

## TRASTORNO BIPOLAR: GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD E IMPLICANCIAS PARA ENFERMERÍA

### BIPOLAR DISORDER: EXPLICIT GUARANTEES OF HEALTH AND IMPLICATIONS FOR NURSING

**Tomás Inostroza Ortega**

Estudiante de enfermería con certificado en Salud Mental y Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.

---

Artículo recibido el 10 de diciembre 2015. Aceptado en versión corregida el 14 de abril 2016

#### **RESUMEN**

*El trastorno afectivo bipolar es una enfermedad mental grave catalogada dentro de los trastornos del ánimo en el DSM 5. En el año 2013, se incorpora a la lista de los problemas de salud incluidos en las Garantías Explícitas de Salud GES, siendo un avance importante en relación a los principios que sustentan el sistema y la reforma de salud en Chile. Se realiza una reflexión crítica de la canasta GES a la luz de los componentes del sistema de Salud chileno, destacando el rol fundamental que tiene el enfermero/a psiquiátrico en la implementación de las prestaciones y recomendaciones. Finalmente, se destaca la importancia de la participación en la micro, meso y macrogestión para la profesión.*

**Palabras clave:** Trastorno bipolar, Garantías explícitas de salud, Enfermería psiquiátrica.

DOI UC: 10.7764/Horiz Enferm.27.1.72

#### **ABSTRACT**

*Bipolar disorder is a serious mental illness cataloged within of mood disorders in DMS 5. In 2013, it has incorporated to the list of health problems included in the explicit guarantees of health (GES), which it was an important advance in relation to the values that underpin reform and system of health in Chile. It is performed a critical reflection of the set of service GES and its relation with the components of the Chilean health system, highlighting the fundamental role that psychiatric nurses have in the implementation of the services and recommendations. Finally, it highlights the importance pf the participation in the micro, meso and macromanagement to the profession.*

**Key words:** Bipolar disorder, Explicit guarantees of health, Psychiatric nursing.

DOI UC: 10.7764/Horiz Enferm.27.1.72

#### **INTRODUCCIÓN**

El trastorno bipolar es una enfermedad mental grave, caracterizada por un estado de ánimo fluctuante entre dos polos opuestos; la manía/hipomanía, fase de exaltación, euforia y grandiosidad y la depresión, fase en la que predomina la triste-

za, inhibición e ideas de muerte<sup>(1)</sup>. Durante un episodio maniaco, la alteración es lo suficientemente grave para causar alteraciones en el funcionamiento ocupacional o en las actividades sociales comunes o relaciones con otras personas o requiere de hospitalización para prevenir que se lastime a

sí mismo o a otros<sup>(2)</sup>. Estudios nacionales muestran una prevalencia de vida para el trastorno bipolar de 2,2%, donde 2,5% corresponde a mujeres y 1,8% a hombres<sup>(3)</sup>. En nuestro país, el problema de salud se agregó a la canasta GES durante el año 2013 bajo el nombre de “Trastorno bipolar en personas de 15 años y más”, correspondiendo a la patología GES n° 75. Esto responde al escenario de la enfermedad en nuestro país, donde se ha posicionado como una patología mental prevalente. Leyton & Barrera<sup>(4)</sup> refieren que para el año 2010 en Chile, alrededor de 300 mil personas potencialmente sufrían de Trastorno bipolar<sup>(5)</sup>, condición asociada con una tasa de suicidio de 10 al 15%, abuso de alcohol y drogas<sup>(6)</sup>, y un impacto muy negativo en el trabajo y la vida familiar y social<sup>(7)</sup>. Sin embargo, si se revisan cifras postincorporación del problema de salud al GES se puede evidenciar una sorpresa. Según Alfredo Pemjean<sup>(8)</sup>, Jefe del departamento de Salud mental del Ministerio de Salud, a fin de junio del 2014, a un año de iniciado el GES del Trastorno Bipolar en Chile, 8.444 personas se habían incorporado a él.

Sin duda la incorporación de este problema de salud mental a las garantías explícitas de salud ha sido un avance muy importante en el avance hacia una atención equitativa y universal. Sin embargo, existen algunas brechas que a la fecha dificultan un desarrollo óptimo de las garantías en este ámbito. A continuación se realizará una descripción de la canasta GES, junto con un análisis según aspectos claves del modelo de salud chileno y sus principios, donde se expondrán algunos desafíos relevantes para el mejoramiento de la canasta y las implicancias para enfermería. El objetivo de esta reflexión es destacar el rol de las enfermeras y enfermeros psiquiátricos en relación a los aspectos que influyen en el desarrollo de esta canasta GES. De esta forma, se enfatiza en la influencia de enfermería tanto a nivel de micro, meso y macro gestión con el fin de mejorar y perfeccionar las garantías cubiertas.

### **Canasta GES “Trastorno bipolar en personas de 15 años y más”**

El detalle de las patologías enmarcadas en el trastorno afectivo bipolar y su inclusión en la ley se detalla de la siguiente forma<sup>(9)</sup>:

- Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco
- Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado
- Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastorno bipolar, episodio actual mixto
- Trastorno bipolar, actualmente en remisión
- Otros trastornos bipolares
- Trastorno bipolar sin especificación

Respecto a la garantía explícita de acceso, se asegura para todo beneficiario que tenga confirmación diagnóstica por especialista, donde tendrá acceso a tratamiento. Para los beneficiarios que ya estén en tratamiento, se asegura el acceso a su continuación<sup>(9)</sup>.

En relación a la garantía explícita de oportunidad, se asegura por ley el inicio del tratamiento dentro de las primeras 24 horas desde la confirmación diagnóstica y para quienes lo requieran, la hospitalización dentro de las primeras 24 horas desde la indicación médica (9).

Para la garantía de protección financiera, se describe de la siguiente manera (9) (Figura n° 1).

En el caso de Fonasa, para el grupo A y B, para los mayores de 60 años de edad y para quienes reciben pensiones asistenciales el costo es cero; el grupo C paga el 10% de las prestaciones con un tope de 21 cotizaciones mensuales por una enfer-

medad, y 31 cotizaciones por dos o más enfermedades.

Los trabajadores independientes pertenecientes a este grupo tienen un tope de 1,47 veces el promedio de sus ingresos recibidos en los últimos 12 meses. El Grupo D paga el 20% de las prestaciones con un tope máximo de 29 cotizaciones mensuales por una enfermedad y 43 cotizaciones mensuales por dos o más enfermedades. Los trabajadores independientes pertenecientes a este grupo tienen un tope de dos veces el promedio de sus ingresos recibidos en los últimos 12 meses<sup>(10)</sup>.

Los afiliados a Isapre pagan el 20% de la prestación –según el arancel de referencia disponible en cada Isapre– con un tope máximo de 29 cotizaciones, en caso

de una enfermedad, o de 41 cotizaciones mensuales en el caso de dos o más enfermedades. La suma de los copagos durante un año no podrá exceder las 122 UF en el caso de una enfermedad, o de 181 UF en el caso de dos o más enfermedades. Además, acceder al GES implica un cobro adicional al plan de salud. El precio varía en cada Isapre, pero tiene un promedio de \$5.500 por cotizante<sup>(10)</sup>.

La garantía explícita de calidad de esta patología no está claramente explicitada ya que se define a modo general para todas las patologías GES. Es relevante mencionar que la Superintendencia de Salud es la institución encargada de fiscalizar a los prestadores públicos y privados para asegurar el cumplimiento de esta garantía.

**Figura 1.** Garantías explícitas para el tratamiento del trastorno bipolar

Fonasa A y B Copago = \$0 (del valor de arancel)			Fonasa C tiene Copago = 10% del valor de arancel		
Tipo de Intervención sanitaria	Prestación o Grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago %	Copago \$
Tratamiento	Tratamiento trastorno bipolar año 1	Mensual	23.500	20%	4.700
	Tratamiento trastorno bipolar a partir del año 2	Mensual	13.420	20%	2.680

#### ANÁLISIS SEGÚN ASPECTOS CLAVES DE LA REFORMA DE SALUD

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad<sup>(11)</sup>.

En general, las enfermedades mentales pueden generar una situación de vulnerabilidad importante para quien las sufre. Sin embargo, esto no solo afecta a la persona.

Su entorno como la familia y el trabajo pueden verse afectados de manera importante. Conllevan una importante gravitación socio-económica<sup>(12)</sup>, por lo que hoy están considerados entre las primeras 10 causas de discapacidad por la OMS<sup>(13)</sup>. En el informe mundial sobre la discapacidad<sup>(14)</sup> se ponen de manifiesto los principales obstáculos para este grupo, como la ausencia o insuficiencia de normativa legal relacionada con el acceso a la educación, los servicios de apoyo y protección social, la existencia de creencias y prejuicios por lo que se impide el acceso al trabajo, la atención de salud, rehabilitación, asistencia y apoyo.

También se identifican problemas con la prestación de servicios, entre ellos la mala coordinación, los problemas de do-

tación, la ausencia de formación o competencia que afectan a las oportunidades de accesibilidad e idoneidad. La situación de discapacidad junto con la dificultad de acceso al sistema de salud puede llevar a la persona y su familia a generar mayores gastos en salud, la cual sin una garantía de financiamiento, puede conducir a grandes pérdidas económicas. Sin embargo esto tiene directa relación con las políticas públicas que pueda generar el estado frente a estas materias.

La Organización Mundial de la Salud considera que sin una inversión adecuada en salud mental se perpetúa el círculo de la pobreza y se detiene el desarrollo<sup>(15)</sup>. En este contexto, la importancia de asegurar un financiamiento del trastorno afectivo bipolar se hace prioritaria, ya que se caracteriza por ser una patología que requiere hospitalizaciones psiquiátricas recurrentes cuando se desarrollan episodios maníacos o episodios depresivos con conducta o riesgo suicida.

Las condiciones del tipo neuropsiquiátricas corresponden a casi un cuarto del total de años de vida saludables perdidos por vivir con discapacidad (AVISA) en Chile y diversas investigaciones han demostrado que el tratamiento mental puede ser costo-efectivo. Sin embargo, si se compara con países de ingresos similares, Chile presenta un importante déficit en el financiamiento de la salud mental (16). En específico de la patología analizada, podemos ver que la canasta GES asegura el financiamiento del tratamiento farmacológico, siendo ampliamente probado a nivel internacional y nacional que la farmacoterapia se debe complementar con tratamiento e intervenciones psicosociales. Esto genera un desafío importante, ya que la propia guía clínica<sup>(17)</sup> hace recomendaciones sobre este tipo de terapias. Por lo tanto, se espera que el financiamiento aumente para cubrir este tipo de intervenciones. Incluso existen alternativas de tratamiento como la terapia electroconvulsiva la cual es útil en episodios maníacos y/o depresivos. Esta es una alternativa de

tratamiento que tampoco está garantizada en la canasta de prestaciones. Sin embargo, frente al escenario actual, el avance en este ámbito se ve oscuro, ya que el presupuesto para las garantías explícitas de salud se ha estancado por primera vez desde su implementación en el año 2005.

Si consideramos los principios orientadores que sustentan un sistema de salud<sup>(18)</sup>, la incorporación de esta patología responde a una necesidad que estaba en deuda en nuestro país. De esta forma, el estado se hace parte de uno de los componentes de la reforma sanitaria que corresponde a la garantía de asistencia sanitaria la cual se define como la especificación de un conjunto de prestaciones de salud para proporcionarlos a todos los ciudadanos o a determinadas subpoblaciones<sup>(19)</sup>. El asegurar el tratamiento de personas que tienen trastorno bipolar, se entiende como un esfuerzo por parte del Estado en avanzar hacia la equidad en la atención, uno de los principios orientadores de la reforma. Sin embargo existen aspectos específicos de la canasta GES donde el principio de equidad se ve afectado.

En el Seminario "Trastorno Afectivo Bipolar: GES en Salud Mental, nuevos desafíos", el Dr. Jorge Ochoa<sup>(20)</sup> señaló que es importante que exista una nueva reunión de expertos destinada a buscar soluciones propositivas para modificar y corregir las insuficiencias. Entre ellas, que la nueva canasta GES para trastorno afectivo bipolar, si bien establece que el diagnóstico debe ser realizado por el especialista, no genera una garantía de oportunidad a este respecto. Visto así, se podría estar dando un grave problema de inequidad a este respecto ya que los pacientes del sistema privado de salud para activar su GES tendrán que pagar por su plan de salud una atención psiquiátrica que les confirme el diagnóstico. La pregunta que surge entonces, es si los beneficiarios de Fonasa tendrán esta facilidad y los recursos para acceder a psiquiatras de libre elección para la confirmación diagnóstica. Lo mismo ocurre con la hospitalización. Los usuarios Fonasa A y B

están asegurados porque el sistema tendrá que otorgarles cama. En cambio, los del sistema privado tendrán la cama, pero deberán pagar de acuerdo a su plan de salud.

Si tomamos en cuenta otros principios como la participación social, sería muy importante poder considerar en una futura modificación de la canasta a los usuarios y familiares de personas con trastorno bipolar. Como estrategia para esto se podría avanzar en la inclusión y desarrollo de organizaciones sociales de pacientes con trastorno bipolar con el fin de que puedan entregar propuestas concretas a las autoridades legislativas y gubernamentales. Si tomamos en cuenta el principio de la calidad, la creación de guías clínicas es una buena herramienta para asegurar que las canastas de prestaciones están basadas en la mejor evidencia posible. Sin embargo, la guía formulada el año 2013 no está estructurada bajo la metodología GRADE para la creación de guías de práctica clínica, por lo que sus recomendaciones podrían no considerar aspectos como la preferencia de los pacientes o la costo-efectividad de las intervenciones. Es importante destacar que el Ministerio de Salud está trabajando en la aplicación del enfoque GRADE en las actualizaciones de las guías de práctica clínica. En este mismo sentido, es fundamental el cumplimiento de los plazos de las actualizaciones para asegurar que las recomendaciones no queden obsoletas<sup>(21)</sup>.

En relación al Modelo de organización en red para la atención de salud, la guía hace especial énfasis en las competencias que debería tener el sector de atención primaria en la sospecha de trastorno bipolar. En este sentido, se hace fundamental la capacitación de los profesionales para reconocer sintomatología a modo de poder realizar las referencias correspondientes. Además se hace relevante contar con información en la contrarreferencia cuando luego de la evaluación por un equipo integral, se descarta el diagnóstico de trastorno bipolar. Esto se justifica en que la sintomatología puede ser diagnóstico di-

ferencial de otra patología y es importante tener registro de ello. Junto con esto, cobra relevancia el trabajo generado en los Centros de salud mental (COSAM) para la realización de intervenciones psicosociales, las cuales están recomendadas pese a no estar incluidas en la canasta.

Dentro de un servicio de hospitalización psiquiátrica de carácter público o privado, la familia generalmente manifiesta diversas dudas respecto a la canasta de prestaciones GES para esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar. Es por esto que enfermería tiene un rol fundamental en la educación del usuario y su familia. Para esto, nuestra profesión tiene una sólida base científica-humanista la cual es la base para realizar educaciones efectivas tanto incidentales como programadas. Sin embargo, esto sugiere un desafío, ya que es necesario conocer en detalle cuáles son las prestaciones aseguradas y los plazos de atención para cada patología del área. Junto con esto, es fundamental que los enfermeros estén en conocimiento de los mecanismos de fiscalización y reclamos en caso de no ser cumplida alguna de las garantías explícitas, siendo la superintendencia de salud la institución encargada de estas funciones. Si tomamos en cuenta el nivel de enfermero clínico, existe una deuda importante en el trabajo en atención primaria especializado en salud mental. Actualmente la mayoría de los COSAM no cuenta con atenciones por parte de profesionales de enfermería, los cuales serían ser un aporte fundamental en el tratamiento de mantención, educación y automanejo de la enfermedad. Esto es muy relevante ya que el trastorno bipolar es una enfermedad crónica y por lo tanto requiere un compromiso del usuario y la familia en el tratamiento. De esta forma se evitan recaídas prematuras y se mejora la calidad de vida, disminuyendo a su vez los costos asociados a la atención.

A nivel de meso y macrogestión en salud, el desafío más importante para la profesión, es hacerse visible en la formulación de estrategias y políticas públicas en salud

mental. Ante lo anteriormente expuesto no cabe duda que los enfermeros tienen un gran potencial en la entrega de herramientas para automanejo, pudiendo ser un pilar fundamental en la formulación de recomendaciones. Sin embargo, de los 17 participantes del grupo de autores de la guía de práctica clínica, solo hay una enfermera. Esto refleja un débil empoderamiento en el área, por lo que potenciar el trabajo en este ámbito traería beneficios tanto para las personas como para la misma profesión.

Las enfermeras y enfermeros tienen una base sólida en gestión e investigación. Ambos ámbitos pueden ser aportes muy importantes en la incorporación de recomendaciones para las futuras actualizaciones de la guía de práctica clínica. Las investigaciones cualitativas generan conocimiento fundamental en la incorporación de las preferencias de los usuarios. Este aspecto es incorporado explícitamente en la metodología GRADE, la cual comenzará a utilizarse ampliamente para la formulación de recomendaciones de práctica clínica en las guías.

### **CONCLUSIONES**

El trastorno bipolar fue incorporado el año 2013 a la lista de problemas de salud GES. Esto ha traído muchos beneficios para los pacientes y sus familias, sin embargo, aún quedan ciertas brechas que dificultan el desarrollo de esta canasta bajo el alero de los principios de la reforma de salud en nuestro país. Existen aspectos de la garantía de oportunidad y acceso de la prestación de servicio que son potencialmente mejorables, pero se necesitan recursos los cuales, frente al contexto nacional actual, son escasos. Las enfermeras y enfermeros psiquiátricos tienen un rol fundamental en la aplicación de las garantías relacionadas con este problema de salud. A nivel de microgestión es muy importante el rol educativo y de gestión. A nivel de meso y macrogestión, existe una deuda importante de la profesión en la participación de políticas públicas. El desafío está

en aumentar la participación en la toma de decisiones utilizando las herramientas con las que hemos sido formados, principalmente la investigación y la gestión.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- (1) Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar. Guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar. Madrid. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación española de neuropsiquiatría. 2012.
- (2) Townsed M. Fundamentos de enfermería en psiquiatría. Cuarta edición. Mc Graw Hill. 2011. Capítulo 16.
- (3) Vicente P B, Rioseco S B, Saldivia B S, Kohn R, Torres P S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DMS-III-R/CIDI) (ECP). Revista médica de Chile. 2002; 130(5): 527-536.
- (4) Leyton F, Barrera A. El diagnóstico diferencial entre la Depresión Bipolar y la Depresión Monopolar en la práctica clínica. Revista médica de Chile. 2010; 138: 773-779.
- (5) McIntyre RS, Muzina DJ, Kemp DE, Blank D, Woldeyohannes HO, Lofchy J, et al. Bipolar disorder and suicide: research synthesis and clinical translation. Curr Psychiatry Rep 2008; 10: 66-72.
- (6) Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990; 19: 2511-8.
- (7) Judd LL, Schettler PJ, Solomon DA, Maser JD, Coryell W, Endicott J, et al. Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. J Affect Disord 2008; 108: 49-58.
- (8) Ministerio de Salud. Guía para Pacientes y Familiares: conociendo el Trastorno Bipolar. Santiago: Minsal-Sochitab, 2014.
- (9) Superintendencia de Salud, s.f. Recuperado el 19 de noviembre del 2015 de <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-8340.html>.

- (10) Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Guía legal sobre plan GES: Sepa cómo funciona el plan de garantías explícitas de la salud chilena. 2013. Recuperado el 19 de noviembre del 2015 de [http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/plan-ges-\(ex-auge\)](http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/plan-ges-(ex-auge)).
- (11) Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS. 2013.
- (12) Begley C.E., Annegers J.F., Swann A.C. The lifetime cost of bipolar disorder in the US: an estimate for new cases in 1998. *Pharmacoeconomics*. 2001; 19 (5 pt 1): 483-95.
- (13) The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization Web site. 2001. Recuperado de <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/pdf/index.htm>.
- (14) Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la discapacidad. Ginebra: OMS. 2011.
- (15) World Health Organization. Investing in mental health. Evidence for action. Geneva: WHO. 2013.
- (16) Errázuriz P. Valdés C. Vöhringer P. Calvo, E. Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista Médica de Chile*. 2015; 143: 1179-1186.
- (17) Ministerio de Salud. Guía clínica Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más. Santiago: Minsal. 2013.
- (18) López-Acuña, D. The nature of health sector reform in the Americas and its significance for PAHO's Technical Cooperation. Background Paper for the Annual PAHO Managers Retreat, October 2000; 23-24.
- (19) Proyecto de garantía de calidad. Maximización de calidad de la atención en la reforma del sector salud: La función de las estrategias de garantía de calidad. Informe LACRSS No. 64. 2005.
- (20) Ochoa J. Exposición en seminario Trastorno Afectivo Bipolar: GES en Salud Mental, nuevos desafíos. Grupo de salud sustentable CETEP. 2013. Recuperado el 19 de noviembre del 2015 de <http://www.cetep.cl/web/?p=4733>.
- (21) Guyatt, G. Rennie, D. Meade, M. Cook, D. Users' Guides to the medical literature: A manual for evidence-based clinical practice. Jama evidence. 3rd edition. Mc Graw Hill education. 2015.