunidad en general). El término fue acuñado en los EE.UU. desde el Premio Nobel de Economía Elinor Ostrom (Ostrom y Baugh, 1973; Parks et al., 1981), y se define como la prestación de servicios públicos en una relación justa y recíproca entre los profesionales, las personas que utilizan los servicios, sus familias y sus vecinos (donde las actividades son coproducidas de este modo, los servicios y los barrios se vuelven agentes de cambio mucho más eficaces, Boyle y Harris, 2009). Se trata de reconocer a las personas como recursos, promover la reciprocidad, dar y recibir (la confianza entre las personas y el respeto mutuo) y construir redes sociales, debido a que el bienestar físico y mental de las personas depende de las relaciones a largo plazo (Boyle y Harris, 2009). Entre las funciones, programas y actividades del Centro de Salud Mental de 24 horas en Trieste, en particular, se agregan la promoción del liderazgo, la participación y la implicación de los usuarios, la (in)formación para familiares, y una serie de intervenciones en colaboración con otros servicios sociales y de salud, en particular, los distritos, en las áreas de salud mental para los adolescentes y adultos jóvenes (equipos funcionales comunes para el reconocimiento de los estados mentales en situación de riesgo y la aparición temprana de psicosis, con 83 días de media DUP), los ancianos, las personas con discapacidad, en la atención primaria, en comorbilidad con adicciones, etc. Se efectuaron, en el 2016, intervenciones en hogares de ancianos y residencias polifuncionales para 191 personas, la colaboración con el ICS para los solicitantes de asilo (45 personas en 2016) y el proyecto "estrella polar" a favor de los extranjeros sujetos a la explotación (5 personas).
- Incluso los programas de los centros de día, implementado con las asociaciones de salud mental y más en general del territorio, se han organizado como "coproducción" con el fin de cubrir áreas específicas de la habilitación y la inclusión social, que se describen a continuación como componentes un popular centro de día ("Sitios sociales).

1. Bienestar: conciencia, conocimiento y respeto por el propio cuerpo promoviendo actividades de grupo, así como individuales, en la educación motriz general, organización de cursos y actividades relacionadas con la motricidad en general;

2. Integración, socialización e inclusión: actividades y programas de socialización, relacionales y de apoyo para promover y desarrollar capacidades expresivas y relacionales, habilidades para reintegrar identidades e iniciativas culturales;
3. Expresión y lucha contra el estigma: programas de expresión cultural, con especial énfasis en talleres artísticos teatrales, musicales, plásticos y más generales, dirigidos a la organización de espectáculos, exposiciones, representaciones teatrales, conciertos y participación en eventos nacionales e internacionales dirigidos a la concientización de cara a la inclusión social, y a contrarrestar las diversas formas de marginación y prejuicio, en colaboración con teatros, establecimientos públicos, asociaciones y otras entidades públicas y privadas;
4. Participación: grupos transversales con los usuarios específicos como protagonistas, formados por miembros de las familias y personas con experiencia en el campo del padecimiento psíquico, operadores del sector, representantes de asociaciones y de los ciudadanos; promoción del "apoyo entre pares", como valorización de la experiencia subjetiva del padecimiento, travesía hacia la recuperación, lucha contra el estigma y el prejuicio; cursos de formación destinados a mejorar el papel de los *peer supporter* (pares que apoyan) en los servicios de salud mental, participación en actividades de acogida, organización de grupos de autoayuda y la construcción de investigaciones participativas sobre la calidad de los servicios;
5. Especificidad de Género: profundización en la concientización de género para el fortalecimiento de la identidad subjetiva y la identidad de grupo; intercambio y apoyo entre iguales, así como un impulso a las actividades culturales y de sensibilización sobre cuestiones de género en red con otras asociaciones e instituciones del territorio;
6. Formación e inserción laboral, mediante la implementación de esquemas individualizados de formación, preformación e inserción laboral -sostenidos mediante "becas de formación" o desde el "presupuesto de salud", dirigidos al desarrollo de competencias y habilidades relacionales y laborales en múltiples áreas, en colaboración con entes locales y de formación.

3. Las referencias internacionales de integración en salud mental.

Si comparamos estos aspectos de organización con lo que afirma la OMS, podemos considerar la Visión del Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 como un punto de partida fundamental: "Un mundo en el que se valore, promueva y proteja la salud mental, en el que se prevengan los trastornos mentales y las personas afectadas por estos trastornos puedan ejercer plenamente todos los derechos humanos y acceder a tiempo a los servicios de atención de salud y sociales de alta calidad y culturalmente apropiados, que promuevan la recuperación para que puedan alcanzar el nivel de salud más alto posible y participar plenamente en la vida social y laboral, libres de estigma y discriminación ". Los seis enfoques y principios transversales de este Plan de Acción son:

- Acceso y cobertura universales: sin discriminación por motivos de edad, género, situación socioeconómica, raza, etnia u orientación sexual, y de acuerdo con el principio de igualdad, las personas con trastornos mentales deben poder acceder sin riesgo de empobrecimiento, a los

servicios esenciales de salud y sociales que les permitan sanar y disfrutar de la mejor condición de salud posible.

- Derechos Humanos: las estrategias y medidas de tratamiento y atención, prevención y promoción aplicadas en salud mental deben cumplir con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y con otros instrumentos internacionales y regionales en materia de derechos humanos.
- Intervenciones basadas en la eficacia: las estrategias e intervenciones para el tratamiento, la atención, prevención y promoción, aplicados en el ámbito de la salud mental deben basarse en datos científicos y/o en las mejores prácticas, así como tener en cuenta las consideraciones culturales.
- Enfoque orientado a cada etapa de la vida: las políticas, la planificación y los servicios de salud mental deben tener en cuenta las necesidades sociales y de salud de todas las etapas de la vida: primera y segunda infancia, adolescencia, adultez y vejez.
- Enfoque multisectorial: Un enfoque integral y coordinado de la salud mental requiere la participación de diversos sectores públicos como salud, educación, trabajo, justicia, vivienda, acción social y otros sectores involucrados, así como del sector privado, dependiendo de la situación del país.
- Empoderamiento de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales: las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales deberían obtener las herramientas necesarias para participar en actividades de concienciación, en políticas, planificación, legislación, prestación de servicios, vigilancia, investigación y evaluación en lo relacionado a la salud mental.

En lo que respecta a la integración, el enfoque multisectorial nos rememora a aquellos que, desde el principio, fueron las esferas de intervención sobre las necesidades en el proceso de desinstitucionalización y construcción de servicios territoriales, en particular los CSM 24 horas:

- Vivienda (restauración, mantenimiento y limpieza de viviendas, búsqueda de otras soluciones de vivienda)
- Ingreso (ayuda financiera en efectivo, uso de la caja del Centro, gestión cotidiana del dinero, actos en defensa y protección de los bienes)
- Suministro de alimentos (catering, comedor en el Centro, suministro de alimentos en casa)
- Autocuidado (lavandería, limpieza personal, peluquería, guardarropa)
- Empleo y trabajo (asignación de pequeños empleos en el Centro, asignación de becas de

trabajo, inserciones en cooperativas)

- Ocio (teatro, pintura, música, gráficos, sastrería, cerámica, gimnasios, deportes, viajes, fiestas, cine y espectáculos).

El tema de la multisectorialidad, o intersectorialidad, radica tanto en el Bienestar (mix) como en relación con los Servicios Generales de Salud (*mainstreaming*). ¿Qué criterios la guían? En primer lugar, el reconocimiento de las necesidades y desigualdades, vinculadas a la persona, cuya centralidad (en lugar de la enfermedad como entidad abstracta del pensamiento positivista) es el verdadero cambio de paradigma. Para hacer esto, tenemos que cuestionar los sistemas sociales y determinantes (a los que Basaglia se refirió de la misma manera -ver su reflexión sobre el asilo y la miseria).

La integración de la OMS (2008) se considera una integración entre las políticas y la gestión, por ejemplo, para una población particular que contrate servicios públicos y privados, considerando la planificación, la capacitación, la supervisión, la gestión económica, etc. Los riesgos son las brechas entre las diferentes estructuras, que en cambio se ven como continuo. Debe implementarse la gestión y prestación de servicios de salud para que el cliente reciba una serie continua de intervenciones preventivas y curativas, de acuerdo a la evolución de la necesidad en el tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud. Para el usuario, un sistema deslizante, fácil de navegar, coordinado con un proveedor de atención de la salud consciente de su salud en su conjunto (no sólo mirando los aspectos clínicos individuales) y con continuidad en la atención. Para los proveedores, se deben ofrecer, gestionar, financiar y evaluar conjuntamente servicios técnicos independientes, de manera estrictamente coordinada. La integración organizacional se da cuando hay fusiones, contratos y alianzas estratégicas entre diferentes instituciones.

La integración profesional ocurre cuando diferentes áreas de la salud trabajan juntas para ofrecer servicios unitarios (por ejemplo, maternidad, neonatología y pediatría). El primer reto es disponer de una gama adecuada de habilidades; el segundo radica en colaborar eficazmente con los diferentes profesionales.

La integración, según la OMS, no siempre es buena, como tampoco siempre mala. Es necesario emplear diferentes figuras y asignar una amplia gama de tareas a cada área (combinación de habilidades). Las perspectivas para la integración del usuario y del proveedor son diferentes. Pueden ser escasas para el usuario aunque parezcan altas como en algunas redes de servicios de atención primaria.

El principal argumento a favor de una buena integración se encuentra en la relación costo-eficacia con orientación al cliente, equitativa y sostenida localmente. Los costos se reducen al compartir los recursos, y la eficacia aumenta al tratar a la persona como un todo (más su familia, la red, etc.) y no como problemas individuales.

Las críticas, en los sistemas no funcionales, giran alrededor del hecho de que un solo buen programa puede verse afectado por la integración. Sin embargo, el deseo de construir programas integrados ignora la realpolitik dominada por el rendimiento, la meta y la reducción de tiempos.

Las lecciones de una integración exitosa parecerían ser, en consecuencia, las siguientes:

- . No todo es una misma cosa, sino un *continuum*.
- . No es una terapia de un sistema con recursos inapropiados y volcado al ahorro, o a programas que no funcionan. La base empírica es baja, todavía no hay investigaciones, excepto en países de ingresos bajos y medios; la cuestión, en particular, no está siendo tomada en cuenta (Briggs, Cochrane Review, 2007). El concepto de integración debe ser, en nuestra opinión, referido a temas como la ciudadanía, el papel activo de la gente en la recuperación y el empoderamiento, la justicia social y la redistribución de los servicios. Todo ello queda confirmado por los principales objetivos del Plan de Acción Europeo de la propia OMS:
 - Bienestar en los ciclos vitales
 - Derechos humanos y empoderamiento para los ciudadanos
 - Acceso a servicios comunitarios y transitables.
 - Tratamientos respetuosos, seguros y efectivos; y participación en la toma de decisiones
 - Garantía de una buena salud mental y física para todos
 - Enfoque intersectorial
 - Información y conocimiento. En un estudio realizado por la Unidad de Inteligencia de The Economist (2015) se ha definido un Índice de Integración de la Salud Mental en los países europeos basado en el entorno (hogar y familia), el acceso a servicios, las oportunidades de trabajo y educación, las políticas apuntadas a contrarrestar el estigma y crear conciencia en la opinión pública. En este índice, Italia está en el tercio inferior del ranking (con de la excepción de Trieste, la cual es mencionada), a pesar de la gran reforma psiquiátrica de 1978, principalmente debido a la escasez de oportunidades y de recursos para el *welfare* disponibles para sus ciudadanos con necesidades de salud mental (ver Figura 1).

4. Interceptar los determinantes de la salud

También es necesario referirse a la cuestión de los factores no relacionados con la salud que juegan un papel causal o semicausal. La reflexión sobre los factores determinantes de la salud se debe a la gran labor de Richard Warner entre las tasas de desempleo y la mejoría de la esquizofrenia en Europa durante el siglo XX (Warner, 1995). Los factores determinantes de la salud (Marmot, 2005), los factores que exacerban o amenazan la salud de las personas y las comunidades, están vinculados a elecciones de vida individuales, como el tabaquismo, o características sociales, económicas y ambientales que a menudo no controlan de los individuos.

Los determinantes sociales se relacionan a:

- edad,
- sexo,
- estatus social,
- etnia,
- acceso a la educación,
- calidad de la vivienda,
- presencia de relaciones de sostén,
- participación cívica y social,
- disponibilidad laboral,
- la calidad del aire que respiramos, y a los hogares donde vivimos.

La mayor vulnerabilidad está asociada a las dificultades sociales, a saber, la pobreza y la baja educación. La OMS también reconoce el vínculo entre la salud mental y la conducta, en el sentido de "problemas" de salud del comportamiento, tales como el abuso de sustancias, la violencia, el abuso de mujeres y niños. Estos se presentan como un solo clúster.

Al igual que las enfermedades cardíacas, la depresión y la ansiedad son más difíciles de hacer frente en condiciones de alto desempleo, bajos ingresos, pobre educación, condiciones de trabajo estresantes, discriminación de género, estilos de vida poco saludables y violaciones a los derechos humanos (Desjarlais et al., 1998).

En un estudio sobre determinantes sociales en salud mental de la OMS y de la Fundación Calouste Gulbenkian (OMS, 2014), se confirma la correlación entre los factores de riesgo y las desigualdades sociales, su efecto acumulativo a lo largo de la vida, y la necesidad de estrategias globales a nivel poblacional. Mediante una revisión sistemática de la literatura epidemiológica en países de renta media y baja se encontró evidencia sobre la distribución de los trastornos mentales comunes según un gradiente de desventaja económica; lo cual fue confirmado, además, mediante un ejercicio similar en Europa (OMS 2014).

Existe una relación bidireccional entre los trastornos mentales y el estatus socioeconómico, con la hipótesis dominante de un efecto de amortiguamiento según la disponibilidad de contención social, así como de habilidades individuales para afrontar situaciones de estrés psicosocial.

Por otro lado, en la definición de la dimensión social de la recuperación, podemos ver que cuando se resalta una actitud participativa en la vida social y de la comunidad es un elemento clave, ya que indica que la persona está saliendo del aislamiento, desde la fractura de la enfermedad sensorial y comunicativa, lo que resulta en resocialización. Es posible advertir en el sujeto una especie de "ciudadanía vivida", y la aparición de un ser social, no alienado, que es la naturaleza íntima de la recuperación social (Mezzina et al., 2006a, b).

De aquí la necesidad de un complejo de rehabilitación (Rotelli, 1993) que procure construir (o reconstruir) el acceso real a los derechos de ciudadanía y el ejercicio progresivo de los mismos. Los 3 niveles de intervención donde las estrategias de rehabilitación deben trabajar incluyen:

- el plano legislativo,
- acciones que favorezcan la disponibilidad de recursos,
- la producción de capacidades de acceso para el usuario en general (usuario designado, familia, circuitos colaterales, operadores, servicios).

Los objetivos establecidos son la autonomía personal, la educación, la formación profesional, las habilidades sociales, la necesidad de poder y la capacidad de expresar sus puntos de vista.

Amartya Sen ha redefinido el horizonte de las esperanzas individuales, reconociendo el derecho a adquirir funcionamiento social, que efectivamente hace a un ejercicio real de libertad e igualdad. Estas definen la forma en que cada individuo elige un tipo de vida en lugar de otro, o establece su estilo de vida. Las capacidades, definidas por Nussbaum en diez dominios, incluyen a este respecto muchos aspectos que podemos referir al estilo de vida, como la libertad de expresión emocional, poder reír, jugar, disfrutar de actividades recreativas, tener control del entorno material de la propia vida. Tales capacidades de "hacer y ser" son moduladas por las condiciones sociales, económicas y ambientales, o por los determinantes sociales de la salud ya mencionados.

El bienestar es la adquisición de funcionamientos (entendido como un estado de ser o de hacer), y la

capacidad de adquirir funcionamientos corresponde a la libertad (es decir, oportunidades reales) de tener bienestar. Esto significa llevar una cierta vida en lugar de otra, lograr sus propios objetivos, poder elegir (A. Sen).

En la medida en que se ve en relación con estos conceptos, la ciudadanía debe ser interpretada como un proceso social que conduzca a transformaciones individuales y sociales; no una condición, sino una práctica, que actúa esencialmente sobre los derechos sociales (De Leonardis). Es, pues, la redistribución del poder, el ejercicio y el desarrollo de la capacidad.

5. Estudio de caso: el presupuesto de salud individual y la asistencia en la vivienda

Aquí está el vínculo entre el desarrollo económico y sanitario de la comunidad para promover el desarrollo del potencial humano de las sociedades y, por lo tanto, el vínculo entre las políticas sociales y de salud porque las primeras tienen efectos directos y visibles sobre los indicadores de salud.

Los estudios de caso que la experiencia triestina propone hoy son los proyectos de Microárea (que no describiremos aquí, pero que son un buen ejemplo de comunidad de bienestar local y participativo), el CSM 24 hs, la intervención en redes sociales (Terzian et al., 2013), y la asistencia de vida.

La reducción progresiva de camas se ha valido en la última década de la metodología de presupuesto sanitario vinculada a un diseño terapéutico personalizado. Los datos muestran como la reconversión de los recursos de las estructuras a los ambientes de vida de las personas y sus contextos ha tenido una serie de impactos en el sistema general, que refuerzan los proyectos individuales de cuidado de las personas con necesidades complejas.

El Proyecto Personalizado/Presupuesto de Salud se apoya sobre los ejes principales no solo de la vivienda, sino del trabajo y la sociabilidad, partiendo de las necesidades expresadas por las personas y las necesidades individualizadas en colaboración. Se trata de un método innovador de financiación en el mix público-privado que el escenario complejo de la crisis del estado de bienestar y de la integración socio-sanitaria ha generado y que mueve recursos económicos alrededor de la persona.

Los socios, representados por trabajadores sociales privados (cooperativas sociales A y B), co-gestionan proyectos individuales y contribuyen al co-diseño de otros proyectos, proponiendo acciones y formas concretas de implementar los mismos.

En Trieste, la evolución de la vivienda asistida se perfila hoy por hoy con la finalidad de la vida independiente. De hecho, hay 98 personas para 45 hogares en 2017.

- El arrendatario y/o el propietario pueden ser:
- - ASUITS en comodato (4 casas),

- - ASUITS a través de la L. 15 (9 casas),
- - Gestor de vivienda (cooperación social, asociación y privada para 4 viviendas).

Esto ha impulsado, entre otras cosas, la experimentación de nuevas formas de vida y residencias:

- El hogar para la recuperación. El programa está basado en una residencia de 24 horas, ocupada previamente por personas durante largos periodos, que fueron reubicadas en otras viviendas en 2015. Se creó un plan de ingreso con la explicación clara de intenciones y objetivos explícitos, de forma de garantizar postulantes conscientes de la situación y responsables. La experiencia del grupo de 6 jóvenes con trastornos psicóticos, que cohabitan durante seis meses, tiene como objetivo promover procesos de recuperación individuales, incluso mediante la reducción o revisión del uso de drogas. Los distintos subsistemas (grupo de hogares, grupos familiares, trabajadores sociales privados, operadores de DSM) interactúan entre sí sobre la base de los principios de máxima transparencia y participación de las decisiones, que siempre ven a los jóvenes usuarios como protagonistas. Salir de la casa coincide con la construcción de un proyecto personalizado, que se puede mantener con un presupuesto de salud.
- La red de autoayuda apoyada. Al mismo tiempo, el desarrollo de módulos flexibles de apoyo a la experiencia domiciliaria ha permitido alcanzar soluciones de cohabitación mediante la puesta en común de recursos para la vida cotidiana (cocineros, limpiadores, cuidadores), a veces incluso con el compromiso de compañeros o miembros de la familia, que también pueden representar puntos de referencia, basados en la convivencia, para otros usuarios alojados (programa "Agregar un lugar a la mesa").
- Departamentos de transición. El alojamiento proporcionado por la LR n. 15, que seguían siendo de propiedad pública y, por lo tanto, no podían ser "hogares", se utilizaron como soluciones transitorias para las instancias progresivas, a veces como vía de salida de la residencia tipo comunidad de 24 horas, otras para facilitar la salida después de largas permanencias en los CSMs.
- REMS de puertas abiertas. Desde mayo de 2015, se ha implementado por primera vez la REMS (Residencia para la Ejecución de Medidas de Seguridad) en un centro de día, con una cuarentena de usuarios para dos camas, lo que gracias al entorno de normalización y las actividades de rehabilitación con asociaciones, abiertas a la comunidad, pudo garantizar la máxima calidad terapéutica y de rehabilitación en una visión "sin restricciones".

7. Conclusiones: indicaciones generales de valores y de principios

De lo que se ha dicho, surge que la salud comunitaria fue entendida como un pasaje que deriva de la desinstitucionalización a través de sistemas construidos alrededor de individuos y comunidades (Mezzina 2014, 2016). Esto se refiere a un enfoque global y holístico que conecta la medicina con los sistemas de bienestar en una potente sinergia - concepto de sistemas enteros, enfoque de toda la vida (Jenkins, Rix, 2002, IMHCN 2015). La atención a las personas y a los derechos de ciudadanía plantea la cuestión de los valores de los que se derivan prácticas y servicios (servicios basados en valores, Fulford, 2004). La construcción de procesos personalizados es la clave estratégico-organizativa principal en la que la persona tiene un papel activo y un poder contractual. Evitar o reducir las "transiciones en la atención" (Segal, 2004) reduce el riesgo de fragmentación del sistema de servicios. Es necesario construir la responsabilidad de los servicios con la comunidad.

La potestad de los procesos de cuidado se encuentra en el territorio, pero debe reconocerse la relevancia de los contextos como productores de sentido de las acciones de salud y como proveedores de recursos, lo que implica rechazar la automatización de los "paquetes de cuidado" indiferentes a los contextos de aplicación real. La transición de una medicina de rehabilitación a una salud participante (sin caja negra como embudo de especialización) requiere del protagonismo de los sujetos del sistema de salud, proponiendo un concepto de liderazgo vinculado a la iniciación de procesos de cambio estratégico y organizativo.

Esto implica pasos adicionales (Mezzina, 2013):

- 1- De responsabilidades legales de los profesionales, relacionadas con los aspectos de control social, valorados en términos de riesgo, a un concepto más amplio de responsabilidad basada en la salud mental de y para la comunidad (la llamada *accountability* o rendición de cuentas).
- 2- de servicios "especializados", heterogéneos y fragmentados a servicios holísticos y globales, construidos alrededor de la idea de la persona como unidad, sostenida en la continuidad de la atención, a través de "proyectos de vida" en lugar de programas terapéuticos y de rehabilitación como tales.
- 3- de los servicios ofrecidos, medidos en términos de eficiencia y efectividad, a opciones/oportunidades relacionadas con el concepto de proceso individual (personalizado) hacia la recuperación y la emancipación.
- 4- de los derechos formales (derechos civiles, derechos humanos) garantizados por la legislación, a los derechos sociales vinculados al concepto de ciudadanía, lo que implica el llamado a políticas para contrarrestar la exclusión y proporcionar recursos y acceso a la inclusión social.

Los grados de libertad, que podemos definir como uno de los principales resultados del proceso en términos directamente apreciables y percibidos por aquellos que están involucrados en primera persona (la persona que sufre), pueden ser esbozados por las oportunidades y alternativas presentes en cada etapa del proceso, por el acceso a la red de servicios, para operar en última instancia en el desarrollo de

las capacidades que hacen real la elección de una vida por sobre la otra (Sen).

Freedom First es el título de la investigación de campo cualitativa en Trieste, con todos los actores involucrados, del *Trimbos Instituut* holandés (Muusse, Van Roijen, 2015). *Freedom First* se refiere a la libertad como principio rector (puertas abiertas y sin restricciones). Los tres enfoques identificados son:

1) el enfoque holístico/global: la atención de la salud mental no pone énfasis en la enfermedad, sino en la persona y el individuo y en la restitución de la subjetividad. No se habla de pacientes o clientes, sino de usuarios o huéspedes. La exclusión social se considera como resultado del modelo médico con su lenguaje particular, sus relaciones y su estructura jerárquica. El «punto de vista relacional» se ha explicado de la siguiente manera:

- las necesidades personales se han establecido sobre la base de la historia personal del usuario y éstas se refieren también a las relaciones sociales, desde el círculo familiar hasta el contexto de la persona;
- para responder a las necesidades de los usuarios, las relaciones entre operadores y usuarios se consideran esenciales;
- los servicios fueron evaluados de acuerdo con los criterios de pasos personales hacia la recuperación y el empoderamiento. Para apoyar esta idea, el servicio de salud mental está abierto 24 horas los 7 días.

2) El enfoque ecológico: se hace hincapié en el contexto social, la red personal y los grupos sociales a los que pertenece un individuo. Los cuidados se ofrecen en la comunidad, proactivos, accesibles y tienen como meta la inclusión social. Los operadores contactan al individuo, su familia, los servicios de alojamiento, etc. El centro de salud mental ofrece servicios generales y especializados de prevención y tratamiento a todos los usuarios de la región/distrito de la que es responsable. Debido a su "responsabilidad territorial" con los usuarios, el centro de salud mental no puede reubicar a pacientes con problemas graves en otros centros.

3) El enfoque jurídico: se hace hincapié en los derechos humanos de las personas con problemas psiquiátricos, tanto desde el punto de vista jurídico como social. Para crear una comunidad que garantice la inclusión y la posibilidad de que todos puedan ejercer sus derechos sociales, es necesario crear una red de apoyo.

Hablamos de la necesidad de un servicio basado en valores:

- Ayudar a una persona, y no tratar una enfermedad
- Ciudadanos con derechos
- Superar las crisis
- Comprender los sucesos de la vida

- Explicar y discutir la experiencia
- No perder los valores como persona (invalidación, abandono, violencia)
- Mantener roles sociales y redes/sistemas
- Desarrollar el potencial de crecimiento (recuperación)
- Oportunidades
- Cambios (condiciones y estilos de vida)
- Recursos materiales (trabajo, dinero, ayuda practica)
- Evitar la iatrogenia
- Ayudar a las estrategias de recuperación personal

Es un enfoque orientado a la vida en su integridad. El concepto del enfoque "VIDA COMPLETA" (IMHCN, 2015) significa poner a la persona en el centro, como ciudadano y miembro de una comunidad, para desarrollar su vida en todos sus aspectos, en su globalidad e integridad. Una persona con problemas de salud mental tiene las mismas necesidades básicas que todos nosotros, y reconocer a una persona como un todo es la manera de desarrollar y llevar una vida que esté llena de propósitos, intereses, reconocimientos, contribuciones y valores. Las personas con un problema de salud mental están buscando una vida completa que incluye necesidades y aspiraciones. Permitir que la gente tenga la oportunidad de tener una vida plena y ayudarlos en su proceso de recuperación y bienestar requiere acceso directo a la salud, las oportunidades educativas, la capacitación laboral, el trabajo, el voluntariado, las redes sociales, los deportes y el ocio, la cultura, la fe y la religión.

Para lograr esto, se necesita un SISTEMA COMPLETO, es decir, desarrollar el universo de relaciones, redes y actores sociales, medios, servicios y oportunidades alrededor de la persona, en una respuesta global a la recuperación. Todo el Sistema debe tener objetivos y metas comunes negociados y compartidos por todos los actores de la comunidad. Por lo tanto, los componentes del sistema son interdependientes entre sí y cada uno de ellos aporta una contribución definitiva al sistema completo donde el aspecto general y no el componente individual es el objetivo más importante. Este enfoque optimiza los recursos humanos, económicos, sociales y culturales de las comunidades locales. Todas las comunidades tienen la posibilidad de ofrecer oportunidades significativas para los individuos y sus familias, para continuar teniendo o para recuperar una vida plena en todos sus aspectos. Asegurar la participación activa de las organizaciones comunitarias y de las personas en el diseño y la implementación de una estrategia basada en el conjunto de la vida y el sistema global es la base para el éxito de esta visión de salud mental.

Contacto:

Roberto Mezzina, Director Departamento de Salud Mental – ASUITS/WHO Collaborating Centre for Research and Training

Mail: roberto.mezzina@asuits.sanita.fvg.it; who.cc@asuits.sanita.fvg.it

Bibliografia

Boyle D & Harris M, The challenge of co-production: How equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services. Nef/NESTA 2009. Available at: www.nesta.org.uk. Last accessed 19 October 2014.

Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006, Issue 2. Art. No.: CD003318. DOI: 10.1002/14651858.CD003318.pub2.

De Leonardis O, Il Terzo Escluso. Milano: Feltrinelli 1997.

Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinmann A, La salute mentale nel mondo. Problemi e priorità nelle popolazioni a basso reddito, tr. it. a cura di C. Bellotti, G. de Girolamo, A. Fioritti, V. Melega, Il Mulino, Bologna 1998. Cit. in WHO, Promoting Mental Health, cit., p. 13.

The Economist Intelligence Unit, Mental Health and Integration. A Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 30 European countries. The economist, 2014.

Fulford KWM, Ten principles of values-based medicine. In Radden J (Ed), The philosophy of psychiatry: A companion. New York: Oxford University Press 2004.

International Mental Health Collaborating Network (2015) Whole life whole systems whole community approach. www.IMHCN.org

Jenkins J, Rix S, The Whole Life Programme. NIMHE East Region. 2003; London: NHS. Marmot M, Social determinants of health inequalities, «Lancet», 2005, 365, pp. 1099-104; CSDH,

Mezzina R, Verso il cambio paradigmatico della salute mentale. Tensioni e contraddizioni irrisolte tra sistemi globali e soggetti. In 40 anni dei Fogli d'informazione, a cura di Paolo Tranchina e Maria Pia Teodori, Periferie al Centro ONLUS, p. 231-7, 2013.

Mezzina R, Community Mental Health Care in Trieste and Beyond: An “Open Door/No Restraint” System of Care for Recovery and Citizenship. J Nerv Ment Dis 2014;202: 440-445.

Mezzina R, Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors - Trieste, Italy. La santé mentale en France et dans le monde. L'Information psychiatrique 2016 ; 92 (9) : 747-54.

Mezzina R, Ridente G. La trasformazione della residenzialità a Trieste verso l'abitare supportato. Nuova

Rassegna di Studi Psichiatrici 2015; 12. www.usl7.toscana.index.php/nrsp.

Mezzina R, Borg M, Marin I, Sells D, Topor A, Davidson L. From participation to citizenship: how to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *Am J Psychiatr Rehabil* 2006 ; 9 : 39-61.

Mezzina R, Davidson L, Borg M, Marin I, Topor A, Sells D. The social nature of recovery: discussion and implications for practice. *Am J Psychiatr Rehabil* 2006 ; 9 : 63-80.

Muusse C & van Rooijen S (2015) *Freedom First. A study of the experience with community-based mental health care in Trieste, Italy, and its significance for the Netherlands*. Trimbos–instituut, Utrecht, 2015.

Nussbaum M, Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Feminist economics*. 2003;9:33- 59.

Ostrom E & Baugh WH, *Community organization and the provision of police services*. Beverly Hills, CA: Sage Publications 1973.

Parks RB, Baker PC, Kiser L, Oakerson R, Ostrom E, Ostrom V, Percy SL, Vandivort MB, Whitaker GP & Wilson R, Consumers as coproducers of public services: Some economic and institutional considerations. *Policy Studies Journal*, 9, 1981, 1001–1011.

Ridente G, Mezzina R, From residential facilities to supported housing: the personal health budget model as a form of coproduction. *Int J Ment Health* 2016 ; 45 : 1-12.

Rotelli F, Ri-abilitare la ri-abilitazione. Edizioni “e”, Trieste, 1993. Ripubbl. In “Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma, Asterios, Trieste 1999, 104---113.

Segal SP, Taking issue: managing transitions and ensuring good care. *Psychiatric Services*, Nov 2004; 55: 1205. Sen A, *La diseguaglianza. Un riesame critico*, tr. it. di A. Balestrino, Il Mulino, Bologna 1994.

Terzian E, Tognoni G, Bracco R, De Rugieri E, Ficociello RA, Mezzina R, Pillo G (2013) Social network intervention in patients with schizophrenia and marked social withdrawal: A randomized controlled study. *Can J Psychiatry*. 58:622Y631.

Warner R, *Schizofrenia e guarigione. Psichiatria ed economia politica*. Milano, Feltrinelli 1991. World Health Organization, *Integrated Health Services - What And Why? Technical Brief No.1*, May 2008.

World Health Organization, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Geneva 2008.

World Health Organization, The European Mental Health Action Plan 2013-2020, WHO Copenhagen, 2013; Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale 2013-2020, tr. it. Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca e la Formazione, Dipartimento di Salute Mentale, AAS n. 1 Triestina.

World Health Organization, Mental Health Action Plan 2013-2020; Piano d'azione per la salute mentale 2013- 2020, tr. it. Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca e la Formazione, Dipartimento di Salute Mentale, A.A.S. n.1 Triestina.

World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foudation, Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014.