



ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD

ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD



120.ª Reunión
Washington, D.C.
Junio 1997

Tema 4.10 del programa provisional

CE120/19 (Esp.)
28 abril 1997
ORIGINAL: ESPAÑOL

SALUD MENTAL

Las abrumadoras necesidades de atención en salud mental en la Región, tanto actuales como futuras, requieren programas de intervención creativos y científicamente probados, así como de voluntad política y consenso social para impulsarlos. La distribución de esas necesidades no es aleatoria, son tanto mayores cuanto más adversas son las condiciones de vida. De ahí que la inversión en programas y servicios de salud mental, que lleven a su preservación y recuperación en todas las edades, acrecentará el número de personas que alcanza un desarrollo humano sostenible. Las respuestas a esas necesidades se hacen posible gracias a los notables avances logrados en el conocimiento del cerebro y en las áreas psicológica y social, y en el desarrollo de modelos y tecnologías en todos los niveles de prevención.

El documento examina las bases para la acción, el objetivo del Programa de Salud Mental, sus componentes principales y los enfoques funcionales de cooperación técnica. En el documento se discuten las iniciativas: 1) para la reestructuración de la atención psiquiátrica, que promueve el mejoramiento de los servicios psiquiátricos y su traslado a la comunidad, facilitando así su integración a la atención primaria y el desarrollo de programas dirigidos a disminuir la prevalencia de la depresión, las epilepsias y las psicosis, y 2) para la promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez.

Se solicita a los Cuerpos Directivos que examinen la orientación del Programa, revisen sus objetivos y estrategias, y formulen un conjunto de recomendaciones destinadas a: 1) aumentar el apoyo a las acciones de promoción y prevención en salud mental por medio, entre otras medidas, de la formulación de políticas públicas y de planes nacionales de salud mental incorporados a los de salud y desarrollo humano; 2) asegurar la inclusión de la atención de salud mental en la canasta básica de los servicios de salud; 3) apoyar la reestructuración de la atención psiquiátrica en todo el conjunto de acciones que ésta implica; 4) desarrollar programas comunitarios para disminuir la prevalencia no tratada y el impacto psicosocial de los trastornos antes citados; 5) realizar acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez; 6) fortalecer la capacidad gerencial de las divisiones/departamentos de salud mental (o establecerlos si no existieran), y 7) estimular el desarrollo de cuadros técnicos líderes en salud mental.

CONTENIDO

Página

Resumen ejecutivo	3
1. Introducción: las bases para la acción	5
1.1 Definición de salud y vida mental	5
1.2 Integralidad de la salud	5
1.3 Desarrollo y salud mental	6
1.4 Necesidades de atención	6
1.5 Necesidades futuras	7
1.6 Estado de los servicios	7
1.7 Políticas de la OPS	8
1.8 Avances científico-técnicos	8
2. Objetivo general del Programa de Salud Mental	9
3. Las áreas de acción del programa de salud mental	9
3.1 Control de los trastornos psiquiátricos	9
3.2 Promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos	11
3.3 Aspectos psicosociales en la salud y el desarrollo	12
4. Enfoques funcionales del Programa de Salud Mental	12
4.1 Movilización de recursos	12
4.2 Promoción de políticas, planes y programas	13
4.3 Desarrollo de recursos humanos	13
4.4 Investigación	15
4.5 Información y difusión del conocimiento	15
5. Tendencias futuras	15
6. Solicitud de los Cuerpos Directivos	16
Referencias	16

RESUMEN EJECUTIVO

El Programa de Salud Mental de la División de Promoción de la Salud tiene como objetivo cooperar técnicamente con los países en acciones de salud mental y de atención psiquiátrica. Consta de tres componentes: 1) promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos; 2) control de los trastornos psiquiátricos, y 3) aspectos psicosociales de la salud y el desarrollo humano.

Las prioridades y estrategias de la cooperación técnica del Programa responden a un análisis de la situación regional y a la interpretación e implementación de las políticas de los Cuerpos Directivos de OPS. El análisis revela que, no obstante la definición de salud adoptada por los Estados Miembros y la importancia intrínseca de la salud mental, ésta, por lo general, carece de apoyo adecuado por parte de los gobiernos y de valoración suficiente por parte de la sociedad. Esta situación contrasta con las necesidades abrumadoras de atención tanto actuales como las proyectadas para el futuro inmediato. Cabe notar, a manera de ilustración, que para 1990 cinco de las diez causas principales de discapacidad en el mundo son psiquiátricas, que para el fin de siglo 88 millones de personas adultas en América Latina y el Caribe sufrirán algún trastorno emocional, y que más de 11 millones tendrán trastornos afectivos hacia el año 2010. Nótese también que la niñez tampoco escapa a las necesidades de atención; se estima que en América Latina y el Caribe hay actualmente 17 millones de niños/as de 4 a 16 años con trastornos psiquiátricos que ameritan intervención. Por consiguiente, Salud para Todos en el año 2000 constituye una meta poco menos que inalcanzable, a menos que medien creatividad técnica y firme voluntad política para modificar el estado actual de los programas y servicios de salud mental.

Por otra parte, el análisis revela que la orientación de los servicios disponibles para atender esas necesidades es, frecuentemente, inadecuada, que el número de los mismos es insuficiente y la calidad, deficitaria. Con el propósito de responder a esa situación se formuló la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, la cual es apoyada por Centros Colaboradores de la OPS/OMS y organismos regionales e internacionales. Sus acciones se desarrollan siguiendo ejes estratégicos múltiples: el traslado a la comunidad de los servicios y de la enseñanza, la ampliación de las alternativas de atención de los pacientes y sus familias, el resguardo de los derechos humanos, la humanización del cuidado, y la inclusión de usuarios y familiares en el proceso de gestión. Esta reorientación de los servicios posibilita implementar programas comunitarios para enfrentar de manera sistematizada tres trastornos neuropsiquiátricos, depresión, epilepsias y psicosis. Estos, por su magnitud y la discapacidad que generan abruma a las poblaciones de la Región; la existencia de nuevos recursos técnicos y científicos permiten ofrecer una respuesta factible.

El Programa, amén del componente relacionado con el control de los trastornos, ha comenzado a formular y estimular acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial en la niñez, las que integran un plan de acción regional interagencial con dos componentes principales: el estímulo al desarrollo temprano y la reducción de las conductas violentas hacia la niñez.

Surge de la experiencia acumulada que, no obstante los obstáculos encontrados por el Programa, hay una serie de acciones posibles de llevarse a cabo que lo fortalecerían. A los países les cabe considerar los siguientes aspectos: la adopción de políticas y la formulación de planes y programas de salud mental íntimamente articulados con los de salud y desarrollo humano; la realización de las acciones necesarias para asegurar la inclusión de la atención psiquiátrica y de salud mental en la canasta básica de servicios; el fortalecimiento de las divisiones y departamentos de salud mental; la implementación más decidida de la reestructuración de la atención psiquiátrica en relación a servicios, capacitación y legislación; la provisión del más amplio apoyo a la promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez dentro de un modelo de acción integral e intersectorial y el estímulo al desarrollo de recursos técnicos líderes por medio de becas y otras medidas pertinentes.

La Organización Panamericana de la Salud tendrá como propósitos fundamentales la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y *mental* de sus habitantes (*Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, cap. 1, art. 1.*)

La salud es un estado de completo bienestar físico, *mental* y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (*Constitución de la Organización Mundial de la Salud.*)

1. Introducción: las bases para la acción

La cooperación técnica que presta el Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud responde al análisis de factores vigentes en los países de la Región, tanto de carácter conceptual (v.g., definición de salud), como operacional (v.g., epidemiológicos), o mixto (v.g., políticas de salud y desarrollo humano, estado de los servicios). La formulación de la respuesta técnica reconoce también que al Programa le cabe interpretar las políticas y prioridades programáticas establecidas por los cuerpos directivos, expresados en mandatos al nivel global (1) y al nivel regional (2,3).

1.1 Definición de salud y vida mental

La definición de salud adoptada por los Estados Miembros incluye al componente mental como parte integral de la misma. No obstante, sociedades y gobiernos aún distan de concederle la debida importancia. En efecto, se ha señalado reiteradamente que la vida mental no ocupa el lugar que merece en la escala de valores de la sociedad, a pesar de que con mayor especificidad caracteriza a los seres humanos. Esta condición de minusvalía se expresa de múltiples maneras, v.g., en la ausencia de políticas nacionales de salud mental y en la limitada asignación de recursos a los programas nacionales.

1.2 Integralidad de la salud

La salud y la enfermedad son de naturaleza integral. Notables descubrimientos en los aspectos biológicos de la medicina, empero, han nublado la visión del papel que juega la conducta en la salud, sea en su promoción (v.g., en la adquisición de hábitos de vida saludables), preservación (v.g., en la reducción de los agentes tóxicos del ambiente físico), o recuperación (v.g., en la adhesión a un tratamiento). Cabe señalar que por lo menos 4 y 6 de las 10 primeras causas de defunción en el mundo (1990) en las regiones en desarrollo y desarrolladas, respectivamente, implican a la conducta

como factor crucial (4). No obstante, la conducta es un factor frecuentemente soslayado en las políticas y acciones de salud, tanto al nivel individual como colectivo.

1.3 *Desarrollo y salud mental*

La sociedad ha comenzado a reconocer la íntima relación que existe entre desarrollo social y salud en general. Esa interdependencia es igualmente válida para salud mental y, en especial para las poblaciones en situaciones de adversidad. En efecto, cuanto mejor estas poblaciones logren preservar o recuperar su salud mental tanto mejor podrán negociar soluciones exitosas o, como mínimo, evitar aquellas conductas que añaden nuevos obstáculos (v.g, alcoholismo o violencia). El desarrollo socioeconómico en las Américas ha traído aparejado numerosos cambios; uno de éstos es el generado por modificaciones en el hábitat por el cual grandes grupos poblacionales se han trasladado de las zonas rurales a las urbanas sufriendo en el proceso cambios y pérdidas (de sostén, de valores, etc.). Esto ha afectado los mecanismos de adaptación personales y grupales, lo cual se traduce en variadas expresiones de trastornos mentales y problemas psicosociales tales como: conductas violentas, uso de sustancias adictivas y desmoralización.

1.4 *Necesidades de atención*

La epidemiología de los trastornos psiquiátricos y de los problemas psicosociales en la Región indica que la magnitud es abrumadora. En los Estados Unidos de América el estudio ECA ("Epidemiologic Catchment Area"), que comprendió varias poblaciones urbanas y una rural (N=19.640), informó una prevalencia de vida del 32% y una tasa de casos activos durante el año precedente del 20% (1991) (5). En Canadá, un estudio realizado en la ciudad de Edmonton aplicando un método semejante arrojó una tasa de prevalencia de vida del 33,8% (1988) (6). Una investigación multicéntrica en Brasil (1993) informó tasas de prevalencia que oscilaban entre el 19 y 34% para un conjunto de trastornos psiquiátricos que requieren atención (7). En Chile, la tasa de prevalencia de vida calculada en un estudio fue de 33,7% (1993) (8). Cabe señalar que estas tasas son el resultado de estudios seleccionados y no incluyen el total de trastornos psiquiátricos. En cuanto a la niñez, ésta no es menos inmune a los trastornos psiquiátricos. Un estudio efectuado en Puerto Rico informó una tasa de prevalencia de trastornos psiquiátricos moderados y severos del 16% (9). La proyección de esta tasa a la población de América Latina y el Caribe indicaría que 17 millones de niños de 4 a 16 años estarían afectados por trastornos que ameritan intervención (10). En cuanto a las epilepsias, las tasas de prevalencia informan para América Latina un rango de 1,3 a 5,7 % de la población general (13). Las tasas de prevalencia (un año) de los trastornos afectivos es de alrededor del 4,1%, y de 1,1% para las psicosis esquizofrénicas (ambas en América Latina y el Caribe). Las tasas de prevalencia del alcoholismo y el abuso de

sustancias adictivas son igualmente altas y son tema de responsabilidad del programa de OPS correspondiente.

Con referencia al impacto de las enfermedades mentales en América Latina y el Caribe, el Banco Mundial ha estimado que el 8,0% de los años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad son atribuibles a las mismas, proporción mayor que la atribuida al cáncer, 5.2%, o las enfermedades cardiovasculares, 2,6% (11). Se ha igualmente estimado que 5 de las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo (1990) son psiquiátricas, siendo la depresión la primera de todas (4). La carga económica también es alta, como ilustración, en los Estados Unidos de América se ha estimado en \$43.000 millones por año el costo de los estados depresivos (1990) (12).

Cabe recordar que la distribución de los problemas mentales en la población no es al azar, y que hay una relación inversa entre estrato socioeconómico y la tasa agregada de trastornos. Las necesidades son también más altas en poblaciones de mayor riesgo, tales como los pueblos indígenas (14) y los grupo víctimas de la guerra, la persecución y los desplazamientos. Por lo tanto, estos hallazgos epidemiológicos deben servir de base a las políticas de equidad y accesibilidad de los servicios.

1.5 *Necesidades futuras*

Las necesidades actuales de atención de los países aumentarán aún más hacia comienzos del siglo en razón de los cambios demográficos que se producirán. Como resultado, un mayor número de personas entrarán en las edades de riesgo de los trastornos psiquiátricos. No menos de 88 millones de personas tendrán algún trastorno mental o emocional en América Latina y el Caribe en el año 2000 (15); el aumento proporcional será mayor que el de la población general. Es posible estimar que para el año 2010 habrán en América Latina y el Caribe más de 2 millones de personas con trastornos esquizofrénicos y más de 17 millones con trastornos afectivos.

Salud para Todos será una meta que eludirá a sociedades y gobiernos a menos que se implementen políticas y programas de salud mental creativos respaldados por firme voluntad política.

1.6 *Estado de los servicios*

Frente a la magnitud de las necesidades actuales y futuras contrasta la organización de la atención psiquiátrica y el estado de los servicios y programas, que si bien varían a lo largo de la Región, muestran deficiencias preocupantes. Por lo general, la atención se apoya en acciones desarrolladas desde los hospitales mentales, instituciones de baja cobertura y accesibilidad y frecuentemente estigmatizantes. Tampoco es infrecuente que esas instituciones se encuentren aisladas, geográfica, física

o socialmente, y que en ellas se violen los derechos humanos de los pacientes, por omisión o por comisión. Además, su integración dentro del sistema de salud es tenue o ausente. Ese tipo de organización desconoce que la red de atención es más amplia e incluye al individuo (autocuidado), a la familia, al grupo social de apoyo, a líderes comunitarios, promotores de salud y a los distintos niveles de atención de salud en general (16). Desconoce también que los servicios de atención especializada son múltiples y diferenciados de acuerdo a las necesidades psicopatológicas y psicosociales cambiantes del paciente. Una organización de servicios así concebida no permite que la reforma del sector de salud asumida por los países (v.g., descentralización, participación social, enlaces intra e intersectoriales, promotoras de la salud, incluyendo el fomento de políticas públicas saludables) pueda cumplirse enteramente.

Esta situación de los servicios es doblemente preocupante dado que la enseñanza de pre y postgrado impartida en los hospitales mentales no proporciona al profesional de la salud —especializado o no— la posibilidad de adquirir los conocimientos, las destrezas y las actitudes necesarias que permiten ejercer una práctica integral en la comunidad y su rápida incorporación a los programas de control de la depresión, las epilepsias y las psicosis.

1.7 *Políticas de la OPS*

El Programa de Salud Mental es responsable de interpretar e implementar en su área de competencia las resoluciones de la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana sobre las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para la Organización, 1995-1998 (2). De esas resoluciones emergen nuevos desafíos para los programas de salud mental de la Región, en cuanto a la promoción de políticas sociales que buscan mejorar la calidad de la vida de los individuos, la familia y la sociedad en general, y a reforzar la interacción entre la salud y el desarrollo humano que lo engloba.

1.8 *Avances científico-técnicos*

Los avances científico-técnicos en el área de salud mental son considerables. De proseguir con el ritmo actual, es de esperar que se produzcan aun mayores progresos en el conocimiento del cerebro, la psicología y la psiquiatría social. Los modelos de intervención y los recursos tecnológicos también han aumentado y, de ser instrumentados adecuadamente, podrán tener el impacto deseado sobre la salud de las poblaciones. Le cabe al Programa utilizar debidamente estos nuevos desarrollos en su cooperación técnica y difundirlos en los países.

2. Objetivo general del Programa de Salud Mental

El Programa de Salud Mental de la División de Promoción y Protección de la Salud tiene como objetivo general colaborar técnicamente con los países en la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales en todos los niveles, en el enfoque de los componentes psicosociales en la salud y en el desarrollo social. El Programa utiliza los enfoques funcionales comunes a todas las unidades técnicas (promoción de políticas, planes y programas; capacitación; movilización de recursos; investigación; información, y cooperación técnica directa) con el propósito de colaborar con los países de la Región en la preservación y recuperación de la salud mental, de la salud en general y en la promoción del desarrollo humano.

3. Las áreas de acción del programa de salud mental

- Control de los trastornos neuropsiquiátricos;
- promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos psiquiátricos;
- intervención sobre los factores psicosociales en la salud y el desarrollo.

3.1 *Control de los trastornos psiquiátricos*

La cooperación técnica que brinda el Programa, resultado de las necesidades identificadas en los países, gravita más hacia el control de los trastornos psiquiátricos que hacia los otros componentes.

La reestructuración de la atención psiquiátrica, que OPS iniciara conjuntamente con los países y organismos regionales e internacionales, es una iniciativa destinada a reorientar la organización de ésta a fin de dar una respuesta más adecuada a las necesidades y a fin de estimular su orientación "comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva" (Declaración de Caracas, 1990). La iniciativa es respuesta al sesgo aún vigente en la organización de la atención psiquiátrica, a su aislamiento del resto del sector salud y de otros sectores sociales, y al estigma que genera (17,18).

La implementación de la iniciativa es compleja y la cooperación técnica se hace por medio de varios ejes:

- apoyo a la vigilancia del respeto a los derechos humanos en la atención (21);
- apoyo al fortalecimiento de toda la red de atención, lo cual incluye la activación de agentes comunitarios de dentro y fuera del sector salud;

- apoyo a las acciones tendientes a incorporar los usuarios en la atención;
- promoción de cambios legislativos que provean el marco legal a la reorientación de los servicios y asegure la salvaguarda de los derechos humanos;
- apoyo a las acciones tendientes a adecuar la enseñanza de pre- y postgrado y educación continua con las necesidades de atención en la comunidad;
- apoyo al desarrollo de investigaciones operativas de servicio;
- apoyo a la promoción de una cultura social y profesional consonante con los principios de la Iniciativa (14).

La cooperación técnica se guía por la Declaración de Caracas, adoptada en noviembre de 1990 por la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, que convocara técnicos, políticos, juristas, comunicadores sociales y usuarios y fuera auspiciada por varios organismos internacionales, entre ellos la OMS y la OEA (17). La Iniciativa es periódicamente objeto de seguimiento por el Programa (14). Los resultados, no obstante los formidables obstáculos que debe sortear, muestran que en casi todos los países latinoamericanos en mayor o menor grado se han realizado actividades tendientes a reorientar los servicios. En siete países la iniciativa ha sido objeto de atención de los parlamentos y de debates en los medios de comunicación, lo que permite a la sociedad adoptar de manera más informada la atención que es más afín con su cultura y posibilidades técnicas. Recientemente, el Programa ha comenzado acciones destinadas a estudiar los costos de la atención comunitaria con el fin de generar información que facilite una toma de decisiones más objetiva.

Esta reorientación comunitaria de los servicios facilitará la ejecución de los programas destinados a controlar los trastornos depresivos, las epilepsias y las psicosis por medio de la reducción de la prevalencia no tratada y de su impacto individual y social. Con ese propósito se propone utilizar los recursos del nivel primario de atención (v.g., para la identificación y manejo de la intervención clínica), así como los existentes en la comunidad dentro y fuera del sector salud (v.g., movilización de grupos de apoyo mutuo), la adopción de políticas públicas (v.g., destinadas a permitir el ejercicio pleno de la ciudadanía a las personas) y la comunicación social (v.g., para erradicar o disminuir el estigma). Igualmente permite mejorar la prestación de atención a los grupos poblacionales en mayor riesgo, tales como los pueblos indígenas y los afectados por los conflictos bélicos y los desplazamientos.

Esta iniciativa, que ha tenido como foco a la América Latina, será estudiada en el Caribe de habla inglesa con miras a su adopción en una reunión subregional convocada para 1997.

3.2 *Promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos y emocionales*

Esta es una área de cooperación técnica de reciente desarrollo que se realiza en cumplimiento con el Plan de Acción Regional de Promoción de la Salud (CE113/15, 2 de mayo de 1994) aprobado por los Cuerpos Directivos. Este componente incluye:

- 1) Apoyo a las acciones tendientes a aumentar la importancia de la salud mental en la escala de valores de la sociedad instrumentado con ese fin la movilización de figuras claves en los países, como las Primeras Damas (19), el uso de la comunicación social y la concertación de alianzas intra e intersectoriales. El propósito de éstas es integrar los conocimientos y técnicas de la salud mental a las políticas, programas y servicios dependientes de otros sectores.
- 2) El fomento de cambios de conducta con el fin de adoptar estilos saludables de vida (3) v.g., la reducción de las conductas violentas y el estímulo de la convivencia pacífica).
- 3) La coordinación con otras unidades de OPS y organizaciones internacionales y regionales (v.g., OEA, UNESCO, Instituto Interamericano del Niño) a fin de implementar conjuntamente un plan de acción regional de promoción de la salud destinado a fomentar el desarrollo psicosocial y mental de la niñez que tiene dos áreas de acción principales: estímulo del desarrollo temprano (afectivo y cognoscitivo) y la reducción de las conductas violentas contra la niñez (castigo corporal y maltrato). Este plan se discutió por subregiones con el propósito de que los países que las integran adopten estrategias análogas de características integrales e intersectoriales.

Las posibilidades que se ofrecen al Programa en promoción de la salud mental son múltiples, no obstante la relativa novedad de los marcos conceptuales y operativos y la relativa escasez de evidencias empíricas. Con este propósito, el Programa está preparando documentos que orienten las tareas de cooperación técnica.

En cuanto a la prevención primaria de los trastornos mentales y psicosociales, en 1988 la OMS preparó un documento que lista intervenciones efectivas (21). Algunas de esas intervenciones se recogen en el plan de acción regional interagencial de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez (10).

3.3 Aspectos psicosociales en la salud y el desarrollo

Las acciones en este sector son de carácter variado y comprenden el apoyo técnico para promover la inclusión de componentes conductuales en la capacitación del personal de salud, de manera de aumentar la efectividad de las intervenciones y en la difusión de conocimientos y técnicas que permitan a las comunidades estimular mejor el desarrollo humano. El Programa busca realizar acciones de apoyo técnico a países que directa o indirectamente sufrieron las consecuencias de los conflictos armados en la Región y que generaron grupos de poblaciones en alto riesgo en su carácter de desplazados y/o refugiados y traumatizados.

4. Enfoques funcionales del Programa de Salud Mental

Los enfoques funcionales utilizados son idénticos a los empleados por las demás unidades técnicas de la OPS. En la descripción siguiente se completa información de secciones anteriores.

4.1 Movilización de recursos

4.1.1 En la Organización Panamericana de la Salud

El Programa reconoce que las áreas de acción por las cuales es responsable deben ser compartidas con otras unidades técnicas y con las Representaciones en los países. En rigor, un indicador del éxito del Programa lo constituye la medida por la cual salud mental es parte indivisible de toda acción de cooperación técnica prestada por OPS. Actualmente se coordinan las acciones con la mayoría de las unidades técnicas y las Representaciones.

4.1.2 Con los Centros Colaboradores de la OPS/OMS

Las relaciones continuas de trabajo con ocho centros permiten aumentar sensiblemente la capacidad de respuesta técnica. Tres de ellos colaboran sostenidamente en la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica.

4.1.3 Con organismos internacionales y regionales

Se han desarrollado relaciones de trabajo con múltiples organizaciones con las cuales se coordinan acciones de promoción de la salud mental y los pacientes mentales que facilitan la promoción de políticas y el desarrollo de programas y servicios.

4.1.4 *En los países*

La cooperación técnica del Secretariado se posibilita toda vez que al nivel nacional exista una unidad de salud mental con suficiente autoridad política, científica y técnica y con recursos adecuados como para poder descargar su responsabilidad y mejor instrumentar la cooperación técnica. Al respecto, hay países, no obstante los esfuerzos realizados por OPS, que o no cuentan con una unidad diferenciada en el nivel ministerial o llenan sólo en parte las características antes enunciadas.

Dos modalidades de cooperación interpaíses utiliza el Programa: 1) grupos de acción de nivel subregional, que permiten, además, maximizar el uso de la cooperación técnica regional e internacional (se ha establecido un grupo en Centroamérica y otro en la Subregión Andina. Actualmente se está contemplando la constitución de un tercer grupo en el Caribe de habla inglesa), y 2) las acciones bi y multilaterales.

4.2 *Promoción de políticas, planes y programas*

El Programa estimula la formulación, implementación, vigilancia y evaluación de planes nacionales de salud mental que interpreten las políticas de salud y desarrollo humano y que formen parte de los planes nacionales (21). El plan nacional delinea una respuesta sistemática e interarticulada de todos los componentes al diagnóstico de situación nacional en la cual confluyen las acciones del sector y de otros (educación, etc.). No obstante los esfuerzos realizados, aún son una minoría de países los que cuentan con planes nacionales actualizados y debidamente sancionados por las autoridades.

4.3 *Desarrollo de recursos humanos*

Este es un aspecto central de la cooperación técnica, dado que en ausencia de recursos debidamente capacitados con dificultad se pueden realizar las transformaciones aludidas en otras secciones. Los recursos profesionales sobre los cuales se trata de impactar son: 1) maestrías en salud pública y salud mental; 2) formación de psiquiatras; 3) formación de médicos; 4) formación de psicólogos; 5) formación de profesionales de enfermería en salud mental, y 6) capacitación de agentes comunitarios por fuera del sector salud.

4.3.1 *Maestrías en salud pública y salud mental*

El Programa, respondiendo a la necesidad de contar con personal técnico altamente especializado, estimula el establecimiento en América Latina y el Caribe de programas de formación en salud mental en los marcos de las maestrías de las escuelas de salud pública. Hoy operan no menos de cuatro nuevos programas universitarios en

América Latina que ofrecen maestrías con algún apoyo de OPS. Este esfuerzo se facilitaría de contar con becas de capacitación para completar los cuadros docentes y con recursos financieros que permitieran una mayor cooperación interuniversitaria en esta etapa inicial (23).

4.3.2 Formación de psiquiatras

En cuanto a la formación del psiquiatra, el Programa tiene como objetivo estimular cambios curriculares que recojan los progresos realizados en las neurociencias, en las ciencias sociales y en la comunicación social y que respondan a la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica (24).

4.3.3 Formación de médicos

El objetivo es cooperar técnicamente en el diseño e implementación de programas de formación del profesional médico que permita: conocer y manejar con competencia los aspectos de la conducta vinculados con la preservación y recuperación de la salud y reconocer y tratar los trastornos psiquiátricos y psicosociales más frecuentes con especial referencia a la depresión, las epilepsias y las psicosis; todo esto rescatando el valor humano de la práctica médica. Para lograrlo, el Programa estimula la modificación de los contenidos curriculares y los locales donde se imparte la enseñanza; estos son cambios aún difíciles de lograr.

4.3.4 Formación de profesionales en psicología

El objetivo es fomentar la formación de cuadros de profesionales en psicología con capacidad para integrarse a las intervenciones en salud pública y salud mental tanto de promoción como de prevención en todos los niveles. Con frecuencia este grupo profesional es el más numeroso y disponible en los países. Se ha comprobado que la formación actual está más orientada a las intervenciones individuales que a la práctica de base comunitaria, no obstante ser el grupo profesional que mejor podría llenar funciones en las acciones colectivas que movilizan a la conducta como factor principal. Además, dada la escasez de recursos humanos, los profesionales en psicología podrían adquirir conocimientos y destrezas adicionales que le proporcionaría una capacidad polivalente.

4.3.5 Formación de profesionales de enfermería en salud mental

La colaboración (realizada conjuntamente con la unidad técnica respectiva de la OPS) tiene como objetivo fortalecer los reducidos cuadros profesionales actuales, contribuir a la elevación de su nivel de competencia, y a colaborar con la profesionalización de los cuadros de auxiliares de enfermería. La formación que se

intenta fortalecer está destinada tanto a la asistencia hospitalaria como a la comunitaria, coincidente con la Iniciativa anteriormente aludida.

4.3.6 *Capacitación de agentes comunitarios por fuera del sector de la salud*

El objetivo de esta actividad es adiestrar a miembros líderes seleccionados de la comunidad en la identificación y atención inmediata de los trastornos mentales y problemas psicosociales más frecuentes, en la derivación temprana a los servicios de salud cuando correspondiere, en el estímulo del autocuidado, la promoción de los grupos de ayuda mutua y el fomento de los estilos de vida saludables. Esta actividad ha comenzado con los agentes de policía y continuará con los clérigos.

4.4 *Investigación*

El objetivo central es cooperar técnicamente con los países de manera de estimular el desarrollo de cuadros de investigadores que merced a sus estudios provean de datos a los planificadores y administradores y posibilite una toma racional de decisiones en salud mental. Este propósito demanda la realización de estudios: 1) epidemiológicos de diagnóstico de situación y de evaluación de programas, en los servicios especializados y en los demás niveles de atención, y 2) de las ciencias sociales, que ofrezcan información sobre los procesos socioculturales vinculados con la preservación, pérdida y recuperación de la salud. Varios estudios promovidos por el Programa han sido financiados por la OPS.

4.5 *Información y difusión del conocimiento*

El objetivo del Programa es producir y difundir información científica y técnica procurando aumentar y actualizar el nivel de conocimiento de los técnicos y la comunidad y el nivel de excelencia de los programas y servicios. Para facilitar su tarea, la OPS colabora con el Centro Regional de Información en Salud Mental (CRISAMEN, Buenos Aires), que forma parte de un Centro Colaborador de OPS/OMS, produciendo conjuntamente material informativo para administradores, docentes e investigadores.

5. *Tendencias futuras*

En el cuatrienio próximo el Programa procurará incrementar su involucramiento en proyectos globales de la OPS (v.g., comunidades saludables), de manera de ofrecer a los países una cooperación técnica que integre los aspectos conductuales a los característicamente ofrecidos por las unidades técnicas. Deberá también responder a las necesidades que demanda la transición epidemiológica que caracteriza a la Región, la cual requiere de un mayor aporte de las ciencias de la

conducta. El Programa deberá colaborar, por último, con los países en la implementación de intervenciones preventivas primarias de probada efectividad y costo-beneficio. Todo lo anterior deberá lograrse consolidando al mismo tiempo la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en curso, que, de ser exitosa, permitirá liberar recursos humanos para enfrentar problemas prioritarios y de magnitud creciente.

6. Solicitud a los Cuerpos Directivos

Se solicita a los Cuerpos Directivos que examinen la orientación del Programa, revisen sus objetivos y estrategias, y formulen un conjunto de recomendaciones destinadas a: 1) aumentar el apoyo a las acciones de promoción y prevención en salud mental por medio, entre otras medidas, la formulación de políticas públicas y de planes nacionales de salud mental incorporados a los de salud y desarrollo humano; 2) asegurar la inclusión de la atención de salud mental en la canasta básica de los servicios de salud; 3) apoyar la reestructuración de la atención psiquiátrica en todo el conjunto de acciones que ésta implica; 4) desarrollar programas comunitarios para disminuir la prevalencia no tratada y el impacto psicosocial de los trastornos antes citados; 5) realizar acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez; 6) fortalecer la capacidad gerencial de las divisiones/departamentos de salud mental (o establecerlos si no existieran), y 7) estimular el desarrollo de cuadros técnicos líderes en salud mental. Las acciones conjuntas de los países y el Secretariado posibilitará a las poblaciones de las Américas enfrentar con mayores visos de éxito sus necesidades en salud mental.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud/División de Salud Mental: El Programa de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, OMS/MNH, 91.3, 1991.
2. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Sanitaria Panamericana, Resolución CSP.R4, Washington, DC, 27 de septiembre de 1994.
3. Organización Panamericana de la Salud: Plan de Acción Regional para la Promoción de la Salud en las Américas. CE113/15, 2 de mayo de 1994.
4. Murray CJL, López AD: The global burden of disease. Harvard University, Press, Cambridge, MA, 1996.

5. Robbins L, Regier D (ed): **Psychiatric disorders in America**. The Free Press, New York, 1991.
6. Bland RC, Newman SC, Orn H: **Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton**. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 77 (suppl.338), 33-42, 1988.
7. Almeida Filho, N y cols: **The Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: Methodological features and prevalence estimates**. Presentación en el Congreso Mundial de Psiquiatría, Río de Janeiro, junio de 1993.
8. Vicente Posada, B y cols: **Estudios de prevalencia comunitaria y utilización de servicios de salud mental en Chile**. Informe final a OPS. 1993 (Mimeo).
9. Bird, HR y cols: **Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico**. *Archives of Geneneral Psychiatry* 1988; 45:1120-1126.
10. Comisión Interagencial: **Salud mental y desarrollo psicosocial de la niñez. Lineamientos básicos y propuesta de un plan de acción interagencial a nivel regional**. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 1995 (Mimeo).
11. Banco Mundial: **Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud**. Banco Mundial, Washington, DC, 1993.
12. Greenberg, PE y cols: **The economic burden of depression in 1990**. *Journal of Clinical Psychiatry* 54:405-418, 1993.
13. Senanayake N, Román, GC: **Epidemiology of epilepsy in developing countries**. *Bull World Health Organization*. 1995; 71:247-258.
14. División de Promoción de la Salud. **I Grupo de Trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministerios de Salud de América Latina**. Panamá, 10-14 de junio de 1996. Mimeo.
15. Levav, I y cols: **Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción**. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 107:196-219, 1989.
16. Levav, I (ed) **Temas de salud mental en la comunidad**. Organización Panamericana de la Salud, Paltex No. 19, Washington, D.C., 1992.

17. **González R, Levav I (ed): Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Organización Panamericana de la Salud (HPA/MND 1.91), Washington, D.C., 1991.**
18. **Levav I, Restrepo H, Guerra de Macedo C: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 39:285-293, 1993.**
19. **OPS, División de Promoción y Protección de la Salud. Informe Final, Reunión de las mujeres líderes de las Américas en pro de la salud mental. Washington, D.C., 1996.**
20. **Organización Mundial de la Salud: Prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Organización Mundial de la Salud (WHO/MNH/EVA/88.1), Ginebra, 1988.**
21. **Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud: Guía para la elaboración de planes nacionales de salud mental, Washington, D.C., mayo 1994 (OPS/OMS/HPP/8/1994).**
22. **Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud: Evaluación de la calidad de la atención en salud mental. Módulos A y B. Washington, D.C., febrero de 1994 (OMS/OPS/HPP/02/94).**
23. **Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile: Informe de la reunión de trabajo OPS/OMS "Magister en Salud Pública-Mención en Salud Mental". Santiago de Chile, 12-14 de mayo de 1994. (Mimeo).**
24. **Organización Panamericana de la Salud, Programa de Salud Mental, División de Promoción de la Salud: Informe del II grupo de consulta sobre enseñanza de la psiquiatría en los programas de residencia, Panamá, 21 al 23 de marzo de 1992 (Mimeo).**