



La Reforma de los
Servicios de Salud Mental:
**15 Años después
de la Declaración
de Caracas**

ops

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Rodríguez, Jorge J. – ed.

La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la
Declaración de Caracas.

Washington, D.C: OPS, © 2007.

ISBN 978 92 75 32829 3

I. Título II. González, René – ed. III. CD-ROM

1. SERVICIOS DE SALUD MENTAL
2. REFORMA EN ATENCIÓN DE LA SALUD
3. PSIQUIATRÍA COMUNITARIA
4. ENFERMOS MENTALES

NLM WM 105

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2007

Una publicación de la Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas y denominaciones empleadas por los autores en esta publicación no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) dará consideración favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, total o parcialmente, esta publicación, siempre que no sea con fines de lucro. Las solicitudes pueden dirigirse a la Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, EE. UU.

La Conferencia titulada “La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de la Declaración de Caracas” se desarrolló con el apoyo y colaboración del Ministerio de Salud de Brasil.

ÍNDICE

Presentación

1. Marco General	Página
1.1 La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicaciones para el mundo. <i>Benedetto Saraceno</i>	6
1.2 Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la Declaración de Caracas. <i>José Miguel Caldas de Almeida</i>	21
1.3 Las raíces de la Declaración de Caracas. <i>Itzhak Levav y René González</i>	44
1.4 A quince años de la Declaración de Caracas: nuevos conocimientos e innovación de los servicios de salud mental. <i>Giovanni De Plato</i>	50
2. La Reforma Psiquiátrica en América Latina y el Caribe	
2.1 ¿Qué hacer con los hospitales psiquiátricos? <i>Roberto Tykanori Kinoshita</i>	62
2.2 Estrategia de reorientación de servicios en las reformas de salud mental en la Región de las Américas. <i>Alberto Minoletti y Ana María Calderón</i>	68
2.3 Red de servicios en la comunidad. <i>Hugo Cohen</i>	90
2.4 Salud mental y atención primaria en América Latina: avances y obstáculos durante los últimos 15 años. <i>Guillermo Barrientos</i>	108
2.5 Cumplir con la Declaración de Caracas... asegurar la implementación de los planes nacionales de salud mental. <i>Alberto Minoletti</i>	121
3. Derechos Humanos y Salud Mental	
3.1 La Declaración de Caracas: un instrumento esencial para la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales. <i>Javier Vásquez</i>	141
3.2 Salud mental y derechos humanos. <i>Jorge Chuaqui</i>	153

4. Temas Específicos

4.1 Desastres y salud mental: la experiencia de Latinoamérica y el Caribe. <i>Jorge Rodríguez y José Miguel Caldas de Almeida</i>	160
4.2 Hacia la reforma de los servicios de salud mental de la infancia y adolescencia. <i>Cristóbal Martínez</i>	180
4.3 Los servicios de salud mental frente al problema de la violencia. <i>Jorge Rodríguez y Silvia Narváez</i>	193
4.4 Salud mental y poblaciones vulnerables: recuperar la esperanza. <i>Jorge Rodríguez</i>	209
4.5 Alcohol y otras drogas: viejos y nuevos desafíos en salud mental. <i>Maristela Monteiro</i>	223
4.6 Investigaciones en salud mental en América Latina: avances y desafíos. <i>Ricardo Zorzetto, Denise Razzouk, Maria Thereza Bonilha, Jerónimo Gerolin y Jair de Jesús Mari</i>	233
4.7 La capacitación de recursos humanos en salud para alcanzar las metas de la Declaración de Caracas. <i>Stan Kutcher y Sonia Chehil</i>	247

5. La Reforma Psiquiátrica en Brasil

5.1 La Declaración de Caracas y la reforma de la asistencia psiquiátrica en Brasil. <i>Domingos Sávio do Nascimento Alves</i>	260
5.2 Psiquiatría en el hospital general. <i>Neury José Botega y Cristina Larrobla</i>	273
5.3 La Declaración de Caracas y la reforma de la asistencia psiquiátrica en Brasil: nuevas alianzas. <i>Miguel R. Jorge y Marcos P. T. Ferraz</i>	287
5.4 Salud mental y economía solidaria: inclusión social por el trabajo. <i>Jorge Pacheco</i>	291
5.5 Reforma psiquiátrica y política de salud mental en Brasil. <i>Pedro Gabriel Delgado</i>	295

Principios de Brasilia

PRESENTACIÓN

La “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas”, fue celebrada en Brasilia, del 7 al 9 de noviembre del 2005, bajo el patrocinio conjunto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de la República Federativa de Brasil. El encuentro contó con una amplia participación; estuvieron presentes funcionarios gubernamentales del sector salud, profesionales de las ciencias de la conducta, representantes de organizaciones de la sociedad civil y portavoces de usuarios y familiares de la Región de las Américas, así como expertos de diversos organismos.

El objetivo fundamental de este evento fue evaluar los avances logrados en el campo de la salud mental en la Región desde 1990. Como producto final, se elaboró el documento “Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas”.

Es indudable que la Conferencia y Declaración de Caracas expresaron a su debido tiempo la preocupación por el estado crítico en que se encontraban los servicios de salud mental de nuestros países, que requería un cambio radical en el modelo asistencial, basado en el hospital psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención centradas en la Atención Primaria.

La Declaración de Caracas tuvo no solo un valor simbólico, sino que marcó un hito en el desarrollo de los sistemas de salud mental en el continente. Las Resoluciones sobre salud mental promulgadas por los Consejos Directivos de la OPS/OMS con posterioridad a la Declaración (1997 y 2001) constituyeron importantes apoyos que vinieron a ratificar la voluntad de los Gobiernos de continuar en el camino de la reestructuración de los servicios de salud mental.

Recientemente, los Estados Miembros de la OPS/OMS adoptaron en septiembre del 2005 la Declaración de Montevideo, contentiva de nuevas líneas estratégicas sobre la Atención Primaria de Salud, tales como el desarrollo de sistemas sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención. La repercusión que pueden tener esas normas sobre los servicios de salud mental es evidente. En el plano global, la OMS ha formulado principios rectores específicos que orientan la reforma de la atención de salud mental, los cuales fueron ampliamente discutidos en el Informe Mundial de Salud Mental del 2001.

Cabe destacar especialmente los nuevos desafíos a los que se hace mención en la Declaración Final de la Conferencia de Brasilia. Si bien los problemas analizados en el encuentro son de larga data, es cierto que se han hecho más evidentes en los últimos quince años. Asimismo, no todos fueron abordados con igual preeminencia en la reforma de los servicios emprendida desde la perspectiva de la Declaración de Caracas.

Entre las nuevas estrategias propuestas, se pueden mencionar las dirigidas a la protección de poblaciones en vulnerabilidad psicosocial, tales como las comunidades

indígenas y las víctimas de desastres. Otros enfoques considerados se refieren a la prevención y tratamiento de los problemas psicosociales asociados con la niñez y adolescencia, la conducta suicida, el abuso de alcohol y drogas y las diferentes modalidades de violencia. Todos estos problemas, cuya significación es cada vez más creciente, requieren una respuesta efectiva de los servicios de salud mental.

Una conclusión importante a la que se llegó en la conferencia de Brasilia es que de las experiencias vividas a lo largo de estos años se derivan importantes lecciones cuya aplicación en el futuro puede ser crucial para la culminación del proceso de reforma. Es necesario documentar y diseminar estas experiencias de atención en salud mental, acción que se verá favorecida por la promoción de programas de cooperación entre países.

En esta obra se ha tratado de recopilar la mayoría de los documentos y las presentaciones que se discutieron en la conferencia de Brasilia. En ella se refleja el esfuerzo de los autores, se presenta una sinopsis de la producción teórica sobre el tema y además se citan algunas experiencias de la región en el campo de los servicios y la investigación en salud mental.

La OPS/OMS se complace en contribuir en este empeño y poner a disposición de los lectores esta excelente recopilación de artículos científicos, la mayoría con enfoques muy prácticos. Esperamos que el fruto de este esfuerzo no llegue a ser sólo un acicate para la reflexión, sino que se constituya en una herramienta de utilidad inmediata para el trabajo cotidiano de dirigentes y trabajadores de la salud mental en el continente.

Dr. José Luís Di Fabio
Gerente Área de Tecnología y Servicios de Salud
OPS/OMS

LA INICIATIVA PARA LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN LAS AMÉRICAS: IMPLICACIONES PARA EL MUNDO

Benedetto Saraceno*

Iniciaré esta presentación con una breve referencia personal que quizás contribuya a proveer un marco lógico a mi discurso. Participé en la concepción y organización de la Conferencia de Caracas en mi capacidad de consultor de la OPS y me desempeñé tanto en la organización como en el encuentro propiamente dicho. Estaba animado por el espíritu militante de la reforma psiquiátrica italiana encabezada por Franco Basaglia y respaldado por mi condición de epidemiólogo del Instituto Mario Negri de Milán. Es justo señalar que el citado Instituto no sólo contribuyó financieramente para la realización del evento sino que prestó su valioso apoyo técnico, tanto en las etapas organizativas como en el seguimiento del encuentro.

En Caracas se puso de manifiesto que no había un modelo único de reforma, exclusivo de un solo país, sino que en el mundo estaban ocurriendo otras experiencias dignas de mención. Se pudo constatar que, al lado de las personas que merecían el calificativo de reformadores auténticos, estaban otras que se oponían a las reformas, siendo propicio mencionar que dentro del primer grupo se distinguían algunas con capacidad de liderazgo, capaces de convencer a los demás. Entre estas personas sobresale en mi memoria la figura de David Capistrano Filho.

Las experiencias vividas han demostrado que el cambio que requiere la reforma se produce no sólo de arriba hacia abajo, sino también de abajo hacia arriba y la situación es óptima cuando los movimientos son simultáneos y se fortalecen mutuamente. Llegué así a la conclusión de que si el norte del mundo le podía enseñar al sur, también el sur podía enseñarle al norte. Además del movimiento norte-sur y sur-norte, había otro flujo que he decidido llamar, este-oeste y oeste-este. Esta última dinámica obedece a la existencia de dos tipos de estudiosos: los que describen al mundo con un criterio estrictamente epidemiológico pero les falta la fuerza de las narraciones y vivencias que acompañan a los hechos observados, y los que tienen una gran capacidad descriptiva, pero les falta la fuerza de la epidemiología. Estas ideas se cristalizaron en mi mente en Caracas en 1990 sin sospechar que diez años después tendría la oportunidad de utilizarlas al liderar el Programa Global de Salud Mental de la OMS.

Ahora, a la luz de lo aprendido en 1990 y de la experiencia obtenida durante los años subsiguientes, trataré de presentar un panorama general que nos ayude a definir dónde estamos y cuán grandes son los desafíos globales que se presentan en el campo de

* Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias
Organización Mundial de la Salud, Ginebra

la salud mental. Con este fin, nada es más persuasivo que apelar a algunas simples estadísticas, que seguramente son del conocimiento de muchos, para demostrar que los desafíos continúan siendo muy grandes:

1. En primer lugar, cabe señalar que la carga de los trastornos mentales en el mundo es alta (1) como lo presenta en forma gráfica la figura 1.

Figura N° 1. Los trastornos mentales como parte de la carga global de enfermedades



Fuente: OMS, Informe de la Salud Mental en el Mundo, 2002

2. La carga relativa de las enfermedades mentales es creciente según lo ilustra la figura 2, donde se puede ver que el peso relativo de la depresión unipolar asciende progresivamente en la cuantía de la carga psiquiátrica (1).


Figura N° 2. Principales causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en el mundo en el año 2000 y proyecciones para el 2020

PRINCIPALES CAUSAS DE AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD (AVAD)

Proyecciones

➔

Rank	2000	2020
1	Infecciones respiratorias	Enfermedades cardíaca isquémica
2	Condiciones perinatales	Trastorno depresivo unipolar
3	VIH/SIDA	Accidentes viales
4	Trastorno depresivo unipolar	Enfermedad cerebro-vascular
5	Enfermedades diarreicas	Enfermedad pulmonar crónica obstructiva



Fuente: OMS. Informe de la Salud Mental en el Mundo, 2001

- La importancia de la carga no solo estriba en la depresión unipolar, sino que se extiende a otros trastornos: En efecto, 4 de los 10 trastornos que generan más años de vida vividos con discapacidad están bajo la responsabilidad directa del campo de la Salud Mental. Véase el cuadro 1.

Cuadro N° 1. Diez principales causas de años de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en el mundo. Estimaciones porcentuales para el año 2000, ambos sexos, todas las edades

PRINCIPALES CAUSAS DE AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD (AVAD)		
Estimaciones para el año 2000 para ambos sexos, todas las edades		
1	Trastorno depresivo unipolar	11,9%
2	Pérdida de audición, iniciada en la adultez	4,6%
3	Anemia por deficiencia de hierro	4,5%
4	Trastornos pulmonar obstructivo crónico	3,3%
5	Trastornos relacionados con el consumo de alcohol	3,1%
6	Osteoartritis	3,0%
7	Esquizofrenia	2,8%
8	Caídas	2,8%
9	Trastorno afectivo bipolar	2,5%
10	Asma	2,1%

World Health Report, Geneva, World Health Organization, 2001



Fuente: Informe Anual de Salud, Organización Mundial de la Salud, 2001

4. Si las estadísticas precedentes no inquietaran, por ser muy conocidas, las cifras presentadas a continuación (cuadro 2) son de por sí elocuentes: 450 millones de personas en el mundo están afectadas por trastornos mentales. Esto equivale a la suma de las poblaciones de Argentina, Brasil, Chile, México, Ecuador, América Central, el Caribe de habla inglesa. ¡Y la lista no concluye aún! Por otra parte, casi un millón de personas se suicida cada año. Véase el cuadro 3.

Cuadro N° 2 PERSONAS AFECTADAS EN EL MUNDO POR TRASTORNOS MENTALES

450 millones de personas son afectadas en el mundo por trastornos mentales, de las cuales:

- 150 millones padecen depresión
- 25 millones están afectadas por esquizofrenia
- 38 millones sufren de epilepsia
- 90 millones tienen trastornos relacionados con el consumo de alcohol o de drogas
- cerca de 1 millón se suicida cada año

Fuente: Informe Anual de Salud, Organización Mundial de la Salud, 2001

CUADRO N° 3

Suicidios consumados en el mundo en el año 2001 y porcentajes de la carga en AVADs

Región	Número de muertes	AVADs (%)
África	28.000	0,2
América	65.000	1,1
E Mediter.	35.000	0,7
Europa	168.000	2,3
SE Asia	234.000	1,6
O Pacífico	318.000	2,5
<i>Mundo</i>	849.000	1,4

Fuente: Informe Anual de Salud, Organización Mundial de la Salud, 2001

5. América Latina y el Caribe no escapan a esta pandemia mundial. El cuadro 4 presenta estimaciones sobre enfermedades mentales en la sub-región mencionada.

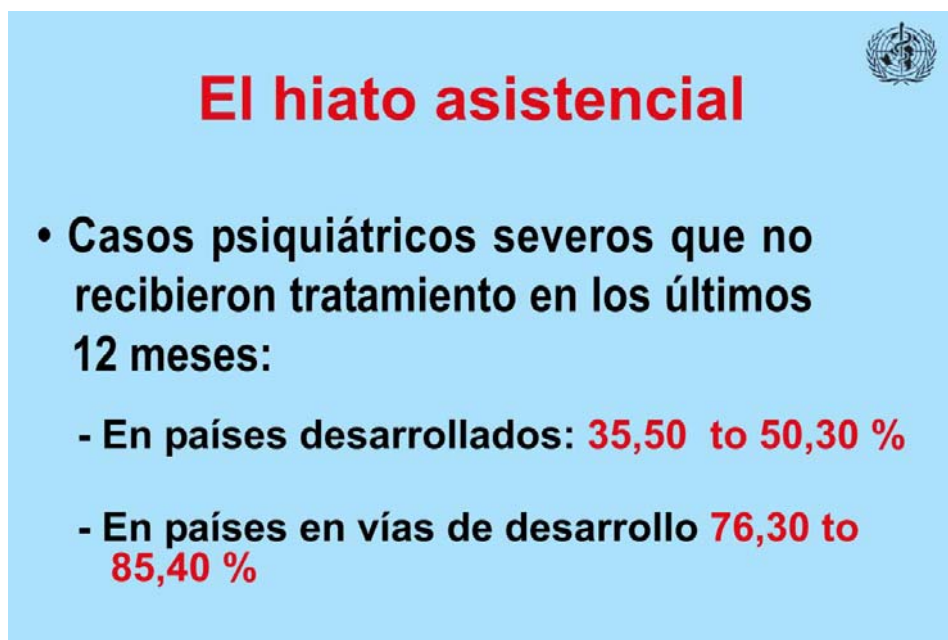
Cuadro N° 4

Número de adultos (en millones) en América Latina y el Caribe que padece enfermedades mentales

- **Depresión Mayor: 31,10**
- **Alcoholismo: 31,10**
- **Distimia: 11,80**
- **Ansiedad Generalizada: 8,80**
- **Trastorno Obsesivo Compulsivo: 6,10**
- **Trastorno de Angustia: 5,40**
- **Psicosis no afectivas: 5,40**
- **Abuso de Drogas: 5,10**
- **Trastorno Bipolar: 4,70**

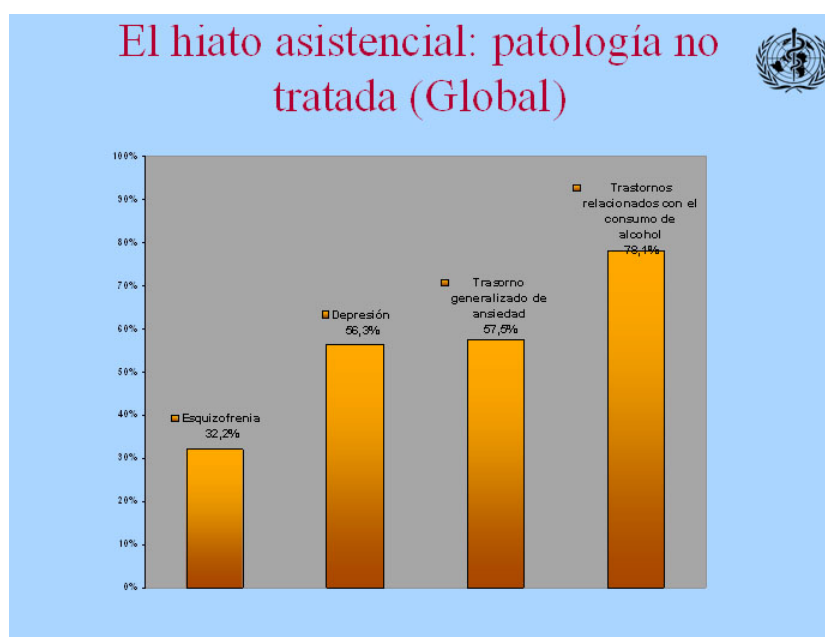
6. Se podría señalar que gracias a los hallazgos de la investigación contamos hoy día con las tecnologías necesarias para hacer frente a una pandemia de magnitud tan severa como la descrita. Ciertamente se dispone de tecnologías efectivas (aunque no con tanta efectividad como la asignada por la opinión optimista de la industria farmacéutica). Pero, en todo caso, tales tecnologías no llegan a las personas necesitadas que, privadas de este beneficio, son víctimas de la enfermedad mental no tratada, su discapacidad no tiene alivio, su expectativa de vida se acorta, sus familias y las comunidades donde viven ven sus vidas alteradas, al tiempo que el círculo de enfermedad y pobreza se perpetúa indefectiblemente.
7. Existe una brecha evidente en la atención (3, 4). Véase el cuadro 5 y la figura 3. Numerosos estudios epidemiológicos en diferentes partes del mundo, entre ellas en América Latina y el Caribe (5) han revelado la prevalencia verdadera de los más importantes trastornos mentales y la tasa de prevalencia tratada. Véase el cuadro 6.

Cuadro N° 5



Fuente: OMS (4), Consorcio Mundial de Salud Mental, JAMA

Figura N° 3



Fuente: Kohn, Saxena, Caldas, Levav, Sarraceno y col. (5)

Cuadro N° 6

EL HIATO ASISTENCIAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

- **Psicosis no afectivas: 58% de las personas afectadas no están tratadas**
- **Alcoholismo: 53,3% de las personas afectadas no están tratadas**
- **Trastorno Bipolar: 46% sin tratamiento**
- **Trastornos de ansiedad: 41,1% de las personas afectadas no están tratadas**

Fuente: Kohn, Levav, Caldas y col. (5)

Resulta imposible quedar indiferente ante el hecho que en ausencia de asistencia por el sistema de servicios de salud, la mayor parte de la carga psiquiátrica recae sobre los usuarios, las familias y algunos agentes comunitarios ajenos al sector salud. Es un hecho patente que la participación del sector salud en la provisión de servicios adecuados en salud mental es aún minoritaria. Si a esta situación se agrega que de los pocos que tienen acceso al tratamiento muchos reciben asistencia de mala calidad y que con frecuencia sus derechos humanos y ciudadanos son violados y son víctimas de la discriminación que rodea la enfermedad mental, completaríamos un panorama abrumador.

Cabe señalar que este panorama no se presenta por igual en los diferentes estratos de la sociedad (6). En efecto, los estudios epidemiológicos han mostrado una y otra vez que cuanto más bajo es el estrato social más alto es el riesgo de enfermedad y menores son las posibilidades de recibir atención adecuada. Por otra parte, al igual que en el caso de las enfermedades somáticas, no todos los grupos sociales están en igualdad de riesgo, siendo las poblaciones de los estratos socio-económicos más débiles las más vulnerables. Es digno de mención que en el curso del tiempo la enfermedad suele generar un descenso en el nivel social. En pocas palabras, el nivel socio-económico precario genera enfermedad y como resultado de la enfermedad se agrava la precariedad.

El panorama descrito coloca a toda la ciudadanía ante un dilema insoslayable: o diseñamos respuestas viables y efectivas ante esta deplorable situación o nos convertimos en responsables pasivos de un desequilibrio social injusto.

Es en el último decenio del siglo pasado cuando entra en el escenario de la Región de las Américas y del mundo un movimiento extraordinario y un manifiesto singular que llaman a la toma de conciencia sobre los problemas citados y establecen las bases conceptuales para su solución: la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la Declaración de Caracas que la guía (7). La trascendencia de esta iniciativa reside en que pone de relieve los aspectos cruciales del panorama descrito con anterioridad, señala sus principales causas y constituye la base para un programa de acción. No sólo tuvo su origen en la ideología y práctica de la salud mental comunitaria sino que replanteó científicamente, la forma de concebir la respuesta a un sinnúmero de necesidades desatendidas.

La iniciativa fue, y sigue siendo, una respuesta compleja. Una estrategia crucial para asegurar su efectividad es el enjuiciamiento de la modalidad asistencial predominante, en algunos lugares la única ofrecida por los servicios de salud. Tal sistema asistencial pretendía, y aún pretende en determinadas instancias, dar respuesta a esa realidad compleja y de magnitud abrumadora de la que se da cuenta en párrafos anteriores.

En 1990, tuve la oportunidad de señalar los cuatro principales argumentos que respaldan el enjuiciamiento de la asistencia del hospital psiquiátrico:

- El ético-jurídico: la violación de los derechos humanos es el mayor cargo que entonces se hiciera, y aún se hace, al hospital psiquiátrico.
- El clínico: en cuanto la atención prestada llega a generar la cronificación de un desorden, a pesar de que se administren medicamentos psicotrópicos, ya sean los antiguos o los de la nueva generación.
- El institucional: en cuanto que en esas instituciones se establecen relaciones de sumisión y violencia física y afectiva, todas inmersas en un círculo vicioso donde quien está obligado a sufrir hace, a su vez sufrir, al más débil.
- El económico: o sea el bajísimo costo-efectividad del hospital psiquiátrico que gasta mucho, trata ineffectivamente y no atiende a la mayoría de la población que necesita de la atención de salud mental.

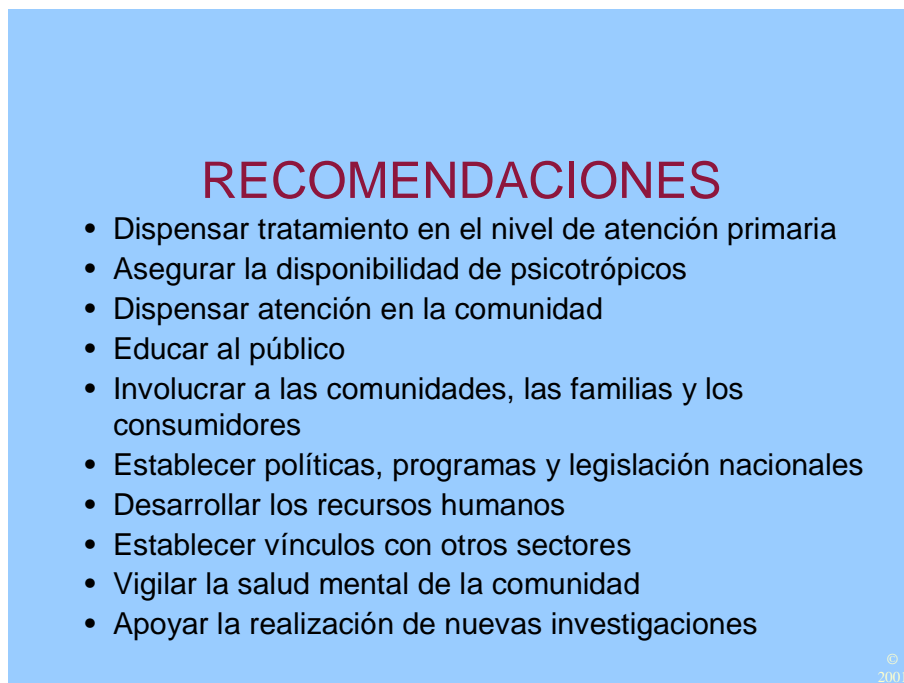
Esta crítica se acompañó, en la Declaración de Caracas, de propuestas alternativas que tienen el potencial de ofrecer una respuesta mejor a nuestro ya mencionado cúmulo de necesidades.

La crítica y las propuestas son de validez prácticamente universal. Las críticas pueden ser ilustradas con la información que se ha hecho del dominio público: muchos diarios influyentes en el mundo han informado sobre violaciones de los derechos humanos en servicios asistenciales y en familias en países de Europa, Asia Menor y Asia.

Probablemente no hay continente donde esos atropellos no persistan. Estas son violaciones intolerables cuya corrección es responsabilidad del sector salud. Por eso es motivo de regocijo constatar que en muchos países de las Américas ya se cuenta con los resortes institucionales que permiten salvaguardar los derechos de los pacientes, desenmascarar las violaciones y promover un cambio.

Las propuestas de Caracas se han extendido universalmente y se han incorporado y enriquecido dentro del marco de las “Diez Recomendaciones del Informe Mundial de la Salud de 2001”. Véase la figura 4.

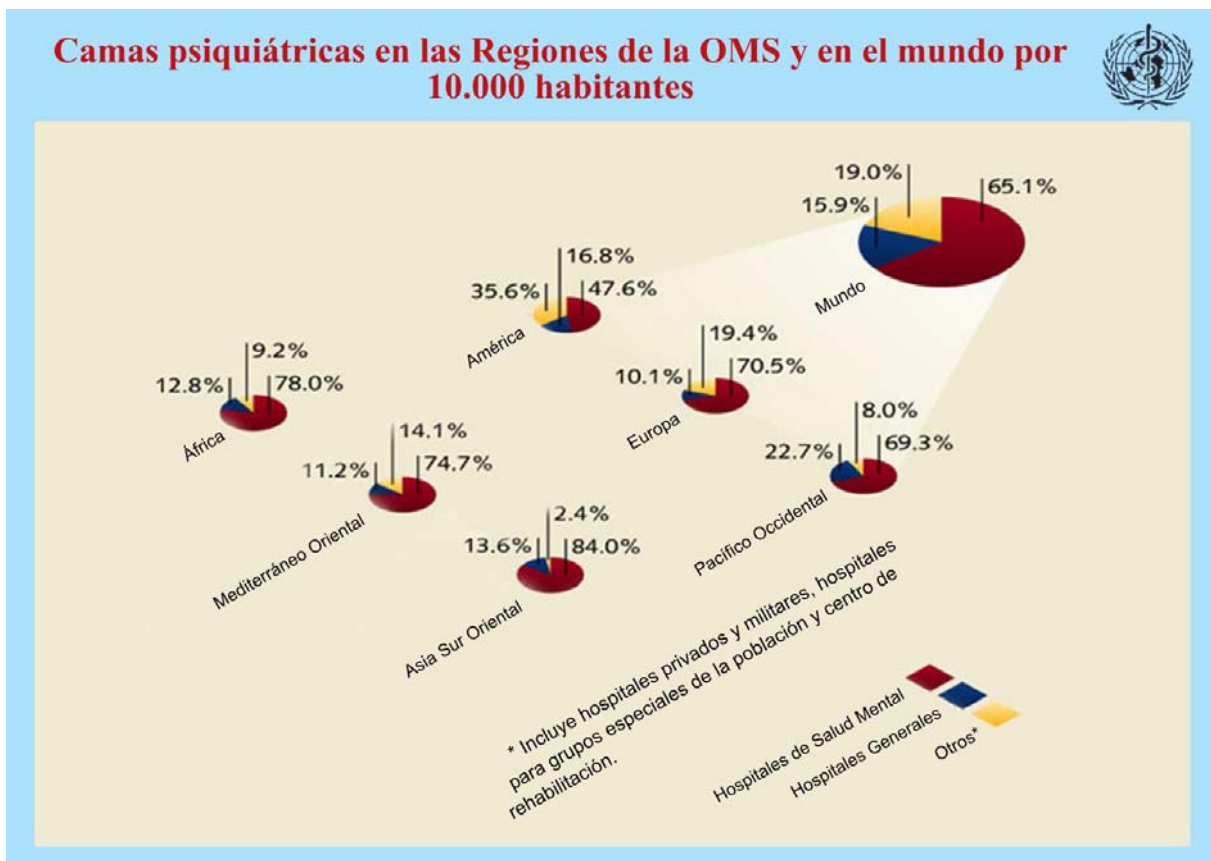
Figura N° 4



Fuente OMS: Informe mundial de la salud 2001.

Las recomendaciones precedentes cuentan con el aval de más de cien expertos, de reconocida capacidad científica. Su lectura nos lleva a preguntarnos cómo podríamos cumplirlas, teniendo en cuenta que la hegemonía cultural, organizativa y presupuestaria del hospital psiquiátrico sigue vigente (figura 5).

Figura N° 5



Fuente: OMS, Atlas de Salud Mental, 2001

La OMS ha decidido apoyar a los países para enfrentar las múltiples brechas ilustradas en la figura N° 6.

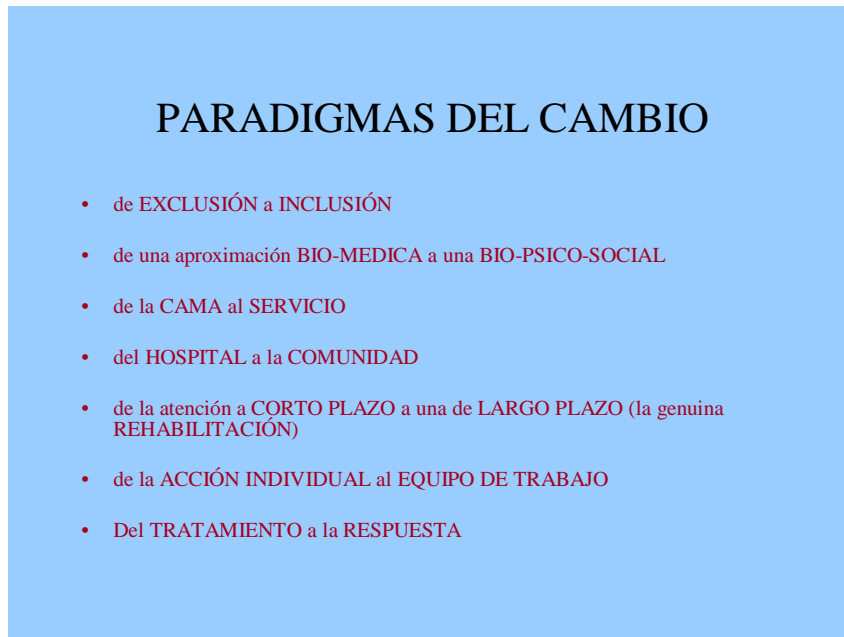
Figura N° 6



El encuentro de Caracas fue, cabe admitirlo, el producto de una iniciativa promovida por OPS, pero hubiera tenido una vida efímera de no haber estado respaldada por experiencias de campo de relevancia singular, como las de Santos en Brasil, Río Negro en Argentina, Santa Eduvigis en Honduras, Hospital Obrero de Lima, Centro de Día de la Ciudad de México y muchas otras, citadas en el libro que resume las presentaciones de ese encuentro. Ésta fue la bondad de la Conferencia de Caracas, que aún persiste como modelo válido y le confiere a esta gesta la validez y vitalidad que la adornan.

La OMS promueve ese modelo en una escala mundial. Basándose en los principios y estrategias delineados en Caracas y en otras experiencias, la OMS está promoviendo un cambio en los paradigmas (figura 7). Esta mutación permite ofrecer respuestas más apropiadas y permite también que la salud mental se inscriba definitivamente en el movimiento de la salud pública. Esta inscripción abre las puertas necesarias para salvar el obstáculo representado por la otra enorme brecha, aún no superada por los profesionales de la salud mental. Me refiero a la patente falta de prevención, nivel de acción postergado en cuanto la atención de la salud mental se apoya fundamentalmente en las acciones asistenciales, aún restringidas en una alta proporción a la modalidad manicomial.

Figura 7



El haber llegado al décimo quinto aniversario de la Conferencia de Caracas es motivo de gran satisfacción. Aparte de sentirnos orgullosos por haber seguido el camino trazado, nos complace reafirmar que en todo momento fuimos autocríticos. Tal posición de autovigilancia y análisis debe mantenerse en tanto tengamos que hacer frente a los desafíos que aún nos esperan, particularmente los representados por la enorme brecha todavía existente entre la carga de la enfermedad mental y los presupuestos que los gobiernos asignan a Salud Mental. La situación es más que insatisfactoria debido a que muchos de los países de esta región no gozan de altos ingresos. Pero aun así debemos ser sinceros y reconocer que se ha actuado con timidez al procurar la asignación de los recursos que legítimamente corresponden a la salud mental mediante presupuestos commensurables con las necesidades.

La experiencia de la conferencia de Caracas nos ha brindado un discurso que señala una novedosa línea de acción. Es precisamente gracias a ella que los profesionales de la salud mental pueden dirigirse a los gobiernos y pedirles que inviertan en salud mental. A fin de tener el crédito que nuestras organizaciones esperan necesitamos proseguir con el ideario de Caracas, fortaleciendo y renovando su ideología movilizadora y enriqueciéndolo con las herramientas científicas aportadas por los progresos en la investigación.

La OMS no cesará sus esfuerzos para apoyar las acciones encaminadas a llevar a la práctica los cambios concertados en Caracas y para promoverlos, particularmente en aquellos países que aún no estuviesen listos para hacerlo. Este es nuestro compromiso, vigente en las Américas desde hace años.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
2. World Health Organization. Mental Health Atlas. Geneva: WHO; 2005.
3. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The Treatment Gap in Mental Health Care. Bull. World Health Organization; 2004 Nov; 82 (11): 858-66.
4. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*; 2004 Jun 2;291(21):2581-90.
5. Kohn R., Levav I., Caldas J.M., Vicente B., Andrade LHG., Caraveo Anduaga J, Saxena S., Saraceno B. Mental Disorders in Latin America and the Caribbean: A Public Health Priority. *Pan American Journal of Public Health*.
6. Saraceno B., Barbui C. Poverty and Mental Illness. *Canadian J. Psychiatry*; 1997 Apr; 42 (3): 285-90.
7. González Uzcátegui R y Levav I. Edts. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica; bases conceptuales y guías para su implementación. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 1991.

LOGROS Y OBSTÁCULOS EN EL DESARROLLO DE POLÍTICAS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DESPUÉS DE LA DECLARACIÓN DE CARACAS

José Miguel Caldas de Almeida*

Introducción

La Declaración de Caracas (1), adoptada en 1990, representa un marco fundamental en la historia de la salud mental en las Américas. Los principios y los valores que la conforman (el respeto por los derechos de las personas con enfermedades mentales y el reconocimiento de la importancia de asegurar una atención de salud mental de buena calidad en la comunidad) han constituido la principal inspiración de todos los que desde entonces se han comprometido a mejorar la salud mental de las poblaciones en los países de América Latina y el Caribe.

Los dos objetivos principales que sus signatarios se comprometieron a promover, la superación del modelo de servicios psiquiátricos basado en el hospital psiquiátrico y la lucha contra todos los abusos y la discriminación de que son víctimas las personas con problemas de salud mental, fueron adoptados como las grandes metas de todos los movimientos de reforma de salud mental ocurridos en América Latina y el Caribe a partir de 1990.

La Declaración de Caracas, un compromiso nacido del entusiasmo, el idealismo y la creatividad generados por las experiencias de transformación de las instituciones psiquiátricas de los años setenta y ochenta, y profundamente influenciado por los movimientos de atención primaria y salud comunitaria, ha permanecido en toda la década de los noventa e incluso en la entrada del nuevo milenio como el símbolo de la esperanza para una salud mental diferente, más focalizada en las necesidades y derechos de las personas y más integrada en la comunidad y en el sistema general de salud.

Desde 1990, se han registrado enormes progresos en el conocimiento de las diversas áreas relacionadas con la salud mental. En general, todos estos avances han confirmado la relevancia, urgencia y factibilidad de las reformas propuestas en Caracas. Las enfermedades mentales, lo sabemos hoy, son responsables de una parte muy significativa de la carga global de las enfermedades y ocupan un lugar destacado entre las primeras causas de discapacidad. Su tratamiento en la comunidad no solamente se ha tornado posible en la mayoría de los casos, sino que está respaldado por una amplia evidencia de que es más costo-efectivo en comparación con los modelos hospitalarios tradicionales. Las experiencias exitosas de reforma, llevadas a cabo en varios países de

* Jefe del Departamento de Salud Mental, Nueva Universidad de Lisboa, Departamento de Salud Mental, Facultad de Ciencias Médicas

América Latina y el Caribe, han demostrado que es posible mejorar la atención en salud mental en los países de la región cuando existe voluntad política, asignación de recursos de acuerdo a la importancia relativa de la salud mental y capacidad técnica para implementar las reformas necesarias.

Desafortunadamente, a pesar de la justicia de los objetivos de la Declaración de Caracas y de todos los avances antes mencionados, los indicadores disponibles muestran que, en la gran mayoría de las poblaciones, las metas de Caracas continúan sin cumplirse enteramente. Una encuesta reciente realizada en México no deja margen para dudas: más del 80 % de las personas identificadas en la comunidad con un diagnóstico de enfermedad mental no ha tenido contacto alguno con servicios de salud en los 12 meses previos (2). Por otro lado, los resultados del monitoreo de los derechos humanos realizado por la Organización de los Estados Americanos (OEA) muestran que los abusos en las instituciones psiquiátricas continúan siendo una realidad cotidiana en muchos países.

¿Cómo cambiar esta situación? La Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió, en el año 2001, enfrentar esta realidad, lanzando una serie de iniciativas destinadas a colocar la salud mental en la agenda política internacional. Gracias a estas iniciativas y al programa de acción global que les ha dado seguimiento, la salud mental ha obtenido una mayor visibilidad en todo el mundo, habiéndose desarrollado un conjunto de instrumentos y programas extremadamente útiles para el planeamiento, monitoreo y evaluación de reformas de salud mental. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha aunado esfuerzos con la OMS y, junto con los países, ha trabajado intensamente en los últimos años en el desarrollo de políticas, planes y servicios, así como en la actualización de la legislación en materia de salud mental y la promoción de los derechos humanos.

El trabajo desarrollado en los últimos 15 años no ha sido en vano. Muchos países tienen hoy políticas y planes de salud mental; la sensibilización para el tema de los derechos humanos actualmente es mayor que en el pasado y la capacidad de investigación en los países de América Latina y el Caribe está aumentando. Estos avances todavía están muy lejos de lo que sería necesario. La realidad es que la mayor parte de la población continúa sin tener acceso al conjunto mínimo de cuidados que sería posible brindarles actualmente.

En este contexto, el establecimiento de nuevas estrategias que permitan aumentar significativamente la capacidad de implementación de las reformas, ateniéndose a los principios de Caracas, es fundamental. Quince años después de la Declaración de Caracas, reflexionar sobre los logros y los fracasos del pasado es la mejor forma de celebrarla y de preparar las acciones que puedan finalmente cumplir con los objetivos originales.

Las recomendaciones finales de la Conferencia de Caracas en 1990 (1) incluyen una referencia detallada a prácticamente todos los aspectos que son relevantes para el

desarrollo de la atención en salud mental: política y planes, legislación, organización de servicios, recursos financieros, capacitación de recursos humanos y participación de usuarios y miembros de la comunidad. La Declaración de Caracas, aunque sucinta es muy incluyente y, hace alusión de muchos de los aspectos mencionados. Los objetivos fundamentales de la Declaración son muy claros e incluyen por una parte, la reestructuración de la atención psiquiátrica y por otra, la promoción y protección de los derechos humanos y civiles de las personas con problemas de salud mental. Estos objetivos finales del compromiso asumido en Caracas, condicionan que cualquier análisis de los progresos alcanzados desde 1990 tendrá que basarse esencialmente en una apreciación de los avances y fracasos registrados en el desarrollo de políticas, planes y servicios, en la adopción de legislación acorde y en la puesta en efecto de medidas para la salvaguarda de los derechos de los pacientes.

En esta presentación se intentará evaluar la evolución acaecida en la primera de las dos áreas primordiales mencionadas, con base en la información disponible sobre el desarrollo de políticas y la prestación de servicios en los países de América Latina y el Caribe.

Políticas y planes de salud mental

En América Latina, el 89,5 % de los países tienen actualmente una política nacional de salud mental (Figura 1). La aprobación de estas políticas fue, en la mayoría de los casos (el 63,2 % de los países), posterior a la Declaración de Caracas (3). Con respecto a los planes y programas nacionales de salud mental, la situación es similar (Figura 2).

Figura N° 1. Países de América Latina que cuentan con una política de salud mental

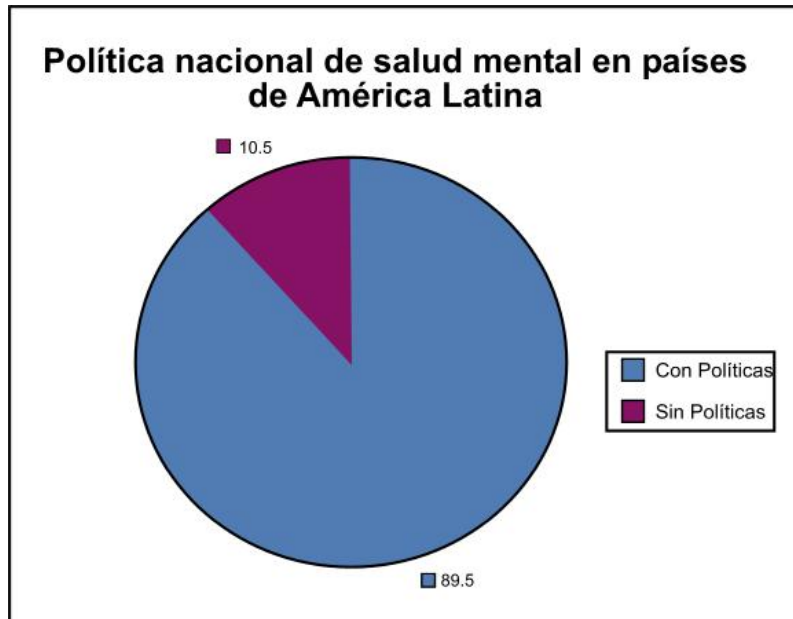
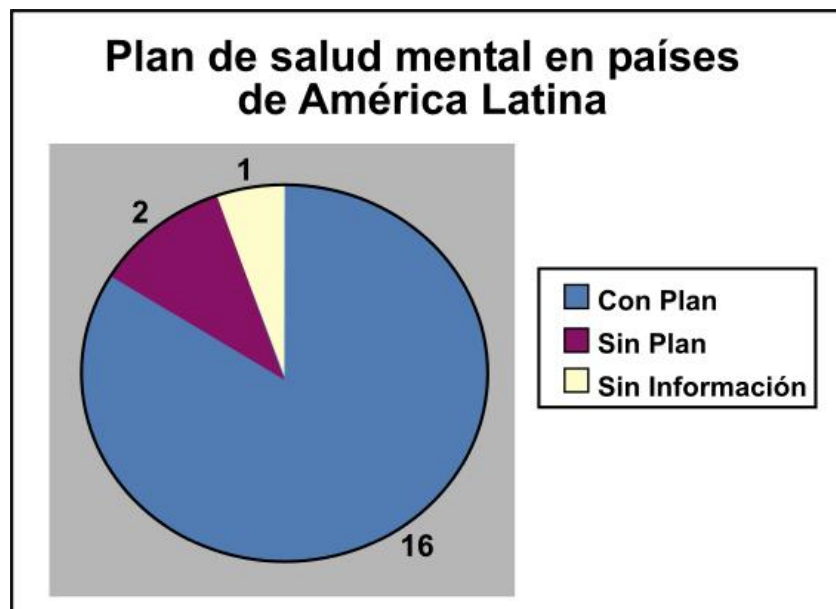


Figura N° 2. Países de América Latina que cuentan con un plan de salud mental



Dos países del Caribe de habla inglesa, (Barbados y Jamaica) tienen una política nacional de salud mental, tres más (Belice, Guayana y Santa Lucía) han iniciado el proceso de su elaboración y, casi todos los otros han manifestado su adhesión a una iniciativa reciente de la OPS para apoyar el desarrollo de políticas y planes en la sub-región. En cuanto a la etapa en que se encuentran los planes de salud mental, dos países ya tienen un plan aprobado y en otros dos los planes respectivos están en proceso de elaboración (4). En resumen, la mayoría de los países de América Latina han avanzado en relación a la formulación de políticas y planes congruentes con las recomendaciones de la Declaración de Caracas. Aunque más tardíamente y de una forma menos significativa, algún progreso se ha registrado también en los países del Caribe de habla inglesa.

Asimismo, deben señalarse los esfuerzos realizados en los últimos años en varios países, dirigidos a la reformulación y la actualización de sus políticas y planes nacionales de salud mental, procesos en los que contaron con amplia participación de todos los sectores relevantes de la sociedad. El Salvador, Belice, Chile, Perú y Paraguay son algunos de los países de la Región donde se han observado iniciativas exitosas en esta área. Este nuevo ímpetu en el desarrollo de políticas y planes nacionales ciertamente ha sido influido por el empuje dado a lo eventos mundiales y regionales en el campo de la salud mental acaecidos en el 2001, así como por la cooperación técnica internacional, particularmente la facilitada por los instrumentos creados por el Proyecto de Políticas y Planes de la OMS/OPS (5).

Entre los objetivos de las políticas y planes de salud mental, la reforma de los servicios ocupa un lugar fundamental. Una pregunta que obligatoriamente se ha de formular es la de saber hasta qué punto las políticas y los planes aprobados en los países han resultado en cambios significativos para la atención de salud mental. La comparación de la situación actual y la que existía antes de 1990 se ve dificultada por la falta de información sobre algunas variables importantes en el periodo antes de Caracas. Sin embargo, con base a la información disponible de ese período, la información actual proporcionada por el Proyecto de la OMS Atlas de Salud Mental (3) y el Análisis de la Situación en el Caribe de habla inglesa (4), elaborado recientemente, es posible discutir las principales tendencias evolutivas observadas desde 1990 y se puede intentar identificar los problemas y obstáculos que más dificultaron la implementación exitosa de las políticas y planes de salud mental. Otras fuentes de información importantes son los informes de las Reuniones Sub-regionales sobre políticas de salud mental efectuadas en los últimos años (6), así como los informes de las misiones de cooperación técnica en los países efectuadas por los asesores y consultores internacionales. Un ejemplo de estas últimas es el informe sobre la evaluación de los servicios en México (7). Asimismo, la información recogida para la publicación “Experiencias innovadoras de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe” (8) provee material relevante para la comprensión de algunas de las experiencias de reforma llevadas a cabo en los últimos 15 años.

En este periodo han tenido lugar innumerables experiencias de reforma de los servicios de salud mental en los niveles locales, provinciales y estatales y algunas en el plano nacional. Estas reformas fueron muy variadas en cuanto a las prioridades establecidas y las estrategias utilizadas. En algunos casos, se privilegió la integración de la atención de salud mental en la atención primaria; en otros, se le dio mayor énfasis al desarrollo de la red de servicios de salud mental en la comunidad y en otros el objetivo principal fue la desactivación del hospital psiquiátrico y la creación en la comunidad de dispositivos y programas residenciales y de rehabilitación.

Con relación a la vinculación de la atención de salud mental con la atención primaria, algunos países la han establecido de forma sistemática a nivel nacional. Cuba, que en 1995 inició el “Proceso de reorientación de la psiquiatría hacia la atención primaria”, es ciertamente uno de los países donde esta integración se ha desarrollado de la manera más exitosa (9), como se trató en más detalle en la sesión dedicada a este tema. Se han observado igualmente importantes experiencias en este campo en Brasil (10), donde el “Programa de Saúde da Família”, una iniciativa extremadamente innovadora, abrió perspectivas extraordinarias para el acceso de toda la población a una red de servicios integrados de atención primaria con una base familiar y comunitaria, que incluían la atención de los problemas de salud mental. La experiencia de Chile (11) merece también una referencia especial, dado el éxito alcanzado en el desarrollo y evaluación de un programa nacional de tratamiento de la depresión en atención primaria. Así mismo, otros países (por ejemplo, Guatemala y Panamá) han logrado progresos significativos en la integración de la salud mental en la atención primaria, unas veces con más énfasis en la prevención y promoción, otras en la atención (6).

La visión de conjunto de los países proporcionada en las figuras 3 y 4 muestra que aún hoy el nivel de implementación de las políticas ha sido muy bajo en la mayoría de los países.

Figura N° 3.

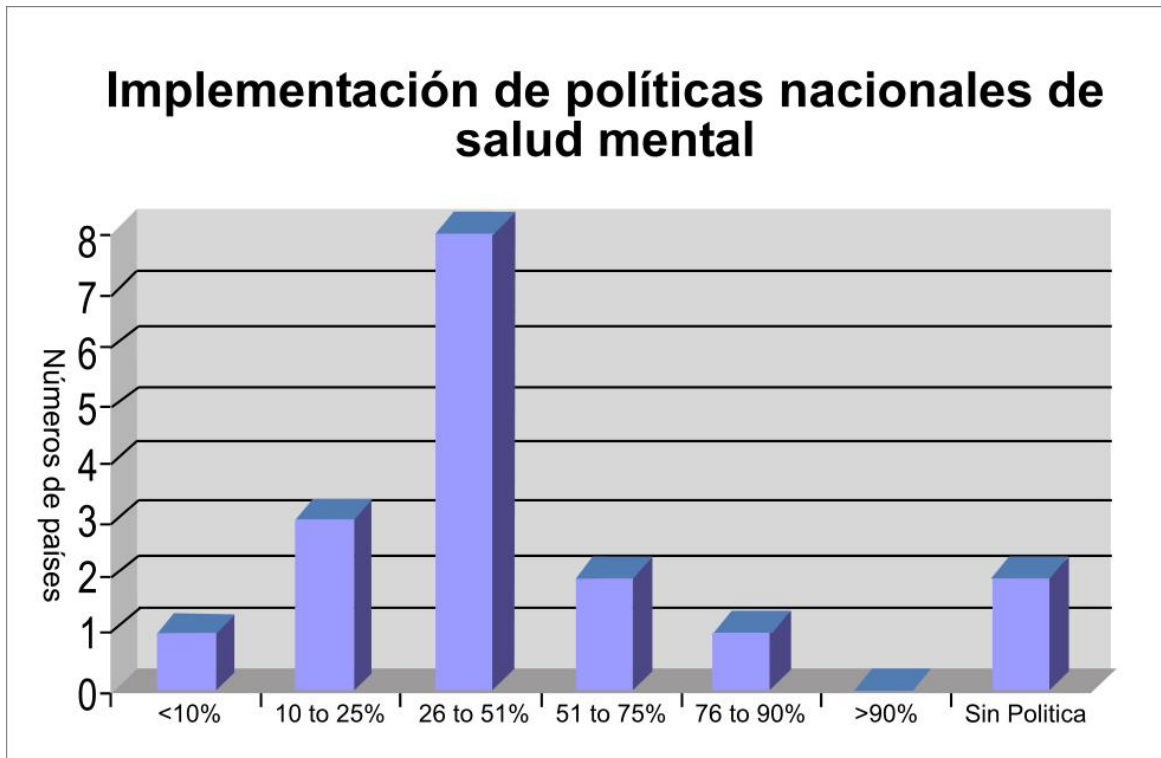
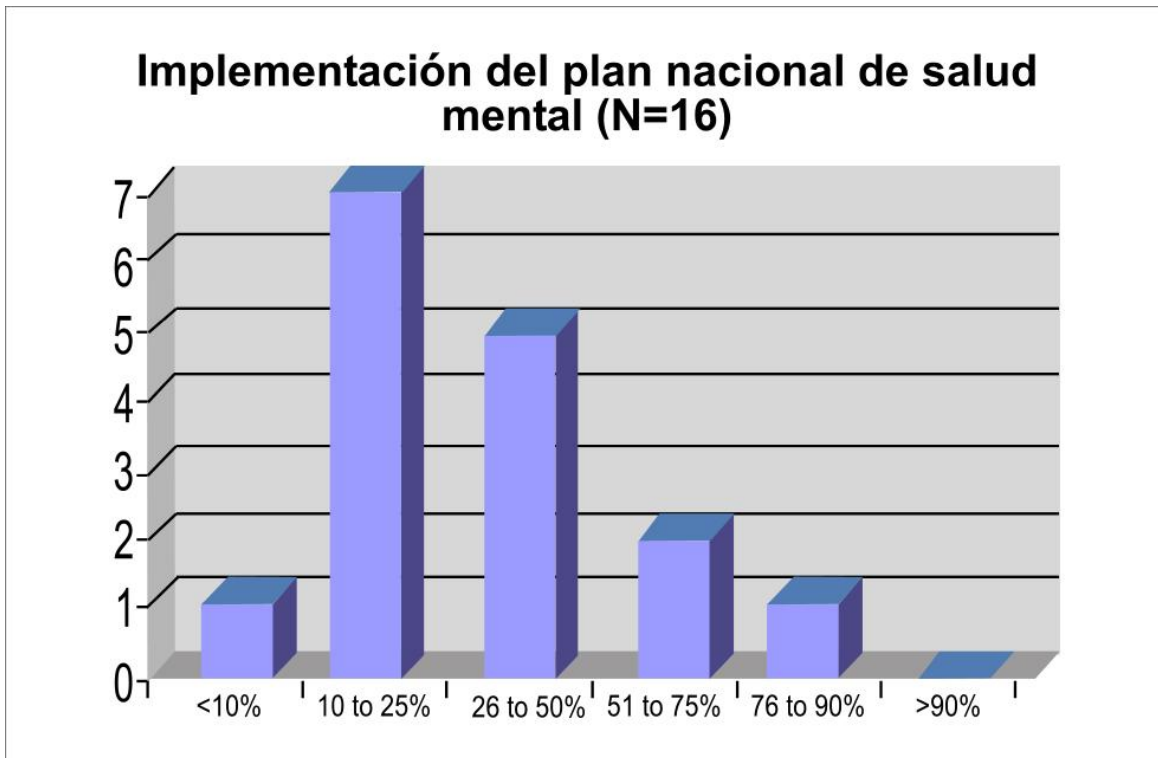
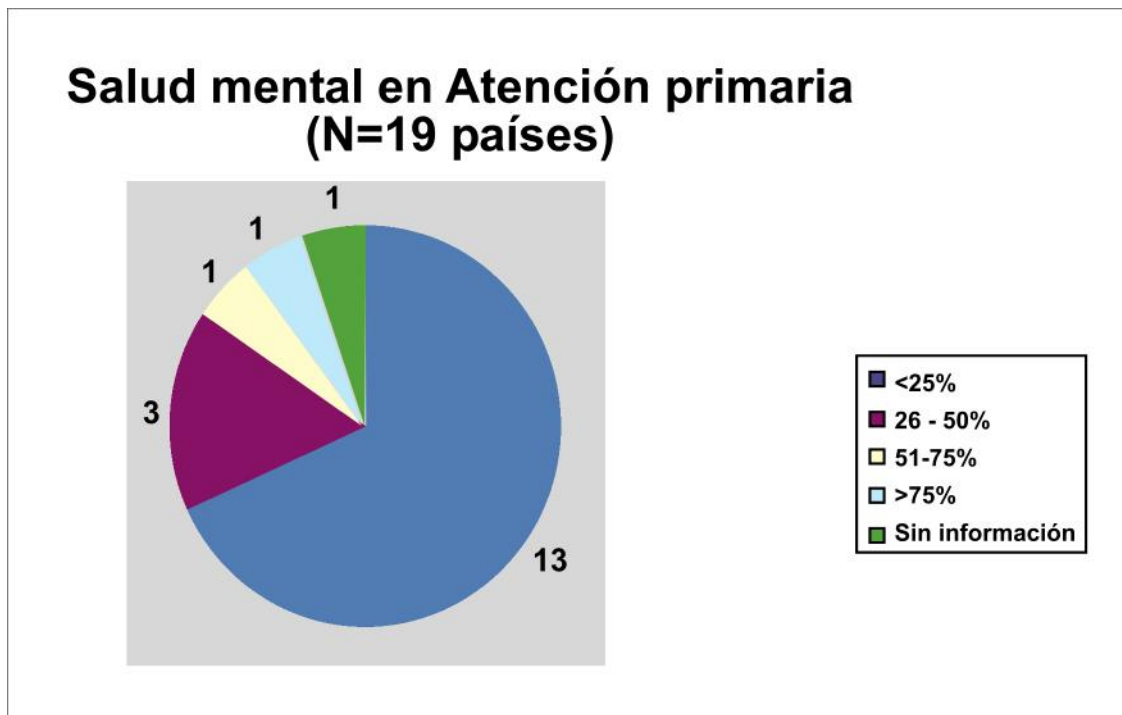


Figura N° 4. Implementación en los países de los planes nacionales de salud mental



En la figura 5 se puede ver que la integración en la atención primaria no se ha generalizado lo suficiente y que sólo una pequeña parte de la población tiene acceso a cuidados de salud mental en este nivel de atención. Las dificultades de acceso son especialmente graves para las personas con trastornos mentales severos: en solamente el 62,5% de los países de América Latina (3) se ofrece una opción de tratamiento para estos pacientes en el nivel primario de atención. Sin embargo, apenas en un 27,3% de los países se dispone sistemáticamente de capacitación en salud mental para los profesionales de atención primaria. Esto es ciertamente uno de los factores que explican la deficiente cobertura de atención en salud mental a nivel de atención primaria, situación que demanda nuevas estrategias en el futuro. En nuestra opinión, se hace perentorio indagar hasta qué punto la atención primaria de salud puede asegurar la atención de salud mental en ausencia de una articulación con la red de servicios de salud mental en la comunidad. Esta es una cuestión que merece una reflexión profunda, dadas las implicaciones estratégicas y organizativas que de ella pueden resultar.

Figura N° 5.



Durante la Conferencia, se presentaron y discutieron innumerables experiencias de desarrollo de servicios en la comunidad. Estas iniciativas, realizadas tanto en países con más recursos, como en otros menos desarrollados, han adoptado diversas modalidades, debidamente documentadas. Brasil, por ejemplo, ha centrado su estrategia en la creación de una red de centros de atención psicosocial (CAPS), la cual ya cubre actualmente una parte significativa del territorio nacional. Los CAPS hicieron posible una mejoría significativa en la atención comunitaria, sobre todo la prestada a personas con trastornos mentales severos. Recientemente, los CAPS empezaron a diferenciarse en varios tipos específicos, orientados a proporcionar respuesta a las necesidades de otros grupos de pacientes. La evaluación de las experiencias de Brasil es particularmente importante para comprender las potencialidades de las redes de servicios comunitarios, así como los problemas y dificultades asociadas a su desarrollo (por ejemplo, las dificultades relacionadas con la articulación con la atención primaria, la sistematización del papel del hospital general y su integración en la red, etc.). Como se pudo apreciar en la presentación del Dr. Minoletti sobre la experiencia de Chile, este país ha venido desplegando una red de servicios en la comunidad que le ha permitido alcanzar progresos muy significativos en la calidad de la atención a las personas con problemas de salud mental. Entre los aspectos interesantes de la experiencia chilena, sobresale la forma como el país ha llegado a la formulación de un plan nacional de gran calidad y rigor y la manera como se ha implementado y evaluado. Otra experiencia muy interesante de servicios en la comunidad es la de la Provincia de Río Negro, en Argentina (12), donde se gestó una reforma que llevó a la desactivación del hospital psiquiátrico y su sustitución por una red que cubre un extenso territorio y asegura a las poblaciones el acceso a un conjunto diversificado de programas y dispositivos de salud mental en la comunidad. En Jamaica, un país con características totalmente diferentes de los anteriormente mencionados, se ha creado un sistema en el ámbito nacional que brinda atención de salud mental en la comunidad mediante una red operada por enfermeras especialmente entrenadas para manejar la mayoría de las situaciones de salud mental y derivar los casos especialmente complicados a los servicios especializados. Además, el sistema de Jamaica ofrece la posibilidad de internamiento de casos psiquiátricos en los hospitales generales distritales, medida que ha disminuido substancialmente la utilización de las camas del hospital psiquiátrico. Un modelo semejante fue establecido exitosamente en Belice, comprobándose de esta manera que en países de escasos recursos es posible promover los servicios en la comunidad, si se utilizan las estrategias adecuadas.

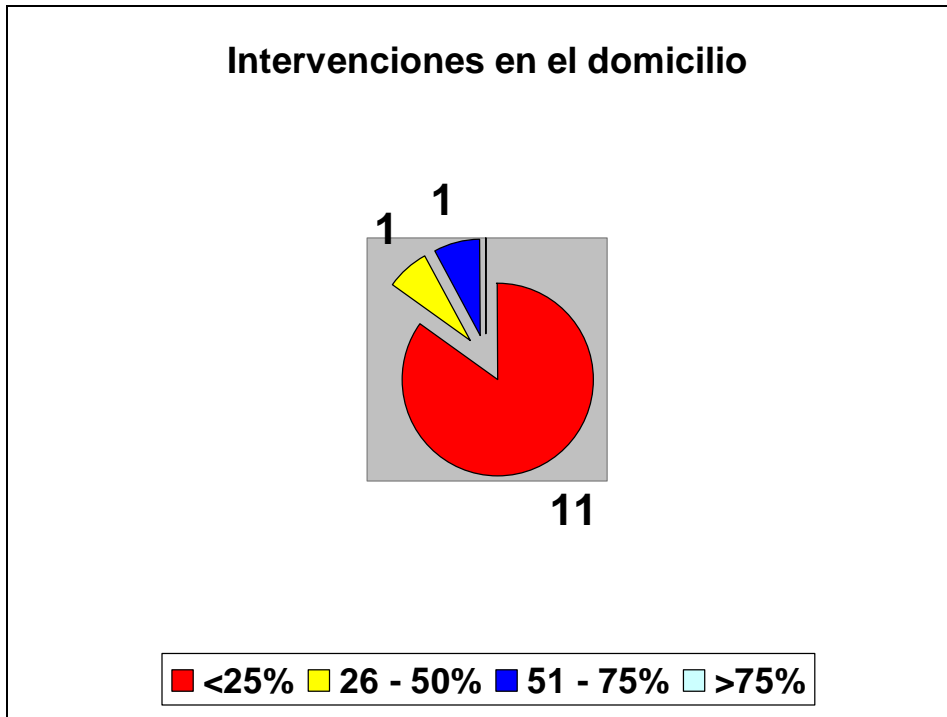
Se podría mencionar muchos otros ejemplos de servicios en la comunidad (algunos de ellos presentados en la conferencia de Brasilia). En su conjunto, se ha demostrado que los principios de la Declaración de Caracas inspiraron la implementación de procesos de cambio y ayudaron a desarrollar en muchos lugares una dinámica con enorme creatividad.

La visión de conjunto muestra de nuevo que, a pesar de todos estos progresos, el desarrollo de servicios comunitarios no ha beneficiado a la mayoría de las poblaciones. Como muestran las figuras 5, 6 y 7, solamente una parte ínfima de la población en América Latina tiene acceso a servicios que aseguren intervenciones en el domicilio o disponen de programas de prevención y promoción.

Figura N° 6 . Proporción de acciones de prevención y promoción en los programas de salud mental de América Latina



Figura N° 7. Proporción de intervenciones a domicilio en los programas de salud mental de América Latina



Cabe mencionar que más de la mitad de la población ni siquiera tiene acceso a consultorios externos. En México (2), el acceso a los servicios continúa siendo imposible para más del 80% de las personas con trastornos mentales y nada hace pensar que la situación sea mejor en los otros países de América Latina y el Caribe.

Esta problemática está estrechamente vinculada a la evolución de los hospitales psiquiátricos. En Santos y Campinas, Brasil (10, 13), en Río Negro, Argentina (12) y en Hidalgo, México (14), para citar tan solo algunos de los ejemplos más conocidos, se han desactivado hospitales psiquiátricos y se han creado alternativas de mucha mejor calidad en la comunidad. En el Caribe de habla inglesa, varios gobiernos decidieron cerrar los viejos hospitales psiquiátricos, lo que representa un progreso muy importante en la sub-región. A través de un proceso de discusión y cooperación internacional, ha sido posible superar varias dificultades y contradicciones y, de este modo, avanzar hacia la puesta en vigor de planes de cierre de hospitales mentales, basándose en la creación de redes de servicios en la comunidad. La defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales ha probado ser un poderoso instrumento de cambio de la atención de salud mental.

Un buen ejemplo de la promoción del resguardo de esos derechos tiene lugar en Paraguay, país donde se está implementando actualmente una interesante reforma en salud mental, iniciada a partir del reconocimiento de situaciones inaceptables desde el punto de vista de los derechos humanos. La comisión de derechos humanos de la OEA ha dado su apoyo a esta iniciativa.

Estos ejemplos exitosos muestran que es posible privar al hospital psiquiátrico de su papel hegemónico tradicional; a pesar de ello, hay que reconocer que la mayoría de los hospitales psiquiátricos de América Latina no han cambiado significativamente y siguen consumiendo la mayor parte de los recursos asignados a la salud mental. En la Región de las Américas, el número de camas psiquiátricas en los hospitales psiquiátricos y en los hospitales generales representan respectivamente el 80,6 y 10,3% del total, cifras que indican que la creación de unidades de psiquiatría en los hospitales generales ha avanzado a un ritmo extremadamente lento y que la enorme mayoría de camas psiquiátricas continúan en los hospitales mentales (3). Las camas psiquiátricas siguen siendo, en su mayoría, camas para pacientes de larga estancia, lo que significa que muchos hospitales psiquiátricos no han cambiado substancialmente su práctica asilar. Qué hacer con el hospital psiquiátrico sigue siendo una pregunta actual y fundamental en América Latina y el Caribe. Los hospitales psiquiátricos no responden a las necesidades de atención básica de los pacientes no aseguran el respeto ni la protección de sus derechos; por otra parte, esas instituciones cuentan con la mayoría de los recursos disponibles, constriñendo todos los esfuerzos de creación de servicios más modernos en la comunidad.

Lecciones aprendidas y desafíos para el futuro

Las reflexiones que hemos expuesto sobre los adelantos logrados en políticas, planes y servicios apuntan a conclusiones semejantes a las que han llegado los autores de otros trabajos recopilados en esta publicación. En los últimos 15 años se han logrado avances importantes en muchos lugares, de acuerdo con los principios de Caracas; sin embargo, estos logros son muy insuficientes para cerrar la enorme brecha existente en la atención de salud mental. Quince años después de la Declaración de Caracas cabe preguntarse cuáles son las lecciones aprendidas en este período que pueden ser de ayuda en el futuro. ¿Cuáles son los factores que han facilitado las reformas realizadas? ¿Cuáles son los factores y razones que explican los fracasos? ¿Qué se puede hacer para mejorar la efectividad de nuestras acciones? Estas son las preguntas que se intentaron responder en la Conferencia.

Si hay algo que todos los que trabajamos en salud mental hemos aprendido en los últimos 15 años es que la reforma de los servicios de salud mental es una tarea extremadamente compleja, quizás mucho más compleja que lo que pensábamos inicialmente. Esto no significa que sus objetivos sean imposibles de alcanzar o que solamente se puedan llevar a la práctica en países con abundantes recursos financieros y

técnicos, sino que es algo que exige mucho más que voluntad y entusiasmo. La reforma de servicios de salud mental es actualmente un proceso que implica mudanzas de paradigmas cuyas raíces datan de muchos siglos y que exige la capacidad de articular acciones políticas y organizativas a diversos niveles. La implementación de la reforma precisa, en primer lugar, alcanzar consensos básicos y concertar alianzas que permitan tomar las decisiones y movilizar los recursos necesarios. La implementación también requiere el manejo de problemas relativos a los aspectos financieros y a la formación de recursos humanos, el ejercicio de alguna capacidad de planeamiento y monitoreo y el despliegue de habilidades para recolectar información y evaluar servicios.

Establecimiento de consensos

Se ha avanzado mucho en relación con el establecimiento de consensos sobre la necesidad del cambio. Los estudios realizados en epidemiología psiquiátrica, han demostrado que entre el 10 y el 15% de la población mundial sufre de enfermedades mentales; el 20% de los enfermos que buscaban atención en los centros de atención primaria tienen una o más enfermedades mentales, muchas veces sin diagnóstico; y en una de cada cuatro familias hay cuando menos un miembro con algún trastorno mental o del comportamiento (15). La evaluación de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y los cálculos de la carga mundial de las enfermedades ha permitido que por primera vez se cuantifiquen las consecuencias negativas de las enfermedades mentales en términos de años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida perdidos por discapacidad. Estos estudios han demostrado que la carga de las enfermedades mentales ha sido subestimada durante mucho tiempo. Cabe destacar que el 24% de la carga mundial corresponde a la Región de las Américas (15). La información citada, ampliamente diseminada en el año 2001, ha permitido presentar, de forma más efectiva, argumentos sobre la importancia de la salud mental. Las resoluciones del Consejo Directivo de la OPS en 1997 y 2001 (16, 17) han puesto de manifiesto que es posible obtener consensos amplios entre los gobernantes y los encargados de la reforma de los servicios de salud mental. La reforma todavía exige una toma de conciencia de su urgencia y prioridad, hecho que todavía no se ha generalizado; exige además demostrar con certeza que es posible cambiar la situación, pues a pesar de la evidencia existente los cambios no ocurren con la frecuencia debida. La experiencia de los últimos 15 años nos ha enseñado que la diseminación de información sobre los problemas de salud mental hay que hacerla de una manera más amplia y efectiva. Hay que obtener nueva información que pruebe de una forma más inteligible para la opinión pública y los gobernantes la urgencia, factibilidad y ventajas de la reforma. La difusión de los datos sobre la carga de las enfermedades probó ser un instrumento poderoso en esos esfuerzos de cabildeo. Ahora hay que proveer nuevos datos que muestren de una forma aún más rigurosa las consecuencias y los costos resultantes de los trastornos mentales en los países de América Latina y el Caribe y que prueben que vale la pena invertir en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental.

Claridad en cuanto a los objetivos prioritarios

Una vez obtenido el consenso en cuanto a la necesidad de mudanza, hay que volverlo operativo, lo que requiere, en primer lugar, de una definición clara de lo que fundamentalmente se pretende con el cambio. Esta falta de definición está entre las causas que más han contribuido a crear las dificultades encontradas en la implementación de la reforma de los servicios de salud mental en los últimos 15 años. Una política nacional de salud mental debe comprender varios componentes entre los que descuellan la organización de los servicios y la puesta en marcha de programas de prevención, promoción, rehabilitación y capacitación de recursos humanos. Estos componentes deben estar adecuadamente articulados y tener asignada una prioridad acorde con las necesidades específicas de cada país.

En todos los casos hay que ser claro en cuanto a las prioridades y sobretodo no olvidar lo que es esencial. Lo cierto es que en algunos países de América Latina lo esencial, esto es, la reforma de los servicios, ha sido en ocasiones olvidada o por lo menos subestimada, siendo la causa de su postergación la preocupación por otros aspectos de las políticas de salud mental. Esto ha ocurrido, por ejemplo, en relación con el interés creciente en la prevención y la promoción, componentes de importancia indiscutible en cualquier política nacional de salud mental, pero que seguramente no son antagónicos ni excluyentes de la atención.

La preocupación con la violencia, problema realmente inquietante en América Latina, ha originado también algunos equívocos sobre la asociación entre salud mental y violencia. Existe alguna confusión sobre la participación que las acciones de salud mental puedan tener en la prevención de los diversos tipos de violencia, lo que ha tenido el efecto perverso de reforzar la tradicional negligencia de los problemas relacionados con los trastornos mentales. Ciertamente, la inclusión de los componentes de prevención y promoción en la política de salud mental es deseable e indispensable como lo es también la contribución que la salud mental puede aportar al enfrentamiento de los problemas relacionados con la violencia.

En realidad, el apoyo a las víctimas de violencia, es un área cada vez más importante en la mayoría de los países de la región (18). Sin embargo, la salud mental es solamente uno de los muchos factores involucrados en la problemática de la violencia, y las políticas y servicios de salud mental no pueden asumir responsabilidades en la prevención de problemas que dependen largamente de la situación económica y social. Mucho menos se puede, en nombre de la preocupación con estos problemas, olvidar el abandono y la discriminación de que son víctimas las personas con trastornos mentales y relegar la transformación de los servicios de salud mental a la última de las prioridades.

La falta de claridad en la definición de las prioridades en el desarrollo de los servicios de salud mental, también ha sido con frecuencia un obstáculo importante para la reforma. La experiencia ha demostrado que no hay modelos únicos de servicios y que cada situación exige soluciones diferentes. Sin embargo, existen siempre acciones que son indispensable asegurar, por ejemplo, el tratamiento de las crisis psicóticas, y si es necesario, en el caso de pacientes mentales severos, el internamiento o la utilización de alternativas residenciales y programas de rehabilitación. En cada situación es necesario definir con claridad como se van a asegurar las funciones esenciales de la persona. El examen de las experiencias de diversos lugares durante los últimos 15 años puede constituir una contribución importante para lograr más consensos. De otra parte, ese análisis puede arrojar mayor claridad en la definición de prioridades en la reforma de servicios de salud mental. ¿Cuáles son los dispositivos esenciales de una red de servicios en la comunidad en países con pocos recursos? ¿Cómo se puede asegurar el internamiento de pacientes agudos? ¿Cuáles son las soluciones posibles para asegurar una asistencia residencial a las personas con trastornos severos que no pueden ser reintegradas en la familia? No hay respuestas únicas para estas preguntas. Sin embargo, en base a las experiencias de los últimos 15 años se puede ciertamente avanzar en la definición de lo que es esencial garantizar en los países, de acuerdo con los diferentes escenarios condicionados por su nivel de desarrollo.

Establecimiento de alianzas

En la base de las reformas exitosas de servicios se encuentran siempre alianzas sólidas, en las que generalmente participan líderes políticos, profesionales de salud mental o representantes de sectores relevantes, voceros de los usuarios y familiares, organismos no gubernamentales y representantes de otros sectores, por ejemplo, del sector social o judicial. En los últimos 15 años se han fortalecido las alianzas con algunos de estos grupos, por ejemplo, con los representantes de los familiares, que en algunos países han tenido una participación significativa en la reforma. Sin embargo, queda mucho por hacer para aumentar la participación de otros grupos. Los usuarios, por ejemplo, tienen en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe un nivel organizativo muy débil y su participación en las reformas es aún exigua. La cooperación de algunos grupos profesionales continúa a veces comprometida por conflictos de orden ideológico, que frecuentemente son expresión de luchas de poder, sin mayor sentido en la fase actual del conocimiento científico. En este tipo de controversias subyace muchas veces la falta de adhesión de muchos psiquiatras a la reforma de los servicios. La existencia de dos sistemas paralelos en las iniciativas de reforma significa un peligro importante para su éxito. El sistema basado en la comunidad tiene un fuerte componente psicosocial, pero se encuentra separado del hospital general y de los centros de investigación y capacitación; de otra parte está el sistema médico, con base académica y fortaleza en la investigación biológica, pero alejado de la comunidad y reducido a una perspectiva biomédica que ignora partes importantes de los problemas de los pacientes. El establecimiento de puentes

de diálogo entre las diferentes partes es fundamental y la mejor forma de promoverlos es centrar la discusión en una base científica.

Capacidad de implementación

La implementación ha sido indiscutiblemente uno de los aspectos en que se han encontrado mayores dificultades en el desarrollo de las políticas y planes de salud mental en América Latina y el Caribe. Las dificultades encontradas se relacionan con varios factores, entre los cuales sobresale la insuficiencia de recursos financieros. Otro factor muy importante tiene que ver con el liderazgo y la coordinación de la implementación de la política y el plan. Cabe subrayar que la implementación de un plan de salud mental es una tarea que exige decisiones políticas, el manejo de recursos humanos y financieros, la promoción de medidas organizativas, la negociación con los diversos sectores involucrados en la atención de salud mental y el monitoreo de las reformas, etc.

Para dirigir este proceso y cumplir todas estas tareas, es fundamental la existencia de una unidad en el ministerio de la salud con capacidad para tomar decisiones o por lo menos influirlas, en relación a las áreas políticas, administrativas y financieras. Esto significa que la unidad debe tener en el ministerio una posición que permita el acceso a los núcleos de decisión política y garantice su influencia efectiva sobre todos los componentes de los servicios de salud mental. Si esta unidad es un pequeño núcleo perdido en una división que nada tiene a ver con los servicios y no tiene competencia para intervenir en los hospitales psiquiátricos, como ocurre en algunos países de la región, la capacidad de éxito en la implementación del plan de salud mental es nula.

La capacidad técnica de esa unidad rectora es otro aspecto fundamental. La implementación del plan de salud mental requiere capacidades técnicas en diversas áreas, entre otras epidemiología, evaluación de servicios, capacitación y salud mental de la infancia. El equipo de la unidad de salud mental deberá reunir conocimientos y experiencia en estos diferentes campos.

En los países de la Región que lograron progresos importantes en la implementación de políticas y planes de salud mental en los últimos 15 años, es posible encontrar unidades de salud mental que, en mayor o menor grado, reúnen las condiciones mencionadas arriba. Es menester utilizar la experiencia de estos países en el fortalecimiento de las unidades de salud mental en la región.

Cooperación internacional

El éxito de la reforma de los servicios de salud mental depende fundamentalmente de factores locales y nacionales. La iniciativa de Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina, puesta en marcha en la década de 1990, y las acciones

promovidas por la OPS/OMS desde el año 2000 (19) demuestran que la cooperación internacional puede tener un papel importante en algunas circunstancias. Uno de los aspectos más innovadores de la cooperación internacional en este sector fue la asignación por la OPS de consultores regulares destacados en lugares clave, para apoyar a los países interesados en acometer la reforma de los servicios de salud mental. Esos consultores, la mayoría europeos, brindaron asesoría técnica “in situ” para el desarrollo de políticas y servicios. Esta estrategia continúa aplicándose con algunos cambios en la nueva fase de la reforma.

Por una parte, gracias al incremento de las capacidades técnicas de algunos países de América Latina y el Caribe, las asesorías dependen cada vez más de expertos latinoamericanos y caribeños formados en el propio proceso de reforma. De otra parte, gracias a los nuevos módulos y guías disponibles y a la experiencia acumulada, se pueden establecer planes de cooperación técnica con objetivos bien definidos y al mismo tiempo, darle un seguimiento adecuado a su evolución.

En los últimos años la OPS/OMS ha brindado apoyo técnico para la reforma de los servicios de salud mental a 17 países de América Latina y el Caribe. Mediante este apoyo se han logrado experiencias exitosas en varios países: por ejemplo, en Barbados y Santa Lucía se mejoró el hospital psiquiátrico y se crearon alternativas de atención en la comunidad; en Belice se está trabajando en el cierre del hospital y en la mejora del sistema comunitario; en Guayana se está iniciando un proyecto para mejorar el hospital y capacitar a profesionales de la atención primaria; y en El Salvador, Guatemala y Nicaragua se encuentra en curso un proyecto innovador para llevar los servicios de salud mental a la comunidad.

En México se han iniciado proyectos de reforma en varios estados del país a partir de la evaluación de sus servicios realizada por la OPS. Además, el gobierno federal decidió que el seguro nacional de salud cubriera el tratamiento de los trastornos mentales. En Paraguay se lleva a cabo un proceso con características originales, utilizando el rescate de los derechos humanos como instrumento de cambio en los servicios; además se está avanzando en la solución de los problemas más graves del hospital al tiempo que se trabaja en llevar los servicios a la comunidad. En Perú se evaluó el estado de los derechos humanos y se avanzó en la creación de una unidad y un programa de salud mental. En Bolivia se creó la unidad de salud mental del Ministerio de Salud y en la provincia de Buenos Aires, Argentina, se desarrollaron nuevos servicios y programas en la comunidad.

Diversas experiencias e iniciativas de intercambio apoyadas por la OPS han contribuido a dar continuidad a proyectos ejecutados en Brasil y Chile. Estas experiencias, que aún están lejos de agotar la diversidad de los procesos de reforma actualmente en curso en América Latina y el Caribe, se benefician de una forma u otra de la cooperación internacional.

El objetivo de las iniciativas de cooperación técnica de la OPS en salud mental es fortalecer la capacidad de los países para elaborar e implementar políticas correctas y ofrecer servicios adecuados. Para ello, la unidad de salud mental de la OPS ha llevado a cabo las siguientes acciones:

- diseminación de guías y materiales de capacitación:
- promoción de buenas prácticas en los servicios de salud mental
- capacitación de profesionales de salud mental
- promoción de iniciativas sub-regionales y de cooperación entre países, dirigidas a desarrollar políticas y servicios de salud mental
- asistencia directa a los países para la formulación y puesta en marcha de políticas y servicios.

Una buena parte de esas acciones se han realizado en coordinación con el proyecto “Políticas y Planes de Salud Mental: Atendiendo a las Necesidades y Mejorando los Servicios”, dirigido por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias, de la OMS. Este proyecto ofrece una amplia gama de recursos, entre ellos un conjunto de guías con información y orientaciones prácticas basadas en datos científicos actualizados que tienen como finalidad contribuir a mejorar los sistemas nacionales de salud mental (disponibles en: http://www.who.int/mental_health/policy/en/). Las políticas, planes y programas de salud mental, la organización de los servicios y de los recursos humanos y la formación de profesionales en salud mental son algunos de los temas abarcados por este proyecto. La OPS ha colaborado estrechamente en la elaboración de estas guías y en la actualidad promueve su publicación en español y portugués.

Algunas de estas guías se utilizaron como material de estudio en dos talleres de capacitación para responsables de unidades nacionales de salud mental, uno de ellos dirigido a los países de América Central y el otro a los países anglófonos del Caribe. Los resultados demuestran que estos materiales pueden ser muy útiles en la capacitación y constituyen un apoyo técnico inestimable para quienes tienen la responsabilidad de implementar políticas, planes y programas de salud mental.

La creación de servicios y programas para atender a las personas con trastornos mentales graves en la comunidad es uno de los desafíos más importantes de la reforma de los servicios de salud mental. Para responder a las necesidades de los equipos involucrados en el desarrollo de estos servicios y programas, la OPS promovió la confección y publicación de guías específicas sobre este tema con la colaboración de expertos de varios países (20). Estas guías contienen orientaciones pragmáticas dirigidas a los profesionales encargados de atender a las personas con enfermedades mentales graves, desde el tratamiento de crisis agudas en hospitales generales hasta el apoyo residencial en la comunidad. En ellas se describen los programas para la detección y el tratamiento precoz, la asistencia en unidades de atención diurna y la rehabilitación profesional, entre

otros. Además, contienen orientaciones sobre aspectos complementarios importantes, como la formación de profesionales, la coordinación de acciones con los servicios de atención primaria y la investigación. En estas guías se ha buscado reunir la mejor información técnica, basada en la evidencia científica actualmente disponible y en las experiencias más exitosas del proceso de reforma.

El próximo paso de la iniciativa consiste en elaborar modelos y proyectos de capacitación basados en esas guías. Para ello se elaboran varios módulos de capacitación, con la colaboración de la Universidad de Granada y de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), ambas de España, que se utilizarán en talleres y programas de enseñanza a distancia.

A pesar de haberse logrado experiencias excelentes que han llevado al establecimiento de servicios innovadores de salud mental en América Latina y el Caribe, la información correspondiente no se ha divulgado adecuadamente. Por esa razón, la OPS ha iniciado, en colaboración con la Universidad de Harvard en los Estados Unidos de América, un proyecto de diseminación de esos resultados. A finales de 2005 se publicó un volumen en el que se expone lo logrado en Argentina, Belice, Brasil, Chile, Cuba, Jamaica, México y Santa Lucía (8).

El desarrollo de iniciativas sub-regionales y la cooperación entre países son dos estrategias que la OPS privilegia en esta nueva fase de la reforma. En 2003, se realizó el Foro de los Países del Cono Sur para Políticas y Servicios de Salud Mental y posteriormente se realizaron eventos similares para los países de habla hispana de América Central y el Caribe y para los países andinos y del Caribe anglófono. El objetivo de esas reuniones fue promover el intercambio de experiencias entre países con problemáticas similares y estimular la presentación y ejecución de proyectos de cooperación técnica entre ellos.

Entre los proyectos de colaboración técnica entre países se encuentra el de salud mental en atención primaria, en el que participan Cuba y la República Dominicana; otro sobre salud mental en la comunidad en Cuba, la República Dominicana y Panamá; un proyecto sobre servicios en la comunidad en El Salvador, Guatemala y Nicaragua; y dos proyectos para la elaboración y aplicación de políticas y legislación de salud mental, en países del Caribe anglófono.

La cooperación internacional debe adaptarse a las necesidades de los países. Este es el momento en que, con base en las experiencias del pasado, hay que buscar nuevas formas de cooperación, para así apoyar a los países a superar sus dificultades más salientes encontradas en la reforma de los servicios de salud mental. Es de esperar que el intercambio de ideas que tuvo lugar en la Conferencia de Brasilia nos pueda ayudar a formular las propuestas necesarias para responder a los desafíos del futuro. Al final de la

Conferencia me permití proponer que entre las recomendaciones finales del encuentro se incluyera el lanzamiento de un plan regional de salud mental, con metas claras para los próximos cinco años. Un plan con estas características podría constituir una contribución esencial para la asunción de las colaboraciones y sinergias que falta asegurar a nivel regional para cumplir con las metas de Caracas.

REFERENCIAS

1. González Uzcátegui R, Levav I, eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1991.
2. Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Fleiz-Bautista C, y cols. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16.
3. World Health Organization. Mental Health ATLAS 2005. Geneva: WHO; 2005
4. Pan American Health Organization. A Situation Analysis of Mental Health in the English-speaking Caribbean Countries. Washington D.C., PAHO. En preparación, 2005.
5. Funk M, Saraceno B, Drew N, Lund C, Grigg M. Mental Health Policy and Plans: Promoting an Optimal Mix of Services in Developing Countries. *Int J Men Health*. 2004;33(2):4-16.
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud mental en América Central. Documentación del Foro de Políticas de Salud Mental de los Países Centroamericanos, México y el Caribe Hispano. Washington, D.C.: OPS; 2004. (Documento OPS/THS/MH/01/04).
7. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de servicios de salud mental en la República Mexicana. México, D.F.: Representación de la OPS en México; 2004.
8. Caldas de Almeida JM, Cohen A, eds. Experiencias innovadoras de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. En preparación, 2005.
9. Barrientos del Llano G, Martínez Gómez C, Rodríguez Sánchez J, Valdés Mier M. La reorientación de la atención psiquiátrica en Cuba. En: Enfoques para un debate en salud mental. La Habana: Ediciones Conexiones, 2001. Pp. 87-137.
10. Alves DN, Valentini W. Mental Health Policy in Brazil. En: Morral PA, Hazelton M, eds. Mental Health Policy: International Perspectives. London: Whurr, 2002.
11. República de Chile, Unidad de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, 2001.
12. Collins P. Reforma psiquiátrica y salud mental comunitaria en la provincia de Río Negro, Argentina. En: Caldas de Almeida JM, Cohen A, eds. Experiencias innovadoras de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. En preparación, 2005.
13. Henry C. Reformas psiquiátricas en Campinas y Sobral, Brasil. En: Caldas de Almeida JM, Cohen A, eds. Experiencias innovadoras de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. En preparación, 2005.

14. Xavier M. La experiencia de Hidalgo: un nuevo modelo de atención de salud mental en México. En: Caldas de Almeida JM, Cohen A, eds. Experiencias innovadoras de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. En preparación, 2005.
15. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.
16. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD40.R19 del Consejo Directivo 1997. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1997.
17. Organización Panamericana de la Salud. Salud mental. Documento presentado en la 43.era Reunión del Consejo Directivo. Washington, D.C.: OPS, 2001. (Documento CD43/15).
18. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. OPS, 2003.
19. Caldas de Almeida JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev. Panam. Salud Pública*, 2005 (en publicación).
20. Caldas de Almeida JM, Torres González, eds. Atención comunitaria a personas con trastornos mentales severos. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2005. (Publicación Científica No. 601).

LAS RAÍCES DE LA DECLARACIÓN DE CARACAS

Itzhak Levav*
René González**

La Declaración de Caracas constituye una plataforma para la acción. Mediante la misma, se busca la modernización de los servicios de asistencia psiquiátrica y de salud mental por medio de un conjunto de medidas dirigidas a su reestructuración. En su génesis y desarrollo histórico intervinieron múltiples actores, tanto de nuestra América como de fuera del continente. Estas variables incluyeron varios escenarios, de los cuales tanto el epidemiológico como los correspondientes a los campos técnicos y éticos sirvieron para gestarla y darle cuerpo. Como resultado de sus diversos antecedentes, la Declaración de Caracas cristalizó en su texto esa pluralidad y compendió, entre otros, un conjunto de principios de organización de la atención psiquiátrica con bases firmes en la comunidad. El documento enfatiza la accesibilidad de la atención, mediante la garantía de su descentralización, integralidad y continuidad, y subraya la promoción de su carácter participativo. Al mismo tiempo que incorpora objetivos preventivos y de promoción de la salud mental, la Declaración promueve un marco legal que prescribe la salvaguarda de los derechos humanos, la vigencia de la democracia en los servicios y, aunque menos explícitamente, la equidad.

La Declaración de Caracas incorporó en su texto principios establecidos en las publicaciones científicas, surgidos de experiencias locales y externas. Esos principios fueron apoyados con argumentos ideológicos que le imprimen una fuerza social y cultural movilizadora. Los fundamentos de la Declaración se cristalizaron, por un lado, en una severa crítica a la atención manicomial y, por otro, en propuestas concretas de cambio.

Por medio de una breve síntesis, se describen a continuación los antecedentes y las bases para la acción que llevó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) a convocar la Conferencia que culminó en la adopción de la Declaración de Caracas (1, 2, 3).

La Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina

El 14 de noviembre de 1990, en Caracas, Venezuela, aproximadamente 200 participantes de once países latinoamericanos adoptaron la Declaración de Caracas, acto que clausuró la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. En la Conferencia se repitieron escenarios anteriores y se abrieron nuevos horizontes que le

* Consultor, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

** Ex-asesor Regional en Salud Mental, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

dieron carácter especial. En ésta participaron los líderes habituales de las actividades de salud mental, como psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales. La novedad del encuentro fue la participación de parlamentarios, miembros de gabinetes de gobierno, juristas, usuarios y periodistas (estos dos últimos grupos en una proporción que hoy bien puede ser tildada de nominal). Con estos nuevos partícipes se pretendía establecer alianzas, pues tanto por razones estratégicas como sustantivas, se definía a la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica no sólo como un cambio técnico, sino como una mutación en los modelos sociales y culturales. Nada más natural, entonces, que la búsqueda del acuerdo y la cooperación de todas las partes involucradas para facilitar el establecimiento de los cambios.

La OPS/OMS invitó en la convocatoria a múltiples organizaciones activas en la región, tales como: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos, la Asociación Psiquiátrica Mundial, la Asociación Psiquiátrica de América Latina, la Asociación Latinoamérica de Psicología, la Federación Mundial para la Salud Mental, la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial y centros colaboradores de la OMS. Asimismo, recabó la presencia de representantes de instituciones de España, Italia y Suecia, donde ya se habían establecido procesos de Reforma Psiquiátrica, que se sumaron solidariamente a la convocatoria.

El propósito de OPS/OMS de lograr una concurrencia, tan amplia como diversa, era hacer acopio de las voluntades, conocimientos y habilidades del mayor número de actores científicos, técnicos, políticos y sociales a fin de asegurar tanto la credibilidad de las recomendaciones que surgieran de la Conferencia, como la factibilidad de su implementación y sostenibilidad.

Como se menciona anteriormente, en el encuentro participaron once países, pero cabe señalar que todas las naciones latinoamericanas se fueron adhiriendo con el correr de los tiempos a la Declaración, si bien de desigual manera. Eventualmente, los países anglófonos y francófonos del Caribe también hicieron eco del manifiesto, al punto que más tarde se convocó una conferencia sub-regional en Fort de France, Martinica, que adoptó principios casi idénticos en lo relacionado a la atención de salud mental.

¿Por qué surge la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica?

La respuesta es breve y sencilla: Pese a los esfuerzos sobresalientes por parte de pioneros en lugares diversos de las Américas, por lo general, la atención psiquiátrica pecaba de insuficiente y, sobre todo, de violatoria de los derechos humanos de los pacientes mentales, particularmente en los hospitales psiquiátricos, pero también en otros centros e instituciones prestadores de atención.

Renacimiento de los gobiernos democráticos. Varios países de América Latina habían sido regidos, en épocas que precedieron a la Conferencia, por gobiernos militares que, además de imponer la represión en todos los ámbitos de la vida, adoptaban un manejo cuestionable y socialmente injusto de los asuntos públicos. Entre otras manifestaciones de su gestión, se destaca el haber atribuido a la salud mental y a sus agentes un carácter diabólico e insurreccional. En efecto, esos regímenes temían la posibilidad que bajo la influencia de las ciencias del comportamiento el individuo pudiera liberarse de las pautas represoras que la maquinaria de propaganda gubernamental trataba de imponer. Ilustraciones de esta anti-psicología abundan y se expresaron con mayor claridad en la persecución física de los agentes de salud mental (fueran activos o no en la lucha antidictatorial), y en la negligencia deliberada en que se mantenía a los servicios psiquiátricos, alimentada por una actitud discriminatoria y excluyente en relación a todo ser humano diferente.

El renacimiento de los gobiernos democráticos trajo consigo la reivindicación de los derechos humanos, cuyo rescate, iniciado en los campos políticos y ciudadanos, se extendió al de la atención psiquiátrica. Renació así una toma de conciencia sobre los derechos humanos de toda la población y en particular los derechos de los enfermos mentales; estos últimos fueron incorporados en una Resolución de la Asamblea de las Naciones Unidas que versa sobre los Principios para la Protección de Personas con Enfermedad Mental y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (4).

En síntesis, un nuevo argumento se incorporó en esa época al discurso más habitual de los profesionales que ya no podían ni querían ser cómplices de violaciones que repugnaban a la conciencia pública. Años más tarde, un estudio en América Central (5) comprobó que los derechos humanos aún se violaban en las instituciones psiquiátricas, tanto por comisión como por omisión, pero ya no rodeaba a esa violación el complot del silencio. La denuncia de esta situación, que alertó a los defensores oficiales de los derechos humanos en los países, abrió la posibilidad de incorporar cambios substantivos en los sistemas de atención de la salud mental.

Las bases epidemiológicas. Los estudios epidemiológicos realizados en América Latina, no obstante sus deficiencias metodológicas, superadas en investigaciones más recientes, habían echado por tierra el concepto de que los trastornos mentales eran un problema de salud pública circunscrito especialmente a los países desarrollados. Si bien esos hallazgos no habían penetrado la conciencia colectiva, los estudios locales y diversas observaciones basadas en experiencias comunitarias, habían persuadido a los participantes de la Conferencia que la atención manicomial sólo cubría una parte muy limitada, no sólo de las necesidades reales sino, incluso, de la demanda manifiesta de atención.

Por otra parte, se hizo evidente que los servicios psiquiátricos y de salud mental, además de ser requeridos por los usuarios tradicionales, también eran solicitados por otros grupos que aumentaban la demanda, tales como las víctimas de conductas violentas, niños y mujeres abusados, los damnificados de desastres naturales o provocados por el hombre y los desplazados y excluidos. Para entonces, ya se había comprobado que las conductas violentas generaban pérdidas de vidas mayores que el cáncer y las infecciones intestinales, enfermedades que ya habían dado lugar a activos programas de salud pública (6). Obviamente, los servicios mentales confinados a los hospitales mentales no podían ofrecer atención adecuada y oportuna a los problemas citados anteriormente. La opinión pública tomaba cada día mayor conciencia de esos problemas y demandaba su atención, particularmente de los relacionados con la violencia doméstica y el abuso de menores.

El panorama epidemiológico por entonces vigente en América Latina, ya de por sí abrumador, tenía el potencial de agravarse aún más como resultado de: 1) los cambios demográficos que llevarían como resultado el aumento de los grupos poblacionales en las edades de mayor riesgo de trastornos psiquiátricos en la población adulta; 2) las consecuencias adversas de los procesos de urbanización y marginación descontrolados; y 3) el mayor desempleo, consecuencia de los ajustes de la economía y la globalización.

No sólo la magnitud de los trastornos era fuente de preocupación para los líderes de la salud mental de las Américas reunidos en la Conferencia; también despertaron su interés las consecuencias funcionales de los mismos. En efecto, para entonces ya estaba establecida en la conciencia colectiva de los participantes que los trastornos mentales, al generar discapacidad, restaban posibilidades de supervivencia a las familias abrumadas por la pobreza. De otra parte, las familias estaban obligadas a enfrentar solas esa carga, por no contar ni con los aportes de la persona enferma ni con el apoyo de los inexistentes servicios comunitarios. Ante las circunstancias descritas, era lógico concluir nuevamente que el modelo manicomial vigente no tenía capacidad para dar una respuesta satisfactoria a un cuadro epidemiológico tan complejo y de gravedad tan creciente.

Las bases técnicas. Estas bases tienen su triple origen en América Latina, América del Norte y Europa. En efecto, algunos centros latinoamericanos habían importado modelos de atención que lograron mostrar para entonces, de hecho durante varias décadas, que había otras opciones. Estos modelos alternativos, contrapuestos a los servicios tradicionales de internación, incluían, entre otros, los prestados en hospitales de día y en servicios psiquiátricos en hospitales generales y la provisión de talleres protegidos, albergues autónomos y servicios de atención domiciliaria, todos ellos integrados en una red de atención. Estas nuevas modalidades de asistencia se presentaron como modelos preferibles a la construcción de centros de atención aislados, que seguían el ejemplo del clásico hospital mental. Por lo general, esos cambios ya se habían empezado a producir en algunas naciones gracias a la cooperación de algunos países industrializados y al testimonio de líderes latinoamericanos de la psiquiatría que habían retornado de giras de

estudio por países dentro y fuera de la Región, pero el desarrollo de esas iniciativas era incipiente.

Los países europeos, no se habían quedado en ensayos aislados sino que algunos de ellos habían iniciado procesos de reforma de la atención psiquiátrica de carácter regional o nacional (por ejemplo, humanización de la atención y “deshospitalización”). Estas experiencias también habían sido ensayadas con éxito, aunque en escala limitada, en algunos países latinoamericanos, que fueron precursores del movimiento que culminó con la Declaración de Caracas. (7)

Pero no sólo en el ámbito hospitalario se habían ganado experiencias (aunque no evaluadas enteramente), sino que además se habían producido ensayos de atención en la comunidad que comprendían tanto la atención psiquiátrica directa como la prevención de la enfermedad psiquiátrica y la promoción de la salud mental mediante la acción comunitaria. Con esos ensayos, en los que se abordaba la modificación de ciertos determinantes sociales y culturales, se intentaba desde entonces ofrecer una respuesta más integral para las necesidades de la comunidad (8). Por último, conviene recalcar que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud había venido apoyando técnicamente a los países en iniciativas de extensión de la atención al medio comunitario. Entre esas iniciativas sobresalen las relativas al desarrollo de instrumentos tendientes a la incorporación de la salud mental en la atención primaria de salud y la prestación de colaboración técnica a fin de apoyar programas en la comunidad, particularmente las de escasos recursos humanos y financieros. Para entonces, OPS/OMS había adquirido suficiente experiencia de trabajo con los países y ganado su confianza, reafirmando su competencia científico-técnica, al tiempo que hacía evidente su capacidad para movilizar recursos. Las estrategias mencionadas permitieron que se constatará que la OPS/OMS estaba preparada técnica y políticamente para liderar el cambio, así como para dar el salto cualitativo necesario para la ejecución de acciones concretas en los países.

Conclusión

Como se puntualizó anteriormente, la gestación, adopción y puesta en marcha de la Declaración de Caracas no ocurrió en un vacío, sino que fue el producto de una serie de factores determinantes de naturaleza técnica, científica, ética y cultural. Por un lado, su formulación y adopción implicaba la crítica al modelo vigente de atención psiquiátrica y por el otro, señalaba nuevas posibilidades para su expansión y enriquecimiento. La oportunidad ofrecida por la Conferencia sirvió a los países para establecer un marco de referencia, sentar las bases de un programa para la acción y consolidar el flujo tanto de recursos latinoamericanos como de países fuera de la Región que generosamente prestaron apoyo.

REFERENCIAS

1. González Uzcátegui R, Levav I (eds). Reestructuración de la atención psiquiátrica : bases conceptuales y guías para su implementación, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1991.
2. Levav I, Restrepo H, Guerra de Macedo C. The Restructuring of Psychiatric Care in Latin America. A New Policy for Mental Health Services. *Journal of Public Health Policy* 15:1; 71-85, 1994 (en inglés).
3. Levav I, González R, Saraceno B. La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, *Psiquiatría Pública* 8; 207-215, 1996.
4. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General. Resolución A.46/119. New York, 1991.
5. Levav I, González Uzcátegui R. Human Rights of Persons with Mental Illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Suppl. 399:101; 83-86, 2000.
6. Levav I. Bases epidemiológicas de los programas de salud mental sobre conductas violentas. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 37:1; 15-23, 1991.
7. Levav I, González R Dos movimientos paralelos: Las reformas en la atención psiquiátrica en América Latina y en España, En García J, Espino A, Lara L, eds. *La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo*, Madrid: Díaz de Santos, 1998.
8. Levav I (ed.). *Temas de Salud Mental en la Comunidad*, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1993.

A QUINCE AÑOS DE LA DECLARACIÓN DE CARACAS: NUEVOS CONOCIMIENTOS E INNOVACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Giovanni De Plato*

Quince años después de la Declaración de Caracas, es necesario realizar un balance para definir los nuevos enfoques que tendremos que adoptar, considerando los rápidos y continuos cambios que imponen los procesos de globalización tanto en los entornos locales como en el plano global.

Se puede afirmar que la Declaración de Caracas, formulada en 1990 constituye para América Latina la primera acción del proceso de globalización de la atención psiquiátrica en relación con el movimiento de la reforma de la asistencia psiquiátrica y de la salud mental. Fue ese el punto de encuentro entre las nuevas experiencias europeas y la situación prevaleciente en los países de la región. A partir de ese momento, algunos países de Europa que tenían experiencias de alternativas al hospital psiquiátrico, particularmente Italia y España, iniciaron una fructífera cooperación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para participar en la reestructuración de la asistencia psiquiátrica en los países de América Latina.

La citada alianza ha permitido a los países de Europa y de América Latina, intercambiar experiencias sobre:

- Propuestas alternativas al hospital psiquiátrico;
- Desarrollo de servicios psiquiátricos en la comunidad;
- Puesta en marcha de proyectos de investigación científica; y
- Organización de actividades de capacitación para dirigentes y proveedores de servicios.

Estas actividades han sido realizadas como un intercambio de provecho recíproco, sin recurrir a un modelo único que se importa o reproduce mecánicamente. Justamente, mediante la aplicación de las pautas de Caracas y la colaboración europea, se han obtenido variados resultados en los países latinoamericanos que han participado en esta empresa. Las particularidades de cada nación, su trasfondo histórico y cultural y su realidad socioeconómica revisten importancia singular y justifican las diferencias encontradas en la aplicación del modelo. Desde esta realidad de múltiples experiencias y resultados, ha sido posible cobrar impulso para encarar numerosos problemas que aún quedan por resolver en los países. Entre estos se destacan:

- a) El papel hegemónico del hospital psiquiátrico que sólo parcialmente ha sido mitigado y sigue recibiendo la mayor parte de los recursos financieros;

* Docente de Psiquiatría, Universidad de Bolonia. Asesor Temporal de la OPS/OMS en Salud Mental

- b) La atención psiquiátrica “comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva” que ha sido llevada a cabo sólo parcialmente; y
- c) La falta de promulgación, salvo en algunos países como Brasil, de una “Ley de Reforma”, lo que constituye un obstáculo al proceso que respaldan dirigentes y prestadores de servicios.

Las prioridades establecidas en la Declaración de Caracas ponen de manifiesto que la correspondiente a una legislación de reforma aún no ha llegado a concretarse. Cabe destacar que los cambios en el plano legal también implican una reforma del conocimiento científico y de la práctica clínica (1). En efecto, muchas veces los mismos servidores que se declaran reformadores no mantienen su compromiso con la reforma o están imposibilitados de hacerlo.

También conviene subrayar que los conocimientos alcanzados por la moderna investigación científica sobre los múltiples y complejos factores que intervienen en el origen del trastorno mental no encuentran en el campo de la práctica clínica y la experimentación una aplicación coherente. Respecto a este problema se pueden considerar tres temas sobre los cuales es necesario reabrir la discusión entre los reformadores: la interacción de los factores, la interdisciplinariedad y la continuidad terapéutica.

Interacción de los factores

Para la psiquiatría moderna, el descubrimiento de la multifactoriedad constituye un punto culminante. La influencia de los factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales en la génesis y curso del trastorno mental y el malestar psíquico es un hecho reconocido (2). Sin embargo, la investigación sobre este punto fundamental tropieza con serias dificultades. Esta situación ha llevado a algunos psiquiatras a refugiarse en presuntas certidumbres de la psiquiatría clínica que, con su determinismo en la naturaleza biológica de la enfermedad mental y la naturaleza social del malestar psíquico, parecieran simplificar un presunto dilema.

La división entre naturaleza y ambiente y la diferenciación entre trastorno y malestar se presenta, en realidad, como un artificio para evitar las dificultades de averiguar con mayor profundidad sobre la unidad y complejidad de los fenómenos psíquicos. La investigación vuelve a concentrarse en determinar si en la etiopatogenia del trastorno mental y el malestar psíquico interviene predominantemente un factor único, contraponiendo así la psiquiatría clínica y la psiquiatría social. En muchos servicios, que se definen de “psiquiatría comunitaria” se sigue usando la definición de psiquiatría dinámica y se habla sin distinción de trastorno mental o enfermedad mental grave y discapacitante. Por otra parte, los conceptos de “enfermedad” y “discapacidad” son típicos de la psiquiatría manicomial, hospitalaria, clínica y biologista.

Interdisciplinarietà

Este es otro punto crucial de la psiquiatría comunitaria que permite la definición de su ámbito mediante la contribución de materias tan diversas como la antropología y la medicina. El conocimiento alcanzado sobre el carácter multiforme del trastorno mental y del malestar psíquico constituye un nuevo campo operativo interdisciplinario que revoluciona las ideas tradicionales y crea nuevas modalidades de operar (3). La revisión crítica de la psiquiatría clínica lleva a muchos psiquiatras a creer que se puede acreditar a la psiquiatría como una rama de la medicina, con una competencia específica (exclusividad sanitaria) que tiene su centro en la prestación terapéutica (centralidad hospitalaria). En muchos servicios de psiquiatría de comunidad se acepta erróneamente la distinción entre los servicios de salud mental y los de psiquiatría. Esto se debe a la existencia de un obstáculo cultural y científico que impide entender a dirigentes y prestadores de servicios que la salud mental incluye a la psiquiatría, en cuanto el trastorno mental necesita un contexto de atención a la salud de la persona, para obtener mayor eficacia a través del tratamiento.

Continuidad terapéutica

El último punto estratégico en relación con los servicios psiquiátricos en la red comunitaria se concentra en la validez del proyecto terapéutico personalizado y en la asistencia a la persona mediante un programa integrado. La articulación de las respuestas terapéuticas con el ámbito sanitario y social garantiza la eficacia del tratamiento, ya sea del trastorno mental o del malestar psíquico. El enfoque multidisciplinario, abierto a los nuevos conocimientos y al compromiso del trabajo en equipo, genera frecuentemente una reacción de intolerancia por parte de algunos operadores psiquiátricos. Es ésta una de las causas posibles del error en que se incurre al avalar nuevamente el modelo de discontinuidad de la psiquiatría institucionalizada. Esta última considera la internación como el momento central de la terapia, a la cual se subordinan las intervenciones ambulatorias o domiciliarias, según una jerarquía que simplifica todo el proceso de la atención. En muchos programas de psiquiatría comunitaria, el servicio psiquiátrico del hospital general no forma parte del centro comunitario de salud mental y perdura en su autonomía aislado de los demás servicios comunitarios.

Este enfoque esquemático basado en una concepción dualista, es aplicado tanto a la psicopatología como al tratamiento, es decir, comprende desde las categorías de análisis hasta las técnicas terapéuticas. Ello explica el conflicto actual que encontramos también aun en la propia psiquiatría de la reforma.

Es oportuno recordar que el Consejo Regional Europeo de la Federación Mundial de la Salud Mental ha discutido la posibilidad de separar la salud mental de la psiquiatría. A favor de la separación se han pronunciado algunos calificados psiquiatras, quienes con una postura científica presuntamente de avanzada han planteado la necesidad de una neta distinción disciplinaria entre el campo propio de la salud mental y el que corresponde a la enfermedad mental. Como subraya la crítica de Manuel Desviat en un editorial, Fuller Torrey, (psiquiatra del Hospital Sta. Elizabeth de Washington) sostiene increíblemente que la “enfermedad mental” no pertenece al campo de la salud mental (4). Desviat refiere que según Kendell (del *Scottish Office*), el dualismo especializado se impone debido al conocimiento documentado de que “la mayoría de las enfermedades mentales tiene una base biológica y una parte de ellas se trasmite por factores genéticos” (4).

Para obtener conclusiones de estas teorías desactualizadas, el editorial de John Henderson, (publicado hace algunos años en *Mental Health Observer*) es ilustrativo al escribir:

“... desde una perspectiva práctica, el divorcio [entre psiquiatría y salud mental] conlleva la eliminación del Departamento de Salud Mental... y en consecuencia, será necesario suprimir la División de Salud Mental de la OMS. Los departamentos de psiquiatría se abolirán y serán sustituidos por los de neuropsiquiatría. La salud mental se incluirá bajo el dominio de las ciencias sociales, dentro del departamento de servicios sociales” (4).

Resulta evidente que todavía no se ha superado el riesgo de que se vuelvan a generalizar teorías infundadas, basadas en datos parciales y que se lleguen a presentar como remedios absolutos, derivados de ideologías desprovistas de valores humanos.

El impulso al proceso de reforma

El camino señalado por la Declaración de Caracas debe ser acompañado por un proceso de revisión crítica de la teoría y la práctica, no sólo de la medicina manicomial, sino de la ambigüedad de algunas formas de psiquiatría comunitaria implementadas en algunos países. La adhesión a los principios que la respaldan requiere fundamentalmente la adquisición de un compromiso con el conocimiento científico fundado en la investigación moderna y en la práctica asistencial alimentada por la evidencia clínica.

Hace falta revivir con nuevo ímpetu el proceso de reforma, reforzándolo con nuevas iniciativas respaldadas por los últimos conocimientos científicos (5). A estos fines, las acciones renovadoras deberán concentrarse en dos elementos relevantes del proceso:

- los servicios alternativos a la internación en el hospital psiquiátrico, particularmente la creación de suficientes servicios psiquiátricos en los hospitales generales y la habilitación de nuevos servicios y estructuras en la comunidad;

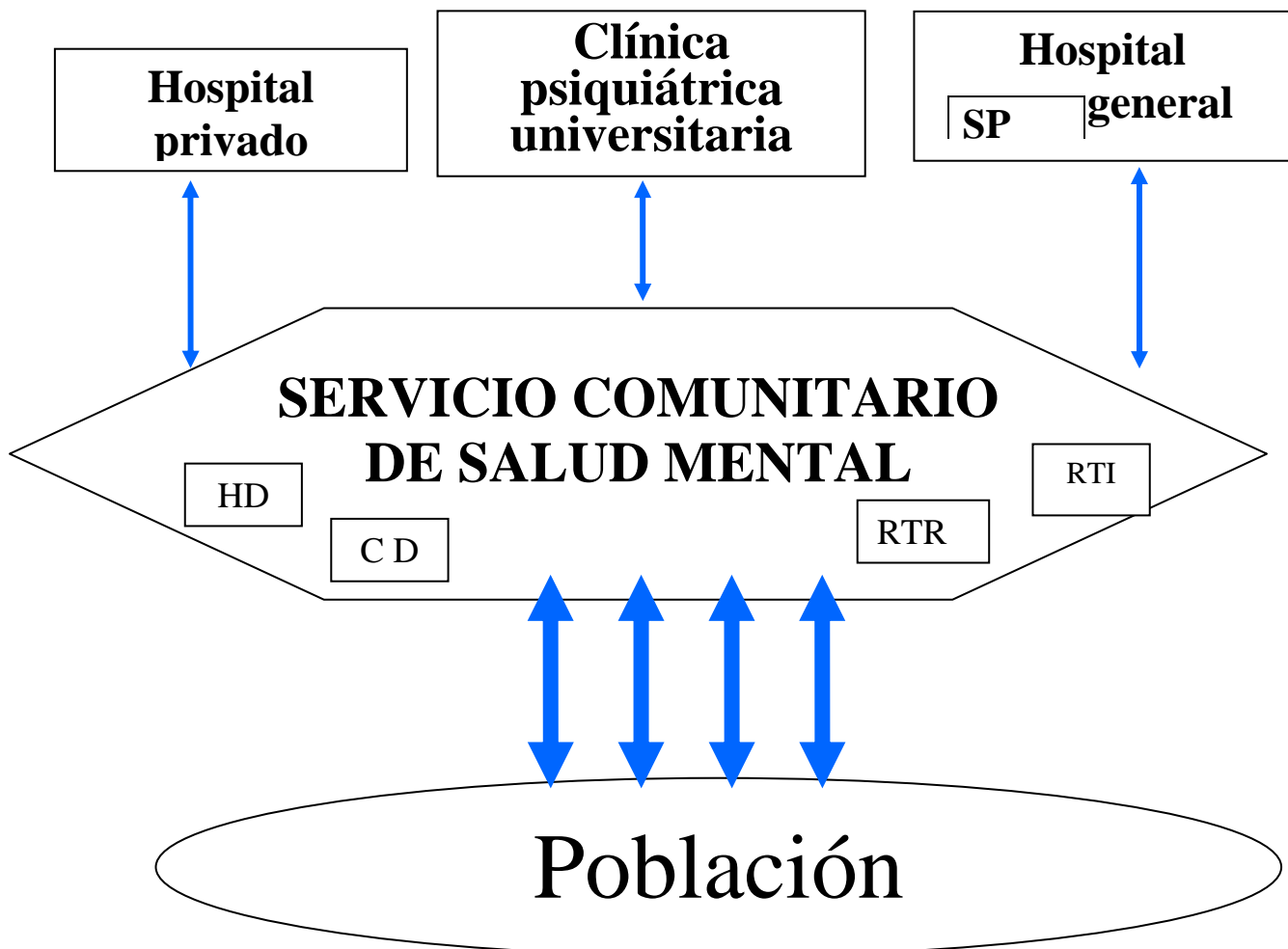
- los servicios en la comunidad, como centros de acceso, prevención, cura y rehabilitación, ya que funcionan como entes reguladores de la atención, asistencia, internación hospitalaria, capacitación y reinserción social.

Los servicios mencionados pueden reforzarse si se reduce la centralidad del hospital psiquiátrico mediante las siguientes providencias:

- suspensión de nuevas internaciones;
- rehabilitación de personas que han permanecido internadas por largos períodos; y
- creación de pequeñas estructuras protegidas para acoger a las personas rehabilitadas carentes de familia.

Es necesario, además, que se desarrolle y se potencie un servicio de atención psiquiátrica comunitario como “Servicio de Salud Mental” y como centro regulador de la red de servicios sanitarios públicos y privados según lo ilustra el esquema de la figura 1.

Figura N° 1. Red de Servicios Sanitarios Públicos y Privados



SP: Sala psiquiátrica
 HD: Hospital de día
 CD: Centro de atención diurna
 RTI: Residencia para tratamientos intensivos
 RTR: Residencia para tratamiento de rehabilitación

La experiencia hasta ahora alcanzada demuestra la necesidad de una evolución posterior, a partir de una nueva perspectiva científica y asistencial. Transcurridos quince años después de la Declaración de Caracas, el cambio de la Psiquiatría Comunitaria a la Psiquiatría de la Salud Mental es un imperativo ineludible.

La salud emocional y mental es un constituyente de la salud general, hecho que se pone más en evidencia ahora, cuando la salud de la población está amenazada por el bioterrorismo, el miedo y la inseguridad. Estos dos últimos aspectos se presentan hoy bajo las formas de epidemias o pandemias de malestar psíquico. Así es que en el año 2005 estas nuevas patologías han llegado a colocarse al lado de formas tradicionales de los trastornos mentales. Las proyecciones de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) hechas para el año 2020, basadas en la investigación epidemiológica correspondiente al año 1990, no tienen posibilidad de cumplirse, dada la situación ya observada en la actualidad (8). Véanse los cuadros 1 y 2.

Cuadro N° 1. Primeras 10 causas de AVAD perdidos en el mundo, para ambos sexos, en 1990

Enfermedad o lesión	AVAD (millares)	% acumulativo
Todas las causas	1.379.238	
1. Infecciones de vías respiratorias bajas	112.898	8,2
2. Enfermedades diarreicas	99.633	15,4
3. Lesiones perinatales	92.313	22,4
4. Depresión	50.810	25,8
5. Cardiopatía isquémica	46.699	29,2
6. Enfermedades cerebrovasculares	38.523	32,0
7. Tuberculosis	38.426	34,8
8. Sarampión	36.520	37,4
9. Accidentes de tránsito	34.317	39,9
10. Anomalías congénitas	32.921	42,3

Fuente: Desjarlais R., Eisenberg L. (6), 1998

Cuadro N° 2. Primeras 10 causas de AVAD perdidos en el mundo, para ambos sexos, proyectadas par el año 2020

Enfermedad o lesión	AVAD (millares)	% acumulativo
Todas las causas	1.388.836	
1. Cardiopatía isquémica	82.325	5,9
2. Depresión	78.662	11,6
3. Accidentes de tránsito	71.240	16,7
4. Enfermedades cerebrovasculares	61.392	21,1
5. Pneumopatías crónicas obstructivas	57.587	25,3
6. Infecciones de vías respiratorias bajas	42.692	28,4
7. Tuberculosis	42.515	31,4
8. Guerra	41.315	34,4
9. Enfermedades diarreicas	37.097	37,1
10. Sida	36.317	39,7

Fuente: Desjarlais R., Eisenberg L. et al. (6), (1998)

Después de los acontecimientos del 11 de septiembre de 2001 se ha observado en Europa y Estados Unidos un incremento en la prevalencia de síntomas de ansiedad, irritabilidad y decaimiento (entre el 15 y el 30%), que seguramente ha provocado un aumento de las dificultades en el acceso a los servicios de salud mental y a la posibilidad de un tratamiento temprano e integral. Es de prever que habrá un aumento en el número de personas con trastornos psicológicos crónicos acompañado de una creciente disminución en la calidad de vida.

Recientemente es habitual observar como la gente común vive acosada por el temor creciente (psicosis social) de una posible pandemia de gripe aviaria cuando aún no se tiene el recurso de una vacuna. La posible mutación del virus ha sido un factor desencadenante de ansiedad y depresión generalizada, situación que se ha visto ampliada después de los frecuentes ataques terroristas y las amenazas de calamidades naturales o provocadas en diversas partes del mundo. Ahora basta la comprobación de la presencia del virus aviar en cualquier lugar de la tierra para aterrorizar a la humanidad y cambiar el comportamiento de un gran número de personas. No se sabe con certeza si el virus aviar H5N1 se puede transmitir del animal al hombre, pero quedó claro que el virus ha logrado convertir el miedo de las personas en una pandemia. De esta manera, el temor y la inseguridad se han transformado en un problema generalizado que impone la cooperación sanitaria entre todos los países.

La globalización sanitaria es, por lo tanto, una necesidad actual con una historia antigua. Entre sus antecedentes se puede mencionar la Primera Conferencia Sanitaria contra las Enfermedades Infecciosas, celebrada en París en 1851. Su finalidad era homologar las estrategias contra las epidemias y a la vez promover programas de investigación en microbiología e higiene. Posteriormente y, obedeciendo a razones similares, se creó en 1902, la Oficina Sanitaria Panamericana. Después de la epidemia de tifus, ocurrida en Rusia y Polonia en 1917 y de la pandemia de “gripe española” en 1918-19, nació en 1921 el organismo sanitario de la Liga de las Naciones. Finalmente en 1948, se fundó la Organización Mundial de la Salud (OMS), entidad que en 1980 declaró derrotada la viruela y más recientemente la poliomielitis.

Existen en el mundo 54 millones de personas que han sido tratadas con el ansiolítico Prozac. En los Estados Unidos solamente, la cifra alcanza los 12 millones y en Italia se han vendido en un año alrededor de 140 millones de cajas de ansiolíticos e hipnóticos. Estos datos indican claramente que hay un cambio cuantitativo, evidenciado por el aumento de la utilización de los psicofármacos y de las psicoterapias. A lo anterior, hay que agregar una modificación cualitativa, caracterizada por la emergencia de nuevas formas de sufrimiento psíquico. Los nuevos factores de malestar psíquico se pueden encontrar en la observación de aspectos perturbadores de la vida cotidiana, caracterizados por ser constantes y no temporales, estructurales y no coyunturales, invasores y no limitados.

La vida se presenta hoy para la mayoría de las personas; y así, se anuncia para el futuro, como un estado de emergencia, precariedad, incertidumbre, inseguridad, impotencia, disgregación, oscuridad y extravío. Al respecto, Benasayag y Schmit afirman: “como psiquiatras nos encontramos en la misma situación que un dermatólogo que ejerce su profesión en la Patagonia, región bajo el famoso ‘agujero del ozono’ que deja pasar los rayos ultravioletas cancerígenos” (7). Tambalea la certidumbre ha provocado una crisis de la persona, que vive el futuro ya no como una promesa sino como una amenaza, y para quien el mañana se anuncia sin una esperanza perceptible. Como concluyen los autores citados, estamos viviendo una “crisis en la crisis”.

Las dificultades de transformar este proceso nos hace plantear la pregunta: ¿tratar a la persona o cambiar a la sociedad? Sin embargo, el objetivo de cambiar la sociedad podría asumir un nuevo énfasis y podría conducirnos al callejón sin salida de las respuestas ideológicas en suplantación de las científicas.

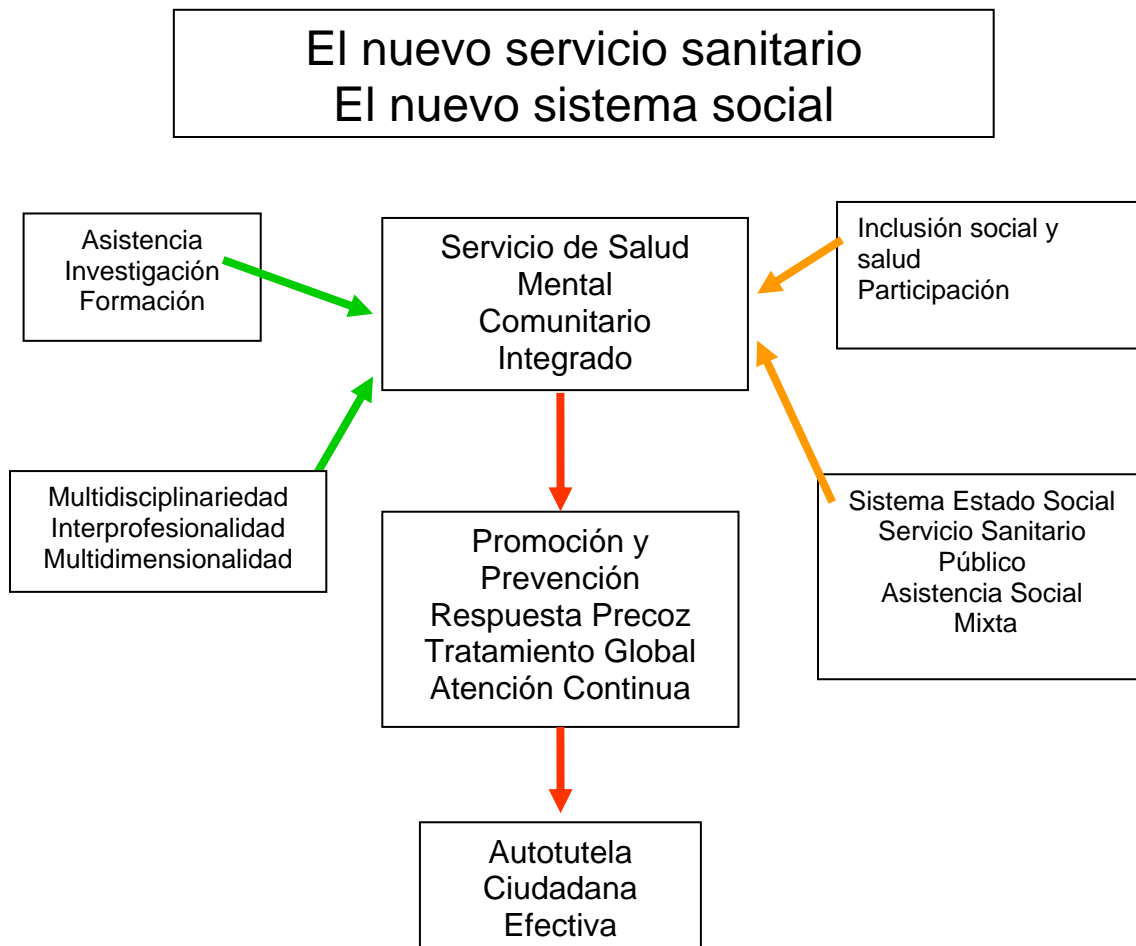
Corresponde a la psiquiatría aclarar cómo se puede afrontar esta crisis, promover la salud mental y tratar el trastorno mental. Por tanto, se debe considerar la relación:

- persona compleja y múltiple
- persona y situación existencial
- persona y lazos familiares y sociales

Un nuevo modelo de asistencia social

Los fenómenos sociales a los que hemos aludido, y las nuevas formas de malestar psíquico y de trastorno mental que amenazan a las poblaciones, requieren una estrategia adecuada en salud pública para garantizar a los ciudadanos el derecho a la salud y a no sucumbir ante estas situaciones adversas. Para hacer frente a este panorama, una política sanitaria tiene que remodelar la arquitectura global de la asistencia sanitaria y social según lo sugiere la figura 2.

Figura N° 2

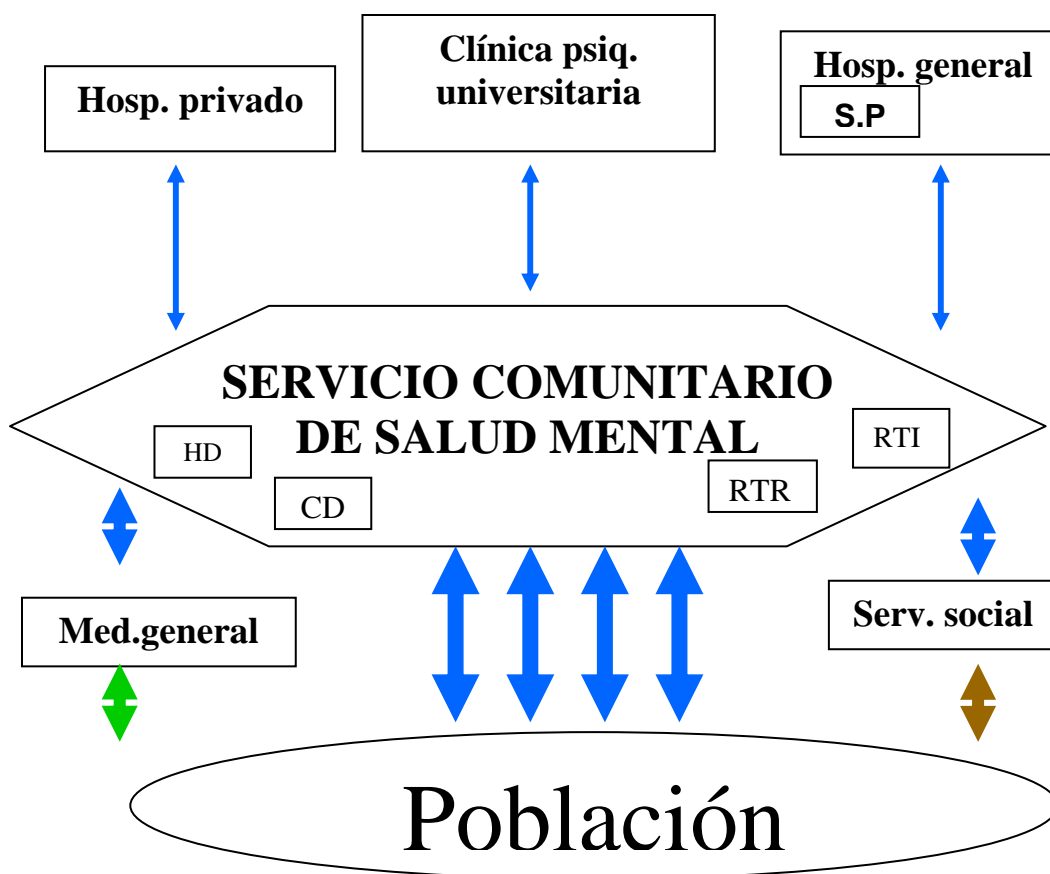


Con esta estrategia de política sanitaria (8) es posible innovar también los servicios de salud mental y brindar la posibilidad de brindar vigencia y permanencia en el futuro a las experiencias vividas después de la Declaración de Caracas. Para tal fin, es necesario subrayar dos acciones fundamentales:

- la superación del hospital psiquiátrico, con la creación de estructuras y servicios comunitarios, como redes descentralizadas e integradas; y
- la redefinición del Servicio de Salud Mental que no puede operar únicamente como centro de recepción (dispensador de prevención, cura y rehabilitación), sino como fuente de iniciativa (centro de promoción de la salud mental).

El centro, así concebido, debe integrarse con el Servicio de Medicina General y con el Servicio Social, y afrontar el contexto social. De esta manera, la organización de estos servicios facilitará el nuevo enfoque de la promoción de la salud y de la salud mental (9). La prevención, la cura y la rehabilitación son aspectos insustituibles, pero no son el arma principal para luchar contra el aumento de las nuevas formas del malestar psíquico. Las acciones de promoción pueden ser exitosas si en la red de servicios de salud mental se fortalece la colaboración y la integración con la medicina general o de base y los servicios sociales, según el siguiente esquema (figura 3):

Figura N° 3. Integración con la medicina general y los servicios sociales



Cómo vencer los nuevos desafíos

Después de quince años se puede demostrar que la Declaración de Caracas no era una utopía, como algunos críticos sostenían. Se ha demostrado cuán impostergable es su implementación, basada en puntos de vista científicos y prácticos. Pero para llevarla cabalmente a la práctica debemos enfrentar otros desafíos relacionados con los paradigmas de la ciencia actual y los presentados por la innovación de los servicios sanitarios (10).

Hace falta afrontar estos nuevos desafíos también en el campo de la salud mental propiamente dicha. Estos podrán superarse adecuadamente, siempre y cuando se elabore un programa integrado e interinstitucional para:

- Promover la salud de la persona y de la comunidad; y
- Crear una red de servicios que construya lazos, encuentros e intercambios.

La nueva perspectiva consiste en brindar oportunidades a la persona (11) para que dé fuerza a su proyecto de vida y a sus relaciones comunitarias. La red de servicios se configura, entonces, como un andamiaje que permite a la persona erigirse en agente reformador de su vida y del sistema social.

REFERENCIAS

1. Levav I, González R. Rights of Persons with Mental Illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 83-86, 2000.
2. De Plato, G. La emergencia y la urgencia exigen a la psiquiatría redefinirse como ciencia de la salud mental, *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Año LX n.333, 1996.
3. De Plato, G. Comportamientos antisociales. La investigación moderna aclara errores sobre la causalidad entre enfermedad mental y conductas violentas. *Revista de Psiquiatría de Chile*, Año XIV N. 3, 1996.
4. Desviat, M. La salud mental cuestionada. *Psiquiatría Pública*. Volumen 8, Número 4: 9-11, 1996.
5. De Plato, G. Las experiencias internacionales y la cooperación sanitaria: la reforma legislativa para la salud mental, Evaluación de la iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, Panamá, Boletín OPS-OMS. 1996.
6. Desjarlais R. Eisenberg L., Good B., Kleinmann A: La salute mentale nel mondo, Bologna, il Mulino. 1998.
7. Benasayag M, Schimit G. L'epoca delle passioni tristi. Milano, Ed. Feltrinelli. (2003).
8. Gittelman M. Public and Private Managed care. *International Journal of Mental Health*, 27: 3-17. 1998.
9. World Health Organization. Mental Health Resources in the World. Initial Results of Project Atlas. Geneva, World Health Organization (Fact Sheet n. 260, April). 2001.
10. World Health Organization. Rapporto sulla salute nel mondo 2001. Ginevra, World Health Organization. 2002.
11. Cassese A . I diritti umani oggi. Bari, Editori Laterza. 2005.

¿QUÉ HACER CON LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS?

Roberto Tykanori Kinoshita *

La pregunta que me fue propuesta como tema es ambigua y puede ser entendida de dos maneras diferentes:

- Si “¿Qué hacer?” hace referencia a ¿Cómo hacer en la práctica para cerrar los hospitales psiquiátricos?
- O si “¿Qué hacer?” es una manera de preguntar por el destino “programático” de esas instituciones o en otras palabras, si la pregunta se puede reformular como ¿Cuál sería el papel destinado a los hospitales psiquiátricos en la reorientación de la asistencia y la salud mental?

En relación con esta última proposición surgen frecuentemente “innovaciones” mediante las cuales se propone modernizar y reactualizar los viejos manicomios, proveyéndolos de una nueva envoltura. No obstante las distintas experiencias confirman, en términos de posibilidades lógicas y realizaciones prácticas, que la atención de la salud mental se puede instituir sin necesidad de utilizar los grandes y viejos hospitales psiquiátricos. En un sistema de atención reformado no hay lugar para el hospital psiquiátrico en cuanto éste ha dejado de ser necesario y sus diversas funciones sociales son llevadas a cabo por nuevos dispositivos e instituciones, diversificados y articulados para cubrir las múltiples necesidades de las personas con trastornos psiquiátricos.

En el curso de esta exposición expresaré algunas reflexiones concentrándome sólo en la primera pregunta, “¿Qué hacer para superar el hospital psiquiátrico?”, que a mi entender conduce a una discusión de naturaleza más operativa.

En 1990, durante la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región de las Américas, presenté los primeros resultados de 18 meses del proceso de transformación del hospital psiquiátrico de la ciudad de Santos (Casa de Salud Anchieta) (1). Cuando fui interrogado sobre el futuro de la experiencia, respondí que ya teníamos una decisión política y una estrategia definida: el hospital sería substituido por una red de servicios en el territorio servido, mediante la reasignación de recursos que eran destinados al hospital. De hecho, pasaron cuatro años antes de que las puertas del hospital pudiesen ser cerradas. Fueron precisos esos cuatro años para crear una red de servicios en el territorio, promover cambios culturales, formar personal nuevo y, particularmente, generar credibilidad y confianza, al mismo tiempo que crear en pacientes y familiares una conciencia de que se hacía lo correcto.

* Profesor, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Sao Paulo.

Me sería grato compartir con el lector ciertas reflexiones sobre la reforma y algunas proposiciones de líneas de acción que nos sirvieron de estrategias para el desmontaje del hospital y la reasignación de los recursos al nuevo sistema, procediendo de manera simple y dinámica, debido a la limitación de tiempo. De esta manera se procedió a:

- a) Establecer claramente que el desmantelamiento de la institución era la principal meta estratégica. Todas las personas involucradas (pacientes, funcionarios, familiares, políticos y, en general, la sociedad civil) debían saber, tarde o temprano, que el hospital tendría que desaparecer, lo que significaba que los niveles de decisión debían tener en cuenta este horizonte. Así, las prioridades tenían que ser establecidas teniendo en mientes ese escenario futuro. De manera obligada, los modos de responder a las necesidades de todos los involucrados necesitaban ser reexaminadas y los recursos disponibles, redirigidos. Cabe señalar que habitualmente, la inercia inducida por la auto-preservación en los procesos de tomar decisiones, hace que las necesidades de la institución sean consideradas más importantes que las de los pacientes. Asimismo, los plazos y fecha del cierre del hospital podrían no estar bien definidos. No obstante, una vez establecido el plazo del cierre del hospital, la institución ya no podía ser considerada una prioridad sobre los intereses de los pacientes. De esta manera, el hospital se fue cerrando a medida que el proceso de transformación/substitución tomaba cuerpo.
- b) Combatir todas las acciones que tuvieran como modelo el confinamiento carcelario y la lógica de criminalizar y castigar las conductas consideradas no aceptables. Un aspecto fundamental del proceso de cambio era hacer entender a todos la dualidad de la institución psiquiátrica, caracterizada por tener: una fase terapéutica, que responde a las necesidades del individuo; y una fase de control social en respuesta a las necesidades de ordenamiento de la vida en sociedad. Era necesario deslindar claramente esos rasgos de las acciones institucionales, de modo que el control pudiera ser reconocido como legítimo sólo si las acciones correspondientes se modificaban de modo que se respetaran y satisficieran las necesidades de los pacientes en cuanto son miembros de la sociedad civil. Entre las medidas tomadas para lograr este objetivo estaba la reconstrucción de la identidad e historia personal de los internados y la garantía de su privacidad.
- c) Enfrentarse a la inercia de la institución, en la que todo se neutralizaba y cristalizaba, mediante la movilización de subjetividades. Había que modelar la dinámica de la comunidad interna y establecer un régimen democrático participativo. A este efecto, se debieron promover reuniones y asambleas para concertar nuevas reglas de funcionamiento. También fue preciso establecer claramente la distinción entre las acciones de cura/tratamiento y las de control social; normalmente predominaba el polo de control sobre la dimensión

terapéutica, habiendo sido necesario considerar la inversión de las prioridades existentes como una guía de las discusiones, contraponiendo las necesidades asistenciales a las formalidades institucionales. Hubo que poner en juego y validar las soluciones de compromiso por consenso, a partir de la confrontación entre los puntos de vista de los pacientes, los funcionarios y las necesidades de la institución.

- d) Desperdiciar menos tiempo pensando en evitar la fuga de pacientes y dirigir los esfuerzos a la creación de condiciones para generar valores y actitudes basados en la libertad y la responsabilidad.
- e) Comenzar con cambios globales a partir de instancias particulares. Estos cambios demandaban decisión, recursos, tiempo y dedicación profesional. Frente a la habitual falta de recursos fue recomendable que las transformaciones se realizaran por partes, pero en todos los sectores, con el máximo afán y determinación. Se comenzó con los sectores que estaban en mejores condiciones, dado que el proceso allí era más rápido, posibilitando así la intensificación y liberación de nuevas energías para que luego, gracias al desarrollo de sinergias se pudiera movilizar áreas donde la inercia predominaba más.
- f) Establecer una dinámica de interacción entre la comunidad interna y la comunidad externa. Las acciones correspondientes eran de carácter estratégico en cuanto pretendían mostrar a los de fuera, la vida dentro de la institución, lo que favoreció una aproximación del mundo exterior a la comunidad interna. Al mismo tiempo, se estimuló la conformación de identidades comunitarias en los diversos lugares.
- g) Cuestionar la dinámica de la exclusión social en relación a los problemas generados por determinadas formas de conducta de los pacientes. Se procedió a abrir las puertas de los servicios de adentro hacia afuera y de afuera hacia adentro mediante la estimulación de la presencia de familiares, amigos y activistas en el interior del hospital; también se promovió la movilización afectiva/emocional basada en aspectos culturales, fiestas, conmemoraciones, actividades religiosas y espirituales y actividades de naturaleza folclórica y popular.
- h) Reasignar los recursos bajo la perspectiva del desmontaje del hospital. Se tomaron, entre otras medidas, la identificación de los espacios con nombres tomados de la topografía de la ciudad. Se adoptó una estrategia de egresos mediante decisiones en las que intervinieron los pacientes, los profesionales de la institución y los familiares, asegurándose que los pacientes regresaran a sus territorios de origen.

Otras medidas pertinentes adoptadas fueron:

- División de las partidas presupuestarias globales en fracciones, ordenadas por proyectos de rehabilitación. El empleo de los recursos y el gasto se planeó teniendo en cuenta la salida de los pacientes y no su permanencia en el hospital.
- Determinación de los gastos priorizando la dinámica de internación y no la inversión para garantizar el aislamiento.

Redefinición de las necesidades de los hospitales

Es preciso separar y hacer una distinción clara entre las necesidades de internación y las otras necesidades del hospital. La internación debe ser un procedimiento necesariamente consensuado y al decidir sobre este punto hay que preguntarse qué necesidades cubre y qué funciones desempeña.

- a) Internación para el control de comportamientos disruptivos/violentos: la red de servicios de salud mental debe ser capaz de ofrecer una mejor respuesta que la ofrecida por los hospitales psiquiátricos para el control de las conductas disruptivas. Las situaciones psiquiátricas de emergencia demandan respuestas efectivas y oportunas, de forma que permitan la contención a tiempo de las citadas conductas. Asimismo, las emergencias ofrecen una oportunidad para el desarrollo de procedimientos de contención e incluso del uso de la fuerza, siempre que se respeten los derechos del paciente. Esta situación contradictoria exige una investigación de la historia de los hechos y del contexto en que se produjeron. De otra parte, muchas veces la colaboración de la policía se hace necesaria, siendo ésta, en mi experiencia, la expresión de una alianza institucional estratégica. La conducta de la policía en relación del paciente mental puede ser, a mi modo de ver, un indicador de cambio, de transformación cultural, inducida por la reforma.
- b) La internación puede estar justificada cuando se hace para contener situaciones de sufrimiento intenso, por ejemplo, en situaciones de crisis. La red de servicios de salud mental debe estar abierta para acoger prontamente a los pacientes en esas situaciones, evitando las barreras burocráticas y administrativas. Es preciso ganarse la confianza y credibilidad de los pacientes y sus familiares para que los servicios de la red sean percibidos como lugares para la protección de las personas.
- c) Internación para prevenir situaciones disruptivas. El conocimiento y contacto en la vida cotidiana con los pacientes facilita la promoción de internaciones puntuales (tácticas) para el manejo de situaciones desestabilizadoras, evitando así las conductas problemáticas.

- d) La internación también puede posibilitar la disminución de la carga soportada por familiares y asistentes que prestan cuidados a los pacientes, especialmente durante los fines de semana, en ocasión de viajes o paseos, etc.
- e) Internación para el cuidado de pacientes con patologías somáticas. Es preciso garantizar el tratamiento de enfermedades somáticas que afecten a los pacientes psiquiátricos. No obstante, generalmente éstos no son aceptados por los hospitales generales como pacientes con afecciones corporales

Cada una de las diferentes modalidades de internación puede ser realizada en diversas estructuras asistenciales, estando sujeto el ingreso a las condiciones del contexto situacional y a los objetivos prácticos de cada centro. Los pacientes pueden ser acomodados en camas en servicios de emergencia, en servicios localizados en otros territorios cubiertos por la red y en enfermerías de hospitales generales. Incluso se pueden atender pacientes en “camas legas” puestas en operación por organizaciones o por familiares y amigos del paciente.

La implementación de la red de servicios con esta variedad de ofertas de internación puede modificar la histórica consigna que reza “internación como último recurso” utilizando en su lugar una lógica de internación en el momento más temprano e instrumental posible. Así, la internación adquiere características de acción táctica en el manejo de casos y puede ser vista ya como una acción dirigida predominantemente al control de eventos, ya como parte de una línea de intervención para la modificación de algunos procesos. De esta manera se podrían instaurar formas más dinámicas de intervención, menos burocráticas, más versátiles e inocuas.

En conclusión, la substitución del hospital psiquiátrico no es un proceso que se realiza por obra del simple cambio del lugar o de los instrumentos de cuidados sino por la desaparición de la necesidad del manicomio. En otras palabras, la internación en la red de servicios de salud mental no es una respuesta globalizada y globalizante para innumerables problemas y situaciones como lo es el hospital psiquiátrico, que funciona mediante la reducción y simplificación de la vida humana.

REFERENCIAS

1. Kinoshita RT. *El programa de salud mental de la ciudad de Santos, Brasil*. En: González Uzcátegui R y Levav I, eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Organización Panamericana de la Salud/Instituto Mario Negri. Washington, DC. 1991.

ESTRATEGIA DE REORIENTACIÓN DE SERVICIOS EN LAS REFORMAS DE SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Alberto Minoletti*

Ana María Calderón**

1. Antecedentes

Los países en vías de desarrollo viven en la actualidad procesos de modernización, que generan cambios en muchos aspectos de la vida que están llegando a ser condiciones de desestabilización para el desarrollo y la salud mental de la población. Al debilitamiento del papel de la familia y de las redes de apoyo social, estos procesos agregan mayores exigencias del medio social, económico y ambiental y una mayor accesibilidad a drogas ilícitas, circunstancias que mantienen los problemas psicosociales asociados a la pobreza, alcoholismo, violencia y a la discriminación de la mujer en muchos sectores poblacionales (1).

Los cambios demográficos y epidemiológicos que están experimentando la mayoría de las regiones del mundo, el deterioro del medio ambiente y las condiciones de la vida moderna, especialmente en las grandes ciudades, son algunos de los factores asociados al hecho de que las enfermedades mentales hayan llegado a ser, junto a los accidentes y las enfermedades no transmisibles, uno de los grandes desafíos sanitarios que se enfrentan en el siglo XXI. Se estima que en la Región de las Américas más del 25% de los individuos padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida (2) y que el número de personas que sufren estos trastornos aumentará a 176 millones en el año 2010.

Los problemas de salud mental generan una inmensa carga para la sociedad, no sólo por su prevalencia sino porque son responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida (3). Según la OMS (2), la carga de morbilidad por trastornos neuropsiquiátricos en la región de las Américas representó en el año 2000 el 24% del total de años perdidos ajustados por discapacidad (AVAD). Si se considera solamente la discapacidad, estos trastornos significaron el 43% del total de años de vida perdidos.

En la población infantil, también se ha encontrado una alta prevalencia de problemas de salud mental, particularmente en los estratos socioeconómicos bajos (4, 5). Se estima que más del 20% de los niños que ingresan al primer grado de la escuela en sectores urbanos padecen trastornos psiquiátricos; el 40% de ellos presentan conductas desadaptativas y cerca del 25% ha sufrido algún grado de maltrato. La prevalencia global

* Jefe del Departamento de Salud Mental. Ministerio de Salud. Santiago, Chile

** Terapeuta ocupacional, Clínica Psiquiátrica de Ñuñoa. Santiago, Chile

de trastornos mentales y conductuales en la población infantil varía de acuerdo a los diferentes estudios (6) entre el 10 y el 20%.

Los avances científico–tecnológicos en los campos de la biología, la psiquiatría y las ciencias sociales permiten hoy la ejecución de intervenciones eficaces para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, similares en efectividad a las realizadas en el campo de las enfermedades somáticas. La evidencia acumulada respalda la utilización de esos avances en la orientación técnica y evaluación sistemática de las acciones y facilitan la utilización más adecuada de los recursos en beneficio de las personas que los necesitan. En el cuadro 1 se dan algunos ejemplos de intervenciones efectivas en este campo.

Cuadro N° 1. EJEMPLOS DE INTERVENCIONES EFECTIVAS EN SALUD MENTAL	
Promoción y Prevención	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desarrollo de lazo afectivo madre-lactante en comunidades pobres, Driscoll ⁽⁷⁾, Freeman ⁽⁸⁾. ➤ Prevención inespecífica en SM: intervenciones multisectoriales en comunidades pobres para aumentar habilidades y disminuir marginación. Freeman ⁽⁸⁾, Tansella⁽⁹⁾. ➤ Desarrollo de habilidades para la vida y buenas relaciones entre pares en la población escolar, Driscoll ⁽⁷⁾.
Retardo Mental	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Uso de yodo en futuras madres en áreas de riesgo (yodo en la sal o agua potable, aceite yodado o solución de Lugol), WHO ^(6, 10) ➤ Tamizaje (identificación temprana) de problemas de alcohol en mujeres embarazadas, educación y tratamiento temprano de las afectadas, WHO ^(6,10). ➤ Tamizaje de fenilquetonuria en todos los recién nacidos y tratamiento con dieta baja en fenilalanina , WHO^(6,10).
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamiento ambulatorio de depresión en atención primaria WHO ^(2, 6).
Suicidio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Detección temprana y tratamiento de personas con depresión WHO ^(6, 10, 11, 14). ➤ Control de armas de fuego, bajar la toxicidad del gas de uso doméstico, control de sustancias tóxicas, disposición de barreras físicas para impedir saltos desde edificios altos WHO^(2, 10).
Esquizofrenia	<p>Atención comunitaria: tratamiento ambulatorio, centros de día, empleo protegido, apoyo a las familias, hogares protegidos, equipo de salud mental comunitario. Lesage ⁽¹²⁾; Knapp ⁽¹³⁾, WHO ^(2, 11, 14).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital de día como alternativa a la hospitalización para la

	<p>mayoría de los pacientes. Departamento de Salud del Reino Unido (UK) ⁽¹⁵⁾; Horvitz-Lennon ⁽¹⁶⁾.</p> <p>➤ Prescripción de antipsicóticos atípicos, tal como clozapina, como forma efectiva de reducir costos en hospitalización ⁽¹⁵⁾.</p>
Abuso y dependencia de alcohol y drogas	<p>➤ Intervenciones breves realizadas por profesionales de atención primaria para personas con problemas incipientes de alcohol, WHO ⁽¹⁷⁾.</p>

2. Aspectos conceptuales

2.1 La estrategia de reorientación de los servicios sanitarios

En la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa (18) se señaló que la promoción de la salud consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente.

El sector sanitario no puede por sí solo proporcionar las condiciones necesarias para asegurar las circunstancias favorables para la salud. Es preciso para su promoción la acción coordinada de todos los actores implicados: además de los gobiernos y el sector salud, los sectores afines como educación, trabajo, bienestar social y economía. También es necesario el concurso de las autoridades locales, los medios de comunicación, las organizaciones no gubernamentales y benéficas, la industria y las organizaciones sociales y comunitarias. Entre las tareas correspondientes al sector sanitario está especialmente la de actuar como mediador entre los intereses antagónicos y canalizarlos adecuadamente.

Las principales estrategias definidas en la Carta de Ottawa (18), que sirven de guía al sector salud y a los otros sectores, se refieren a la elaboración de una política pública saludable, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria y el desarrollo de las aptitudes personales. Una quinta estrategia, más propia del sector sanitario, tiene que ver con la reorientación de los servicios, dirigida al fomento de las actividades de promoción de la salud y al compartimiento del liderazgo con otros sectores, disciplinas y con la población en general.

La reorientación de los servicios sanitarios confiere a este sector un papel cada vez mayor en la promoción de la salud, de modo tal que su responsabilidad no se restrinja a la administración de servicios curativos. Al mismo tiempo debe desarrollar un nuevo enfoque, sensible y respetuoso de las necesidades culturales de las personas, que favorezca la aspiración de las comunidades a una vida más sana y cree vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

Según la Carta de Ottawa (18) “la reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de modo que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo”.

2.2 Las reformas de los servicios de salud mental

El modelo tradicional, basado primero en hospitales psiquiátricos y posteriormente en servicios de psiquiatría de hospitales generales, no ha sido capaz de responder adecuadamente a las necesidades de salud mental de la población, tanto en términos de accesibilidad y calidad como en oportunidad. Sus intervenciones asistenciales son generalmente tardías en relación con el curso de las enfermedades y sus acciones de promoción y prevención, prácticamente inexistentes. Su gestión, que no considera el derecho de las personas a ser atendidas en el medio menos restrictivo posible de su libertad, da margen a un mayor desarrollo de complicaciones y discapacidad psicosocial.

El informe Salud en el Mundo 2001 de la Organización Mundial de Salud (2) señala que para proteger y mejorar la salud mental de la población se requiere transformar en forma progresiva la atención dispensada en los hospitales psiquiátricos. Este proceso, conocido como reforma psiquiátrica o reforma de la salud mental, ha sido realizado en forma exitosa en varios países. En ellos se ha mejorado la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios con los servicios, manteniendo altos niveles de efectividad clínica y aumentando la integración social y la reinserción laboral.

El informe de la OMS sobre promoción de la salud (18) propone tres principales líneas de acción para la implementación del nuevo modelo de atención:

- a) Desarrollo de los servicios de salud mental. Estos servicios deben ofrecer tratamiento y atención integrales a nivel local, mediante una gama de programas de fácil accesibilidad. Idealmente los servicios debieran disponer de atención ambulatoria, internación en hospitales generales, centros comunitarios y residencias; además debieran brindar apoyo a familiares y cuidadores y ofrecer asistencia en terapia ocupacional y rehabilitación, además de prestar ayuda en la satisfacción de necesidades básicas (ej. nutrición, vivienda, vestido, etc.).
- b) Integración de la atención de salud mental en los servicios generales de salud. Esta integración, de singular importancia en el nivel de atención primaria y en hospitales generales, tiene numerosas ventajas, en cuanto disminuye la estigmatización de los pacientes, facilita la detección de enfermedades mentales y por otra parte coadyuva al mejor tratamiento de los problemas somáticos en personas con enfermedades mentales y alivia los costos al compartir las mismas infraestructuras.

- c) Creación de vínculos intersectoriales. Muchas enfermedades mentales requieren soluciones psicosociales, lo cual obliga a establecer en el plano local vínculos entre los servicios de salud mental y diversos organismos comunitarios. Estos enlaces contribuyen a la obtención de apoyo suficiente en materia de vivienda, aumento de los ingresos, asignación de subsidios por discapacidad, obtención de empleo y otras prestaciones sociales. En suma, la concertación de esas alianzas facilita la implementación de las estrategias de prevención y rehabilitación.

2.3 Aspectos comunes de la reorientación de servicios y la reforma de salud mental

Si bien los conceptos de reorientación de servicios y reforma de salud mental se originan en contextos histórico-sociales y prácticas sanitarias diferentes, ambos comparten muchos aspectos comunes. Entre ellos se pueden mencionar los siguientes:

- Reconocimiento y fortalecimiento de las competencias y potencialidades de individuos y comunidades, favoreciendo el desarrollo personal y social.
- Concentración de las acciones en el fomento del bienestar y calidad de vida sin descuidar la atención de la enfermedad.
- Incorporación a la práctica clínica de actividades de promoción y prevención.
- Enriquecimiento del modelo biomédico con la adopción de una visión integral biopsicosocial.
- Despliegue de acciones sobre factores determinantes de la salud, tales como ingresos, educación y vivienda, sin limitarse a la corrección de factores y condiciones de riesgo.
- Incorporación de una amplia gama de estrategias en las áreas de comunicación, educación, cambio organizacional, intersectorialidad, desarrollo comunitario y actividades locales.

Las principales diferencias entre los conceptos de reorientación de servicios y reforma de salud mental surgen principalmente de la especificidad del campo de ésta última. Conviene señalar que los servicios de salud mental tienen que responder a las necesidades de personas con enfermedades crónicas y discapacitantes, para muchas de las cuales no existe aún suficiente evidencia sobre la efectividad de las intervenciones preventivas y de promoción.

3. La reorientación de servicios en la reforma del sector salud.

Durante el siglo XX, tres generaciones de reformas de salud se han venido desarrollando en forma parcialmente sobrepuesta (17). Estas reformas han sido impulsadas no solamente por los problemas de salud existentes sino también por la necesidad de alcanzar una mayor eficacia, eficiencia, equidad y capacidad de respuesta a las expectativas de la población.

3.1 Primera generación de las reformas en salud

Las primeras reformas permitieron el establecimiento de sistemas nacionales de atención en salud y el desarrollo de los seguros sociales en América Latina. Estos progresos ocurrieron primero en países de mayores ingresos en la cuarta y quinta década del siglo XX y posteriormente en países de ingresos más bajos. Las reformas favorecieron la construcción y funcionamiento de hospitales y centros de atención ambulatorios en numerosos países, principalmente en las ciudades con las mayores concentraciones poblacionales. En el área de la salud mental, estos cambios se reflejaron fundamentalmente en la habilitación de nuevos hospitales psiquiátricos en países y regiones donde su desarrollo había estado limitado hasta ese entonces.

Esta primera generación de reformas de salud experimentó una serie de crisis desde fines de la década de los sesenta debido a los costos crecientes de la atención, especialmente en los hospitales y a la iniquidad en la entrega de servicios a las poblaciones pobres, particularmente en zonas rurales. El principal aporte de estas reformas consistió en el aumento de los recursos estatales de salud, lo que posibilitó la aplicación de las estrategias de reorientación de servicios sanitarios y algunas reformas en los servicios de salud mental.

3.2 Segunda generación de reformas en salud.

La segunda generación de reformas de salud planteó la necesidad de transformar los sistemas de salud con el fin de hacerlos más rentables, equitativos y accesibles. El desarrollo de la atención primaria fue la estrategia de elección para alcanzar cobertura universal, dar ímpetu a las intervenciones preventivas con un enfoque de salud pública, asegurar la provisión de medicamentos esenciales y proveer educación en salud a la población, tareas que estuvieron a cargo de agentes comunitarios de salud. Este modelo de servicios de salud fue consagrado en la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata en 1978, donde se formuló la meta de “Salud para Todos”.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, promulgada en 1986, incluye la reorganización de servicios sanitarios como una de sus cinco estrategias. Tomó como punto de partida el modelo de atención primaria de la Declaración de Alma Ata y la desarrolló en mayor profundidad en el área de la promoción. Por otra parte, las reformas

de los servicios de salud mental que se iniciaron en distintas regiones del mundo, habían venido incorporando, con diversos grados de éxito, componentes de salud mental en la atención primaria. Esto último estimuló la transformación de hospitales psiquiátricos y la descentralización de la atención de salud mental mediante su transferencia al nivel primario.

Las mencionadas reformas de los servicios de salud han alcanzado sus mejores logros en países desarrollados, donde la disponibilidad de mayores recursos y su integración plena en el sistema general de salud han coadyuvado a su implantación. En estos países la atención primaria se ha extendido con base en el trabajo de médicos generales o de familia, que conforman equipos de salud con el concurso de enfermeras y otros profesionales de salud. Estos equipos han podido integrar con facilidad actividades de promoción y prevención con las de naturaleza curativa, incluyendo además acciones de salud mental y psiquiatría. El trabajo articulado entre profesionales de salud general y profesionales especializados en salud mental ha sido un factor crítico para el éxito de estos modelos.

Desafortunadamente, en los países en desarrollo estas reformas han tenido un impacto menor, pues no disponen de recursos suficientes en la atención primaria, la entrega de prestaciones de salud es de baja calidad y los sistemas de referencia a especialistas funcionan inadecuadamente.

3.3 Tercera generación de reformas en salud.

La tercera generación de reformas en salud, actualmente en curso en una gran cantidad de países, se ha centrado preferentemente en la satisfacción de las demandas de salud de la población y en la entrega de prestaciones esenciales, de calidad y costo-efectividad comprobadas. Las prestaciones son priorizadas de acuerdo con la magnitud de la carga que representan los problemas de salud a los cuales están destinadas y en consonancia con su costo-efectividad. Estas reformas han significado también un cambio en las funciones del Estado en salud, que ha venido a asumir un papel más destacado como garantizador y regulador de los servicios y de sus aspectos financieros antes que como proveedor directo de atención.

Esta tercera generación de reformas refleja en parte, los profundos cambios políticos y económicos que han venido ocurriendo en el mundo a partir de la década de los 80. La intervención protagónica del Estado en la economía ha caído en descrédito en la mayoría de los países y ha tenido como consecuencias el traspaso de empresas públicas al sector privado, la reducción del control y regulación ejercidos por el gobierno, la oferta de incentivos para una mayor competitividad y, en general, una mayor confianza en los mecanismos del libre mercado.

Las reformas actualmente en curso han significado una oportunidad para la incorporación de intervenciones de salud mental dentro de las prestaciones prioritarias, estimadas como básicas o esenciales. Cabe subrayar la alta carga de enfermedad correspondiente a los trastornos mentales, representada por los años de vida perdidos ajustados por discapacidad, tal como se señaló más arriba. Esta circunstancia, unida a la efectividad cada vez mayor de las intervenciones disponibles, permite que a esos trastornos se les asigne una alta relevancia y que a la atención correspondiente se le reconozca la capacidad de ser dispensada en forma universal. Las reformas propuestas pueden ser una oportunidad para la transformación de los hospitales psiquiátricos en servicios descentralizados, cuya gestión, basada en tratamientos más oportunos, una cobertura más universal y prestaciones costo-efectivas, responda a las demandas de la población.

A pesar de lo expuesto, las reformas de tercera generación también pueden representar riesgos para el desarrollo de servicios de salud mental. Es así por ejemplo, como un énfasis excesivo en los aspectos financieros y en la contención de costos ha llevado, en algunos lugares, a disminuir las asignaciones de los servicios de salud mental. Por otra parte, una participación menor del Estado puede contribuir a fragmentar las redes de servicios y a dejar desprotegidas a personas con enfermedades mentales discapacitantes o de mayor gravedad. Otro riesgo posible es que las prestaciones esenciales que se prioricen en un determinado plan de salud pueden tender a concentrarse preferentemente en aspectos curativos, dejando en segundo plano los enfoques de promoción y prevención, las estrategias poblacionales de salud pública y el abordaje intersectorial.

4. Objetivos y aspectos históricos de la reforma de salud mental en las Américas

4.1 La Declaración de Caracas.

La Declaración de Caracas ha sido, sin lugar a dudas, el hito histórico más importante en el desarrollo de la reforma de los servicios de salud mental en las Américas. Esta Declaración fue adoptada por aclamación en noviembre de 1990, respaldada por 200 representantes de 11 países de América Latina que se reunieron en la capital de Venezuela, convocados por la Oficina Panamericana de la Salud. (19, 20).

La Declaración de Caracas definió los principios y objetivos de la reforma de la atención psiquiátrica en los países de la región para la década de los noventa. Sus principios se refieren fundamentalmente a la necesidad de desarrollar la atención psiquiátrica en estrecha articulación con la atención primaria de salud y dentro del marco de los sistemas locales de salud. Esta estrategia tiene un doble alcance: por una parte, manifiesta que el hospital psiquiátrico deja de ser el componente más importante de la atención en salud mental y por otra, establece que los servicios comunitarios son el medio principal para alcanzar una atención en salud mental accesible, descentralizada, integral, participativa, continua y preventiva. La Declaración también aboga por la necesidad de

modernizar la legislación pertinente, con el fin de garantizar mediante una estructura legal, la reestructuración de los servicios y de otra parte, asegurar el adecuado respeto de los derechos humanos y civiles de las personas con enfermedades mentales.

La implementación de los objetivos señalados en la Declaración de Caracas fue favorecida por la activa cooperación técnica de la OPS con los departamentos de salud mental de los Ministerios de Salud de la región de las Américas. Las acciones se orientaron primordialmente al mejoramiento de la atención psiquiátrica mediante el aumento de la calidad de los servicios, el trato humanitario de los pacientes, el desarrollo de unidades psiquiátricas en hospitales generales, servicios de salud mental en centros de salud y centros comunitarios de salud mental, la habilitación de viviendas protegidas para personas con discapacidad psiquiátrica y una progresiva disminución de las camas en los hospitales psiquiátricos.

Asimismo se favoreció la adecuación de los programas de formación de personal de salud mental, incluyendo cambios curriculares y el desarrollo de competencias en rehabilitación psicosocial. Finalmente, se promovió la participación creciente de los usuarios y sus familias, a través de asociaciones, y la movilización de la comunidad; también se impulsó la cooperación de las asociaciones de profesionales y la celebración de eventos públicos, como los relacionados con el día mundial de salud mental y el año de la salud mental.

El impacto de esta Declaración en la región ha sido importante, observándose que 11 años después el 64,5% de los países disponía de una política nacional de salud mental, el 80,6% había establecido un programa nacional de salud mental, el 67,9% tenía legislación para proteger los derechos de las personas con enfermedad mental; el 92,6% de los países disponía de un presupuesto específico para salud mental, y en un 96,8% de ellos se realizaban actividades preventivas y curativas de salud mental en el ámbito de la atención primaria (21).

4.2 Ejemplos de reorientación de servicios de salud mental en las Américas.

- Brasil

Durante la década del 60, bajo una dictadura militar y con un proceso de industrialización acelerado, el Ministerio de Salud implementó una política de contratos con hospitales psiquiátricos privados, elevando a 313 el número de hospitales mentales. De esta manera, la capacidad instalada llegó a alcanzar en el país una cifra superior a las 85.000 camas psiquiátricas. Desde el año 1982, con el retorno a la democracia, se han presentado denuncias de violaciones a los derechos humanos de los usuarios en esos hospitales. Vale mencionar que por la misma época se realizaron algunas experiencias locales de cuidados comunitarios y de participación de agrupaciones de usuarios y familiares.

A partir del año 1991, el Ministerio de Salud adoptó nuevas estrategias nacionales, entre las cuales se destacan la implantación de nuevos mecanismos financieros para la salud mental, congruentes con los del Sistema Único de Salud. Además es digno de mención el trabajo conjunto con el Parlamento para modificar la legislación de salud mental y la constitución de un Consejo de Coordinadores de Salud Mental de los Estados. La misión de esta última entidad es implementar un nuevo modelo de servicios, y fomentar la participación de agentes comunitarios mediante la convocación de encuentros locales y nacionales.

Estas estrategias han permitido disminuir en 10 años el número de camas en los hospitales psiquiátricos del país en un 30%, de suerte que en el 2001 totalizaron algo más de 52.000. Asimismo se han creado 295 centros comunitarios de tratamiento psicosocial y se han instalado camas de psiquiatría en hospitales generales, casas de medio camino y diferentes tipos de programas de rehabilitación psicosocial, incluyendo algunas empresas sociales. La nueva ley nacional de salud mental fue finalmente aprobada en el 2002, después de un proceso de discusiones en el Parlamento que se prolongó por 12 años (22).

- Cuba

La experiencia de este país representa un buen ejemplo de reorganización de servicios con diferentes modelos implementados en el curso de los últimos 50 años:

- Modelo asilar. Antes de la revolución (1959) los servicios de salud mental eran escasos, centralizados en la capital, principalmente en grandes hospitales psiquiátricos. El país disponía de un psiquiatra por cada 150,000 habitantes y una cama por 2,200 habitantes.
- Modelo hospitalario: Durante el periodo 1960-1986 los servicios de salud mental fueron integrados en el Sistema Nacional de Salud y los recursos fueron aumentados y distribuidos en todos los servicios del país. En esta forma el acceso, cobertura y calidad fueron mejorados. Los servicios psiquiátricos en hospitales mentales y generales fueron humanizados y transformados en comunidades terapéuticas. Se formaron recursos humanos especializados en salud mental, incluyendo psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeras psiquiátricas y psicólogos. El número de camas psiquiátricas aumentó, con el establecimiento de 11 hospitales psiquiátricos, 15 servicios de psiquiatría en hospitales generales y 4 servicios psiquiátricos en hospitales de pediatría.
- Modelo ambulatorio y de atención primaria (1987-1995): En concordancia con la política de la OMS de “Salud para Todos” se incorporaron a la atención primaria algunos servicios de salud mental y se crearon 20 unidades de intervención en crisis. Al mismo tiempo, se pusieron en marcha 30 hospitales de día y se aumentó a 23 el número de servicios de psiquiatría en hospitales

generales y a 10 en hospitales pediátricos. El total de camas psiquiátricas se duplicó en este periodo, alcanzándose una tasa de 1 por 1,100 habitantes. La tasa de psiquiatras llegó en este mismo periodo a 1 por 9,000.

- Modelo de psiquiatría comunitaria (desde 1996): La evaluación de los modelos previos determinó un cambio en las políticas de salud mental mediante el cual los centros comunitarios de salud mental constituyeron el elemento central. Una nueva política fue formulada en la que los centros comunitarios de salud mental constituían el elemento central del sistema de servicios. Estos centros, operados por equipos multidisciplinarios, utilizan cualquier infraestructura que esté disponible en el nivel local. Existe una buena articulación de estos centros con los equipos de atención primaria y con los representantes de otros sectores (23, 24). Para fines de 1999 el número de centros debidamente acreditados llegó a 111.

- Chile

El retorno a la democracia en 1990 facilitó la formulación e implementación de la primera política oficial y del plan nacional de salud mental. Estos instrumentos permitieron el desarrollo de un respaldo organizativo de salud pública al nuevo sistema de servicios de salud mental. El citado apoyo consistió en la designación de un equipo multidisciplinario de salud mental con sede en el Ministerio de Salud y otros tantos equipos en cada una de las 28 áreas de salud del país. Entre las principales estrategias adoptadas se distinguen las relativas a la reestructuración de la atención psiquiátrica, la integración de componentes de salud mental en la atención primaria, el establecimiento de programas de rehabilitación psicosocial para personas con discapacidad psiquiátrica, la prevención y tratamiento del abuso y dependencia de alcohol y drogas y el tratamiento de personas que han sido víctimas de la violencia doméstica, de torturas o de otras violaciones a los derechos humanos durante la dictadura militar.

En el año 1999 se formuló un nuevo plan nacional de salud mental (25), en el cual se definieron además de sus principios y valores subyacentes, las actividades intersectoriales, los problemas de salud mental prioritarios, la configuración y articulación de la red de servicios, el rol de los usuarios y familiares, las formas de financiamiento y los procesos de regulación de la calidad. Posteriormente se elaboró un nuevo modelo de atención en salud mental (26).

En un período de 12 años han acaecido transformaciones relevantes, entre las cuales sobresalen:

- La mayoría de los consultorios urbanos de atención primaria desarrolla acciones de salud mental.
- El número de psiquiatras que trabaja en el sector público se ha duplicado.
- El número de camas de larga estadía se ha reducido a un tercio (de 2.516 a 781).
- Se han habilitado y puesto en marcha diversos dispositivos comunitarios de salud mental (40 hospitales de día, 41 equipos de salud mental y psiquiatría comunitaria, 85 hogares protegidos, y 52 clubes sociales).
- Se han creado más de 60 agrupaciones de usuarios y familiares, que están funcionando activamente en diversos lugares del país.
- En el año 2001 entró en vigencia el nuevo Reglamento de Internación Psiquiátrica que protege los derechos de las personas durante su hospitalización (27).

5. Contribuciones de la reorientación de los servicios de salud mental

5.1 Contribuciones a la atención de salud mental

- **Descentralización y accesibilidad**
El 96,8% de los países de la Región ha incorporado a la atención primaria componentes preventivos y curativos de salud mental lo que ha permitido que numerosas personas puedan acceder con mayor facilidad a estos servicios. A su vez, la atención especializada en salud mental se ha desplazado en algunos lugares de los hospitales psiquiátricos a centros más cercanos a los hogares y el 71% de los países ha desarrollado alguna forma de cuidados comunitarios (21).
- **Calidad y humanización de la atención**
Ha aumentado el interés por mejorar la calidad de la atención psiquiátrica y se han respetado más efectivamente los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales. La mayoría de los países ha elaborado normas y protocolos de atención para algunos de los problemas prioritarios de salud mental. En la actualidad, el 67,9% de los países dispone de una legislación en salud mental (21).
- **Rehabilitación psicosocial e inserción social**
La reorientación de servicios ha permitido el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial en muchos lugares de la región, permitiendo que personas con enfermedades mentales graves y discapacitantes puedan vivir con sus familias o en hogares de transición, convivir con sus vecinos y realizar algunas

actividades remuneradas. La limitación principal de estos programas ha sido la escasa cobertura que aún tienen.

- **Participación comunitaria y agrupaciones de usuarios y familiares**
Se han constituido en los países de la región diversas organizaciones de autoayuda y grupos de familiares de pacientes mentales. Sin embargo, los grupos de usuarios que defienden directamente sus derechos son aún escasos.
- **Participación de otros sectores**
Casi todos los países de la región han logrado que otros sectores vinculados al de salud se comprometan en la prestación de algunos servicios relacionados con la salud mental. Por ejemplo, el 87,1% de los países cuenta con disposiciones que otorgan beneficios a las personas con discapacidad producida por enfermedades mentales (21).
- **Incorporación de estrategias de prevención**
La reorientación de servicios ha facilitado la ejecución de intervenciones preventivas en algunas áreas, principalmente a nivel de la atención primaria (28), destacándose en la región los programas orientados a la prevención de la violencia doméstica (29) y al abuso de alcohol y drogas (30).

5.2 Contribuciones a la promoción de la salud mental

- **Desarrollo de experiencias en comunicación social y aprendizaje social**
Se han realizado campañas divulgativas tanto en la región como a nivel nacional, utilizando los medios masivos, como televisión, radio y prensa. En el medio local también se han puesto en marcha campañas de esa naturaleza mediante la difusión por estaciones de radio vecinales, diarios murales, boletines, carteles y volantes. Sin embargo, el impacto de estas iniciativas no ha sido evaluado lo suficiente. La OPS también ha contribuido con un documento técnico que ayuda a implementar este tipo de estrategias (31).
- **Entornos saludables**
Varios países de la región han realizado proyectos educativos sobre entornos saludables que se han puesto en práctica en escuelas, lugares de trabajo, comunas, barrios y centros recreativos. La mayoría de estas experiencias ha incluido componentes de salud mental. En algunos programas escolares se ha logrado una mayor sistematización de las acciones y se ha efectuado una evaluación de su efectividad (30, 32) pero la cobertura es aún insuficiente.

- **Intersectorialidad**
Se ha logrado en algunos países de la región la concertación de voluntades políticas y técnicas de diversos sectores sociales para implementar propuestas integrales destinadas a mejorar la situación de salud mental de la población (33). La contribución de los sectores de vivienda, educación, trabajo, justicia, policía, iglesias, legislación y ONG ha sido especialmente relevante para la salud mental (25).
- **Participación social y redes de apoyo**
Diversas iniciativas de participación social en salud mental han tenido lugar en la región. Estas iniciativas van desde las de carácter formal en las que participan ciudadanos reunidos para tomar decisiones (ej. comités comunales intersectoriales de salud mental) hasta la movilización social para defender derechos. Existen también numerosos ejemplos de intervenciones en redes sociales por parte de los servicios clínicos de salud mental, que han promovido la formación de agrupaciones de autoayuda, usuarios y familiares (34).

6. Propuesta para la reorientación de servicios de salud mental: modelo sobre la red de atención

El modelo de red de atención en salud mental que se propone está basado en la evidencia acumulada en la región de las Américas y en las orientaciones de la OMS (35-37) y se acoge a la estrategia de reorientación de servicios de promoción de salud.

El desarrollo de este modelo permite que el conjunto de recursos asistenciales disponibles, públicos y privados, aborde en forma coordinada e integrada los problemas existentes de salud mental en la población de un área geográfica determinada. Se privilegian las estrategias comunitarias, intersectoriales y participativas, tomando en consideración las realidades y necesidades de la población, diferenciadas por género y grupo sociocultural.

El modelo pone el énfasis en la promoción de la salud mental, la prevención de las enfermedades mentales, su tratamiento oportuno y la rehabilitación. Se valora la atención de las personas afectadas, respondiendo oportunamente a las necesidades derivadas de las manifestaciones clínicas. Por otra parte, se persigue que las acciones terapéuticas sean costo-efectivas y se vela por la equidad y el fácil acceso de las prestaciones. Finalmente, incluye actividades de rehabilitación que faciliten la mayor integración social de las personas con enfermedades discapacitantes de larga evolución. A continuación se describen las principales características del nuevo modelo.

6.1 Posee alta capacidad resolutive frente a problemas psiquiátricos y de salud mental en el nivel de atención primaria

Los equipos de atención primaria realizan las siguientes actividades:

- Promoción de salud mental: mediante el refuerzo de factores protectores de personas, familias y grupos sociales.
- Prevención de enfermedades mentales: efectuando intervenciones con personas, familias y grupos sociales para disminuir factores de riesgo.
- Detección temprana de enfermedades mentales por medio de entrevistas individuales o familiares y aplicando instrumentos de tamizaje (detección temprana).
- Tratamiento protocolizado de enfermedades mentales de baja y mediana gravedad mediante intervenciones individuales, familiares y grupales.
- Rehabilitación de discapacidades psicosociales: por medio de intervenciones individuales, familiares y grupales.
- Derivación, según protocolo, a los equipos de salud mental comunitaria, de personas con enfermedades mentales de mayor gravedad.

El aumento de la capacidad para resolver problemas de salud mental y psiquiatría en atención primaria depende de las siguientes condiciones:

- Designación de un encargado de salud mental en cada establecimiento de atención primaria, con el fin de planificar, coordinar y evaluar las actividades;
- Capacitación en salud mental y psiquiatría de todos los miembros de los equipos de atención primaria;
- Establecimiento de un sistema de asesorías mediante visitas periódicas de profesionales del equipo de salud mental comunitaria, con el objeto de ayudar a los responsables de atención primaria a resolver los casos de mayor severidad; y
- Realización de intervenciones domiciliarias orientadas a la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación, con el fin de preservar y fomentar la salud, tratar la enfermedad mental de las personas y asistir a las familias en su contexto natural.

6.2 Está basado en el trabajo de equipos de salud mental comunitaria

Estos equipos, que constituyen el nivel resolutivo, están descentralizados en cada comuna o municipio y sectorizados en áreas territoriales definidas, con una determinada población beneficiaria a su cuidado. Pueden estar conformados por distintos profesionales y técnicos, acorde con la realidad de cada país. Entre los profesionales que se pueden considerar para su composición se cuentan psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales, técnicos paramédicos y técnicos en rehabilitación psicosocial.

Los equipos de salud mental comunitaria efectúan las siguientes actividades:

- Apoyo a los equipos de atención primaria en promoción de salud mental, prevención y tratamiento de enfermedades mentales y rehabilitación de los afectados;
- Asesoría en salud mental a los equipos de atención primaria para aumentar la capacidad resolutiva de ellos;
- Interconsulta de psiquiatría: evaluación diagnóstica de personas referidas por equipos de atención primaria y de otras especialidades;
- Tratamiento y rehabilitación psicosocial de enfermedades mentales de mediana y alta complejidad, tanto para adultos como niños, incluidas las intervenciones domiciliarias y comunitarias;
- Coordinación y supervisión de los programas psicosociales de apoyo comunitario en el territorio a su cargo; y
- Derivación de personas con enfermedades mentales a equipos psiquiátricos sub-especializados.

Los equipos de salud mental comunitaria se ubican de preferencia en centros comunitarios de salud mental que, de acuerdo a los recursos disponibles en cada país, pueden funcionar en diferentes establecimientos de salud.

6.3 Integra la participación comunitaria

El tratamiento de personas con enfermedades mentales severas y la rehabilitación de sus discapacidades psicosociales en el medio natural donde viven, propenden a la plena integración social y requiere una serie de dispositivos y servicios que las ayuden a funcionar apropiadamente. Entre ellos, se pueden destacar los siguientes:

- Agrupaciones de familiares. Los miembros de estos grupos, en su papel de “cuidadores” contribuyen a aliviar la carga de la atención a las personas con enfermedades mentales. Su función es primordial en la entrega de apoyo emocional mutuo, así como en la provisión de información y ayuda en el aprendizaje de habilidades. Las agrupaciones familiares también contribuyen en algunos países a dispensar otros servicios de salud mental mediante la cooperación en clubes sociales, hogares de medio camino, y en programas de rehabilitación laboral;
- Agrupaciones de usuarios. Sus acciones se orientan a la ayuda mutua entre sus miembros (ej. provisión de apoyo emocional, información y ayuda en el aprendizaje de habilidades), contribuyendo a aliviar síntomas y mejorar el funcionamiento social. Asimismo, promueven la defensa de los derechos de salud y humanos, favorecen la accesibilidad y calidad de los servicios y luchan contra el estigma y la discriminación asociados con enfermedades mentales;
- Clubes de integración social. Proveen espacios de encuentro para personas con discapacidad psicosocial o sin ella. Tienen entre sus objetivos fomentar el uso y la estructuración del tiempo libre, aumentar y enriquecer las redes sociales de apoyo, y aprender a utilizar los recursos comunitarios existentes, favoreciendo la autonomía y la inserción social;
- Programas de rehabilitación y reinserción laboral. Requieren talleres protegidos para la evaluación y rehabilitación en el área vocacional y el desarrollo de destrezas laborales. En los talleres protegidos y empresas sociales las personas con discapacidad psicosocial puedan efectuar un trabajo remunerado con menor presión emocional que en el ambiente competitivo del mercado habitual; y
- Hogares de medio camino. Son alternativas transitorias de residencia, con apoyo de cuidadores, para personas con discapacidad psicosocial, en periodos en los que no disponen de un apoyo familiar adecuado ni de habilidades para funcionar en forma independiente.

6.4 Favorece la atención psiquiátrica en el hospital general

La atención psiquiátrica y psicológica se integra plenamente en los hospitales generales. Los establecimientos más pequeños pueden ofrecer, cuando menos, hospitalización diurna y enlace con otros servicios clínicos. En los hospitales de mayor complejidad, existen además servicios de internación de corta duración y programas de mediana estadía para personas con enfermedades mentales que requieren una mayor intensidad terapéutica y de rehabilitación.

El hospital de día es la alternativa preferencial para el tratamiento de personas con enfermedades mentales severas que presentan un episodio agudo de descompensación y cuentan con una red social de apoyo. Este dispositivo recibe los pacientes derivados por el equipo de salud mental comunitaria por no poder ser manejados en forma ambulatoria. También pueden prestar apoyo a los servicios psiquiátricos de corta estadía para acortar el tiempo de internación.

6.5. Ofrece atención psiquiátrica en la red de servicios de urgencias de salud

Los equipos de los distintos dispositivos de las redes de urgencias de salud se capacitan en la atención de las emergencias psiquiátricas de mayor prevalencia (ej. crisis suicidas, episodios psicóticos agudos, intoxicación con alcohol y drogas y síndrome de abstinencia, ataques de pánico, descontrol de impulsos violentos, etc.). Entre las nuevas competencias de estos equipos se incluye el manejo farmacológico de casos agudos, la intervención en crisis y la derivación asistida.

Los servicios de urgencia de los hospitales de mayor complejidad requieren la presencia, aun cuando sólo sea a tiempo parcial, de psiquiatras, psicólogos y enfermeras especializadas en salud mental. Estos profesionales atienden a personas con cuadros agudos que acuden a la red de urgencia, y además brindan asesoría en salud mental a todos los equipos profesionales de dicha red con el fin de aumentar su capacidad resolutoria de problemas mentales.

6.6 Propone el establecimiento de servicios sub-especializados en salud mental y psiquiatría

El desarrollo de algunas sub-especialidades clínicas es una necesidad sentida en los países de la región. Los hospitales generales y servicios de urgencia solicitan con frecuencia interconsultas con los equipos de salud mental y psiquiatría comunitaria en áreas tales como:

- Psiquiatría de niños y de adolescentes. La mayoría de los problemas y enfermedades mentales de niños y adolescentes son resueltos por el personal del nivel primario y por los equipos de salud mental comunitaria. No obstante, se requiere en cada área al menos un equipo de psiquiatría de niños y adolescentes al cual se puedan derivar los casos más severos, resistentes al tratamiento o con morbilidad concomitante. Se necesitan unas cuantas plazas de hospital de día y de hospitalización de corta estadía para niños y adolescentes con enfermedades de mayor gravedad.
- Dependencia del alcohol y drogas. Las personas con abuso o dependencia del alcohol y/o de las drogas son tratadas por los equipos de atención primaria y de salud mental comunitaria. Estos componentes de la red de atención cuentan con el apoyo de los grupos de autoayuda y las comunidades terapéuticas. Los pacientes con adicciones severas y morbilidad psiquiátrica concomitante (comorbilidad, patología dual) resistentes al tratamiento, requieren programas especiales, en los que puede estar indicado un período inicial de hospitalización breve (2 a 4 semanas) y un programa ambulatorio intensivo (4 a 8 horas diarias) por varios meses.
- Psiquiatría forense. Se requiere un equipo multidisciplinario a cargo de los peritajes psiquiátricos solicitados por los juzgados y de la atención de las personas sobreesídas a causa de una enfermedad mental. Las unidades de psiquiatría forense son instancias de referencia nacional, para la hospitalización de personas con enfermedades mentales severas que han cometido delitos graves.

REFERENCIAS

1. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B & Kleinman A . World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries. New York: Oxford University Press, 1995.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2001.
3. Minoletti A, López y cols. Las enfermedades mentales en Chile: Magnitud y consecuencias. Ministerio de Salud. Santiago, Chile, 1999.
4. De la Barra, López C y col. Perfiles conductuales de escolares de primero básico del área occidente de Santiago. *Revista de Psiquiatría* 12(2): 67-73, 1995.
5. De la Barra, López C y col. Maltrato infantil en una comuna de Santiago. Parte I: estimación de la prevalencia. *Revista Chilena de Pediatría* 69(3): 126-131, 1998.
6. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
7. Driscoll L Mental Health Promotion, a Policy Framework. Ottawa: Policy: Research International Inc., 1998.
8. Freeman M. Using all Opportunities for Improving Mental Health – Examples from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4), 508-510.
9. Tansella M. Making Mental Health Services Work at the Primary Level. *Bulletin of the World Health Organization* 2000, 78 (4), 501-502.
10. World Health Organization. Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders. Geneva: World Health Organization, 1998.
11. World Health Organization. Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care: A Joint World Health Organization/European Commission Meeting. Nations for Mental Health. Geneva: World Health Organization, 1999.
12. Lesage AD & Tansella M. Comprehensive Community Care Without Long Stay Beds in Mental Hospitals: Trends from an Italian Good Practice Area. *Can J Psychiatry*: 38: 187-194, 1993.
13. Knapp M, Chisholm D, Astin J, Lelliot P & Audini B. The Cost Consequences of Changing the Hospital-Community Balance: the Mental Health Residential Care Study. *Psychological Medicine*. 27: 681-692, 1997.
14. World Health Organization. Supporting Governments and Policy-Makers. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1998.
15. United Kingdom, Department of Health. The Spectrum of Care: Local Services for People with Mental Health Problems. London: U.K. Department of Health, 1996.
16. Horvitz-Lennon M, ST Normand, Gaccione P & Frank RG (2001). Partial Versus Full Hospitalization for Adults in Psychiatric Distress: a Systematic Review of the Published Literature (1957-1997). *Am J Psychiatry*, 158, 676-685, 2001.
17. World Health Organization. Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and

- Substance Dependence and International Labor Organization, In focus Program on Knowledge, Skills and Employability, 2000.
18. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1986.
 19. González Uzcátegui R y Levav I, eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina: bases conceptuales y guías para su implementación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1991.
 20. Levav I, Restrepo H & Guerra de Macedo C. The Restructuring of Psychiatric Care in Latin America: a New Policy for Mental Health Services. *Journal of Public Health Policy*, spring, 73-85. (1994).
 21. World Health Organization. Country Profiles on Mental Health Resources in the World 2001. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001.
 22. Alves DN, Valentini W Mental health policy in Brazil. Comunicación Personal, 2002.
 23. Barrientos G. Política Nacional de Salud Mental en Cuba. Comunicación Personal, 2000.
 24. Alvarez MC. Clínica del Estrés. La Habana, Cuba: Ministerio de Salud, 2001.
 25. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental, 2001.
 26. Ministerio de Salud de Chile. Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental y Psiquiatría en la Reforma de Salud en Chile. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental, 2002.
 27. Ministerio de Salud de Chile. Reglamento de internación Psiquiátrica. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, 2002.
 28. Espejo F y Fuentes R. Promoción de salud desde la perspectiva de la nueva salud pública. *Cuad. Méd Soc XL*: 1:25, 1999.
 29. Granados M. Redes de atención para la violencia doméstica: el caso de Monterrey, México. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.
 30. Baldivieso L y Perotto P. Manual de Prevención contra las Drogas: Quiero llegar a ser alguien. La Paz, Bolivia: Centro Educativo sobre Estupefacientes, 1993.
 31. Organización Panamericana de la Salud. Guía para el desarrollo de un programa de comunicación social. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Mental, 1999.
 32. López C y George M. Salud Mental en la Escuela: Manual para la prevención, detección y manejo de problemas. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental, 1997.
 33. Secretaría Nacional de la Familia de El Salvador. Plan estratégico de salud mental. San Salvador: Consejo Nacional de Salud Mental, 2001.
 34. Clarke Institute of Psychiatry and Health. Health Canada: Review of Best Practices in Mental Health Reform. Ottawa: Clarke Institute of Psychiatry and Health, 1998.

35. World Health Organization. Setting the WHO Agenda for Mental Health. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health, Social Change and Mental Health, 1999.
36. World Health Organization. Organization of Services for Mental Health. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2003.
37. World Health Organization. Mental Health Policy, Plans and Programmes. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2005.

LA RED DE SERVICIOS EN LA COMUNIDAD

Hugo Cohen*

Introducción

A 15 años de la Declaración de Caracas conviene reiterar su validez y la vigencia de sus contenidos y propósitos. La Declaración ha servido de guía en muchos países de la Región y ha influido notablemente en la salvaguarda de los derechos humanos de las personas que padecen enfermedades mentales.

Un simple recuento de los participantes en este evento muestra el crecimiento, no sólo numérico, sino en la diversidad de actores y en la variedad de experiencias innovadoras en los distintos países representados. En noviembre de 1990 se celebró en Caracas, Venezuela la Conferencia sobre la reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina (1). Estuvieron representados ocho países con delegaciones parlamentarias y 13 con delegaciones técnicas. Hoy está presente la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Gran parte de ellos cuenta con políticas y planes nacionales inspirados en la Declaración de Caracas, pero lamentablemente no son muchos los que se han llevado a la práctica (2). Cabe destacar que el intercambio sistemático de experiencias es insuficiente; no obstante, algunos países de la región ya han establecido convenios de cooperación en este campo.

Si bien las experiencias han sido heterogéneas y discontinuas, es menester destacar los logros alcanzados en algunos países, como Brasil o Chile, así como algunas experiencias significativas de reforma de los servicios a nivel local, estatal o provincial en otras naciones (2). Se observa que con frecuencia la comprensión de la reforma se reduce a sus aspectos formales, entendida como una mera redistribución de recursos y estructuras, en tanto que algunos aspectos más complejos, relativos a la adopción de prácticas innovadoras, aún no han sido incorporados a plenitud.

A pesar de los progresos alcanzados, no puede pasarse por alto que los problemas que originaron la Declaración de Caracas persisten en muchas partes y que en muchos lugares los desafíos del comienzo todavía deben ser enfrentados. El 80% de las camas psiquiátricas sigue estando en hospitales mentales, en la mayoría de los cuales se continúa violando los derechos fundamentales. Sólo un 10% de las camas está en hospitales generales; más de la tercera parte de las personas que padecen psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad y cerca de tres cuartas partes de las que abusan o dependen del alcohol no reciben tratamiento psiquiátrico alguno, ya sea en un servicio especializado o en uno de tipo general (3). La carga de los trastornos mentales es cada vez más alta, y la brecha entre el número de personas en necesidad de tratamiento

* Asesor sub-regional en salud mental para América del Sur, OPS/OMS, Buenos Aires, Argentina

y el de las que lo reciben en forma adecuada es cada vez mayor (4). A manera de ejemplo puede citarse un estudio realizado en México (5), donde se reveló que el 80% de las personas con tres o más síntomas severos no habían recibido tratamiento en el último año, situación que no parece ser muy distinta en otros países de la región. La reactivación de la estrategia de la atención primaria de la salud es un marco adecuado para intentar modificar esta compleja realidad.

Cabe destacar que aunque en los ámbitos académicos y afines se imparte capacitación de postgrado en salud mental en la comunidad, la Declaración de Caracas es escasamente conocida o no es utilizada. Cuando éste no es el caso, la dificultad más frecuentemente encontrada es dónde hacer demostraciones prácticas, por lo que en muchos casos la preparación dada es eminentemente teórica.

Contexto

Si se hace un breve análisis de la situación presente dentro del marco de la salud pública, se constata que la pobreza y la desigualdad han aumentado, lo que significa un aumento de los problemas de salud, entre ellos los mentales y plantea la necesidad de reorientar las políticas vigentes (6). Véanse las figuras 1, 2 y 3.

Figuras 1 y 2: Impacto de las reformas económicas y del sector salud

Figura N° 1.

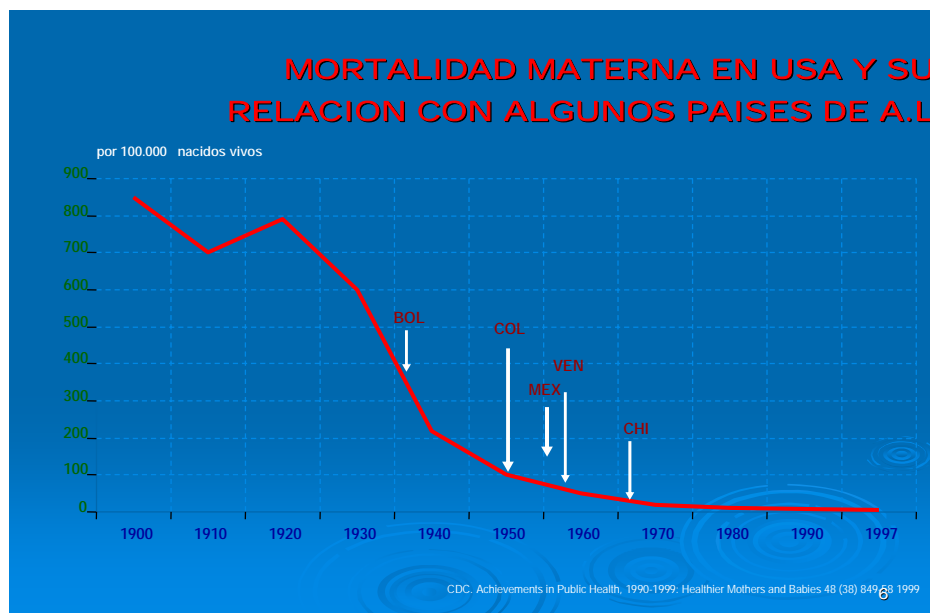


Figura N° 2.



Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Achievements in Public Health, 1990-1999. Healthier Mothers and Babies. 1999; 48 (38): 849-58

Figura N° 3. Mortalidad materna

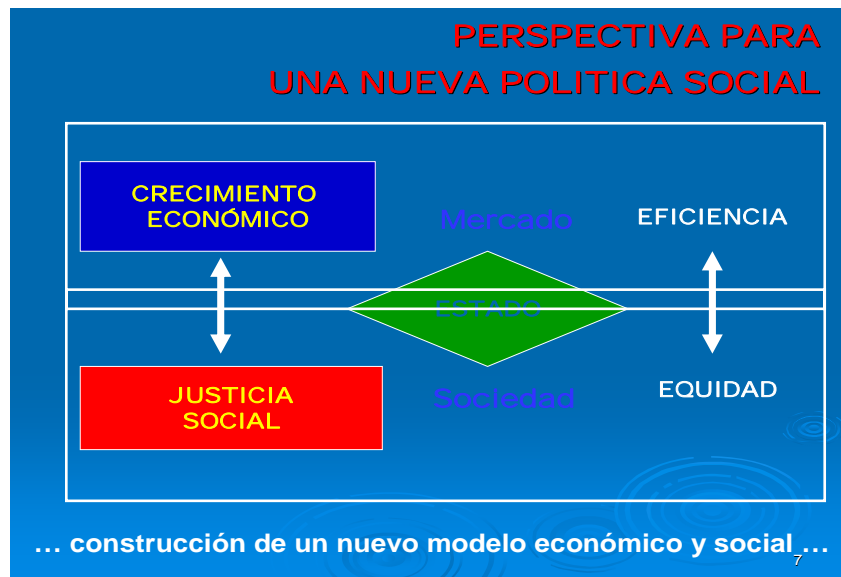


Fuente:Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Achievements in Public Health, 1990-1999. Healthier Mothers and Babies. 1999; 48 (38): 849-58

Es evidente el efecto negativo de las políticas neoliberales en el sector salud, tanto en el número, distribución y capacitación de los recursos humanos, como en el entusiasmo y compromiso con la labor. En muchos casos, el clima cotidiano de trabajo se ha deteriorado y el personal se ha visto sensiblemente afectado ante las difíciles condiciones laborales, la amenaza de la desocupación o por no haber sido consultado sobre las reformas que se emprendieron (7). Es de notar que las estructuras y los dispositivos materiales existentes se han visto reducidos frecuentemente. Un examen de las instituciones de seguridad social nos muestra su separación y escasa articulación con las instituciones de salud. Es evidente que se está aún lejos de alcanzar un efectivo derecho a la salud de amplios sectores de la población de los países de la región.

De acuerdo con la iniciativa “La salud pública en las Américas y las FESP”, el desafío presente es producir un cambio del eje del crecimiento económico, el mercado y la eficiencia al de la justicia social y equidad (7). Véase la figura 4.

Figura N° 4. Orientaciones para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio



Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Achievements in Public Health, 1990-1999. Healthier Mothers and Babies, 1999; 48 (38): 849-58

Otro aspecto del contexto digno de consideración es el surgimiento de gobiernos con sistemas democráticos y la desaparición de las dictaduras, sumidas en el descrédito y el desprestigio. Sin embargo, las nuevas democracias, constituidas en instancias eminentemente electorales, se han mostrado insuficientes a la hora de satisfacer las necesidades básicas de salud, educación o trabajo de amplios sectores de la población. Al mismo tiempo, se observa un incremento en el fenómeno de la corrupción; aspectos que

generan un riesgo real de regresar a prácticas autoritarias en menoscabo del sistema democrático (8).

También hay que tener en cuenta otros factores negativos, como el aumento del desempleo, el trabajo precario, la privatización de las pensiones y jubilaciones y el abandono, en general, por parte del Estado, de las responsabilidades respecto a los más débiles y carentes de recursos. Además, se asiste a un proceso de urbanización, crecimiento poblacional dispar, envejecimiento progresivo e inicua distribución de la riqueza. Así, puede observarse en países determinados tasas altas de mortalidad materno-infantil, fecundidad y embarazo de adolescentes, junto a problemas de envejecimiento, falta de cohesión y estabilidad de la familia, así como una diversificación del tipo de hogares (9, 10).

La adversidad social, en contextos de pobreza, presente en este panorama origina malestar emocional, en general no tratado. A su vez, los trastornos mentales no atendidos generan pobreza (11). Puede así decirse que los pobres están expuestos a mayores riesgos que los ricos de padecer enfermedades mentales y que, en consecuencia, las tasas correspondientes a este tipo de trastornos son más elevadas (12).

Desafío

El desafío actual es lograr hacer efectivo el pleno derecho a la salud de estos amplios sectores vulnerados. Se debe subrayar la necesidad de hacer operativas las recomendaciones pertinentes de la OPS/OMS, y trabajar para que las respuestas se dirijan a cubrir las necesidades de las personas y no se restrinjan a la oferta de servicios. Para ello hay que tener en cuenta que la reforma de servicios de salud mental es un proceso que requiere cambios en los paradigmas aceptados por muchos siglos; lo anterior demanda acciones políticas y organizativas articuladas en diversos niveles. La implementación de la reforma precisa, en primer lugar, alcanzar consensos básicos y establecer alianzas que permitan tomar las decisiones y movilizar los recursos necesarios. La reforma requiere también el manejo de problemas financieros y de formación de recursos humanos, el desarrollo de capacidades de planeamiento y monitoreo, el acopio de información adecuada y la evaluación permanente de los servicios (13).

Enfoque del tema

Las dificultades para el cambio en la atención en salud mental radican en aspectos complejos que hay que considerar para orientar las acciones. Son cuatro los ejes fundamentales que intentan explicar las resistencias al cambio: la gestión del sistema de salud, el déficit en la formación y actualización de los profesionales, el estigma de que es víctima el enfermo mental y los intereses económicos en juego, particularmente los de las compañías farmacéuticas (11, 14).

Esquema general de servicios

El actual sistema general de servicios de salud mental abarca a los hospitales generales y especializados, los centros de atención primaria y los centros comunitarios de salud mental; también debería incluir a los recursos no convencionales (familias, iglesias, organizaciones no gubernamentales y curanderos, entre otros). El desarrollo de una auténtica red de servicios en la comunidad requiere la incorporación efectiva de los elementos citados en último lugar. Precisamente, es la red de servicios así conformada la instancia superadora de la atención ofrecida por las instituciones manicomiales tradicionales y su consecuente desaparición.

La red de servicios en la comunidad representa una combinación de todos los recursos mencionados que, como requisito primordial, deben respetar los principios básicos promovidos por la OMS (15). No obstante, cabe señalar que las condiciones necesarias para la combinación de esos recursos dependen de múltiples y muy diversos factores.

El análisis de una red determinada de servicios mentales comunitarios ha de tener en cuenta las experiencias en este campo. Estas son diversas y no es posible darles un tratamiento homogéneo por cuanto se enraízan en aspectos culturales, políticos, sociales, históricos y económicos propios. Añádase a lo anterior que las etapas de desarrollo en que se encuentran los diferentes servicios son desiguales, lo mismo que la disponibilidad de recursos. Esto determina disparidades entre países o entre regiones de un mismo país, lo que no permite la copia de modelos aunque si admite la construcción de sistemas adaptados a las realidades locales, siguiendo los principios básicos citados antes.

Los desarrollos de redes de servicios en el mundo muestran que lo que es común son los principios que sustentan las prácticas. Las experiencias acumuladas aportan un sinnúmero de conocimientos que hoy hacen más sencillo el camino de las transformaciones. Por otro lado, cabe mencionar que existe una amplia evidencia de que los tratamientos basados en la comunidad son más eficientes, en términos de costo-beneficio que los basados en los hospitales psiquiátricos (13).

La red de servicios comunitarios debe tener en cuenta los siguientes principios clave (15):

- **Accesibilidad:** Esta es la medida principal para evaluar la calidad de los servicios.
- Los servicios deben ser exhaustivos, vale decir, que la combinación de servicios existentes debe agotar todas las posibilidades de atención y que ésta debe adecuarse a las necesidades de las personas.
- **Coordinación y continuidad de los cuidados.** Hay que evitar la fragmentación de los cuidados dentro del sistema de salud mediante la coordinación de las agencias

de seguridad social, educación, trabajo, vivienda, etcétera y la garantía de la continuidad de los servicios.

- Territorialización, sectorización o demarcación de áreas de captación. En cada comunidad un mismo equipo es responsable de la atención en los tres niveles.
- Efectividad: Las prácticas deben estar basadas en técnicas validadas.
- Equidad: El acceso de todas las personas a los servicios debe estar garantizado.
- Respeto por los derechos humanos: Es preciso utilizar los tratamientos menos restrictivos posibles y, en general, salvaguardar todos los derechos humanos consignados en los acuerdos internacionales correspondientes.

Cada vez con mayor frecuencia, las personas obtienen respuesta a sus necesidades en salud mental a través del autocuidado o por consultas a referentes naturales de su entorno cotidiano. Las instancias involucradas corresponden a las llamadas redes naturales de las personas, las que necesariamente tienen que articularse con las redes de servicios formales: atención primaria, centros comunitarios y servicios en hospitales generales. Cuando se habla de redes de servicios en la comunidad deben incluirse tanto los componentes naturales como los formales, articulados de manera coherente y con continuidad.

Las redes formales de servicios tienen que actuar de consuno con las redes naturales para lograr la adecuada atención y rehabilitación de las personas en la comunidad. Los profesionales de los centros de atención primaria, así como los de los centros comunitarios y del hospital general, deben tener habilidades para identificar las costumbres y los hábitos de la población a la que asisten, así como para reconocer las redes naturales y la manera de interactuar con ellas para la detección, asistencia y rehabilitación, fortaleciendo sus capacidades propias en los contextos cotidianos. Estas redes son más dispersas que el tradicional servicio monovalente u hospitalario y es menester hacerlas conocer de la comunidad, para que ésta no piense que sus servicios han desaparecido por obra de los nuevos dispositivos que reemplazan al hospital psiquiátrico (16).

La intervención del equipo de salud mental deberá entonces orientar sus acciones al fortalecimiento o complementación de los recursos de apoyo existentes, a la creación de recursos sustitutos cuando fuere necesario, al apoyo de la estabilidad de las redes, a la promoción de su flexibilidad y a la mediación en las interacciones conflictivas de las redes. Por otra parte, los equipos deberán aumentar la capacidad de autocuidado de las personas y apoyar a sus actores principales mediante la adecuada orientación, respuesta a sus dudas y satisfacción de sus necesidades. En otras palabras, el equipo deberá hacer sentir a los miembros de la comunidad que no están solos en su labor, que tienen un respaldo directo.

Hay que tener claro que el hecho de contar con diferentes servicios en la comunidad no conforma automáticamente una red de atención ni significa que se trabaje con un modelo comunitario. Asimismo, se debe subrayar que no todos los contactos que una persona pueda tener en un servicio determinado tienen carácter rehabilitador, independientemente de que sean proporcionados por profesionales o por personal de apoyo. A fin de lograr una gestión asistencial integral y efectiva en la que los proveedores de cuidados estén persuadidos de la validez de estos principios, es menester cambiar las prácticas lo mismo que las estructuras, teniendo en cuenta el riesgo permanente de regresar a la institucionalización de los servicios.

Un aspecto determinante de la labor depende de la motivación, compromiso y actitudes de los proveedores de servicios así como de su formación, expectativas y disposición al trabajo en equipo. Desde este punto de vista, al referirnos a una red, no estamos hablando de las estructuras físicas, sino de las personas que interactúan entre sí, haciéndose cargo del paciente y acompañándolo en su recorrido en busca de la satisfacción de sus necesidades.

¿Por qué es mejor atender a la persona en su medio habitual? (17)

- La persona está en un ambiente que conoce, no se la destierra.
- Las redes de apoyo natural están en el entorno de quienes las necesitan y existe la posibilidad de su intervención inmediata.
- La intervención en el momento y lugar de la crisis facilita el reconocimiento de las necesidades y la aceptación de la ayuda.
- Existe la posibilidad de apoyar a la familia, involucrarla y comprometerla en el cuidado y seguimiento posteriores.
- Los amigos, vecinos y compañeros pueden visitar a los pacientes y también colaborar en el acompañamiento de la crisis y después de ésta.
- Es más factible sensibilizar a la comunidad: vecinos y entorno social.
- Si es necesario, existe la posibilidad de internar a la persona en el hospital general local o en el más cercano, en donde ella prefiere ser atendida.
- La atención en el medio habitual favorece las salidas periódicas, las reaproximaciones graduales al medio y el pronto regreso al hogar
- Se facilita el despliegue de estrategias de apoyo domiciliario.

- Se posibilita la promoción de actividades que permitan recuperar las habilidades de la vida cotidiana.
- Se facilita la ejecución de acciones relacionadas con las necesidades cotidianas (gestión de vivienda, comida, trabajo, pensión, etc.) para el regreso a la vida habitual.
- La atención en el medio habitual facilita el acceso a los servicios cuando surjan necesidades nuevas.

La inserción de los equipos de salud mental en los hospitales generales permite, además, la capacitación del personal de salud, la realización de interconsultas y el apoyo emocional, así como la resolución de conflictos surgidos de la labor cotidiana. Facilita, en última instancia, un enfoque integral de las problemáticas de salud y puede mejorar las condiciones de trabajo del personal.

Algunas características del proceso

Es conveniente constatar la lentitud de los tiempos de cambio, las resistencias de los grupos y las racionalizaciones que encubren frecuentemente el no querer actuar. A veces, la predominancia de la discusión ante la falta de recursos impide la consideración de otros aspectos, como la actitud, los gustos o la voluntad de los profesionales que prefieren las prácticas rutinarias. Además puede acontecer que no haya decisión política o que ésta sea débil. Es bueno no olvidar que sí es posible influir sobre la decisión política.

Las estrategias utilizables para promover cambios son múltiples y se pueden intentar varias a la vez. Cabe señalar que el cambio comparte características con el aprendizaje y consiste en un proceso gradual, con avances y retrocesos, afectado frecuentemente por recaídas en las antiguas prácticas y susceptible a la influencia del entorno, a la reactivación de los temores y a la incertidumbre de los familiares.

Los servicios tienen que ser provistos y coordinados por equipos interdisciplinarios de trabajo, responsable de una población en un territorio determinado. El equipo debe tener a su cargo a los pacientes de su área, teniendo como premisa básica la continuidad de los cuidados. Es conveniente enriquecer el equipo con la mayor diversidad posible de conocimientos y destrezas, incluyendo las tradicionales. Es aconsejable promover permanentemente la interacción entre sus diversos integrantes, tanto para la comprensión del padecimiento de los usuarios como de los medios disponibles para su resolución.

La conducción de un equipo de salud mental debe recaer en quien manifieste mejores condiciones como líder y como promotor de la transferencia mutua de conocimientos y destrezas. El jefe tiene que ser quien facilite ese intercambio y ayude en

su articulación para la construcción de la estrategia terapéutica, sin que la asignación del liderazgo esté determinada por la pertenencia a una disciplina.

Se requieren psiquiatras y psicólogos competentes, con un enfoque socio-sanitario de la salud mental, dispuestos a trabajar en equipo y decididos a impulsar el cambio de los servicios, incorporando a familiares y a usuarios, promoviendo el trabajo interinstitucional en el ámbito local, apoyando a los pacientes en sus domicilios y a los vecinos en su propia comunidad.

El equipo debe mantener una dinámica de trabajo que permita, en forma sistemática y continua, la reflexión y el análisis sobre la tarea que realiza, incluyendo las variables del entorno cotidiano en el que interviene. Esta actividad permite reorientar las estrategias y ajustarlas a las necesidades de las personas que, como es natural, varían de acuerdo con sus distintos momentos vitales. También permite evaluar la labor y proveer un espacio de capacitación continua para todos los miembros del equipo.

El trabajo en la comunidad tiene una base eminentemente empírica y no se ajusta rígidamente a ningún modelo teórico. Es necesario articular todas las estrategias de intervención y las técnicas provenientes de diversas disciplinas, particularmente las correspondientes a los campos psicológicos, conductuales, de servicio social y de desarrollo de recursos humanos, entre otros. Especial relevancia se deberá dar a la enseñanza de técnicas de negociación, resolución pacífica de conflictos y promoción de la acción comunitaria (18).

Un aspecto central del trabajo en salud mental en la comunidad es que a cualquier actor, ya se trate del personal hospitalario, de los políticos o de los jueces, entre otros, le asiste el derecho de disentir de las propuestas de cambio o no creer totalmente en ellas. Debe tenerse presente que se trata de un cambio de paradigma y, por lo tanto, todos tienen el derecho de ver para creer. Esto es importante para promover el proceso, dejando a un lado el criterio de “buenos contra malos”. Hay que considerar la posibilidad de que todos puedan cambiar (19). Es frecuente que opositores iniciales se transformen en firmes defensores y, también, que los otrora defensores dejen de colaborar, modificando su actitud inicial durante el proceso.

Existen valores propios del trabajo en salud mental basado en la comunidad: afecto, cercanía, respeto, convivencia en la cotidianidad, integración como uno más, creencia y confianza en el otro, trabajo en equipo. Está visto que la calidad en las relaciones de trabajo es una variable que incide en la evolución del paciente y que las actitudes y los afectos impactan significativamente en la recuperación de la salud. Hoy se sabe que los vínculos y la organización jerárquica de las instituciones se expresan de manera significativa en el trato al usuario. Por lo tanto, es tan importante conocer acerca de la vida del paciente y de la organización de los servicios como sobre la historia de la enfermedad (20).

Principios del trabajo en salud mental en la comunidad (21).

Entre los principios que subyacen al desarrollo de los programas y servicios de salud mental comunitaria, se distinguen los siguientes:

- El rescate de los recursos de salud inherentes a las personas.
- La socialización de los conocimientos.
- La rehabilitación en la comunidad.
- La noción de crisis. Utilización de las necesidades como recursos terapéuticos. Uso de la estrategia terapéutica como instrumento de trabajo.
- La creación de una oferta que genere una nueva percepción social de la locura; es decir, la adopción de una práctica que exprese una posibilidad nueva de atención y una concepción diferente de la salud y la enfermedad mental.
- La promoción de un cambio de perspectiva en los campos técnico, político y social; esto es, fomentar, entre otras acciones, la revisión y actualización de prácticas profesionales, la promulgación de leyes, y la aceptación y compromiso de familias y vecinos con la atención en comunidad.
- El reconocimiento de la influencia determinante de las vivencias en las conductas y de la importancia del cambio de actitudes autoritarias o paternalistas de los profesionales de la salud mental.
- El fomento de un proceso de cambio cultural que supone un redimensionamiento ético de la posición de la sociedad respecto a la persona excluida: mujer golpeada, adolescente embarazada, discapacitado, adulto mayor, indígena, desocupado, homosexual, VIH+, desnutrido, adicto, etcétera.
- El efectivo ejercicio de los derechos de ciudadanía como instancia dignificante y rehabilitadora por excelencia.

Es conveniente destacar aquí algunos aspectos de los principios mencionados, por ejemplo, los recursos terapéuticos, organizados conforme a las estrategias correspondientes, deben ser tan diversos como diversas son las necesidades de cada una de las personas y tienen que ser provistos en el espacio habitual de residencia o en el más cercano a su domicilio.

La diversidad de recursos tendrá en cuenta las distintas modalidades posibles de atención, entre ellas las oportunidades de acompañamiento cotidiano, apoyo a las tareas de subsistencia diaria, acompañamiento en gestiones bancarias y administrativas, actividades

recreativas, culturales y deportivas, entre otras. Se deberá promover la capacitación laboral y de oficios en el medio habitual de la persona, porque está demostrado que las habilidades adquiridas en contextos institucionales raramente son utilizables en la vida en la comunidad. Las personas requieren instrumentos prácticos, necesarios en su vida cotidiana para el goce de una existencia digna (21, 22).

A fin de proveer a las necesidades de las personas con padecimiento mental, cuando aquéllas no puedan ser satisfechas por sus propios medios, es necesario mantener estrechos vínculos con las instituciones que las satisfagan, por ejemplo: las relacionadas con alimentación, gestiones de pensión o subsidios, vivienda y transporte, entre otras. Se deben prever mecanismos de coordinación intersectorial tanto en el ámbito de los ministerios como en el de las instituciones de nivel local.

Es importante la inclusión de autoridades locales (municipios, alcaldías), cuya cooperación puede ser de importancia no sólo en la provisión de estos recursos, sino en la promoción de un contacto más cercano con los usuarios y sus familias. Estas vinculaciones generan una cultura de cooperación dentro de la red; y ayudan a concretar lo que puede o debe hacer cada institución. Es necesario que un miembro del equipo de salud mental tome a su cargo el desarrollo y cumplimiento de estas estrategias. Se pretende así lograr una redistribución de las responsabilidades sociales para con el enfermo mental (23).

Una mención especial merecen los recursos no convencionales. Es conveniente que en la mayoría de los países de la región se incorporen estos medios en forma sistemática a los equipos de salud mental. Entre éstos, los operadores de salud mental son elementos valiosos para la asegurar la permanencia de pacientes en el vecindario, dar apoyo a la familia, y prestar ayuda en gestiones cotidianas, así como para obtener información de la evolución de la persona (24). Los operadores representan una ayuda significativa para comprender, desde la diversidad cultural, las necesidades del paciente, así como para proceder de acuerdo con sus hábitos y valores, muchas veces distintos a los de los profesionales. Estos servidores son personas con educación básica, provenientes de la comunidad donde viven los usuarios. A partir de una capacitación en servicio, reforzada por la interacción continua con el equipo de salud mental, pueden en corto tiempo poder desplegar intervenciones positivas en los domicilios de los pacientes y en sus barrios e instituciones locales.

Por último, una estrategia valiosa para atender las necesidades de las personas y de sus familias en zonas rurales, en áreas alejadas o en urbes extensas, es la creación de equipos móviles o “patrullas de salud mental”, integrados por personal técnico de los servicios de salud mental de los hospitales generales. El propósito de las “patrullas” es múltiple en cuanto deben prestar apoyo al equipo de salud del primer nivel o del hospital general. Después de una capacitación ofrecida por el equipo de salud mental estarán en capacidad de realizar, entre otras tareas, la atención de personas en situaciones de crisis,

dar seguimiento a pacientes dados de alta y contribuir a la permanencia de los pacientes en la comunidad; su contacto con la población les permitirá combatir el temor y prejuicio respecto al enfermo mental, facilitando la comprensión del paciente y fomentando sus posibilidades de ayuda. Por otra parte, podrán ser utilizados en la capacitación de otro personal de salud y llevar a cabo una labor educativa en el entorno institucional, comunitario y del gobierno local: religiosos, maestros, vecinos, personal de alcaldías o municipios, policías, etc.

Un aspecto operativo fundamental en la labor cotidiana de la red de servicios es la celebración de reuniones periódicas y sistemáticas del equipo de salud mental en las cuales la atención del paciente será su objetivo primordial. Estas reuniones ayudan a disminuir las referencias y contrarreferencias, que la mayoría de las veces se transforman en una responsabilidad disminuida con respecto a la persona con padecimiento mental y el consiguiente abandono o fracaso del tratamiento.

En síntesis, el objetivo principal es lograr “la recuperación de la identidad, [el] respeto y [la] dignidad de la persona con padecimiento mental expresada en términos de reinserción comunitaria...” (26).

La capacitación

La capacitación tiene un lugar privilegiado dentro del proceso de integración de la salud mental a las prácticas de salud y debe empezar por la puesta al día de los integrantes del equipo de salud mental. Muchas veces la estigmatización comienza por la intervención de un psiquiatra o psicólogo no formado en las concepciones más modernas (27). Es necesario superar esa y otras frecuentes limitaciones, consecuencia de la falta de capacitación adecuada, particularmente en relación con la intervención en crisis en una comunidad o para trabajar con grupos, para mencionar sólo algunos ejemplos.

Dado el papel estratégico que corresponde al profesional de salud mental para desarrollar prácticas nuevas en escenarios inéditos y habida cuenta del apoyo que debe dar a los actores recién incorporados, sus conocimientos, disposición y actitud son determinantes para asegurar la viabilidad del proceso. También hay que considerar la importancia de los incentivos, las normas y los valores como instrumentos para promover y sostener el cambio.

Otro aspecto relevante de la capacitación corresponde a la que hay que suministrar al equipo de salud general y a los recursos no convencionales (religiosos, maestros, vecinos, personal de alcaldías o municipios y policías, entre otros). Unos y otros deben recibir adiestramiento, sobre diferentes aspectos de la atención. Entre ellos cabe resaltar los aspectos relativos al componente emocional y conductual de las diversas problemáticas de la salud. De esta manera se coadyuva a mejorar la atención de los pacientes, se propicia

una evolución más favorable y se contribuye a solucionar problemas tales como las múltiples consultas y el abandono de los tratamientos.

Muchas veces la capacitación de los equipos sobre las necesidades psicosociales de las personas con enfermedades somáticas (diabetes, hipertensión, cardiopatías, pacientes VIH+, prequirúrgicos, etc.) facilita la aceptación de los pacientes mentales dentro del sistema general de salud.

La condición básica del proceso de adiestramiento es poder desarrollarlo con paciencia, manteniendo el contacto interpersonal y dando atención individual a los adiestrados. En el proceso de establecer redes de servicios en la comunidad, no se pretende que los psiquiatras o psicólogos sustituyan a los diversos actores sociales y familiares. No obstante, se requiere que ellos tengan la capacidad de darles instrumentos para que puedan intervenir de manera efectiva en las situaciones y lugares que la vida cotidiana les plantea.

Un principio del trabajo de la red de servicios en la comunidad se deriva de la máxima que reza: “todo aquel que cuida, debe ser cuidado” para que pueda ejecutar su labor efectivamente. El personal del equipo de salud mental tendrá que priorizar su apoyo a sus propios miembros a la par que a los familiares, médicos generales y enfermeras, así como a los policías, maestros y demás agentes comunitarios. Su intervención directa, aparte del proceso de capacitación, tendrá lugar cuando los actores directos no hayan podido abordar de manera satisfactoria la situación para la que debieron estar entrenados.

La escasez de psiquiatras en determinados medios y en particular en zonas rurales plantea un desafío en cuanto a la creatividad necesaria para desarrollar estrategias de transferencia de conocimientos a personal de salud en general, al tiempo que se les confiere un grado racional de autonomía. Es menester mantener instancias de apoyo y orientación, y crear condiciones innovadoras que permitan las prácticas nuevas. Por ejemplo, si se capacitan enfermeras para seguimiento de tratamientos farmacológicos, habrá que establecer normas administrativas y guías de procedimientos que reglamenten su gestión.

Consideraciones finales

Las ocasiones favorables para los cambios en salud mental no coinciden necesariamente con el acontecer político. Esta circunstancia debe ser considerada a la hora de establecer compromisos y debe ser señalada en forma explícita a las entidades correspondientes al momento de presentarles proposiciones singulares. Es del todo evidente que para iniciar un cambio se requiere un programa específico y un presupuesto mínimo. Los recursos para comenzar la tarea pueden provenir de nuevas inversiones en salud mental o, lo que es más probable, de la reasignación de los recursos existentes, respaldada por la adopción de prácticas novedosas. De hecho, lo habitual es que se

instituyan prácticas nuevas con los recursos disponibles y es tarea de los innovadores demostrar por medio de los hechos que, lo que se formuló en teoría tiene un correlato legítimo en la práctica. La mejora y humanización de la atención asegura la validez de los cambios emprendidos.

Se debe admitir que se trata de un paradigma nuevo cuyo punto crítico reside en la reutilización de recursos, concentrados en su mayoría en los hospitales psiquiátricos. La meta establecida es crear un sistema de atención basado en nuevas acciones cuya efectividad y eficacia, altamente demostradas, garantizan la superación del modelo anterior. El período de transición es crítico, representa una etapa de mayor concentración en el trabajo y requiere suficiente entereza para afrontar nuevas dificultades, críticas y cuestionamientos de colegas, vecinos y, a veces, de los propios familiares que no entienden por qué ya no se interna a su paciente en un hospital psiquiátrico.

Se requerirá estar especialmente atentos para que los fondos existentes sean utilizados cabalmente, de manera acorde con los principios del programa. Es imperativo estar alerta frente a interpretaciones sesgadas por parte de algunas administraciones que pretenden que la reforma psiquiátrica tenga como principal resultado el ahorro de recursos, quitando camas y transfiriendo a las familias todo el peso del cuidado (28).

El desarrollo de la red de servicios en la comunidad no es un fenómeno puramente técnico-conceptual sino un proceso eminentemente humano y social, orientado a la satisfacción de las necesidades de un inmenso grupo en el que predomina la exclusión, el estigma y la falta de atención adecuada. Frente a esta iniquidad el factor que define el cambio de actitud para con el enfermo mental (eliminación del estigma) es la posibilidad de facilitar el intercambio entre aquél y sus semejantes. Mediante la convivencia se llegan a reconocer tanto las diferencias como las afinidades, así como la posibilidad de vivir en comunidad y la capacidad de prestar y recibir ayuda.

Para finalizar, en este proceso se busca no sólo fortalecer las capacidades emocionales y psicológicas de los grupos vulnerables, sino también que estos puedan aprender a defenderse de las adversidades y actuar de manera más eficaz para satisfacer sus necesidades básicas. En el aspecto metodológico, la reforma de los servicios promueve el desarrollo de técnicas que permitan la participación activa de las personas interesadas en temas de salud en general. Se pretende abrir espacios de comunicación e intercambio entre los actores involucrados, favorecer el análisis compartido de los problemas socio sanitarios, combatir la exclusión de las personas con dificultades, cooperar en la identificación de las necesidades y prioridades reales e impulsar la búsqueda de los caminos para resolverlas.

El concepto de red de servicios en la comunidad está ligado estrechamente con la calidad de vida de las personas, en cuanto promueve una amplia gama de alternativas, que va desde la creación de espacios de recreación y esparcimiento, hasta el desarrollo de

capacidades y habilidades, la potenciación de la capacidad de negociación y la capacitación en iniciativas laborales autónomas que generen recursos genuinos para las personas.

Desde esta perspectiva, la idea central es que la movilización de la comunidad teniendo como base el tema de los problemas ligados a los trastornos mentales y a la marginalidad, permite incrementar la calidad general de las relaciones y favorece hábitos de tolerancia, ayuda, solidaridad, aceptación de las diversidades y apoyo a los más débiles (29).

REFERENCIAS

1. González R., Levav I., eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1991.
2. Caldas de Almeida, J.M., Cohen A., eds. Experiencias innovadoras de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. (En preparación, 2005).
3. Kohn R. y colabs. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2005; 18 (4-5).
4. Saraceno B. Conferencia: La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicaciones para el mundo. Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental: “15 años después de la Declaración de Caracas”. Brasília: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud-Ministerio de Salud de Brasil, 2005.
5. Medina-Mora M.E. y colabs. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Menta.*, 2003; 26 (4): 1-16
6. Feo O. La iniciativa la salud pública en las Américas y las FESP; políticas y sistemas de salud, desarrollo estratégico de la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2004.
7. Ugalde A., Homedes N. Las reformas neoliberales del sector salud, déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública.*, 2005; 17 (3): 202-209.
8. P.N.U.D. Informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La democracia en América Latina, hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. Quebecor World Perú, 2004.
9. Filgueira C., Peri A. América Latina: los rostros de la pobreza y sus causas determinantes LC/L. 2149-P, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); junio de 2004 (Serie Población y Desarrollo Núm. 54).
10. Naciones Unidas. Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD). Informe sobre el comercio y el desarrollo, 2004. Nueva York y Ginebra, 2004.
11. Levav I. Salud mental: una prioridad de la salud pública. *Revista de la Maestría en Salud Pública de la UBA*. Año 1, agosto 2003; (1).
12. Saraceno B., Barbui C. Poverty and Mental Illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1997; (42): 285-29.
13. Caldas J.M. Conferencia: Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la Declaración de Caracas. Experiencias innovadoras de servicios de salud mental en América Latina

- y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud-Ministerio de Salud de Brasil, 2005.
14. Evans R., Barer M., Marmor T. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1996.
 15. World Health Organization. Organization of Services for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Ginebra: World Health Organization, 2003.
 16. Leff J. Care in the community, illusion or reality? Londres: Ed. Wiley, 1997.
 17. Cohen H. Conferencia: Orientaciones para la intervención de salud mental en situaciones de desastres. Congreso de la Asociación Mexicana de Medicina de Urgencia. Acapulco, 2004.
 18. Rodríguez A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ed. Pirámide, 1997.
 19. Cohen H. Propuesta para una ley de salud mental. Consideraciones y sugerencias para su elaboración y aplicación. México: Organización Panamericana de la Salud, 2005.
 20. Saraceno B. La liberación de los pacientes psiquiátricos. México: Ed. Pax, 2003.
 21. Cohen H. Conferencia: Principios de la salud mental comunitaria. Día Mundial de la Salud. El Salvador, 2001.
 22. Cohen H., Natella G. Trabajar en salud mental, la desmanicomialización en Río Negro. Buenos Aires: Ed. Lugar, 1995.
 23. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de servicios de salud mental en la República Mexicana. México: Representación de la Organización Panamericana de la Salud en México, 2004.
 24. Cohen H., Natella G. Operadores en salud mental. Río Negro, Argentina: Consejo Provincial de Salud Pública, 1992.
 25. Cohen H. Patrullas en salud mental. Experiencias innovadoras en la comunidad. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994.
 26. Ley 2440 de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental. Provincia de Río Negro, Argentina, 1992.
 27. Arboleda J. Capítulo Open the Doors. Canadá: World Psychiatric Association (WPA); 1997.
 28. Caldas de Almeida J. M. Conferencia: Principios de la reforma psiquiátrica. Primer Encuentro Internacional para la Reforma Psiquiátrica en México. México, 2004.
 29. Organización Panamericana de la Salud/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de Refugiados y Repatriados de Centroamérica (PRODERE), Proyecto de activación de servicios polivalentes de atención psicosocial. El Salvador, 1991.

SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN AMÉRICA LATINA: AVANCES Y OBSTÁCULOS EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

Guillermo Barrientos*

Introducción

En este trabajo se pretende hacer una revisión crítica de los cambios experimentados por la Región en los servicios de salud mental y en los de atención primaria, a partir de la Declaración de Caracas y de la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica que le dio origen (1). Esta tarea hace necesario el abordamiento del proceso desde varios ángulos en relación con su trasfondo histórico y con los diferentes factores que influyeron en su evolución. Se señalan en primer lugar los antecedentes de experiencias de superación del modelo tradicional de atención en salud mental, tanto en América Latina como en otras latitudes, que contribuyeron a una toma de conciencia sobre la necesidad de cambio. Asimismo, se examina la situación en el momento de la promulgación de la Declaración, su impacto inmediato, las posibilidades de lograr a partir de ella un desarrollo sostenible de las políticas de salud mental, más allá de las coyunturas del momento, la íntima relación de las diversas etapas del proceso de reformas con los contextos socioeconómico y político y las recientes innovaciones del Estado y del sector salud.

El análisis crítico de los logros y obstáculos en la atención primaria en salud mental permite tener una visión más completa de las perspectivas para el futuro y, a partir de ese examen, proponer posibles acciones para el corto y mediano plazo.

Antecedentes

A mediados de la década de los años 60, se desarrolló en los Estados Unidos de América un modelo de psiquiatría comunitaria que llegó a contar con cerca de 600 centros comunitarios de salud mental y cuya cobertura abarcaba a casi la mitad de la población. Este sistema, avalado por una ley de salud mental y con el respaldo fondos federales, fue capaz de cumplir con las funciones asignadas de brindar atención gratuita y accesible, dirigida a satisfacer las necesidades sentidas de la población. Al mismo tiempo que se instauró el nuevo modelo, se produjo un recorte en las partidas presupuestarias asignadas a los hospitales psiquiátricos, lo que determinó una disminución apreciable en el número de pacientes internados. Después del asesinato del presidente Kennedy, promotor de la idea, se produjo un cambio de índole política que incluyó recortes presupuestarios de los centros, y que determinó que ya para los años 70 estos no contaran con las posibilidades

* Profesor titular y consultante de psiquiatría, Universidad Médica de La Habana.
Jefe del Grupo Nacional de Psiquiatría, Ministerio de Salud Pública. Cuba

de dar la atención propuesta a la población a su cargo ni con la capacidad de asistir a los pacientes ya reintegrados en las comunidades. No obstante, los pacientes continuaron siendo “deshospitalizados”, quedando en situación de indigencia como miembros del grupo cada vez más numeroso de los “sin casa”.

De esa experiencia se pueden derivar dos conclusiones básicas. La primera es que todo proyecto innovador de servicios de psiquiatría que rompa con los moldes tradicionales está íntimamente relacionado con las coyunturas políticas y económicas del lugar y con el momento en que se producen. La segunda lección es una demostración de cuán factible es desarrollar un nuevo modelo de atención alternativo, no centrado en la institución hospitalaria y desarrollado en el marco de la atención primaria. Esta última enseñanza es la que prevalece e influye en los psiquiatras y personal sanitario de nuestros países, que inician sus propias experiencias comunitarias en salud mental.

En la misma década de los 60 se inician en Europa amplios movimientos sociales, donde los derechos humanos desempeñan un papel importante. Algunas de estas ideas se materializan posteriormente en varias concepciones nuevas como la psiquiatría democrática de Bassaglia que, con el respaldo de la ley 180 sobre los manicomios, ha logrado el desarrollo de modelos comunitarios de atención en el norte de Italia, y ha tenido amplia influencia tanto en la Declaración de Caracas, como en la subsiguiente colaboración internacional para su implementación.

Diversas experiencias de psiquiatría comunitaria europeas influyen también en nuestras decisiones presentes.. Entre ellas se destacan variados modelos de España e Italia, cuyos dirigentes han prestado valiosa ayuda en este campo a los países de América Latina.

Otro antecedente que se extendió por años e influyó en la génesis del manifiesto de Caracas, está constituido por el estímulo permanente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que, mediante numerosas conferencias y reuniones difundió temas tan variados como, administración de servicios, enseñanza de salud mental, atención primaria y otros. Se realizaron encuentros internacionales con tal propósito en San Antonio (Estados Unidos) en 1968, Viña del Mar 1969, Cali 1978, Washington 1980 y Panamá 1985. El fin de las dictaduras y la apertura democrática en algunos países de la región, permitió que cobrara ímpetu la lucha por los derechos humanos, inclusive los de los enfermos mentales y, en especial los derechos de los internados en los hospitales psiquiátricos. Desde entonces, se ha generalizado una concepción humanista del paciente mental que pretende, por medio del cierre de esos establecimientos, no sólo rescatar sus derechos, sino también mejorar la asistencia que recibe mediante el desarrollo de proyectos de psiquiatría comunitaria. Gran parte de las experiencias realizadas con esos fines han tenido un carácter coyuntural, no han sido fundamentadas en políticas nacionales y sus áreas de influencia han estado limitadas a un territorio reducido o comunidad. A lo anterior se agrega la inestabilidad económica y política de los países donde se han

desarrollado esos ensayos, el escaso apoyo gubernamental y la resultante falta de sostenibilidad. La consecuencia de esos factores negativos fue que los proyectos respectivos dejaran de existir o se redujeran de modo considerable. Basta señalar a manera de ejemplo las experiencias de Santa Eduvigis en Tegucigalpa, Santa Catarina y Santos en Brasil y Cali en Colombia, entre otras (2). También se han intentado otro tipo de reformas, dirigidas concretamente a la superación del hospital psiquiátrico, habiendo tenido su máxima expresión en las experiencias de Río Negro en Argentina y Santos en Brasil, de las cuales se da cuenta en este encuentro.

Muchas de las experiencias que han tenido lugar como resultado de una política de salud, consecuente con los principios de Alma Ata, han logrado sostenerse y aun persisten de una forma u otra. Son ejemplo, los Centros de Atención Psicosocial de Nicaragua y los proyectos iniciales de salud mental comunitaria de Curundú, Chepo y otras localidades de Panamá, que propiciaron la conversión del hospital psiquiátrico. En Cuba, el establecimiento de los Centros Comunitarios de Salud Mental, extendidos por todo el país, son hoy la piedra angular del sistema de atención comunitaria de salud mental (3).

A partir de Caracas, última década del siglo.

La Iniciativa de la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la Declaración de Caracas, promovidas por la OPS, confirieron a la última década del pasado siglo un carácter singular en lo que atañe a la salud mental en el continente. A raíz de esos acontecimientos la OPS concertó un programa de cooperación técnica con centros de salud mental y autoridades sanitarias de regiones de Italia y España, que han venido desempeñando un papel trascendental en la promoción de proyectos demostrativos de la factibilidad de la psiquiatría de base comunitaria. Esta empresa conjunta, en la que prevaleció como criterio orientador la superación del hospital psiquiátrico, se fundamentó en la formulación de políticas y planes nacionales de salud mental, la promoción del establecimiento o fortalecimiento de entes responsables de esta materia en los organismos nacionales de salud pública y la promulgación de leyes que fomentaran los diferentes aspectos de la atención en salud mental y aseguraran la salvaguarda de los derechos de los pacientes. Es en este tiempo cuando se llevaron a efecto múltiples actividades auspiciadas por la OPS tales como un taller sobre formulación de políticas y planes nacionales (4); la segunda reunión de directores de programas nacionales de salud mental de países suramericanos (5); la tercera reunión de salud mental de Centroamérica, Panamá y Belice (6); el primer grupo de trabajo de los directores de salud mental para evaluar la Iniciativa de la Reestructuración (7); y el Foro de políticas de salud mental realizado en la República Dominicana (8).

En 1997, el Consejo Directivo de la OPS, adoptó una resolución (9) en la que se instó a los países miembros a integrar en los programas nacionales de salud el componente de salud mental, favorecer el desarrollo de los servicios comunitarios de salud mental y perfeccionar la protección de los derechos de los pacientes mentales mediante

legislaciones apropiadas; la resolución incluye por primera vez una referencia a la salud mental de los niños. También se encuentra en esta resolución una referencia inicial a los seguros de salud, expresión de nuevos conceptos emergentes en las acciones de salud mental: ahora la responsabilidad de la atención no se limita al sector público, lo que constituye un reflejo del advenimiento de nuevos tiempos en la prestación de servicios. La resolución contribuye a consolidar un nuevo enfoque de la psiquiatría, integrada cada vez más en la comunidad y con mayores opciones para lograr la sostenibilidad de sus proyectos.

Los avances en las neurociencias y los logros de la psicofarmacología posibilitaron en estos años finiseculares intervenciones más efectivas en el tratamiento de las enfermedades mentales y han facilitado desde entonces la reintegración al medio social de los pacientes con trastornos mentales graves. Paralelamente, los progresos hechos en las ciencias sociales y la psicología han venido facilitando las intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas en el contexto comunitario. También se ha hecho más factible la participación de la familia y la población general en acciones terapéuticas y de rehabilitación, así como en las de prevención y promoción en salud mental. (10).

Las investigaciones poblacionales, tanto de carácter cuantitativo como cualitativo, nos acercan a la realidad del proceso salud/enfermedad mental y permiten la evaluación y perfeccionamiento de los servicios asistenciales. Adquieren cada vez mayor importancia los estudios cualitativos de grupos focales con el concurso de informantes claves, así como el uso de nuevas técnicas que facilitan la realización de investigaciones en la práctica diaria, cuyos resultados ayudan al monitoreo de las acciones y sirven de guía para el futuro.

Los postulados de la Declaración de Caracas gozan ahora de una base sólida desde el punto de vista científico y no dependen únicamente del respaldo humanista de los primeros años. En estos años hemos presenciado en muchos países la reforma del Estado y la reducción de su papel en la prestación de servicios. No obstante, la reforma del sector salud en la mayoría de los casos no ha facilitado la integración del componente salud mental en la atención primaria, ni la prestación de servicios gratuitos, equitativos y accesibles, integrados en red. Como bien señala T. Angosto (11) refiriéndose a la situación colombiana, los servicios sanitarios públicos están convirtiéndose en empresas sociales, que tienen que buscar su financiación por entidades aseguradoras; se prioriza así la rentabilidad de los servicios brindados, disminuyen los planes de beneficios, decrecen las posibilidades de acceso a los servicios de salud y se favorece al segundo nivel de atención, particularmente el hospitalario. En estas circunstancias la comunidad está más cerca de la empresa privada que de los servicios públicos de salud.

Las reformas del sector salud se están centrando cada vez más en los aspectos de gestión en detrimento de temas claves como equidad, protección social en salud y otros.

Cabe subrayar que en las condiciones mencionadas predomina el mercadeo en la gestión de salud, expresión del enfoque neoliberal.

El principal reto que enfrenta actualmente el desarrollo de la salud mental y de la psiquiatría comunitaria reside en la superación de las consecuencias de la realidad descrita. Sirve a este cometido la existencia de elementos de peso que condicionan y favorecen las posibilidades de lograr una atención en salud mental integrada a la atención primaria, con participación de la comunidad. Entre ellos sobresalen las experiencias exitosas, los avances logrados en la consolidación de planes y programas nacionales, el compromiso ideológico de los principales actores, las necesidades sentidas y las modificaciones del perfil de salud de la población.

Primer quinquenio del siglo XXI.

Desde el inicio del siglo es evidente que el componente de salud mental en los planes y programas de salud se ha hecho cada vez más manifiesto y ha despertado el interés de los entes decisorios del sector y del Estado. Los organismos internacionales, como la OPS/OMS, han definido mejor sus estrategias e iniciativas en este campo, basándose en la evidencia acumulada y apoyándose en experiencias exitosas para el control o erradicación de determinadas enfermedades (12).

Las insuficiencias que aún subsisten, como la ausencia de acceso universal a los servicios, la persistencia de modelos ya superados y la vigencia de la exclusión y el estigma, obligan a perfeccionar las modalidades de atención de la salud mental en el nivel primario. El aumento de situaciones sociales perjudiciales, significa una ampliación de las responsabilidades tradicionales de la salud mental comunitaria, siendo necesario poner a prueba las nuevas teorías y prácticas propuestas para hacer frente a la nueva situación.

El advenimiento del nuevo siglo ha sido acompañado de un salto cualitativo en el área de la salud mental, debido en parte a los recientes progresos tecnológicos y en parte al aprendizaje derivado de los fracasos y errores cometidos. En este período la atención de salud mental en la comunidad y en el primer nivel de atención se ha perfeccionado con la adopción de modelos más flexibles, consecuentes con la realidad. Al mismo tiempo, se ha presentado al hospital psiquiátrico un conjunto de alternativas que pueden modificar su esencia y favorecer su transformación en otro tipo de institución. En otro orden de ideas, cabe indicar que en este lapso se ha logrado una mayor y mejor integración de la psiquiatría con la medicina, gracias en parte al papel integrador de las ciencias de la conducta humana.

En la práctica de la psiquiatría y la salud mental en la atención primaria, surgen algunas dudas de índole conceptual que es necesario superar so pena de convertirlas en un obstáculo para su desarrollo satisfactorio. A estas alturas, no es lógico separar en el nivel primario de atención la psiquiatría y la salud mental como dos disciplinas diferentes,

asignando a la salud mental las tareas de promoción y prevención inespecífica y a la psiquiatría la prevención y tratamiento específico de enfermedades mentales y la rehabilitación de los pacientes. Es apropiado aclarar aquí que los términos salud mental y psiquiatría constituyen una unidad dialéctica imposible de escindir sin que pierdan su esencia. (10)

Existen experiencias exitosas en diversos países de la región (13) que sirven de ejemplo de proyectos sostenibles, dirigidos a la incorporación de la salud mental en el nivel primario de atención. Entre éstas se destaca, la experiencia de Chile, donde se logró la integración de la atención de la salud mental en redes de atención primaria y la de Cuba, que tiene como eje central el centro comunitario de salud mental, integrado a la red asistencial del primer nivel y articulado con los niveles de atención hospitalaria general y especializada. En Brasil, se conformaron redes comunitarias de atención, con énfasis en los aspectos culturales y en la participación de la población, habiéndose logrado una significativa reducción de las camas psiquiátricas. En República Dominicana, la integración del componente de salud mental en la atención primaria se inició a partir del centro comunitario de salud mental; y en Panamá la descentralización de los servicios de salud mental dio lugar a una significativa reducción de camas de hospital psiquiátrico y al establecimiento de servicios de psiquiatría de los hospitales generales. En el Caribe anglófono se desarrollaron servicios de salud mental en el primer nivel de atención mediante la colocación de enfermeras entrenadas en sitios clave.

Las experiencias citadas permiten afirmar que la integración del componente salud mental en la atención primaria es factible. Aunque los diversos proyectos realizados se inscribieron en un marco teórico referencial único, su implementación ha correspondido a múltiples modalidades, siendo su diversidad la fuente de su principal fortaleza. No obstante, los resultados obtenidos no han llegado a cumplir con las expectativas. En consecuencia, para alcanzar nuevas metas a corto y mediano plazo es preciso trazar planes y programas teniendo en cuenta el balance de los logros y el análisis crítico de los errores.

Principales obstáculos y dificultades.

1. Desconocimiento y poca sensibilidad de los problemas de salud mental por parte de los dirigentes políticos.
2. Se ignora la carga real de las enfermedades mentales y las posibilidades exitosas de su control por medio de modelos alternativos de atención; a lo anterior se agrega el rechazo tradicional a estas enfermedades.

3. No existe consenso entre los profesionales sobre el valor y utilidad de las alternativas a los modelos tradicionales. Reconocer su importancia implica adoptar un enfoque de riesgo en lugar de interrumpir las actividades asistenciales centradas en el daño. Además, ello significaría un cambio en la praxis habitual y la incorporación de nuevos conocimientos y procedimientos terapéuticos. Por otra parte, la resistencia al cambio tiene raíces ideológicas que debieran ser superadas.
4. Escasez de recursos humanos y materiales.
5. Las dificultades económicas y la reforma del Estado, que incluye al sector salud, determinan en gran parte la escasez de recursos destinados a la salud mental comunitaria, pues los existentes están concentrados en el hospital psiquiátrico. Los escasos recursos humanos disponibles se ubican preferentemente en el segundo nivel de atención (en el sector público, en el privado o en la seguridad social).
6. Poca capacidad técnica en la planificación, evaluación y monitoreo de los programas nacionales de salud mental.
7. Aun cuando existen unidades de salud mental en casi todos los ministerios de salud, éstas no tienen la capacidad suficiente para la elaboración, monitoreo y evaluación de planes y servicios.
8. Insuficiente participación de la comunidad, usuarios y familiares en las decisiones y acciones en salud mental. La utilidad de esa participación ha sido demostrada por la experiencia en muchos lugares. Prevalece el criterio tecnocrático que determina la poca o ninguna participación de esos grupos en las decisiones. Su cooperación no es estimulada, estando limitada a algunas tareas concretas, con frecuencia intrascendentes y sin mayores satisfacciones.

Principales logros (14)

1. Se han hecho importantes progresos en la formulación de políticas, planes y legislaciones de salud mental (13).
2. Se han multiplicado las experiencias en la atención de salud mental en la atención primaria, su integración al sistema de salud y la vinculación con la comunidad.
3. Los progresos hechos en la lucha contra el estigma y la marginación, así como en la salvaguarda de los derechos de los enfermos mentales, son significativos.
4. La coordinación con otros sectores del Estado y otras instituciones relacionadas con el cuidado y promoción de la salud mental ha aumentado sensiblemente.

5. Las intervenciones en trastornos tales como depresión, epilepsia y rehabilitación del enfermo crónico han experimentado progresos considerables.
6. La atención a grupos vulnerables, particularmente niños, adultos mayores, refugiados y víctimas de desastres y situaciones de emergencia ha mejorado notablemente gracias al fortalecimiento de los servicios especializados y la priorización del enfoque comunitario.

Estos logros y algunas deficiencias, después de la Declaración de Caracas, es posible apreciarlos en la documentación del Foro de Políticas de Salud Mental (8) celebrado República Dominicana en 2004 en la que se señaló que en América Latina y el Caribe:

- a) Todos los países contaban para la fecha del foro con unidades de salud mental, resaltándose que el 40% de ellos las habían creado después de 1990.
- b) A partir de 1990 el 60% de los países tenía una política oficial de salud mental y un 70% había promulgado un programa nacional.
- c) Para la fecha del foro, la implementación de los programas era aún baja (en el 80% de los países oscilaba entre el 25 y el 75 %).
- d) Las políticas nacionales de prevención y control del abuso de sustancias estaban presentes en todos los países, pero en el 80% de ellos la implementación era baja (de un 25 a un 75%).
- e) Se disponía de tratamiento para enfermos mentales graves en la atención primaria en salud en 6 de los 10 países de la sub-región.
- f) La mitad de los países contaban con un programa de capacitación en salud mental para profesionales que trabajan en atención primaria.
- g) El 84% de las camas de psiquiatría de América Latina se encontraban en 84 hospitales psiquiátricos.

Algunas consideraciones finales

La revisión de los obstáculos, dificultades y logros en la salud mental comunitaria, en América Latina y el Caribe permite resaltar que:

- Se requiere contar con políticas planes y programas nacionales de salud mental y disponer de recursos técnicos para su evaluación y monitoreo, tanto en lo atinente a los procesos de planeamiento y gestión como en lo relativo a la determinación de su impacto (14, 15).
- Es necesario garantizar la sostenibilidad de los proyectos locales de salud mental comunitaria mediante el respaldo de los organismos y sectores de ámbito nacional. (16)
- Es imprescindible hacer más patente la presencia de la salud mental comunitaria mediante la demostración de la carga que significan las enfermedades mentales y su relación con los problemas económicos y sociales. La superación del desconocimiento sobre el tema y de los mitos que aún subsisten, contribuirá a demostrar la factibilidad de intervenir con éxito en la promoción de la salud mental y en la prevención y tratamiento de los trastornos mentales, juntamente con su rehabilitación (10).
- Es preciso superar el modelo tradicional curativo, centrado en el hospital psiquiátrico, mediante la oferta de alternativas más efectivas, que hagan asequibles los servicios tanto a la población afectada por trastornos mentales y problemas psicosociales como a la que está en situación de alto riesgo.
- En la actualidad, casi todos los países de este continente disponen de políticas y planes de salud mental y de legislaciones que protegen al paciente y su familia; no obstante, se reconoce que el nivel de implementación es bajo. Esta situación puede considerarse derivada de la falta de sensibilidad de las administraciones y sectores responsables, así como de la poca visibilidad que le hemos venido asignando a la salud mental. Es necesario hablar en el idioma de quienes toman decisiones y demostrarles la carga de las enfermedades mentales en términos comprensibles para ellos. Con este propósito, hay que convencerlos de la importancia que tiene para su gestión la prevención y tratamiento de los trastornos mentales y la posibilidad de reintegrar a los enfermos a la sociedad.
- Es imprescindible contar con estadísticas fidedignas, utilizables para la evaluación de los servicios y la diseminación de información confiable sobre salud mental.
- La atención primaria y la comunidad son los puntales de la reestructuración de la atención psiquiátrica tal como figuran en los postulados básicos de la Declaración de Caracas. La forma en que estos servicios estén organizados y la delimitación de su campo de acción es fundamental para garantizar su efectividad y calidad.

- Existen diferencias entre el sistema de servicios de atención primaria de la salud y los servicios comunitarios de salud mental, tanto formales como informales. Ambos modelos se complementan y no son en modo alguno excluyentes. Es así necesario, integrarlos en un solo sistema de atención primaria, definir sus funciones de manera unívoca y determinar las circunstancias en que les corresponde actuar.
- Un reto presente en esta etapa es arribar a un consenso en cuanto a las funciones correspondientes a la salud mental comunitaria y las atinentes a la práctica de la psiquiatría en la atención primaria. Además de señalar las similitudes entre una práctica y otra, es preciso aclarar ciertos puntos en relación con el papel desempeñado por los agentes tradicionales que cooperan con los centros comunitarios. En algunos casos será necesario guiarlos para que modifiquen su praxis e incorporen nuevos quehaceres y concepciones, tarea ardua que requiere una elevada capacidad de negociación.
- El Atlas de recursos de salud mental (17) y las memorias del Foro de Centroamérica y el Caribe (8) aportan inapreciables datos que permiten una primera evaluación del camino recorrido y señalan posibilidades de desarrollo. Ambos documentos constituyen un valioso aporte de los organismos internacionales para lograr una visión integradora. Sin embargo, es necesario que cada país realice un análisis de su situación de salud mental que permita elaborar planes y programas concretos, tanto para el largo plazo como para las situaciones urgentes.
- Un papel altamente relevante de los organismos internacionales y la cooperación internacional es el fortalecimiento de las capacidades técnicas y el fomento del desarrollo de planes y programas de salud mental. El perfeccionamiento de los sistemas de información estadística y la promoción de investigaciones cualitativas y cuantitativas son acciones necesarias para adquirir un mejor conocimiento y acumular evidencias a estos fines.
- Una función igualmente importante de la cooperación internacional es la asistencia en la generación y difusión de conocimientos sobre la efectividad de los programas y proyectos de servicios de salud mental comunitaria. Es necesario contar con un sistema que permita la comunicación directa entre los países y para ello debería contemplarse la creación de una red internacional de servicios comunitarios de salud mental de la región, que a corto plazo se podría convertir en una fuente inapreciable de datos y experiencias enriquecedoras. Esta iniciativa se podría complementar con la firma de convenios de colaboración entre países y la convocatoria de foros de intercambio sobre estos temas.

El siglo que se inicia trae consigo la encomienda de continuar por el camino trazado por la Declaración de Caracas, completar las acciones de la Iniciativa para la reestructuración y sobre todo iniciar una nueva etapa de consolidación y avance; así mismo, nos enfrenta con la tarea de incorporar los más recientes avances de la ciencia y superar al hospital psiquiátrico, adoptando servicios de un nuevo tipo, garantes de los derechos de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Levav I y González R eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Programa de Promoción de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1991.
2. Levav I edit. Temas de Salud Mental en la Comunidad. OPS, Serie Paltex Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
3. Barrientos, G, Martínez C, Rodríguez J y Valdés M. La reorientación de la atención psiquiátrica en Cuba. En: Enfoques para un debate en salud mental. OPS, La Habana. Ediciones Conexiones, 2001.
4. Organización Panamericana de la Salud. Taller sobre formulación de políticas y planes de Salud Mental. Informe final San Salvador Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1992.
5. Organización Panamericana de la Salud. II Reunión de Directores de Programas Nacionales de Salud Mental de Países Suramericanos Informe Final. Río de Janeiro. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1993.
6. OPS. Tercera Reunión del Grupo de Acción en Salud Mental de Centroamérica Panamá y Belice Informe final. Panamá. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1993.
7. Organización Panamericana de la Salud. I Grupo de Trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministerios de Salud de América Latina. Evaluación de la Iniciativa para la Reestructuración Panamá. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1996.
8. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental en Centroamérica. Documentos del Foro de Políticas de Salud Mental Republica Dominicana. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 2004.
9. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD40.R19 del Consejo Directivo 1997. Organización Panamericana de la Salud Washington, D.C.
10. Prevention and promotion in Mental Health. Mental Health Evidence and Research, 2002.
11. Angosto Saura Tiburcio. Colombia: Del Coronel Buen Día a Rosario Tijeras Cuad. Psiquiatr. Comunitaria Vol. 2 No. 1 pp. 64-77, 2002.
12. World Health Organization. World Health Report Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization. Geneva, 2001.
13. Caldas de Almeida JM y Cohen A, eds. Experiencias innovadoras de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., 2005.
14. Caldas de Almeida J. M. Políticas de Salud Mental en: Conferencia “Salud Mental en la Américas: Asociándonos para el progreso”. Organización Panamericana de la Salud Washington, D.C., 1997.
15. World Health Organization. Mental Health A Call for Action by World Health Ministers. World Health Organization. Geneva, 2001.

16. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2004.
17. World Health Organization. Atlas Mental Health Resources in the World 2001 World Health Organization. Geneva, 2002.

CUMPLIR CON LA DECLARACION DE CARACAS...ASEGURAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD MENTAL

Alberto Minoletti*

1. Importancia de los planes nacionales de salud mental

Una política y plan nacional de salud mental explícitos constituyen una herramienta esencial para que un ministerio de salud responda adecuadamente a las necesidades de salud mental de la población, tal como ha sido reconocido en varios documentos de la OMS en los últimos 30 años (1-4).

La experiencia de diferentes países ha mostrado la relevancia que tienen las políticas y planes nacionales en el campo de la salud mental permitiendo definir los grandes objetivos que se quieren alcanzar y las estrategias principales que contribuyen a lograrlos (4). La formulación de políticas y planes y su implementación posterior genera alicientes para mejorar los procedimientos, asignar a los problemas de salud mental su debida prioridad, determinar las formas de intervención con que se les aborda y, emprender el desarrollo concreto de servicios y actividades en ese campo.

La influencia positiva de las políticas y planes se expresa también al poner de relieve los problemas de salud mental, el reconocimiento de su importancia y vincularlos más según la carga de enfermedad que representan y la efectividad de las intervenciones disponibles en la actualidad. Por otra parte, las políticas y planes contribuyen a identificar los actores principales en el campo de la salud mental, a definir sus funciones y responsabilidades y facilitar el consenso para desarrollar las diferentes acciones requeridas (4).

Los distintos países que han implementado planes nacionales o regionales de salud mental han informado acerca del impacto significativo, tanto en la forma como se ofrecen los servicios como en el nivel de salud mental de la población. Entre los indicadores evaluados se destacan: accesibilidad, calidad de la atención, organización y coordinación de los servicios, cantidad y proporción de la prestación de la atención y cuidados comunitarios, nivel de participación de los usuarios y familiares, satisfacción de la población servida, calidad de vida y nivel de integración (5 -14). La ausencia de una política y plan nacional de salud mental en un país puede tener consecuencias negativas para el desarrollo de servicios y posiblemente también para el nivel colectivo de salud mental (15, 16).

Los términos políticas, planes y programas han recibido acepciones tan distintas que la OMS ha propuesto definiciones estándares con el fin de contribuir a la

* Jefe del Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud. Santiago, Chile

comunicación entre los distintos países (4). En el cuadro 1 se enumeran los principales elementos de dichas definiciones. Estas no son rígidas ni excluyentes entre sí, pero sus límites son imprecisos, de tal manera que en la realidad se aplican con diversos traslajos. En el presente trabajo se utilizará el término “plan” en un sentido amplio, incluyendo elementos conceptuales de política y programa de acuerdo a las definiciones de OMS.

Cuadro N° 1. Características de políticas, planes y programas en salud mental			
	Política	Plan	Programa
Foco	<ul style="list-style-type: none"> • Visión • Valores • Principios • Objetivos amplios 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias • Cronograma • Financiamiento • Recursos • Metas 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones específicas • Recursos • Presupuesto
Determinación de prioridades	Entre salud mental y otros problemas de salud y entre temas de salud mental	Áreas de acción y tipos de estrategia	Enfoque específico sobre las prioridades de corto plazo
Amplitud del contenido	General	General o específico	Específico
Duración	Larga (5 a 10 años)	Media (3 a 8 años)	Corta (1 a 5 años)
Área geográfica	País o división mayor de un país	País o división menor de un país	País o áreas locales pequeñas

Fuente: Adaptado de la OMS, 2005

2. La Declaración de Caracas desde la perspectiva de los planes nacionales

La Declaración de Caracas no menciona explícitamente el desarrollo de planes nacionales de salud mental (17), no obstante, 16 países de la Región de las Américas (un 56,5% del total) formularon un plan nacional de salud mental (18) entre los años 1991 y 2001. En el cuadro 2 se puede observar que en nuestra Región el número de países con estos planes sobrepasó en esa década el promedio mundial.

Cuadro N° 2. Países con planes o programas nacionales de salud mental			
Regiones de OMS	Países con plan anterior a 2001 (%)	Países con plan entre 1991 y 2001 (%)	Total de países con plan el 2001 (%)
Américas	35,1	45,5	80,6
África	25,4	48,5	73,9
Asia Sudoriental	45,7	34,3	80,0
Europa	16,1	39,0	55,1
Mediterráneo Oriental	63,7	22,7	86,4
Pacífico Occidental	19,7	39,6	59,3
A nivel mundial	32,4	37,3	69,7

Fuente: información obtenida de la OMS, 2001

Dos años y medio después de la Conferencia organizada por OPS, celebrada en noviembre de 1990, en la que se adoptó por aclamación la Declaración de Caracas, se pudo constatar que los principios que se señalaban en ella se habían incorporado definitivamente en el discurso de la atención en salud mental en Latino América. Tanto los profesionales de la salud mental como los no profesionales a menudo se referían a estos principios. Sin embargo, el aspecto técnico para la implementación de dichos principios en salud mental y psiquiatría, aunque habían experimentado algún progreso, habían experimentado un desarrollo considerablemente menor (19).

Esta debilidad técnica, reconocida por los líderes de la Declaración, permitió que la fuerte oposición por parte de algunos grupos de profesionales y administradores retardara la implementación de la reestructuración psiquiátrica en muchos países de la Región. El temor de que se repitieran los errores previos de algunos procesos de desinstitucionalización, donde las personas con enfermedades mentales terminaron en la calle, sin cuidados suficientes, fue uno de los argumentos esgrimidos contra el proceso (19).

En contraposición a la debilidad técnica mencionada, los valores y principios enunciados en la Declaración de Caracas tienen hoy una gran fortaleza ética, humanista y en el campo de las motivaciones. Así, es como se ha convocado a muchos profesionales, técnicos, personas con enfermedades mentales y a sus familiares, con el fin de elaborar nuevos modelos de atención que respondan mejor a las necesidades de la población. Estos valores y principios, cuya plena vigencia en la actualidad es evidente, siguen siendo una referencia para la formulación de planes nacionales. En el cuadro 3 se presenta un

resumen de estos valores y principios, ordenados de acuerdo al módulo de la OMS sobre política, planes y programas (4).

Cuadro N° 3. Valores y principios de la Declaración de Caracas	
Valores	Principios
Permanencia del enfermo en su medio comunitario	<ul style="list-style-type: none"> - Atención centrada en la comunidad y dentro de redes sociales - Sistemas locales de salud - Legislación que promueva servicios comunitarios - Reafirmación de que el hospital psiquiátrico aísla al enfermo de su medio
Atención psiquiátrica ligada a la atención primaria de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración de la atención psiquiátrica - Capacitación de recursos humanos para su desempeño en el modelo comunitario - Reiteración de que el hospital psiquiátrico concentra recursos financieros y humanos
Respeto de los derechos humanos	<ul style="list-style-type: none"> - La atención prestada debe salvaguardar los derechos humanos - La legislación debe asegurar el respeto de los derechos humanos - El hospital psiquiátrico pone en peligro los derechos humanos

Fuente: adaptado de la OPS, 1991

En los 15 años que han transcurrido desde la Declaración de Caracas, se han producido avances significativos en la epidemiología, los tratamientos farmacológicos, las intervenciones psicosociales y la gestión de salud pública en salud mental, lo que permite que en la actualidad se disponga de elementos técnicos para que los valores y principios de la Declaración, a través de planes nacionales, sean eficaces (4, 5, 20, 21).

3. El Compromiso de los planes nacionales de salud mental de Chile con la Declaración de Caracas

Chile representa un buen ejemplo de cómo los planes nacionales pueden jugar un papel determinante en la implementación de los valores y principios de la Declaración de Caracas. Meses antes que ésta fuera proclamada, el país había iniciado el proceso de retorno a la democracia, después de 17 años de dictadura, y se encontraba especialmente receptivo a nuevas ideas y a procesos participativos de tipo social.

3.1 Plan nacional de salud mental 1993

En 1991, se realizó en Chile una conferencia nacional en la que participó un gran número de profesionales de salud mental, habiéndose debatido las principales ideas de la Declaración de Caracas (22). A partir de esa reunión se inició un proceso de cambio. Los profesionales más cercanos al modelo comunitario, tanto en el nivel local como en el Ministerio de Salud, intercambiaron ideas en torno a los nuevos valores y principios y buscaron caminos de acción para ponerlos en práctica.

El fruto de este proceso fue el Plan nacional de salud mental de 1993, aprobado por las autoridades del Ministerio de Salud (23) y ampliamente difundido en el sistema público de salud (del cual se benefició cerca del 70% de la población). Las principales estrategias de este plan fueron:

- Integrar la salud mental en todos los programas de salud en los tres niveles de atención.
- Constituir equipos multiprofesionales a cargo de la gestión de los programas de salud mental en cada una de las 28 áreas de salud del país
- Desarrollar el componente de salud mental en la atención primaria de salud.
- Enfatizar el desarrollo de la capacitación continuada de los equipos de salud en contenidos de salud mental.
- Integrar acciones de protección de la salud mental del recurso humano de salud.
- Generar propuestas legales tendientes a proteger los derechos de las personas con trastornos mentales.

Uno de los logros fundamentales de este Plan fue el desarrollo del “Soporte Organizativo” (8) que consistió en la disposición de equipos multiprofesionales, tanto en el Ministerio de Salud como en cada una de las 28 áreas de salud, los cuales han seguido operando hasta hoy en día. Los miembros de estos grupos han desempeñado funciones de

activistas de la salud mental y del nuevo modelo comunitario, de gestores de programas, y de coordinadores de las redes asistenciales e intersectoriales.

El plan definió también “Áreas Prioritarias de Desarrollo” con el fin de concentrar los recursos y los esfuerzos en los aspectos que se consideraban más urgentes o que tenían valor estratégico. Las áreas prioritarias fueron: salud mental infanto-juvenil, salud mental en atención primaria de salud, red de servicios clínicos de psiquiatría y salud mental, ingestión problema de alcohol y consumo indebido de drogas, rehabilitación de discapacitados de causa psíquica, de víctimas de violencia doméstica y de casos de violaciones de derechos humanos durante la dictadura.

A cada una de estas áreas se le asignaron algunos recursos financieros específicos, tanto por reasignación de recursos ya existentes como a través de fondos de expansión. Estos recursos permitieron iniciar una serie de experiencias piloto innovadoras en diferentes lugares del país. Se generó así un pujante proceso de aprendizaje mediante el cual aumentó la cantidad y calidad de las actividades de salud mental en atención primaria. Al mismo tiempo surgieron por primera vez centros de salud mental comunitarios, hospitales de día, hogares protegidos, programas de rehabilitación psicosocial y agrupaciones de familiares que exigían la salvaguarda de los derechos de las personas con enfermedades mentales.

Una de las limitaciones de este proceso fue, sin embargo, la ausencia de un modelo de red de servicios de salud mental, con definiciones más precisas de las funciones y las jerarquías de los distintos dispositivos, que permitieran evitar superposiciones y facilitaran la comunicación e inserción de los diversos elementos asistenciales en la red de salud general. Otra de las dificultades observadas fue la división que surgió entre los profesionales de orientación predominantemente psicosocial y comunitaria, liderada por psicólogos y trabajadores sociales y los profesionales de orientación preferentemente biomédica y clínica, dirigida por psiquiatras. Esta división generó interacciones que se distinguieron por las críticas y las descalificaciones mutuas.

3.2 Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000

En 1997, el sector salud en Chile inició un proceso de análisis de la reforma de salud que el país necesitaría. En dos aspectos particulares de este proceso quedó demostrada la necesidad de modificar algunos de los planteamientos del plan de salud mental 1993, para que concordaran con las normas que se estaban aplicando en la salud general.

El Ministerio de Salud determinó cuales eran los problemas de salud prioritarios, considerando tanto su magnitud como la factibilidad de intervenciones efectivas. La carga de enfermedad atribuible a los trastornos mentales, calculada a partir de los años de vida útil perdidos ajustados por discapacidad (AVAD) (24) y los avances en psicofarmacología

y en intervenciones psicosociales, puso en primer plano por primera vez algunos problemas de salud mental. Vale destacar que para competir con otros programas de salud por las asignaciones presupuestarias, era necesario calcular, para cada trastorno mental priorizado, la demanda estimada y el costo promedio del tratamiento por persona.

Por otra parte, el Ministerio inició un estudio nacional de la red de establecimientos de salud, con el objeto de definir las necesidades futuras de inversiones en infraestructura. Este estudio requirió que el equipo profesional ministerial de salud mental estableciera definiciones más precisas sobre el modelo de la red de atención en salud mental que se propondría desarrollar en el país. Esto obligó a revisar a fondo las distintas experiencias piloto de dispositivos y redes que se habían instaurado en los últimos años con el Plan 1993. Asimismo, se analizaron modelos de redes de atención en salud mental de otros países.

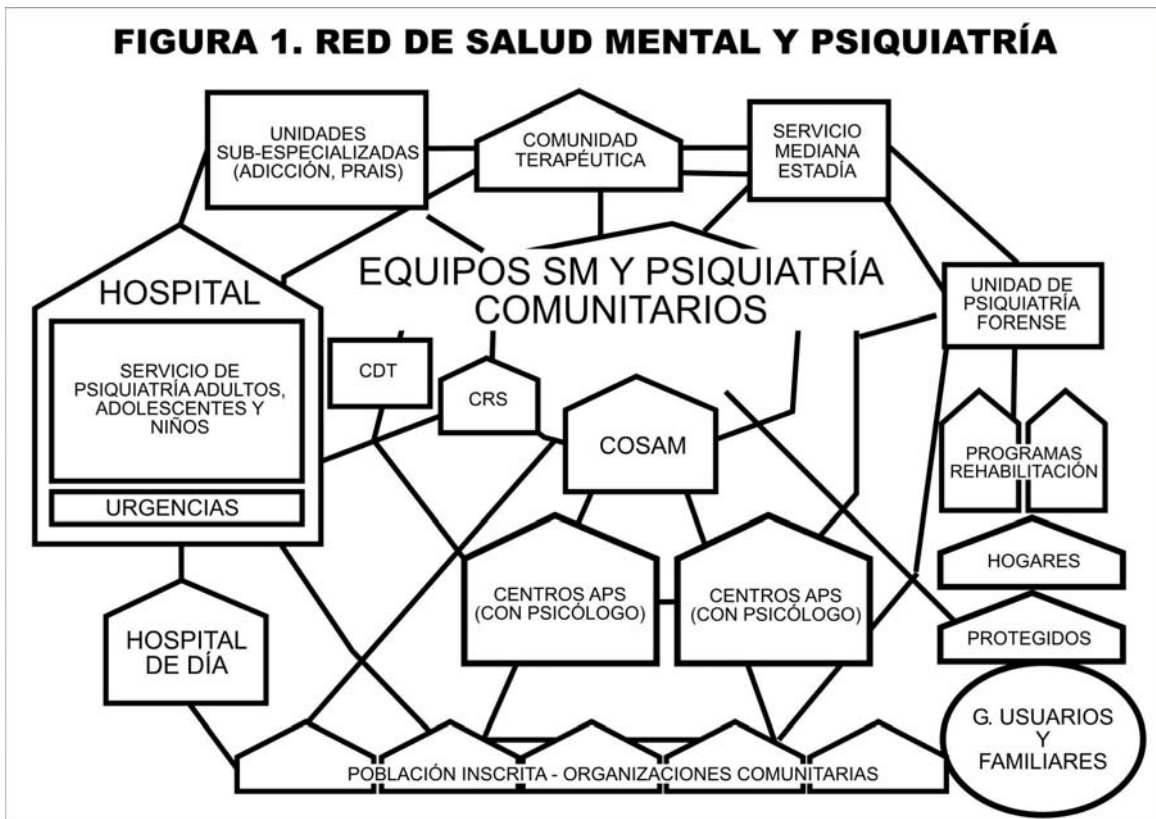
En 1998, una crisis político-gremial, acaecida en el hospital psiquiátrico, institución con el mayor número de recursos humanos en salud mental del país, cuestionó el Plan Nacional 1993 por no haber respondido suficientemente a las necesidades de las personas con trastornos mentales más serios. Esta situación puso en marcha un proceso de análisis, negociaciones y reuniones regionales y nacionales, en las que por primera vez se escucharon las voces de las organizaciones de familiares y de algunos usuarios. Este proceso fue liderado por los profesionales de salud mental del Ministerio de Salud y culminó con la publicación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000. La diseminación de este documento coincidió con el inicio del tercer gobierno democrático post-dictadura (25).

Los valores fundamentales del Plan 2000 son el desarrollo humano, el acceso universal, la integración de culturas minoritarias, la participación de usuarios y familiares y el financiamiento apropiado. Entre sus principios se destacan:

- Reconocer las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de las personas.
- Prestar atención de alta calidad técnica y con trato humanitario.
- Utilizar los enfoques comunitarios, mediante la promoción de las capacidades de personas y grupos.
- Integrar las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
- Actualizar las intervenciones de acuerdo con su efectividad y costos.

El Plan cubre la descripción de la red de servicios de salud mental y psiquiatría (ver figura 1) y de los programas para abordar las siete prioridades establecidas

(promoción y prevención, trastornos de hiperactividad/atención, víctimas de violencia, depresión, esquizofrenia, abuso y dependencia de alcohol y drogas y demencia). No obstante, los otros capítulos complementarios han sido de vital importancia para asegurar la integralidad y factibilidad de las propuestas, que incluye la intersectorialidad, participación de usuarios y familiares, financiamiento y regulación. La figura 1 ilustra la Estructura de la Red Nacional de Salud mental de acuerdo con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de 2000 del Ministerio de Salud.



PRAIS = Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos (para víctimas de la dictadura militar, 1973-1990).

COSAM = Centro Comunitario de Salud Mental Familiar

CRS = Centro de Referencia de Salud

CDT = Centro de Diagnóstico y Tratamiento

Centros APS = Centros de Atención Primaria de Salud

Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. 2000

El Plan 2000 no consiguió la aprobación del financiamiento incrementado año a año, que hubiese permitido acortar en forma sistemática las brechas existentes en los programas y redes de salud mental. Sin embargo, se ha podido reorganizar y reasignar recursos existentes de acuerdo al modelo comunitario propuesto; también se ha logrado obtener todos los años recursos de expansión para financiar algunas de los programas prioritarios y asignar, en casos de crisis, fondos de contingencia de una manera coherente y consistente con el modelo.

Entre las principales limitaciones del Plan, tal y como fue formulado, está la insuficiencia de propuestas para áreas de acción consideradas fundamentales por la OMS para el desarrollo de políticas, planes y programas (4). Entre esas áreas de acción se destacan las relacionadas con el desarrollo de recursos humanos, la instalación de un sistema de información, la defensoría y legislación sobre derechos humanos de las personas con trastornos mentales y la aplicación sistemática de la evaluación e investigación de políticas y servicios.

Con respecto a la implementación del plan, las limitaciones más importantes han sido la insuficiencia de recursos para promoción/prevención y para la atención de personas afectadas con demencia, víctimas de violencia y trastornos de hiperactividad/atención, así como el escaso compromiso en salud mental de parte de otros sectores del Estado y la falta de facilidades e incentivos para desarrollar los equipos de salud mental y psiquiatría comunitarios.

3.3 Aspectos generales de los dos planes nacionales de salud mental

Durante el desarrollo de ambos planes, la percepción de la mayoría de los profesionales comprometidos en su implementación, tanto en la atención primaria de salud como en la atención por especialidades, en el campo clínico y en el de gestión, ha sido que los recursos humanos, de infraestructura y operacionales disponibles han sido insuficientes en relación con las múltiples actividades por realizar. De manera similar, el apoyo político de las autoridades de salud ha sido percibido por los equipos de salud y de salud mental como inferior al requerido por la magnitud e importancia de los problemas en este campo y por la trascendencia de los cambios considerados en los planes.

Esto significa que la puesta en marcha de los planes nacionales de salud mental ha sido posible principalmente por la motivación, compromiso y esfuerzo de los técnicos y profesionales de la atención primaria y del nivel de especialidad, quienes además sienten que han debido actuar como defensores y promotores de la salud mental y de las personas con enfermedad mental ante las autoridades locales y nacionales de salud.

Otro hecho que ha caracterizado la formulación y el funcionamiento de estos planes, es que los jefes de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, que han liderado el proceso, se formaron como psiquiatras en el modelo de salud mental

intracomunitario propuesto por el Profesor Juan Marconi en la Universidad de Chile entre los años 1968 y 1973 (26, 27). Ambos profesionales, a su vez, implementaron, antes de la dictadura, un programa de salud mental comunitario en el norte de Chile (28, 29). Estas experiencias comunitarias previas eran plenamente concordantes con los planteamientos de la Declaración de Caracas y sin duda contribuyeron, 20 años después, al desarrollo de los planes nacionales descritos.

4. La Evaluación de los planes nacionales de salud mental de Chile a la luz de los principios de la Declaración de Caracas

4.1 Permanencia del enfermo en su medio comunitario

A partir de 1993, un número creciente de personas con enfermedades mentales graves y discapacitantes ha tenido la oportunidad de vivir en la comunidad con el respaldo de programas de apoyo, puestos en efecto principalmente cuando la familia está ausente o presenta alta disfuncionalidad. Entre estos programas, cada vez más descentralizados, se distinguen los de reinserción familiar, hogares y residencias protegidas, clubes de integración social, centros diurnos y atención con equipos ambulatorios de salud mental y psiquiatría.

En el cuadro 4 se puede apreciar que la mayoría de los centros de atención ambulatoria han incorporado en sus presentes enfoques el trabajo con grupos de usuarios y familiares. Se dispone de un número mayor de camas en hospitales generales para hospitalizaciones psiquiátricas de corta estadía y ha habido un desarrollo acelerado de hospitales de día, cuyo número ha llegado a 40 en el año 2005, lo que ha permitido el tratamiento de crisis graves sin separar a la persona de su medio familiar.

Cuadro N° 4. Permanencia del enfermo en su medio comunitario			
Indicador	1993	1999	2005
N° de personas en hogares comunitarios	0	179	663
N° de personas en residencias comunitarias	0	90	311
N° de clubes de integración social	0	7	52
N° de personas en centros diurnos por año	0	732	1821
N° de centros ambulatorios de atención de salud mental y psiquiatría	18	35	73
N° de centros con grupos de usuarios	0	0	58
N° de centros con grupos de familiares	0	18	59
N° de personas en hospitales de día por año	0	210	2497
N° de camas psiquiátricas en hospitales generales	239	336	397

Fuente: Minoletti A y Saxena S. Informe WHO/AIMS sobre el sistema de salud mental en Chile. Ministerio de Salud de Chile/Organización Mundial de la Salud. Santiago, Chile. 2006

4.2 Atención psiquiátrica ligada a la atención primaria de salud (APS)

Los dos planes nacionales han utilizado una serie de estrategias para aumentar la capacidad resolutive en salud mental de la atención primaria de salud (ver el cuadro 5). Actualmente la mayoría de los centros del nivel primario utilizan normas o protocolos para atender los problemas de salud mental prioritarios, cuentan con uno o más psicólogos y médicos capacitados en el manejo de estos problemas, disponen de medicamentos psicotrópicos y cuentan con apoyo de profesionales del nivel de especialidad de salud mental y psiquiatría que visitan periódicamente los centros de APS.

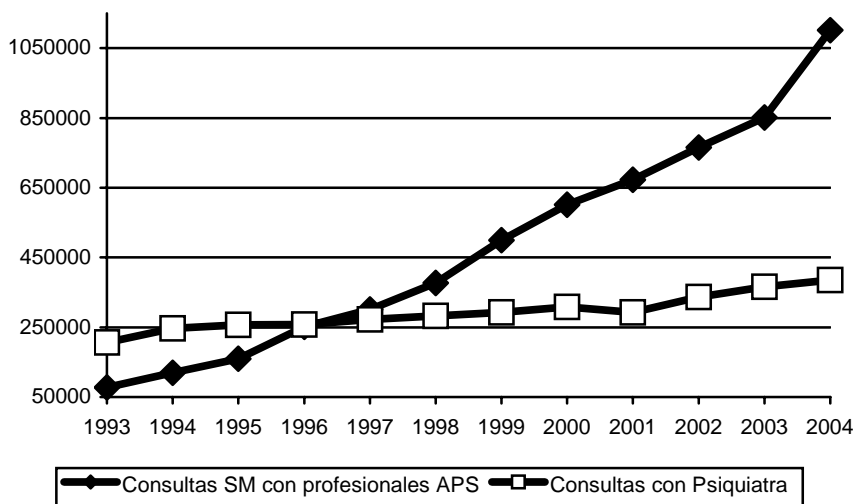
Cuadro N° 5. Atención psiquiátrica ligada a la atención primaria de salud

Indicador (% Centros APS)	1993	1999	2005
	%	%	%
Con normas o protocolos de salud mental	0	66,3	89,0
Con médicos capacitados	0	33,3	66,8
Con psicólogo	0	28,8	89,5
Con medicamentos psicotrópicos básicos	33,3	66,6	84,0
Con interacción con especialistas en salud mental	0	0	82,3
Que trabajan con grupos de usuarios	10,0	15,0	31,3
Que trabajan con grupos de familiares	0	0	15,0

Fuente: Minoletti A y Saxena S. Informe WHO/AIMS sobre el sistema de salud mental en Chile. Ministerio de Salud de Chile/Organización Mundial de la Salud. Santiago, Chile. 2006

En la figura 2 se puede apreciar que al inicio del primer plan el número de consultas de salud mental realizadas por personal profesional de atención primaria era muy inferior al de consultas por psiquiatra. Con el desarrollo del primer y segundo plan, las primeras tuvieron un crecimiento mayor que las segundas, llegando en el 2004 a tener un número casi 3 veces superior.

Figura N° 2. Número de consultas de salud mental con profesionales de la atención primaria de salud y con psiquiatras. Chile, 1993-2004.



Fuente: Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Salud Mental. Datos proporcionados por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud. 2005

Se ha podido comprobar que en el tratamiento de la depresión, al menos en mujeres, las atenciones de salud mental en la atención primaria son significativamente efectivas a corto plazo, de acuerdo con varios parámetros, según lo muestra el cuadro 6.

Cuadro N° 6. Evaluación de la efectividad del programa para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria. Consultantes mujeres.			
Variable	Antes del tratamiento	A las 10 a 12 semanas de tratamiento	Valor P
Depresión (inventario Beck)	26,2	18,5	0,0000
Síntomas ansiosos	14,9	11,7	0,0000
Balance afectivo	0,76	0,97	0,0002
Satisfacción vital global	5,30	5,90	0,0085
Satisfacción con vida familiar	5,96	6,26	0,1988
Satisfacción con la relación de pareja	5,55	6,30	0,0027
Satisfacción con la vida sexual	4,36	5,09	0,0020
Satisfacción con la relación con los hijos	7,37	7,66	0,1256

Fuente: Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile 2002

4.3 Salvaguarda de los derechos humanos

A pesar de que el Plan nacional 2000 no incluyó acciones específicas sobre derechos humanos de las personas con enfermedades mentales, hay evidencia de los progresos realizados en este campo según varios indicadores directos e indirectos que aparecen en el cuadro 7. Al inicio del segundo plan en el año 2000, un decreto presidencial estableció un nuevo reglamento de hospitalización psiquiátrica, en el que se incluye una serie de medidas que resguardan los derechos humanos. El nuevo reglamento representa un significativo avance en esta materia en comparación con el de 1927.

El reglamento del año 2000 puso en funcionamiento, por primera vez en Chile, un órgano externo de revisión de los establecimientos de hospitalización psiquiátrica: la Comisión Nacional de Protección de las Personas con Enfermedad Mental. La meta fijada es que este organismo se descentralice y tenga filiales en cada una de las 13 regiones del país; hasta la fecha ya existen tres comisiones regionales. Cerca del 50% de los hospitales psiquiátricos y servicios de psiquiatría de hospitales generales son visitados cada año por esta comisión. Esta medida ha promovido que en la mayoría de estos establecimientos se efectúen talleres sobre derechos humanos para capacitar a los funcionarios.

Los datos presentados en el cuadro 7 son indicativos de las mejoras alcanzadas en calidad de atención y reflejan el incremento del presupuesto. En 12 años se ha logrado reducir a la tercera parte el número de personas en servicios de crónicos en hospitales psiquiátricos; también ha sido posible dar una mejor oferta de medicamentos antipsicóticos y efectuar intervenciones de psicocirugía solo con el consentimiento informado de los interesados y con aprobación de la Comisión de Protección; de esta manera se ha reducido esta práctica a un mínimo. Por otra parte, las personas cuya causa ha sido sobreseída debido enfermedad mental reciben un mejor tratamiento fuera de las cárceles. Por último, cabe señalar que la proporción que representa el presupuesto de salud mental respecto al presupuesto general de salud casi se ha duplicado

Cuadro N° 7. Respeto de los derechos humanos			
Indicador	1993	1999	2005
Año del último reglamento de hospitalización	1927	1927	2000
N° de organismos de revisión externa de Hosp.	0	0	4
% de hosp. con visitas de organismo externo, al año	0	0	43,5
% de hosp. con capacitación en DDHH al año	0	0	78,3
N° de personas en servicios de crónicos	2.480	1.829	781
% de esquizofrenia con antipsicóticos atípicos	0	2,5	58,3
N° de personas con psicocirugía al año	40	40	2
N° de personas sobreseídas que permanecen en cárceles	92	78	0
% de presupuesto salud dedicado a s. mental	1,2	1,3	2,2

Fuente: Minoletti A y Saxena S. Informe WHO/AIMS sobre el sistema de salud mental en Chile. Ministerio de Salud de Chile/Organización Mundial de la Salud. Santiago, Chile. 2006

La esquizofrenia figura entre los 25 problemas de salud que, por ley a partir del primero de julio del 2005, tienen en Chile garantías explícitas de atención, financiada tanto por los sistemas públicos de seguros como por los privados. Tal como se señala en el cuadro 8, estas garantías se refieren al acceso a los servicios, la oportunidad de atención y la protección financiera. Indudablemente, tal disposición constituye un hecho histórico sin precedentes.

Cuadro N° 8. Garantías explícitas legales en Chile para tratamiento de personas con esquizofrenia. (Vigente desde el 1° Julio 2005)	
1. ACCESO	
Sospecha de tratarse de un primer episodio	Diagnóstico y tratamiento de prueba por 180 días (medicamentos)
Confirmación diagnóstica de primer episodio	Tratamiento continuo mientras se mantenga diagnóstico (medicamentos e intervenciones psicosociales)
2. OPORTUNIDAD	
Diagnóstico	Atención por psiquiatra dentro de 20 días desde la derivación al servicio
Tratamiento	Iniciado desde 1ª. Consulta
3. PROTECCIÓN FINANCIERA (co-pago máximo del 20%)	
Diagnóstico y tratamiento de prueba	US \$ 42,53 por mes
Tratamiento integral (1er. Año)	US \$ 146,42 por mes

Fuente: Primer Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Ministerio de Salud/Ministerio de Hacienda, República de Chile. 2005

4. Lecciones aprendidas derivadas de los planes nacionales de Chile y la Declaración de Caracas

Los progresos realizados en Chile confirman la experiencia de otros países sobre el efecto que tienen los planes nacionales de salud mental en el mejoramiento, la accesibilidad y la calidad de la atención. Los valores y principios de la Declaración de Caracas y los elementos técnicos de salud pública suplidos por la OMS en los últimos años, pueden transformarse en pilares para el desarrollo de modelos comunitarios de atención y para la promoción y resguardo de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales.

Los planes nacionales, sin embargo, no son suficientes por si solos para el cumplimiento de estos propósitos. Aparentemente se obtienen mejores resultados cuando se asocian con modificaciones legales y con el desarrollo de un movimiento de defensoría de derechos, en el que los usuarios, sus familiares, los profesionales de salud mental y otros actores desempeñan un papel fundamental.

Una de las estrategias del Plan 2000 de Chile, que contribuyó especialmente a la asignación de nuevos recursos a la salud mental, fue utilizar metodologías y discursos de salud pública similares a los aplicados a otros problemas que habían sido priorizados previamente por las autoridades de salud y de hacienda pública. Los valores y principios de la Declaración de Caracas, reflejados en la asignación de prioridades, demandas

estimadas, efectividad de intervenciones, costos y beneficios, satisfacción de usuarios, etc., tuvieron un mayor impacto que los valores y principios en sus estados puros.

El Plan 1993 encontró resistencias por parte de algunos equipos de psiquiatría, basadas en una supuesta mayor focalización del plan en aspectos psicosociales de promoción y prevención, por encima de las intervenciones clínicas y curativas. El Plan 2000, teniendo en cuenta esas críticas, incorporó deliberadamente en su texto las partes en que ambas corrientes demostraban mayor sensibilidad. Se realizaron múltiples reuniones con diferentes grupos de profesionales, en las que también participaron profesionales de otros países en los que se habían aplicado reformas psiquiátricas; estos encuentros permitieron llegar a algunos acuerdos básicos sobre hogares protegidos y programas de rehabilitación comunitaria. Esto, a su vez, contribuyó a lograr la detención de nuevos ingresos a servicios de crónicos y la progresiva inserción social de los que se encontraban hospitalizados en ellos por largos años.

Mediante esta estrategia de negociaciones y acuerdos, el Plan 2000, cuyo nombre “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría” no fue obra de la casualidad, obtuvo una amplia base de apoyo entre distintos grupos profesionales, hasta ese momento en posiciones antagónicas. A las representaciones de los profesionales se sumaron grupos de usuarios y familiares, los cuales pudieron obtener un espacio para plantear sus demandas y ofrecer sus aportes, llegando a sentir que el plan realmente representaba sus intereses. Lo anterior ha permitido hacer transformaciones en los hospitales psiquiátricos, redirigiendo recursos hacia servicios comunitarios. Si bien algunos actores han formulado críticas a la forma que se ha aplicado el plan en determinados lugares, no han surgido hasta la fecha cuestionamientos fundamentales a los contenidos del plan en sí mismo.

El hecho de disponer de un plan nacional, que define problemas prioritarios y sugiere programas operacionales con actividades organizadas para enfrentarlos, parece ser una estrategia efectiva para comprometer a los equipos de técnicos y profesionales de la atención primaria de salud en los problemas de salud mental. Esto requiere, además del refuerzo de recursos humanos o la reasignación de horas contratadas, la capacitación en destrezas en salud mental y el fomento de la interacción regular con equipos especializados (psiquiatría), a través de cuidados compartidos, reuniones clínicas, y diversas formas de comunicación directa y a distancia.

El desarrollo de planes nacionales, de acuerdo a lo observado en Chile, requiere la participación de un conjunto de profesionales capacitados en el modelo de atención comunitaria y provistos de las habilidades de gestión necesarias para su implementación. La inserción de este tipo de profesionales en el Ministerio de Salud, en las direcciones regionales de salud y en los dispositivos de la red es fundamental para el éxito de los planes.

La relación entre un plan nacional de salud mental y las experiencias locales que desarrollan equipos de salud general y salud mental, juntamente con organizaciones de usuarios, familiares y otros grupos sociales, es de alta complejidad y exige esfuerzos para lograr un nivel óptimo. Ciertamente el plan puede prescribir a los actores de base objetivos y metas, facilitar tecnologías y recursos, y promover motivaciones y mejores respuestas a las necesidades de la población. No obstante, puede al mismo tiempo, frenar los procesos locales de liderazgo, iniciativas, creatividad y movilización de recursos comunitarios. Un plan que se diseña e implementa sinérgicamente con actores locales, a los que se les entrega herramientas para potenciar sus propias habilidades y destrezas y que recibe retroalimentación permanente, tiene más posibilidades de ser efectivo.

Al avanzar en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental, donde el papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico es debilitado, se corre el riesgo que ese papel se traslade al servicio de psiquiatría del hospital general. Sin embargo, en este último establecimiento, los psiquiatras y otros profesionales de salud mental encuentran múltiples oportunidades e incentivos para incorporarse al nuevo modelo, cuales son las representadas por el aprendizaje clínico, docencia de pre y post grado, investigaciones, menor riesgo de estrés laboral, apoyo de técnicos paramédicos y de otros funcionarios auxiliares, y también incentivos económicos.

La experiencia chilena ha demostrado que en aquellos lugares donde se han conformado equipos o centros de salud mental comunitarios, sectorizados con un área de influencia definida (de preferencia municipio), se obtiene una mayor satisfacción de los usuarios y mayor inserción social de los pacientes que en los centros ambulatorios incorporados a hospitales generales. Los centros de salud mental comunitarios tienen la ventaja de conocer mejor la realidad socio-cultural local, movilizar sus recursos, articularse más estrechamente con los centros de atención primaria de salud y trabajar en conjunto con grupos de usuarios y familiares. Consecuentemente, los planes nacionales deben utilizar diferentes incentivos como estrategias para lograr que los profesionales de salud mental se desplacen desde los hospitales generales a los centros de salud mental comunitarios.

Cuando se aprobó, la Declaración de Caracas parecía una utopía. Al ser mirada en forma retrospectiva parecería que la reestructuración de la atención psiquiátrica planteada por la declaración, era tarea imposible de ser realizada en forma masiva, aun contando con Planes Nacionales, dada la escasez de elementos técnicos disponibles en América Latina y el Caribe a principios de la década de los noventa. No obstante la declaración tuvo la virtud de generar procesos de aprendizaje técnico de enorme riqueza. El llamado a los valores y la motivación promovida por la Declaración, la disponibilidad de asesores europeos que habían participado en procesos de reforma en sus países y la respuesta de usuarios, familiares, profesionales y otros actores locales que se comprometieron en experiencias innovadoras, fueron generando las respuestas técnicas que faltaban.

En este sentido, el primer Plan de Chile de 1993, al entregar orientaciones y algunos recursos, generó una serie de innovaciones locales que funcionaron como verdaderas experiencias piloto y áreas de demostración. El aprendizaje que resultó de éstas, fue fundamental para la generalización de las buenas prácticas al resto del país en el segundo Plan del 2000. Las enseñanzas adquiridas con el Plan 2000 alumbran hoy los caminos para hacer frente a los desafíos de la salud mental del Chile de hoy y, tal vez, también, pueda servir de testimonio de aciertos y desaciertos para otros países de la región.

La historia de estos 15 años es gratificante y esperanzadora. Las consignas lanzadas en Caracas se han transformado en acciones innovadoras; los profesionales han reforzado sus compromisos en el campo de la ética y los valores y han desarrollado mejores respuestas técnicas. Es satisfactorio declarar que hoy en día hay un número creciente de personas con enfermedades mentales que pueden ejercer el derecho a una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS

1. World Health Organisation (WHO) (1984). *Mental Health Care in Developing Countries: A Critical Appraisal of Research Findings*. Geneva: WHO, Technical Report Series 698.
2. World Health Organisation (WHO) (1987). *Care for the Mentally Ill. Components of Mental Policies Governing the Provision of Psychiatric Services*. Montreal: WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health.
3. World Health Organisation (WHO) (1996). *Public Mental Health: Guidelines for the Elaboration and Management of National Mental Health Programmes*. Geneva: WHO, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
4. World Health Organisation (WHO) (2005). *Mental Health Policy, Plans and Programmes*. Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence.
5. Kemp DR (1994). *An Overview of Mental Health Policy From an International Perspective*. In: Kemp DR (editor). *International Handbook on Mental Health Policy*. London: Greenwood Press.
6. Cohen H, Natella G (1995). *Trabajar en salud mental, la desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
7. De Jong JTV (1996). *A Comprehensive Public Mental Health Programme in Guinea-Bissau: a Useful Model for African, Asian and Latin-American countries*. *Psychological Medicine*, 26:97-108.
8. Pemjeam A (1996). *El proceso de reestructuración de la atención en salud mental y psiquiatría en Chile (1990-1996)*. *Cuadernos Médico Sociales*, 37(2):5-17.
9. Montejó J, Espino A (1998). *Sobre los resultados de la reforma psiquiátrica y de la salud mental en España*. En: García J, Espino A, Lara L (editores). *La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo*. Madrid: Díaz de Santos. p. 363-87.
10. Thornicroft G, Tansella M (1999). *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*. London: Cambridge University Press.
11. Alarcón, RD y Aguilar-Gaxiola SA. (2000). *Mental Health Policy Developments in Latin America*. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4): 483-90.
12. Barrientos G, Martínez C, Rodríguez J y Valdés M (2001). *La reorientación de la atención psiquiátrica en Cuba*. En Aleotti AA (coordinador). *Enfoques para un Debate en Salud Mental*. La Habana: Conexiones, p 87-108.
13. Government of Australia (2003). *Evaluation of the Second National Mental Health Plan*. Steering Committee for the Evaluation of the Second National Mental Health Plan 1998-2003.
[http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs/\\$FILE/Evalsnmhp.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs/$FILE/Evalsnmhp.pdf)
14. Minoletti A y Zaccaria A (2005). *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia*. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Por publicar.

15. Pearson V (1992). Community and culture: a Chinese Model of Community Care for the Mentally Ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 38(3):163-78.
16. Phillips MR (2000). Mental Health Services in China (editorial). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9(2):84-8.
17. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1991). Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su Implementación. Washington: OPS, Programa de Promoción de Salud.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Ginebra: OMS.
19. Levav I, Restrepo H y Guerra de Macedo C (1994). The Restructuring of Psychiatric Care in Latin America: A New Policy for Mental Health Services. *Journal of Public Health Policy*, Spring: 71-85.
20. García J, Espino A y Lara L (eds.) (1998). La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
21. Goering P, Cochrane J, Lesage A et al. (1998). Review of the Best Practices in Mental Health Reform. Ottawa: Health Canada.
22. Ministerio de Salud Chile, Cooperación Italiana y OPS (1992). Desafíos en Salud Mental y Atención Psiquiátrica: Accesibilidad, Equidad, Participación. Santiago, Chile: Centro de Recursos para la Atención Primaria en Salud, CRAPS.
23. Ministerio de Salud de Chile (1993). Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. Santiago: Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud.
24. Minoletti A, López C y col (1999). Las Enfermedades Mentales en Chile: Magnitud y Consecuencias. Santiago: Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud de Chile.
25. Ministerio de Salud de Chile (2000). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago: Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud.
26. Marconi J (1971). Asistencia psiquiátrica intracomunitaria en el área sur de Santiago. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 12: 255.
27. Marconi J (1973). La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 19: 17.
28. Minoletti A y Pemjean A (1973). Salud mental en el norte de Chile: un desafío teórico y operacional. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 19: 434-444.
29. Minoletti A y Pemjean A (1976). Prevención secundaria del alcoholismo en un área urbana. Evaluación de tres modelos: asilar, integral y unidad de salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 22: 184-194.

LA DECLARACIÓN DE CARACAS: UN INSTRUMENTO ESENCIAL PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES MENTALES

Javier Vásquez*

I. Introducción

En 1990 la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) convocó a distintas organizaciones, autoridades de salud, profesionales de las ciencias de la salud y del derecho, así como usuarios de los sistemas de salud mental a la *Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina* celebrada en Caracas, Venezuela. En el marco de esta conferencia, el 14 de noviembre de 1990 se adoptó la *Declaración de Caracas*, en la cual se proponen distintas medidas para lograr la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina (1)

Una de las estrategias que se deriva de la Declaración de Caracas es la actualización de las legislaciones nacionales de tal forma que se asegure el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales y sus familiares, y se promueva la organización de servicios comunitarios que contribuyan a que estas personas puedan disfrutar de la libertad personal y, por consiguiente, ejercer sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y otras libertades fundamentales en pie de igualdad respecto a otros seres humanos. Igualmente, la declaración propone desarrollar en los países programas orientados a preservar los derechos humanos de los pacientes, de acuerdo con las legislaciones nacionales y de conformidad con los respectivos compromisos internacionales sobre la materia. Por su parte, el Consejo Directivo de la OPS/OMS, promulgó una resolución (2) en el 2001 para dar apoyo y seguimiento a los principios y recomendaciones de la Declaración de Caracas en el área de derechos humanos; a tal fin, instó a los Estados Miembros a que "...desplieguen esfuerzos para crear y actualizar las disposiciones jurídicas que protegen los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales..."

Conviene subrayar que, con anterioridad a la formulación de la Declaración de Caracas, la mayoría de los países de la Región de las Américas no contaba con legislaciones, planes o políticas de salud mental que específicamente se refirieran a los derechos de las personas con discapacidades mentales y sus familiares o a los mecanismos legales para hacer efectivos estos derechos. Por este motivo, la OPS, siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Caracas, consideró que era vital diseminar por medios apropiados los instrumentos internacionales básicos que protegen los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mencionadas anteriormente.

* Especialista en Derechos Humanos. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Área de Asuntos Legales/Tecnología y Prestación de Servicios de Salud.

Estos instrumentos, incluida la propia Declaración de Caracas, consagran los estándares mínimos aceptados internacionalmente que salvaguardan los derechos de dichas personas por ser consideradas un grupo que requiere protección especial debido a su particular condición de vulnerabilidad, impotencia y abandono. La OPS consideró que los documentos mencionados, escasamente difundidos, se podrían convertir en una importante guía para la promoción de la salud mental y para la elaboración de políticas, planes y legislaciones de salud mental consistentes con las obligaciones adquiridas por los estados en materia de derecho internacional público.

El presente documento pretende explicar cuáles han sido las principales iniciativas llevadas a cabo por la OPS/OMS para promover los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales, siguiendo los lineamientos establecidos por la Declaración de Caracas; también señala los principales obstáculos encontrados para el ejercicio de estos derechos en la región y cómo están siendo superados, utilizando los principios y estándares internacionales y regionales pertinentes, entre ellos los de la propia Declaración. De igual forma, se hace referencia a iniciativas aparecidas en los 15 años que han transcurrido desde la formulación de la Declaración cuyos resultados habrán de tenerse en cuenta. Es nuestro anhelo que este documento pueda servir de guía para orientar las acciones que se tomen en el futuro para lograr una efectiva protección de estos derechos y libertades.

Como ya se mencionó, tanto en la Declaración como en la Resolución del Consejo Directivo, se apremia a los estados miembros a promover la participación de los usuarios y las familias en la atención de la salud mental. Ciertamente, tal participación y la de las organizaciones que los unen son esenciales para la promoción y respeto de sus derechos, la eliminación del estigma y la erradicación de la discriminación asociados a las enfermedades mentales. El presente documento también se refiere a las iniciativas emprendidas en este campo por la OPS/OMS, las organizaciones de usuarios y sus familiares.

II. Normas generales de derechos humanos a la luz de las recomendaciones de la Declaración de Caracas

El derecho internacional ha consagrado la protección de todas las personas sin distinción de raza, color, género, idioma, religión, afiliación política, origen nacional, extracción social, posición económica o cualquier otra característica. Consecuentemente, las personas con discapacidad mental se encuentran protegidas por los instrumentos generales establecidos por el derecho internacional para la defensa de los derechos humanos (3-9). Vale la pena mencionar que las personas con discapacidades mentales se encuentran también protegidas por la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad (10). Con relación a los niños y adolescentes con discapacidad mental, los mismos se encuentran también protegidos por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (11).

Otros organismos no gubernamentales (ONG) como la *Mental Disability Rights International* (MDRI) interpretan y promueven la aplicación de las convenciones internacionales y regionales de derechos humanos en el contexto de los servicios de salud mental.

A. La Declaración de Caracas como un instrumento de referencia en las convenciones internacionales

La Declaración de Caracas es, en términos generales, el primer estándar interamericano que vinculó directamente a las convenciones internacionales de derechos humanos con las violaciones de estos derechos en el contexto de los hospitales psiquiátricos. El preámbulo de este documento señala que "...el hospital psiquiátrico [aísla] al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social [y crea] condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo..." Posteriormente, algunas convenciones regionales de derechos humanos incorporaron las recomendaciones de la Declaración como una importante referencia para interpretar los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades. Este es el caso de la Convención Interamericana sobre Discapacidad y Discriminación (10) en cuyo preámbulo señala que los estados parte tienen presente "...distintos estándares o lineamientos regionales e internacionales entre los que se menciona...la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud..."

B. La Declaración de Caracas y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Entre las normas generales de derechos humanos, económicos, sociales y culturales que guardan estrecha relación con el hospital psiquiátrico se puede mencionar el derecho de todos al disfrute del más alto nivel de bienestar físico y mental, incluyendo la protección de los minusválidos (Protocolo de San Salvador y Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ya mencionados) (8). El artículo 18 del Protocolo establece que "...toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad..." y la Declaración de Caracas de alguna forma interpreta cómo debe llevarse a cabo dicha "atención especial".

C. La Declaración de Caracas, los derechos civiles y políticos y las libertades fundamentales

El vínculo existente entre el hospital psiquiátrico, la administración de los tratamientos médicos y los derechos humanos, señalado por la Declaración ha sido también útil para interpretar las obligaciones de los Estados con relación a los derechos civiles, políticos y las libertades fundamentales de los usuarios. Los proveedores de cuidados y tratamientos deben salvaguardar los derechos fundamentales de todo ser

humano a su cuidado. Aun cuando estas obligaciones no haya sido mencionada explícitamente en la Declaración de Caracas, se sobreentiende que entre ellas sobresaldrán las que obligan a preservar la dignidad inherentes al ser humano. Derechos como la garantía de la vida, la integridad física, psíquica y moral, la libertad personal, las garantías judiciales, la libertad de pensamiento y expresión, el derecho al nombre, el derecho a la propiedad privada, el derecho de circulación y residencia, los derechos políticos, la igualdad ante la ley y la protección judicial, son fueros que es preciso salvaguardar. De hecho, de acuerdo con la Comisión Internacional de Derechos Humanos (CIDH) y otros organismos internacionales afines, las personas con discapacidades mentales representan un grupo especialmente vulnerable cuyos derechos básicos y libertades fundamentales son violados en muchas ocasiones (12).

Es importante resaltar que la Declaración de Caracas es uno de los primeros documentos en que se propone, en un plano regional, la creación de sistemas comunitarios de salud mental como una alternativa para proteger derechos habitualmente violados en hospitales psiquiátricos, tales como el derecho a la libertad personal, al debido proceso, a las garantías judiciales y a la igualdad ante la ley.

D. La Declaración de Caracas y la formulación de estándares regionales de derechos humanos y salud mental

La Declaración de Caracas ha servido de guía y punto de referencia en la elaboración de normas y estándares regionales relativos a los derechos humanos y la salud mental. Así, en el 2001 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) prescribió un nuevo estándar en derechos humanos de las personas con discapacidades mentales, inspirado en la Declaración. La CIDH, siguiendo las recomendaciones de la OPS/OMS, ha propuesto a los estados miembros de la OEA acciones concretas relacionadas con la ratificación de convenciones regionales sobre discapacidad y derechos humanos, la diseminación de las normas generales de derechos humanos y estándares sobre salud mental, la capacitación técnica de las defensorías de derechos humanos y acciones conjuntas de la sociedad civil. La CIDH también incorpora en sus recomendaciones promover la organización de servicios comunitarios de salud mental, entre cuyos objetivos figure la plena integración en la sociedad de las personas con discapacidad mental.

E. La Declaración de Caracas y la reforma legislativa

La Declaración de Caracas propuso también por primera vez en la Región la revisión sistemática de las legislaciones de salud mental al recomendar "...que las legislaciones de los países [se ajusten] de manera que aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales...". Siguiendo esta línea la CIDH propuso a los Estados de la OEA "...reformular las leyes existentes en materia de salud mental o discapacidad en general y, si éstas no existen, crear leyes que garanticen el respeto de las libertades fundamentales y los derechos humanos de las personas con discapacidad mental y sus familiares, incorporando en las mismas los estándares internacionales y las normas convencionales de derechos humanos que protegen a las personas con discapacidad mental".

De acuerdo a información recabada por la OPS/OMS, los referidos estándares, al igual que los instrumentos que protegen derechos humanos básicos, en términos generales, todavía no han sido incorporados en todas las legislaciones, políticas y planes nacionales de los países de la Región.

Los puntos básicos del sistema de protección recomendado debieran comprender:

- La diseminación de las normas generales y los estándares internacionales y regionales de derechos humanos que protegen a las personas con discapacidades mentales;
- La incorporación de estas normas y estándares en las legislaciones, políticas y planes y de salud mental;
- El empoderamiento de los usuarios para reclamar sus derechos humanos y libertades fundamentales de acuerdo a los mecanismos legales nacionales e internacionales;
- La colaboración técnica con las defensorías de derechos humanos; y
- La colaboración técnica con los organismos internacionales y regionales de derechos humanos tales como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y los organismos de derechos humanos creados por los tratados propios del Sistema de las Naciones Unidas.

III. Salud Mental y Derechos Humanos: Una Nueva Perspectiva Después de la Declaración de Caracas

Es importante tener en cuenta los antecedentes que se detallaron en la sección II con relación al uso de instrumentos de derechos humanos en el contexto de la salud mental de la Región. A continuación se muestra un resumen de los cambios ocurridos en diferentes áreas durante los últimos 15 años.

A. Cambios observados desde 1990 hasta la fecha de acuerdo con indicadores relevantes

Originalmente la iniciativa de derechos humanos desarrollada por la OPS/OMS tuvo como objetivo principal diseminar las normas generales de derechos humanos y los estándares internacionales que protegen a los discapacitados mentales. La difusión de las medidas propuestas está teniendo resultados específicos tales como la incorporación de las normas y estándares en las políticas y legislaciones de salud mental, la creación de mecanismos de protección de derechos y el fortalecimiento de las organizaciones de usuarios y, en general, de la sociedad civil. Asimismo, se ha fortalecido, bajo los auspicios de la OPS/OMS, la colaboración técnica con organismos regionales de derechos humanos tales como la CIDH. En los siguientes puntos se resumen los rasgos más importantes de la situación:

- Difusión de los instrumentos de derechos humanos para hacer frente a los abusos en los servicios de salud mental

La OPS/OMS, considera en concordancia con la CIDH, que la reforma de las legislaciones y políticas de salud mental, debe comenzar con un proceso educativo y de capacitación de las autoridades gubernamentales, defensorías de derechos humanos, profesionales de la salud mental, abogados, estudiantes de derecho, usuarios, y familiares, ONG's nacionales e internacionales y demás personas e instituciones involucradas (13).

El papel desempeñado por la OPS es vital, no sólo para diseminar los estándares y normas generales internacionales de derechos humanos arriba mencionados y capacitar a los gobiernos en este tema, sino también para fortalecer a las organizaciones de usuarios sobre todo en el ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales. Las organizaciones de usuarios y de familiares pueden constituirse en un importante vínculo que facilite la reforma de las legislaciones y políticas de salud mental.

Para lograr la diseminación y capacitación arriba mencionada, la OPS/OMS y otros organismos internacionales tales como la OEA, han estado organizando talleres de capacitación sobre derechos humanos y salud mental. Con estos talleres se pretende colaborar técnicamente con los Estados en la formulación o reforma de sus legislaciones, políticas y planes de salud mental. Hasta el presente se han realizado talleres nacionales de capacitación en 16 países de la región.

- Establecimiento de políticas de salud mental dirigidas a la protección de los derechos humanos de usuarios y familiares

Como resultado de estos talleres, la OPS ha colaborado con los países participantes en el establecimiento de redes nacionales de servicios de salud mental. En algunos de aquellos se han establecido comités técnicos, que están en el proceso de formulación/reforma de las políticas y legislaciones de salud mental.

Hasta el presente, esta iniciativa ha contribuido a la incorporación de los derechos básicos y libertades fundamentales en las políticas nacionales de salud mental de siete países.

- Legislación de salud mental orientada a la protección de los derechos humanos

La OPS está actualmente colaborando con once países en la revisión o formulación de legislación de salud mental de conformidad con las normas generales y estándares internacionales de derechos humanos.

- Creación de mecanismos nacionales para garantizar los derechos humanos en el contexto de los servicios de salud pública

En relación con la salvaguarda de los derechos humanos y mejoramiento de las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas es importante mencionar que en algunos de los países, las defensorías de derechos humanos han empezado a implementar mecanismos para la presentación de quejas y la supervisión del respeto a los derechos humanos a través de visitas a los hospitales psiquiátricos. El proyecto ha involucrado a ocho Defensorías de Derechos Humanos que han emprendido la visita a instituciones psiquiátricas para supervisar el cumplimiento de los derechos humanos y de las libertades fundamentales de los pacientes. Antes de 1990 este mecanismo de supervisión no había sido utilizado.

- Fortalecimiento de las organizaciones de usuarios para la protección de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

El proyecto ha facilitado la participación de los usuarios de los servicios de salud mental en los talleres de capacitación y en las discusiones sobre la reforma de las políticas y legislaciones pertinentes en siete países.

- Colaboración con organismos regionales de derechos humanos

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Organización Panamericana de la Salud han mantenido una estrecha colaboración durante las dos últimas décadas en relación con los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. En el 2001 la CIDH aprobó una recomendación dirigida a los estados miembros de la OEA en la que incorporó los lineamientos técnicos de la OPS/OMS sobre los derechos humanos de este grupo vulnerable. Estas normativas se refieren a la formulación o reforma de las políticas y/o legislaciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas, establecer mecanismos nacionales para la salvaguarda de los derechos humanos en esos centros y crear servicios de salud mental basados en la comunidad, acordes con la Declaración de Caracas. Su seguimiento es asegurado por visitas a las instituciones psiquiátricas de la Región efectuadas indistintamente por funcionarios de la OPS o de la CIDH.

- Medidas cautelares: mecanismo innovador para proteger la vida y la integridad física y mental de las personas admitidas en hospitales psiquiátricos

La CIDH, con la cooperación técnica de la OPS/OMS, ha empezado a utilizar con éxito, en el contexto de los hospitales psiquiátricos, el mecanismo de “medidas cautelares”. Ello significa que cuando la vida, la integridad personal u otro derecho de las personas institucionalizadas en servicios psiquiátricos se encuentren en peligro, las prácticas imperantes –sobre todo con relación a las condiciones de detención en esos centros- pueden ser revisadas por este organismo con el fin de salvaguardar los derechos básicos.

La labor de la OPS con relación a la disseminación de las normas generales de derechos humanos, iniciada en 2002, ha rendido frutos significativos. La citada organización ha patrocinado en diferentes países, talleres de capacitación tanto a dirigentes de salud pública como a personal de hospitales psiquiátricos y otras modalidades de atención a pacientes mentales. Los campos tratados comprenden, entre otros, los relativos a la revisión de políticas y planes nacionales, estándares de cuidados en salud mental, derechos humanos y evaluación de las condiciones de vida en los servicios psiquiátricos, de acuerdo a las normas internacionales y regionales vigentes.

- Cambios en indicadores relevantes vinculados al disfrute del máximo nivel posible de salud mental

El cuadro 1 muestra la situación actual, expresión de los cambios logrados desde 1990 según lo señala un número de indicadores relevantes.

Cuadro N° 1. Cambios observados en la Región según indicadores relevantes

Países donde las normas de derechos humanos se han diseminado	Personas capacitadas	Técnicos en salud mental capacitados	Políticas de salud mental que han incorporado la normativa de derechos humanos	Leyes de salud mental revisadas por los Comités Técnicos	Comités Nacionales de Derechos Humanos establecidos	Defensorías involucradas	Países donde los usuarios de los servicios han sido involucrados
16	780	300	7	11	8	8	7

IV. La Declaración de Caracas y los nuevos enfoques en el campo de la salud pública y el derecho internacional

De la lectura de este documento se puede concluir que los países de América Latina y del Caribe han empezado a reformar sus sistemas de salud mental en obediencia a los tratados internacionales que han sido ratificados, particularmente la Convención Americana, el Protocolo de San Salvador (8) y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (6). Estos instrumentos establecen obligaciones específicas para los Estados, entre otras su aplicación práctica en el contexto de los hospitales psiquiátricos y la reforma de los sistemas nacionales de salud mental, Bajo este sistema internacional de derechos humanos, algunos Estados han tenido que reparar los daños ocasionados a personas con trastornos mentales, principalmente en prisiones e instituciones psiquiátricas.

En el plano nacional, algunos Estados están estableciendo nuevos mecanismos de supervisión a través de instituciones gubernamentales tales como las defensorías de derechos humanos, las cuales en un pasado no incluían a los hospitales psiquiátricos en el ámbito de sus funciones.

Otro importante desarrollo, relativamente nuevo en América Latina y el Caribe, es la participación de usuarios en talleres de capacitación sobre derechos humanos y en el proceso de toma de decisiones relacionadas con la formulación de políticas y legislaciones de salud mental. El fortalecimiento de las asociaciones de usuarios, a través del conocimiento y ejercicio de sus derechos básicos y libertades fundamentales, es una

importante estrategia para luchar contra el estigma y la discriminación que todavía enfrentan las personas con trastornos mentales en la Región.

A pesar de que, en términos generales, los cuidados en materia de salud mental en América Latina y el Caribe todavía se prestan en hospitales psiquiátricos aislados geográfica y socialmente, se puede observar un proceso de cambio. Las redes multidisciplinarias y comités técnicos, establecidos con el apoyo de la OPS/OMS, están contribuyendo a asegurar el derecho de las personas con discapacidades mentales a vivir en la comunidad. A pesar de que este proceso es incipiente, los gobiernos han empezado a asumir el compromiso de establecer sistemas de salud mental comunitarios y garantizar los derechos humanos de los pacientes en obediencia a las obligaciones internacionales contraídas en esta área.

El ejercicio del derecho a la protección judicial y al debido proceso son requisitos indispensables para que personas con trastornos mentales puedan vivir en la comunidad. En muchas jurisdicciones los tribunales judiciales todavía están facultados para ordenar la internación de personas con trastornos mentales en hospitales psiquiátricos a pesar de ignorar las condiciones de esos centros y de tener un limitado conocimiento de los estándares internacionales a los que están obligados a someterse. Es vital que los magistrados correspondientes sean capacitados sobre estas materias para que así puedan revisar la situación de miles de personas que por obra de sus discapacidades mentales continúan privadas de la libertad y del ejercicio de sus derechos humanos básicos.

Las normas generales y los estándares internacionales sobre salud mental se están convirtiendo en un componente esencial de las políticas, planes y legislaciones correspondientes. Hoy en día, más que en el pasado, hay una tendencia a fundamentar los servicios de salud mental en normas constitucionales y de derechos humanos. Esta reforma de las políticas públicas y legislaciones no sólo permite un cuidado más integral de la salud de los individuos afectados por trastornos mentales, sino que también facilita el ejercicio de su autodeterminación y de su condición de ciudadanos. Es justo declarar que la reforma integral de los sistemas de salud mental, actualmente en marcha en los países de la Región, tiene sus raíces en la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y en la Declaración a la que dio origen.

En conclusión, el nuevo enfoque en salud mental privilegia la promoción de una atención más adecuada y oportuna. Entre sus rasgos salientes descuellan, además del uso de procedimientos terapéuticos y de rehabilitación psicosocial más eficaces, la aplicación de medidas de salvaguarda de los derechos humanos de los discapacitados mentales. La participación de la OPS/OMS en esta empresa es, ciertamente, digna de encomio. Su acción conjunta con los gobiernos y otros organismos involucrados podría dar lugar a intervenciones concretas, orientadas a prevenir daños muchas veces irreparables y también a suscitar nuevas iniciativas encaminadas a lograr que el derecho internacional llegue a ser utilizado en la protección de otras áreas de la salud pública.

REFERENCIAS

1. Levav I, Restrepo H y Guerra de Macedo C. The Restructuring of Psychiatric Care in Latin America: a New Policy for Mental Health Services. *Journal of Public Health and Policy*, spring, 73-85 (1994).
2. Organización Panamericana de la Salud. Consejo Directivo. Res. OPS 2001 CD43. R10.
3. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General. Res. 217 A (III), ONU Doc. A/810, p. 71 (1948).
4. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Asamblea General, Res. 2200, 21 GAOR (Sup. N° 16) 52, ONU Doc. A/6316 (1966).
5. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asamblea General. Res. 2200 (XXI) ONU GAOR (Sup. N°16) 49, ONU Doc. A 6316 (1966).
6. Organización de Estados Americanos. Declaración Americana de los Derechos del Hombre. Res. CD41.R1. OEA Ser. L.V/II.82 Doc. 6 rev. 1, p. 17 (1992).
7. Organización de Estados Americanos. Convención Americana sobre Derechos Humanos. Off. Rec., OEA/Ser.L.V.II. 23. Doc. 21 rev. 6 (1979) y Protocolo Adicional en Materia de Derechos Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador).
8. Organización de Estados Americanos N° 69. Documentos Básicos de Derechos Humanos en el Sistema Interamericano, OEA/Ser. LV/II Doc. 6 rev. 1, p. 67 (1992).
9. Organización de las Naciones Unidas. Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales. 213 U.N.T.S. 221, ETS N° 5 (1953).
10. Organización de los Estados Americanos. Asamblea General. Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad. (1999).
11. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Res. 1608 (XXIX-0/99) (1989).
12. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe N° 29/99, Caso 11427, adoptado por la Comisión en su sesión 1424, OEA /Ser/L/VII. 102 (1999).
13. Jiménez HV y Vásquez J. El Derecho institucional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas. *Rev. Panamericana de Salud Pública*, 9(4) 267, 2001.
14. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe anual de la CIDH. OEA/Ser/L/II 1111/Doc. 20 rev. (2001).

SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS

Jorge Chuaqui*

La Agrupación Nacional de Usuarios de Servicios de Salud Mental de Chile, asociación que me honro en presidir, ha establecido que los derechos de los usuarios, vale decir, los derechos de las personas atendidas en los servicios de salud por afecciones psiquiátricas, se encuentran compendiados en la siguiente lista. Los medios para lograr su goce efectivo deben estar garantizados legalmente por el Estado y así lo ha expresado claramente nuestra organización.

Derechos de los usuarios por los que lucha la Agrupación Nacional:

1. A la no discriminación y a que se conozcan plenamente las potencialidades reales de los usuarios compensados o estabilizados en su enfermedad;
2. A que se respeten sus decisiones en cuanto a tratamientos de salud e internaciones, salvo que estén obnubilados o interferidos seriamente por su enfermedad mental;
3. A gozar de la plena ciudadanía y a ser sujetos de derecho pleno;
4. A la libre asociación en todas sus formas legales;
5. A que se respete su vida privada;
6. A ocupar libremente los espacios públicos;
7. A condiciones dignas de seguridad social;
8. A recibir la atención en salud, terapias y medicamentos más adecuados de acuerdo a los últimos avances de la ciencia en general, la medicina y las disciplinas psicosociales;
9. A obtener un trabajo remunerado digno y acorde con su vocación, idiosincrasia, capacidad, preparación y aspiraciones;
10. A alcanzar el nivel educacional más alto según sus capacidades y vocación;
11. A iniciar y desarrollar la creación de una nueva familia sin restricciones;
12. A una vivienda o habitación digna y acogedora;
13. A la recreación, el deporte, el esparcimiento y la cultura; y
14. A que los servicios de rehabilitación que se les ofrezcan incluyan todos los procesos médicos y psicosociales conducentes a su inclusión laboral y social plena, respetando sus valores, vocación, capacidad, idiosincrasia y dignidad, con la participación de las organizaciones públicas y privadas que corresponda.

Por razones de tiempo, sólo nos detendremos en el examen de algunos de estos derechos, iniciando nuestra intervención con el análisis de lo que se quiere significar cuando se habla del derecho a la no discriminación.

* *Doctor en Sociología. Presidente de la Agrupación Nacional de Usuarios de Servicios de Salud Mental (ANUSSAM), Chile.*

La discriminación es una de las fuentes principales de la exclusión social, situación en que se encuentran muchos usuarios. Se manifiesta tanto en la posibilidad de obtener y mantener un trabajo remunerado digno, como en otros aspectos de la vida cotidiana de naturaleza familiar, social y legal. Pero hay otras formas más sutiles de discriminación. Por ejemplo, cuando se habla de “adaptar” a los usuarios, como reza en el protocolo de tratamiento para el primer brote de esquizofrenia en uno de los planes recientes de salud del gobierno chileno. Cabe preguntarse: ¿qué se entiende por “adaptar”? ¿Cuáles son las implicaciones de ese término?

Estar adaptado o actuar “adecuadamente” significa actuar de acuerdo a lo que esperan los demás de uno. Pero en realidad, las conductas no están nunca perfectamente ajustadas unas a otras como en un mecanismo o en un organismo. Lo natural es que junto con coincidencias haya discrepancias y conflictos. Un mismo valor moral, como la libertad, tiene significados opuestos según se coincida con la ideología liberal, que defiende la propiedad privada, o se esté de acuerdo con el marxismo clásico que afirma que hay formas de propiedad privada que son modalidades de opresión y negación de la libertad. Hay normas, como no mentir, que casi todos violamos en algún momento. La mayoría de los cristianos no siguen el precepto de Cristo “amarás a tu enemigo”. En la vida normal, aceptamos conductas que no nos parecen bien de un familiar o amigo, sea por respeto o amor a la pareja, parientes o amigos. Hay muchas conductas de nuestros vecinos que por pertenecer a su vida privada, que no conocemos, no sometemos a ningún cuestionamiento, lo que haríamos si las conociéramos. ¿Por qué entonces exigir al usuario que se adapte, es decir que actúe como los demás esperan de él, lo que muchas veces no se exige de las personas comunes y corrientes? Más aún, es común que debido al prejuicio, se tienda a ver como conductas raras o inadecuadas comportamientos que aceptamos en los demás. Pretender “adaptar” a los usuarios es discriminarlos, no aceptar la diversidad tan propia de los seres humanos.

Proponemos reemplazar el concepto de adaptación por el de **realización personal**. El concepto mencionado pone el énfasis en que hay diferencias individuales y destaca que el proceso de reintegración social debe partir de los valores de la persona. No debe ser impuesto desde fuera y no involucra un parecer nihilista o centrado en uno mismo, aislado del medio, sino que se basa en la interacción prepositiva con el medio social.

Un problema singular es el que representa la integración laboral de los usuarios, condición de una vida digna y autónoma. Al respecto, expondremos algunos resultados de nuestras investigaciones sociológicas, desde el año 2000 a la fecha, en torno a personas con esquizofrenia. Nuestras investigaciones constataron que sólo una ínfima minoría de ellas trabaja en empleos competitivos. Asimismo, comprobamos los fuertes prejuicios de los empresarios que se demuestra por el hecho de que cerca del 70% de usuarios compensados con esquizofrenia no tiene trabajo. No obstante, esas personas podrían trabajar si se dieran ciertas condiciones que las empresas no proporcionan.

Los innumerables problemas que provoca la enfermedad a las familias, induce a que éstas tampoco evalúen objetivamente las potencialidades laborales de los usuarios. Esta posición, más benigna que la de los empresarios es, no obstante, más negativa que la de los vecinos, menos involucrados emocionalmente.

En otra investigación sobre el mismo tema hemos recogido información que permite hacer una primera aproximación a la evaluación de los intentos de solución al problema realizados en Chile. Vale subrayar que sólo algunos de estos intentos de solución son implementados directamente por el Estado; buena parte de estos son la iniciativa de corporaciones de derecho privado y organizaciones no gubernamentales que reciben subsidios y fondos del Estado, de fundaciones, algunas de ellas extranjeras y de una institución netamente privada que se financia con sus clientes y no recibe ayuda. Nuestro estudio abarcó prácticamente todo el universo de las personas con esquizofrenia que trabajan remuneradamente gracias a programas de rehabilitación, presentes en los últimos años en el Gran Santiago y en la provincia de Valparaíso. Participaron en el estudio 172 personas que habían tenido un proceso esquizofrénico. Es digno de mención el hecho de que no pudimos entrevistar a una fracción de los que habían sido reinsertados en trabajos competitivos por el temor que tenían de ser discriminados en su medio laboral.

Entrevistamos 22 personas que habían logrado trabajos remunerados competitivos, 25 que realizaban trabajos en medios semi-protegidos (contratados por un hospital en empleos menores como jardineros, estafeteros, etc., con un horario de 6 horas diarias), y 125 que laboraban en talleres protegidos y empresas sociales creados *ad hoc* para proporcionarles alguna ocupación. Es importante señalar que la mayoría de las personas empleadas en estas condiciones recibían una remuneración que en muchas ocasiones podrían ser tildadas de precarias.

El salario mensual mínimo que legalmente puede ser pagado a una persona común en Chile es de aproximadamente 230 dólares. El promedio de ingresos mensual de los usuarios reinsertados en empleos competitivos es de 200 dólares, en los empleos semi-protegidos es 94 dólares y en talleres y empresas sociales, 57 dólares. En los trabajos competitivos, el 64% gana menos de 128 dólares, en los empleos semi-protegidos el 60% gana menos de 73 dólares y en los talleres y empresas sociales más del 50% gana menos de 37 dólares. En todas las categorías de trabajo se reveló que a más de la mitad de los entrevistados, le gustaría tener otro trabajo, sin embargo, no llegaron a expresar que no les gustaba el que tenían. Como es obvio, a más de la mitad de todos los empleados en las diferentes categorías no les alcanzaba para sus gastos el dinero que ganaban. De 30 a 40% de los encuestados consideraban que sus capacidades sobrepasaban las que les exigía su trabajo actual. Cabe notar que cerca de 40% de esos empleados reinsertados se sentía muy cansado al final de la jornada. Alrededor del 40% expresó que no podían tener un trabajo mejor debido a la discriminación. El mismo porcentaje indicó que no había podido

acceder a una mejor posición laboral porque la enfermedad había disminuido su capacidad de trabajo.

No obstante lo expresado, no puede considerarse que la experiencia sea negativa y es nuestro sentir que estos esfuerzos deben ser apoyados. El 60% de los usuarios reincorporados al medio laboral piensa que el trabajo les ha mejorado mucho la vida; entre 70 y 85% se sienten más realizados como personas en vista de las actividades que ahora realizan y expresan que esto les ha mejorado su salud, tienen relaciones cálidas con sus compañeros de trabajo y buenas relaciones con sus jefes. Como conclusión del análisis del proceso de reinserción laboral, podemos afirmar que se han hecho cosas positivas, pero quedan muchísimas más por hacer, tanto respecto a la cobertura, que es extremadamente insuficiente, como desde el punto de vista económico y social, ya que los ingresos que recibe la mayoría de los que trabajan están muy lejos de permitir una mínima autonomía económica, mucho menos facilitar el mantenimiento de una familia propia.

Puede decirse que desde la reforma psiquiátrica que ha vivido el país ha habido un notable avance respecto al derecho a recibir una adecuada atención en salud. Según opiniones que hemos recogido de un grupo de personas que han estado internadas en hospitales psiquiátricos antes y después de la reforma, la mejoría en las condiciones de atención a los pacientes es notable, como si se tratara de otro hospital. Además, actualmente la atención prestada no es exclusivamente médica, sino que intervienen en ella varias disciplinas, lo que a nuestro entender es muy positivo para lograr una adecuada recuperación.

Se han habilitado hospitales diurnos, que permiten una atención ambulatoria de las personas con crisis o episodios. En general, puede decirse que la atención ofrecida en las diferentes modalidades de centros es más integral, por contar con profesionales de distintos campos y especialidades. Todo ello ha contribuido a prevenir traumas potenciales, temores y eventual desarraigo, comunes en las internaciones cerradas. Estos son logros notables, que le han dado un nuevo rostro a la atención en salud mental, haciéndola más humana y efectiva.

A pesar de lo señalado, es preocupante la baja proporción del presupuesto global en salud que en Chile se destina a la salud mental, circunstancia que no se condice con la alta incidencia de las enfermedades mentales en el país. Esta traba financiera resta oportunidades para ampliar la calidad y extensión de la cobertura en salud mental.

Otro aspecto preocupante tiene que ver con los criterios vigentes para las internaciones no voluntarias. El criterio corrientemente aplicado para la internación no voluntaria es que la conducta de la persona sea peligrosa para si misma o para los demás. Esto lleva a situaciones en la que una persona pueda estar un año o más con una psicosis profunda pero con un comportamiento tranquilo, sin recibir tratamiento a pesar de que en

el futuro las consecuencias podrán ser devastadoras para su integración social y calidad de vida. En ocasiones, el temor por parte de la familia a provocar un escándalo social, retarda el internamiento y la medida sólo se solicita en el momento que se desata una manifestación violenta. Esto atenta contra el derecho de recibir una atención de salud adecuada y oportuna.

La Agrupación Nacional de Usuarios de los Servicios de Salud Mental (ANUSSAM), nació a mediados de 2001, por iniciativa de una distinguida antropóloga. Nuestra organización agrupa a usuarios de servicios de salud mental que padecen de algún trastorno psiquiátrico a quienes pretende representar, sin excluir la posibilidad de admitir como miembros a otras personas. Esta iniciativa cuenta con el apoyo de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud.

El grupo inició sus actividades con ocho personas, algunas de las cuales eran tutores de los usuarios; pero ante las actitudes paternalistas de algunos de sus miembros el grupo se reorganizó, reafirmando la idea de ser fundamentalmente una organización de los propios usuarios, distinta de otras organizaciones, como las de familiares de personas con trastornos psiquiátricos. Con el tiempo se realizó una asamblea general, a la que fueron convocadas alrededor de 120 personas. Luego se llevó a cabo en Santiago una Jornada de dos días de duración, en la que surgió la idea de constituir una filial de la ANUSSAM en la Quinta Región. El apoyo prestado por el encargado de la unidad de salud mental del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, fue crucial para el desarrollo del proyecto. Se citaron a usuarios de los distintos dispositivos de la Región a una asamblea general a la que asistieron alrededor de 70 personas. Posteriormente se convocaron dos asambleas más y se celebraron las Primeras Jornadas de Salud Mental y Derechos Humanos en la que participaron 80 personas los dos días que duró el evento. La filial de ANUSSAM en Quinta Región continuó progresando y el número de sus afiliados aumentó en 90 miembros más que se sumaron al grupo inicial. Este servidor ha participado como relator principal en una Jornada de Bienestar Psicológico e Integración Social en la Universidad de Viña del Mar y en diversos encuentros, foros, comisiones y mesas redondas, expresando las posiciones de la organización.

Para lograr la personalidad jurídica, se incorporó a la Agrupación un número de estudiantes de la Universidad de Viña del Mar, estudiantes que no son usuarios, pero que manifestaron su disposición a ayudar en caso de que se presentase algún problema legal de algún usuario con limitaciones. La personalidad jurídica como corporación de derecho privado la está tramitando de manera gratuita el Consultorio Jurídico de la Universidad de Valparaíso. La Escuela de Psicología de la Universidad de Viña del Mar también tiene una representación en nuestra organización. Los estatutos han sido elaborados de tal manera que las decisiones del directorio de la organización requieran para adoptarse el aval de la mayoría de usuarios que la constituyen.

Nuestro interés es reforzar la organización en la Región Metropolitana (Santiago) y establecer contactos permanentes con los usuarios del resto del país, para ampliar nuestra representatividad y, a través de una sólida unión, tener más fuerza para luchar por nuestros derechos e intereses. Debemos señalar que somos una organización muy nueva y que está en proceso de formación. Recientemente fuimos informados que el grupo de Santiago enfrenta dificultades con la Municipalidad para lograr la personalidad jurídica como organización funcional. El citado cuerpo edilicio ha cuestionado la capacidad de estos usuarios para constituir una organización. Tal posición revela de manera patente que se les está negando a los usuarios de servicios de salud mental un derecho fundamental.

La personalidad jurídica de la Asociación es muy importante para recibir subvenciones y donaciones así como para postular a proyectos otorgados por concurso, que permitan hacer más factible el goce de nuestros derechos humanos. La personalidad jurídica facilita también la generación de proyectos de capacitación, la representación legal de los socios, la habilitación de talleres de terapias psicosociales para reforzar actitudes, etc. Todas estas actividades están orientadas al fomento de la integración laboral y social, la eventual creación de empresas sociales, y la implementación de campañas de difusión para mitigar el estigma, entre otras muchas iniciativas.

El impacto del estigma social de las enfermedades mentales tiene un gran peso en la exclusión social de los usuarios. El efecto devastador de la enfermedad aplasta literalmente a los que las sufren dejándolos sin perspectivas claras, dando lugar al derrotismo y la desesperanza. La reanudación de estudios superiores o de estudios no meramente decorativos, se ve como inalcanzable por el desarraigo en que vivió el usuario y la falta de becas especiales. Los familiares frecuentemente tienen actitudes sobreprotectoras con los ex-pacientes y subvaloran sus capacidades para enfrentar desafíos laborales y educacionales importantes. Los continúan viendo como “enfermos” y bajo ese pretexto justifican y encuentran natural que no tengan una actividad laboral y educacional plena, actitud que es compartida incluso por muchos usuarios.

Ante esta situación hemos presentado, conjuntamente con el psicólogo Arturo Prieto, otros dos proyectos de investigación: uno a la Organización Panamericana de la Salud, explorando los factores subjetivos de los usuarios que dificultan o favorecen romper el círculo vicioso de la exclusión laboral; y el otro al Fondo Conjunto del Ministerio de Salud y la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, relativo a los aspectos subjetivos familiares que favorecen o dificultan el mismo proceso. El propósito de estas investigaciones es tener una base científica que permita desarrollar terapias psicosociales para reforzar actitudes en los usuarios y las familias que permitan romper el círculo de la exclusión laboral y social.

Nuestra organización recibió al comienzo apoyo económico y logístico del Ministerio de Salud y de los servicios estatales de salud, pero la ayuda económica ha

cesado, en circunstancias en que los usuarios tienen dificultades hasta para pagar los pasajes del transporte público para asistir a nuestras reuniones, lo que se contradice con la importancia reconocida a las organizaciones de usuarios en la Reforma de la Salud Mental. Actualmente se recibe ayuda financiera y logística de la Universidad de Viña del Mar (universidad privada) y en otros aspectos importantes, de la Universidad de Valparaíso. También se ha recibido valiosa ayuda del Fondo Estatal para la Investigación Científica y Tecnológica (FONDECYT) y la generosa colaboración de diversos profesionales.

En Chile es imprescindible la promulgación de una ley de salud mental que regule y garantice no sólo los aspectos médicos de la atención, sino también la plena vigencia y concreción de nuestros derechos humanos, dando también un papel a las organizaciones de usuarios y familiares, para que la integración de los usuarios en la diversidad social deje de ser una aspiración no realizada.

Quiero reiterar la importancia de los temas con que inicié esta presentación. Entre ellos vuelvo a subrayar la obligación de la sociedad de salvaguardar los derechos humanos de los usuarios de servicios de salud mental, reconocer la relevancia del concepto de realización personal y valorar la trascendencia para los usuarios de tener la posibilidad real de trabajar según su vocación y con una remuneración digna, formar una familia, mejorar su educación, tener una vivienda digna y sobre todo, darle a sus vidas un sentido acorde con sus valores en cuanto seres únicos e irrepetibles.

Al dar término a esta intervención, no puedo dejar de destacar el inmenso apoyo que me ha entregado mi esposa, Angélica Klaucke, que es una persona excepcional por su amor, respeto y comprensión hacia mí como persona.

DESASTRES Y SALUD MENTAL: LA EXPERIENCIA DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Jorge Rodríguez*

José Miguel Caldas de Almeida**

I. Introducción

En América Latina y el Caribe los desastres naturales se vienen presentando cada vez con mayor frecuencia y capacidad destructiva, lo que le confiere a ese problema una elevada relevancia en el orden social, económico y sanitario. Por otro lado, es indudable que en las últimas décadas se han producido avances notables; habiendo sido substituido el alto grado de improvisación de las respuestas por acciones mejor organizadas, en obediencia a las políticas nacionales adoptadas desde entonces. Estas políticas han inducido un cambio en el manejo de los desastres que trasciende la simple respuesta a las consecuencias inmediatas y pone el acento en el enfoque de gestión de riesgos, dirigido a eliminar o disminuir la probabilidad de sufrir daños.

Durante muchos años, las respuestas a las situaciones de emergencias se centraron fundamentalmente en la atención médica inmediata de las víctimas, la solución de problemas sanitarios relacionados con las enfermedades transmisibles, particularmente los relativos al abastecimiento de agua segura y al saneamiento ambiental, así como en la reparación de los daños sufridos por la infraestructura sanitaria. Sin embargo, en los últimos 15 años, se ha comenzado a prestar atención al componente psicosocial, siempre presente en estas lamentables tragedias.

En América Latina se añaden a los desastres naturales los causados por el hombre (violencia política y guerras civiles) que han cobrado una importante cuota de aflicción, lesiones, discapacidades y muertes y han contribuido al incremento del número de refugiados y desplazados (1). Al igual que en otras partes del mundo, la experiencia en la región ha demostrado que, tanto en los desastres naturales como en las situaciones causadas por guerras y conflictos, las necesidades psicosociales son altas, especialmente en los grupos con mayor vulnerabilidad, más susceptibles de desarrollar trastornos psicológicos.

* Jefe de la Unidad de Salud Mental, Abuso de Substancias y Rehabilitación, Organización Panamericana de la Salud.

** Jefe del Departamento de Salud Mental, Facultad de Ciencias Médicas, Nueva Universidad de Lisboa

El terremoto de El Salvador, 2001

Las principales dificultades que se presentaron durante la primera semana fueron: escasez de recursos calificados, falta de un programa de salud mental, inexistencia de un equipo especializado en el nivel central, deficiencias de transporte para llegar a las zonas afectadas y falta de coordinación entre las instituciones.

Antes del sismo, el único lugar donde se brindaba el servicio de salud mental en el país era en un hospital nacional en San Salvador, donde se concentraban el 98% de los recursos humanos especializados del país.

El evento sirvió de aprendizaje para los profesionales del hospital quienes reconocieron que se podían conseguir mejores resultados trabajando donde reside la población y no esperando a que las víctimas vinieran a donde se encontraban ellos. También se promovió la creación de grupos de autoayuda, pero estos profesionales admitieron su falta de preparación para esa labor.

Las características muy particulares de este evento (serie de sismos y réplicas constantes en un corto tiempo) provocaron una reacción de la población semejante a la respuesta de quien está sometido a una constante angustia mayor que la de una persona afectada por un terremoto. La reacción de la población ante el primer sismo y los sucesivos fue diferente, porque ya se había perdido la confianza en las explicaciones científicas y se comenzaron a manejar creencias religiosas, designios divinos y mitos.

Este desastre produjo víctimas en diferentes estratos sociales de la población. La mayoría de las víctimas fatales del primer sismo (enero) eran habitantes de la clase media de la colonia Las Colinas en Santa Tecla; en el segundo (febrero), la mayor parte de los afectados pertenecía a poblaciones campesinas de muy bajos recursos de la región central del país. Un número importante de campesinos indígenas sufrió daños considerables en sus tierras por la pérdida de animales y la destrucción de sistemas de riego, casas y vías de acceso. Estas poblaciones tienen hábitos y costumbres muy diferentes a otras comunidades afectadas, por lo que requerían de abordajes de salud mental especiales acorde a sus características psicosociales. Sin embargo, estas diferencias no fueron tomadas en cuenta.

Fuente: Cohen H. Intervención en crisis en situaciones de desastres naturales. Experiencias del terremoto de El Salvador. Guatemala: OPS. 2001 (2)

Los desastres ocurridos en 1985 en Armero, Colombia (3) y en la ciudad de México (4) revistieron una importancia singular, habiendo sido posible realizar evaluaciones de la morbilidad psiquiátrica entre los sobrevivientes y al mismo tiempo, implementar estrategias para el manejo de los problemas psicológicos por parte de los trabajadores de la Red de Atención Primaria (TAP). La experiencia en estos desastres, también, contribuyó al reconocimiento de la importancia del trabajo grupal y la utilización de espacios comunitarios en las acciones.

Retorno de la alegría (UNICEF, Colombia).

En esta experiencia se logró trabajar de forma integral abordando la población infantil, los padres de familia, las escuelas, los trabajadores de salud y la comunidad.

Los niños fueron distribuidos según grupos etarios, animándolos a jugar libremente y aprovechando los ambientes alternativos del entorno. Se ayuda al niño a proyectarse a través de dibujos, escritos, dramatizaciones, títeres y cuentos para que logre descargar sus emociones. El “Maletín Terapéutico o Mochila de los Sueños” contenía recursos para promover la expresión y el juego.

Para facilitar el proceso se vincularon, de manera voluntaria, jóvenes de ambos sexos entre 14 y 20 años de edad, de preferencia miembros de grupos juveniles organizados. El grupo de jóvenes se capacitó, lo cual además de habilitarlos para ayudar, los formó en educación para la vida y en la adquisición de valores.

Asimismo se capacitaron grupos de apoyo de adultos de la comunidad para observar y registrar las afectaciones que presentaban los niños. La organización de talleres, charlas educativas y diálogos con padres de familia dio cabida a cuestionamientos referentes a patrones de crianza y sistemas relacionales, permitiendo que tomaran conciencia en prevenir y/o disminuir el maltrato intrafamiliar.

Se designó un psicólogo para acompañar el proceso. La metodología del “Retorno de la Alegría” permitió atender 115.901 niños y niñas en Colombia, desde 1996 hasta el 2000.

Fuente: Quirós N et al. Experiencias de UNICEF en la recuperación psicoafectiva de los desastres. Guatemala: OPS. 2001 (5)

La población de Armero, en los Andes colombianos, fue destruida el 13 de noviembre de 1985 por una erupción volcánica que provocó un alud de cenizas, lodo hirviente, rocas y troncos de árboles. El deslizamiento mató el 80% de los 30,000 habitantes del poblado y dejó sin hogar a casi 100,000 moradores de las regiones aledañas. Fue una tragedia con características muy especiales, que significó para los supervivientes la pérdida de familiares y propiedades y la destrucción de todo el entorno urbano. Asimismo, ocasionó la desaparición de redes de apoyo social y de muchas entidades de naturaleza cultural.

La imposibilidad de recuperar los cadáveres, que en su inmensa mayoría fueron arrastrados a gran distancia y sepultados por toneladas de arena y escombros, impidió la realización de las ceremonias habituales en la cultura local. Además, causó que aun muchos meses después los familiares estuvieran ilusionados por rumores de que el fallecido había sido visto en otras zonas, informaciones falsas que despertaban esperanzas, seguidas siempre por crueles decepciones. Hasta dos años después de la tragedia, el hallazgo de cadáveres, cuya identificación fue posible, movilizó a las familias a reclamar los restos para efectuar los ritos religiosos y culturales acostumbrados.

En la catástrofe fallecieron 37 profesionales y trabajadores de salud mental y quedó destruido el hospital psiquiátrico regional donde se concentraban el 87% de las camas psiquiátricas del Departamento de Tolima. Allí quedó bien claro que correspondía al sector salud, en especial al nivel primario de atención, hacerse cargo de la mayor parte de las necesidades psiquiátricas, tanto las correspondientes a la demanda cotidiana, como la generada por el desastre (3). La evaluación de esta gestión comprobó la eficacia de los servicios que podía brindar el trabajador de atención primaria en salud en el campo de la salud mental.

Efectos del Huracán Mitch en Nicaragua. El deslave en Casitas.

Se encontró que no existía en el país un plan de salud mental ante situaciones de desastres naturales, lo que ocasionó que muchas instituciones proveyeran servicios a las mismas personas en la zona de los deslaves. Solo después de seis meses de la catástrofe, las organizaciones se coordinaron para organizar y dividir la carga de la ayuda.

La asistencia en el campo de la salud mental consistió básicamente en el aporte de recursos humanos especializados (psiquiatras, psicólogos y otros profesionales) ofrecidos por mas de treinta organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Posteriormente, el servicio de salud mental continuó prestando atención durante dos años.

Los servicios de salud mental se enfocaron en tres vertientes: a) identificar a los supervivientes y prestarles [atención mediante técnicas de] intervención en crisis, b) identificar a aquellos que estaban descompensados y no respondían a la ayuda psicológica inicial, para referirlos a los centros de salud y c) proveer asistencia directa en albergues, escuelas y centros comunitarios.

Las agencias suministraron ayuda para las personas que perdieron sus hogares y fueron ubicadas en albergues temporales. Sin embargo, se demostró que toda la población fue traumatizada de una u otra forma, por tanto las intervenciones tuvieron que ser dirigidas al conjunto de la comunidad.

La mayoría de los sobrevivientes fueron tratados - por el gobierno y las agencias. - como víctimas, creando esto una segunda victimización y un sentimiento de dependencia con relación a las instituciones. Por otra parte, los prestadores de servicios se vieron abrumados e impotentes ante la situación. El modelo que funcionó positivamente fue el de involucrar a la comunidad en su propio proceso de recuperación con proyectos de siembra y construcción.

Fuente: Prewitt J y Seballos M. Salud psicosocial en un desastre complejo. Guatemala: Cruz Roja Americana, 2000 (6)

La experiencia del terremoto de México reveló las limitaciones de algunos de los modelos conceptuales utilizados anteriormente para entender los procesos individuales y colectivos de índole psicológica. En esa ocasión se evidenciaron tres hechos fundamentales:

- a) La importancia de la identificación de síntomas siguiendo criterios preestablecidos, en este caso los asignados al síndrome de estrés postraumático;
- b) El reconocimiento de las limitaciones de los modelos psicodinámicos tradicionales, inadecuados para la comprensión y el tratamiento de éste tipo de procesos psicosociales; y
- c) La valorización de un nuevo paradigma que aborda los síntomas como reacciones ante la catástrofe y que plantea la posibilidad de favorecer los procesos catárticos que permiten la reelaboración de las experiencias y vivencias a nivel colectivo en el seno de los grupos de autoayuda.

Cabe señalar que durante la década de los 90 se produjo una evolución de la comprensión y abordaje de los problemas de salud mental en América Latina, con consecuencias significativas para la estructuración de la atención en salud mental en la mayoría de los países de la Región. En la Declaración de Caracas y posteriores resoluciones del Consejo Directivo de la OPS (7, 8) en 1997 y 2001 se le dio énfasis al desarrollo de servicios de salud mental descentralizados, de base comunitaria. El hospital psiquiátrico deja así de ser el eje de las acciones de atención, las cuales pasan a ser predominantemente brindadas por los servicios de Atención Primaria en Salud y por servicios y programas especializados a nivel de la comunidad.

La reestructuración de los servicios psiquiátricos y la inserción del componente psicosocial en la Atención Primaria en Salud (APS), han permitido en muchos países cambiar los esquemas de trabajo y han creado mejores condiciones para afrontar las situaciones de desastres naturales y otras emergencias.

Las principales tendencias observadas en los campos de la salud mental y en el de las emergencias en América Latina (4) durante los últimos 15 años se pueden resumir en el cuadro 1.

Cuadro N° 1. Atención en Salud Mental y en situaciones de emergencia en América Latina durante los últimos 15 años

Salud mental	Emergencias
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de programas nacionales de salud mental. • Inserción del componente psicosocial en la APS. • Descentralización de los servicios de atención psiquiátrica. • Desplazamiento del hospital psiquiátrico como eje fundamental de la atención en salud mental. • Evolución de un modelo de atención medicalizado y centrado en el daño, hacia otro integral y de base comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque de gestión de riesgo, que significa un abordaje preventivo dirigido a eliminar o reducir la posibilidad de sufrir daños. • Desarrollo de planes y estructuras organizativas en el sector salud para el manejo de los desastres. • Asistencia sanitaria eficiente y compatible con las necesidades de la población afectada. • Reconocimiento del componente salud mental como parte de la respuesta en situaciones de emergencias.
<p>Fuente: Organización Panamericana de la Salud (4)</p>	

II. Consecuencias psicosociales en situaciones de desastres y emergencias en América Latina

Dos investigaciones recientes, auspiciadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) han contribuido a aumentar nuestro conocimiento sobre las consecuencias psicosociales predominantes en las situaciones de desastres y emergencias en la Región. La primera, es un estudio de prevalencia de trastornos psíquicos en el periodo inmediato posterior al huracán Mitch en Honduras (9). La segunda, es una investigación de tipo cualitativo en la que describe la dinámica psicosocial de poblaciones guatemaltecas que fueron afectadas por un conflicto armado interno de más de tres décadas de duración (10).

Los resultados de la investigación sobre los trastornos psíquicos realizada en una muestra de la población adulta de Tegucigalpa, Honduras, en el periodo posterior al huracán Mitch muestran que los episodios depresivos mayores estuvieron presentes en el 19,5% de la población. Las zonas de alta exposición tenían una tasa del 24,2%, en contraste con un 14,2% en los barrios menos expuestos. El síndrome de estrés postraumático (SEPT) fue detectado en el 10,6% del total de la población expuesta; en el subgrupo de baja exposición la tasa de prevalencia del síndrome fue un 7,9% y en la población sumamente expuesta la tasa fue del 13,4%. Por otra parte, la frecuencia de sólo algunos síntomas de estrés post-traumático (EPT) relacionados con el huracán fue mucho mayor, alcanzando el 23,0% cuando se excluyeron los criterios de duración y

discapacidad. La tasa de morbilidad concomitante (EPT y episodio depresivo mayor) fue del 6.9% en el total de la muestra, del 8.9% en el grupo de alta exposición y del 4,9% en el grupo de baja exposición. Los problemas relacionados con el alcohol fueron significativamente altos en el grupo de bajo estrato socioeconómico y alta exposición que vivía en albergues.

En lo que respecta a los factores de riesgo sobresalen: exposición alta, pertenencia al género femenino, estrato socioeconómico bajo, estado civil divorciado, separado o viudo, bajo nivel educativo y haber tenido "problemas previos con los nervios".

Después de huracán Mitch (9) los servicios de salud fueron utilizados por el 26,5% de los encuestados y un 8,9% consultó con alguien o solicitó ayuda por tener problemas emocionales. Las mujeres fueron a los servicios de salud en una proporción mayor que los hombres y buscaron ayuda más frecuentemente a causa de los "problemas con los nervios" que las afectaban.

La exposición a la violencia después del huracán ocurrió en aproximadamente un tercio de la muestra, de la cual un 6,2% informó haber sido víctima de asaltos. El 7% de los entrevistados admitieron haber perpetrado actos de agresión. En general, los más pobres fueron los más afectados por la violencia.

En el estudio cualitativo realizado en el Quiché y Alta Verapaz, sobre las manifestaciones psicosociales de la población afectada por la guerra en Guatemala (10), los resultados más significativos fueron los siguientes:

- Según la opinión mayoritaria, los problemas de salud mental aparecieron o se incrementaron durante o después de los 36 años de conflicto armado.
- Los sentimientos de frustración y desesperanza afligen, aún hoy, a la mayoría de las personas afectadas por el conflicto, especialmente a los indígenas y habitantes de zonas rurales.
- Los problemas más frecuentes de salud mental observados en niños (5) fueron: ansiedad, depresión, irritabilidad, agresividad, timidez y aislamiento, problemas de conducta, conflictos con las figuras de autoridad, trastornos del sueño y enuresis. En jóvenes de zonas rurales se observó un incremento de las adicciones, en especial al alcohol y al tabaco; también se detectaron otras dependencias, aunque en pequeña escala, como la de inhalar pegamento o gasolina. La conducta suicida en jóvenes fue un hecho relativamente novedoso observado en Nebaj.
- Durante el conflicto armado se trastornó la vida de las familias y se produjo una gran desconfianza entre las personas; la comunicación era limitada y había mucho miedo. Las personas vieron o experimentaron situaciones traumáticas como muertes, actos de violencia, torturas, masacres y desapariciones. La población se empobreció más y muchos perdieron su pequeño patrimonio. Proliferaron las

- sectas religiosas, especialmente las evangélicas, en detrimento de las prácticas tradicionales (mayas) y de la religión católica. Como consecuencia de la guerra se descuidó la naturaleza, que incluso llegó a ser objeto de destrucción.
- Se afirma que después del conflicto armado se han perdido muchas tradiciones y valores culturales propios del indígena guatemalteco, llegando a decirse que “los ancianos no han podido transmitir su cultura”. Es común considerar perniciosa la influencia de las “costumbres de la capital” y la ejercida por los medios de comunicación masivos. Hoy predomina el individualismo, en lugar de la solidaridad humana y muchos creen que la presencia de tantas religiones ha contribuido a dividir la población. Hay, por el contrario, quienes insisten en la necesidad de recurrir a la “Palabra de Dios” para enfrentar la problemática social actual. Es de notar que hay quienes sostienen que muchas personas aún tienen desconfianza y temor a hablar.
 - En lo referente a los mecanismos de afrontamiento, se destaca que antes y durante el conflicto armado un recurso fundamental era la ayuda espiritual o religiosa y el apoyo de familiares o amigos. Actualmente se depende menos de las costumbres y tradiciones como mecanismos de adaptación.

Los estudios realizados en Honduras y Guatemala, así como la experiencia de otros lugares, confirman que en las situaciones de desastres y emergencias se tienen que enfrentar tres grandes grupos de problemas psicosociales:

- El miedo y la aflicción, consecuencia de los daños recibidos, pérdidas sufridas y del temor a la recurrencia de la situación traumática.
- Trastornos psicopatológicos o enfermedades psiquiátricas manifiestas.
- Desorden social, violencia y consumo de sustancias adictivas. En estas condiciones proliferan los actos vandálicos, conductas delictivas, pobladas, demandas exageradas, abuso sexual, violencia intrafamiliar y otras manifestaciones agresivas.

Esta realidad tiene varias consecuencias en la planificación de intervenciones para las poblaciones víctimas de desastres y emergencias (4, 11, 12). En primer lugar, debe tenerse presente que las acciones no tienen que estar dirigidas exclusivamente a la solución de problemas psicopatológicos; es también necesario asistir a la población en la solución de problemas de alto contenido social. En consecuencia, es preciso ampliar el campo de competencia de los profesionales de la salud mental en estas nuevas áreas. Finalmente, es fundamental tener siempre presente que los problemas psicosociales pueden y deben ser atendidos, en gran proporción, por personal no especializado.

Guatemala: atención y recuperación en salud mental después de un conflicto armado de 36 años de duración.

En Guatemala, los problemas relacionados con la salud mental son múltiples y complejos. Estos se han agravado por el conflicto armado que vivió el país por más de tres décadas; además de la existencia de conductas violentas, pobreza, desarraigo y discriminación. El saldo en muertos y desaparecidos del enfrentamiento fratricida llegó a más de 200.000 personas; también se logró documentar una cifra de 669 masacres. Las estimaciones sobre el número de desplazados internos y refugiados en otros países van desde quinientos mil hasta un millón y medio.

La población indígena fue forzada a vivir lejos de su lugar de origen, en comunidades donde coexistían varios grupos étnicos y bajo el control militar. Se considera que se causaron serios disturbios en la estructura de vida tradicional y familiar. Casi todos los niños de las regiones más afectadas por el conflicto armado han vivido en una “cultura del miedo”.

Hasta 1997, los servicios de salud mental eran inexistentes en el interior de Guatemala. En ese año, posterior a la firma de los Acuerdos de Paz, el Ministerio de Salud Pública, con la cooperación técnica de la OPS, elaboró y comenzó la ejecución de un programa de salud mental, dirigido especialmente a la atención y recuperación psicosocial de las poblaciones afectadas por el conflicto armado.

Actualmente, se han desarrollado unidades de salud mental en 17 departamentos y 16 centros de salud de la capital. Así mismo, se ha trabajado en estos años en la capacitación de trabajadores de APS, maestros y líderes comunitarios. También se desarrolló una metodología de atención psicosocial para niños en edad escolar.

Fuente: Rodríguez J y cols. (10). Violencia política y salud mental en Guatemala. Acta Psiq. y Psicol. Am. Lat. 2002, 48 (1-4):43-49.

La teoría de la crisis ofrece un marco conceptual que permite ubicar las reacciones psicológicas como respuestas normales ante situaciones de excepción, facilita así un abordaje sistémico, multidimensional y acorde con el contexto socio cultural (2, 13-15). Los trastornos depresivos y ansiosos, cuadros de estrés agudo y el consumo excesivo de alcohol figuran entre los problemas que más comúnmente se citan en la fase aguda de los desastres. La recuperación de los problemas psicológicos provocados por los desastres puede ser obstaculizada por los factores de estrés de trasfondo, entre ellos la pobreza y la exposición a la violencia. Los individuos sujetos a esos estímulos secundarios quizá sean más vulnerables y presenten con mayor frecuencia síntomas de estrés postraumático,

depresión, discapacidad y malestar psicológico. Es así preciso identificar esas personas en riesgo y determinar los factores condicionantes presentes para facilitar la administración de las intervenciones adecuadas.

III. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias: lecciones aprendidas en América Latina y el Caribe

Las experiencias en América Latina y el Caribe muestran que, aun en países con pocos recursos, el desarrollo de servicios de salud mental para víctimas de los desastres y la preparación de las poblaciones para situaciones de emergencias puede mejorarse significativamente si se usan las estrategias correctas. En una primera fase, la mayor parte del apoyo ha sido prestado, o al menos coordinado, por equipos de salud mental nacionales e internacionales enviados al lugar del desastre. Si bien esta estrategia ha resultado útil para satisfacer las necesidades inmediatas, especialmente cuando están bien integradas al plan general de mitigación, no ha ayudado a los países a que se preparen plenamente para desastres futuros. Para lograr este objetivo, en los últimos años se han usado estrategias adicionales (4, 12).

En primer lugar hay que impulsar la formulación de un plan nacional de salud mental en anticipación a los desastres o, cuando menos, promover la integración de un componente específico de respuesta. En uno u otro caso, es preciso definir: 1) el organismo responsable, capaz de evaluar con prontitud las necesidades psicosociales de la población afectada, establecer prioridades y coordinar acciones; 2) las funciones asignadas en estos casos al personal no especializado en relación con la atención psicosocial a las víctimas, y los mecanismos necesarios para garantizar la participación de la comunidad; 3) el papel correspondiente a los diversos servicios a cargo de la asistencia psiquiátrica de las personas afectadas y la forma de integrar estos servicios en el plan general de respuesta; 4) los mecanismos para impartir un adiestramiento intensivo a los agentes de salud y líderes de las comunidades sobre atención de salud mental en situaciones de desastre; y 5) las disposiciones necesarias para educar la comunidad y promover su participación en el proceso de recuperación social.

Los organismos de cooperación internacional han venido desplegando acciones para colaborar en la cobertura de las necesidades de los países en este campo. El tema ha despertado interés dentro y fuera de la región, y ha sido tratado en diferentes publicaciones científicas (13-16). En 1999 la OPS patrocinó la publicación de un manual sobre atención en salud mental para víctimas de desastres, dirigido a los trabajadores de salud (17) y una guía para los instructores (18). Asimismo, la OPS organizó en el 2001 dos talleres sobre las intervenciones de salud mental en desastres naturales y situaciones de guerra (2, 5, 19) para establecer principios básicos y normas en este tema. Estas iniciativas, en las que se combinaron nuevas estrategias con las que ya estaban en marcha, constituyen una guía para el adiestramiento de los expertos que eventualmente podrán intervenir en situaciones

de urgencia. Finalmente, en el 2003, se diseñó un plan macro de salud mental en situaciones de desastres, dirigido a Centroamérica, mediante la cooperación entre los países de la sub-región y la OPS.

A pesar de todos estos esfuerzos, algunos problemas relacionados con los desastres continúan siendo comunes en países de América Latina, entre los cuales sobresalen los siguientes:

- Ausencia, en muchas ocasiones, de un programa nacional de salud mental en situaciones de desastre o de un componente de salud mental en los planes sanitarios en condiciones de emergencia.
- Dificultades de las poblaciones afectadas para acceder a una atención especializada, ya que la misma está frecuentemente concentrada en hospitales psiquiátricos, alejados del desastre.
- Preparación insuficiente de los trabajadores de atención primaria en salud para el abordaje de los efectos psicosociales de los desastres.
- Dificultades de coordinación entre organismos gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones comunitarias.

Es evidente que en situaciones de desastre y otras emergencias, los hospitales psiquiátricos no satisfacen la mayoría de las necesidades de salud mental de la población. Incluso, pueden dificultar la tarea, por obra del estigma del “manicomio”, y su alejamiento geográfico y cultural respecto a las comunidades en necesidad de ayuda.

Las lecciones aprendidas son convincentes en cuanto a la necesidad de impulsar el desarrollo y/o fortalecimiento de un modelo de atención de salud mental adecuado al manejo de situaciones de emergencia. No está demás insistir que tal modelo, de naturaleza comunitaria, deberá ser capaz de brindar un servicio oportuno de amplia cobertura, con participación de los diferentes actores sociales involucrados. También está indicado reiterar que el personal que participa en esos programas debe tener una formación mínima en el área psicosocial.

En los últimos años se ha impulsado notablemente la reorientación de los servicios psiquiátricos, según las líneas señaladas. Así, en algunos países, el nuevo enfoque ha contribuido a incrementar la conciencia de las autoridades sobre la necesidad de incluir el componente salud mental en las políticas públicas, fortalecer la red de servicios y mejorar la coordinación interinstitucional.

Otro aspecto de la asistencia brindada a las comunidades que han sido víctimas de catástrofes de cierta magnitud, especialmente terremotos, es la necesidad de proveer educación comunitaria y orientación con relación a la inseguridad emocional causada por miedos y aprehensiones ante la posibilidad de la repetición del evento.

Al diseñar estrategias de intervención debe tenerse en cuenta los valores, tradiciones y costumbres de la población, así como sus características específicas, entre otras las relativas a su composición según grupos de edad, género, lugar de residencia y nivel económico. Conviene recalcar que los grupos en situación de pobreza extrema, cuya vulnerabilidad psicosocial es alta, merecen especial atención. Debe fomentarse una participación activa de la comunidad en la identificación de problemas como los tratados aquí y en los caminos para su satisfacción.

El alojamiento de los damnificados en albergues, escuelas y otros centros comunitarios es una medida que, además de solucionar provisionalmente un problema crucial, el de la vivienda, permite identificar tempranamente los problemas psicosociales y actuar eficazmente. De esta manera, la función del sector salud no queda reducida a la recepción pasiva de la demanda.

Es digna de mención que la ubicación de los afectados en albergues o refugios debe ser considerada como un último recurso. La experiencia ha demostrado que las poblaciones albergadas durante periodos prolongados están en riesgo de sufrir problemas psicosociales adicionales a los causados por la situación de emergencia.

No existe ninguna providencia que pueda prevenir que una persona que trabaja con víctimas, sea afectada por síntomas de estrés post-traumático. Quienes realizan este trabajo, ya sea por tiempo prolongado o por un corto período, son vulnerables al impacto de las situaciones vividas. Por esta razón, los miembros de los equipos de respuesta constituyen un grupo de riesgo a cuya atención de salud mental se le debe asignar la debida prioridad (2, 15, 21).

Es un hecho demostrado que la vigilancia y atención de la salud mental en los menores de edad afectados por desastres (5) es de gran importancia para su desarrollo psicosocial. Uno de los retos en la atención a la infancia ha sido promover un cambio del enfoque psicológico tradicional hacia uno de carácter comunitario, anteponiendo lo grupal a lo individual.

La asistencia que se preste a niños y niñas afectados debe estar estrechamente relacionada con las actividades de su diario vivir. Fundamentalmente el objetivo es facilitar la expresión de sentimientos, redefinición de hechos traumáticos y elaboración de duelos, de manera que el niño pueda asumir posiciones adecuadas frente a la realidad. La escuela, con la colaboración de los menores y sus familias, ha probado ser un excelente escenario para el desarrollo de intervenciones de salud mental conducentes a los fines mencionados.

No hay que descartar la incorporación de adolescentes, debidamente adiestrados y supervisados, en el trabajo de atención psicosocial, aunque ellos mismos hayan estado

expuestos a la violencia. Algunos jóvenes voluntarios de las comunidades pueden ser seleccionados ya que la relación niño a niño permite que a través del trabajo se ayuden entre sí.

El abordaje psicosocial de los problemas relacionados con los desastres no presenta grandes diferencias según se trate de desastres naturales o producidos por el hombre, sean éstos conflictos armados, desplazamientos poblacionales o las llamadas emergencias complejas.

Las lecciones aprendidas aportan algunas conclusiones y pautas generales para el despliegue de intervenciones en las situaciones mencionadas (4, 11, 14, 18-20) entre las que cabe mencionar:

1. Esforzarse por proveer ayuda inmediata a los afectados y establecer entornos seguros.
2. Enfatizar el retorno a la "normalidad" lo mas pronto posible, evitando la "revictimización".
3. No separar a las víctimas del resto de la comunidad para prestarles atención. Los servicios de base comunitaria deben cubrir las necesidades de todos, lo cual no excluye que las personas con mayor riesgo puedan recibir una asistencia preferencial.
4. Los equipos de intervención que se constituyan deben tener carácter interdisciplinario e incorporar elementos autóctonos, bien entrenados y familiarizados con la cultura local. Estos equipos, además de ser autosuficientes, requieren ser provistos de los recursos necesarios para trasladarse a diversas áreas.
5. Los servicios públicos de salud mental en los territorios más afectados por el conflicto debieran estar descentralizados y fortalecidos en sus capacidades.
6. El acompañamiento solidario y de carácter grupal, en momentos significativos como las exhumaciones, es parte del abordaje comunitario y complementa las intervenciones clínicas. El manejo de la muerte (22) dentro del contexto de las tradiciones y costumbres de la comunidad reviste singular importancia.
7. La atención psicosocial de niños, niñas y jóvenes demanda que gocen de prioridad siendo la intervención en la escuela la estrategia de elección.
8. El desarrollo de actividades educativas deberá hacerse preferentemente con grupos comunitarios.
9. En conflictos armados de larga duración se ha demostrado que toda la población, en mayor o menor medida, ha experimentado tensiones y angustias. Los menores son especialmente vulnerables y, en muchas ocasiones, son enlistados como actores directos (guerrilleros o soldados).
10. Se ha comprobado que los efectos psicosociales de los conflictos armados afectan a varias generaciones.

11. Son de especial significado las medidas tendientes a institucionalizar las acciones dentro del sector salud, con una visión de mediano y largo plazo.

IV. Problemas específicos relacionados con el manejo de grandes cantidades de cadáveres en situaciones de desastres y emergencias

A pesar de que el número de muertos y desaparecidos como resultado de algunos desastres naturales o causado por el hombre tiende a disminuir, gracias a sistemas de alerta y control cada vez más eficientes y a la mejor preparación de la comunidad, todavía existen ocasiones donde el número de víctimas mortales puede ser muy alto.

La existencia de gran cantidad de cadáveres luego de un desastre, crea incertidumbre y temor en la población, lo que es exacerbado a veces por las informaciones inexactas sobre el peligro de epidemias. El estado de tensión y duelo generalizado existentes, la situación de caos reinante y el clima emocional exacerbado pueden generar conductas de difícil control. Esta situación requerirá intervenciones psicosociales individuales y comunitarias apropiadas.

El acaecimiento de muertes masivas no sólo sucede en situaciones de desastres naturales, también en las guerras, es un problema frecuente. Durante las últimas décadas muchos países de América Latina, han vivido conflictos armados internos caracterizados por la violación masiva de los derechos humanos y las masacres indiscriminadas de civiles. Por otro lado, la mayoría de estas matanzas han sido producto de procesos alimentados por una motivación psicológica previa.

El manejo y disposición de cadáveres es un problema con serias implicaciones psicológicas para la familia y los sobrevivientes; tiene además importantes connotaciones políticas, socio-culturales y de salud e involucra derechos humanos que no pueden ser pasados por alto.

Cualquier forma de enterramiento masivo tiene siempre un impacto psicosocial muy negativo tanto en el plano individual como en el colectivo y contraría la voluntad de quienes quieren dar una despedida digna a sus familiares y amigos. Otro problema creado por este proceder es la no identificación de los cadáveres, que incrementa el dolor y la incertidumbre a la vez que perturba los procesos de duelo en los sobrevivientes.

El afronte de la muerte. Incendio en Lima, 2001

El incendio ocurrido en Lima, Perú, en diciembre del 2001 es un buen ejemplo de los problemas anteriormente mencionados. El incendio se produjo en la zona comercial de Lima, y causó la muerte de aproximadamente 270 personas. Muchos de los cuerpos se encontraron carbonizados, por lo que el reconocimiento fue muy difícil. La primera respuesta estuvo a cargo de los bomberos quienes controlaron el incendio tras 14 horas de trabajo. Muchos bomberos fueron afectados emocionalmente por la gran cantidad de cadáveres que tuvieron que manejar. La situación se complicó los días siguientes en la morgue central pues el lento proceso de reconocimiento y autopsia de los cadáveres provocó desconcierto y frustración entre los familiares que esperaban, lo que degeneró en actos de violencia verbal, y protestas generalizadas.

Las intervenciones psicosociales se iniciaron en las afueras de la morgue por iniciativa de un grupo de psicólogos y sacerdotes que trataban de dar apoyo psicológico y moral a los presentes y al mismo tiempo brindar información veraz y actualizada. Al interior de la institución, los familiares de las víctimas, divididos en grupos de 20, fueron atendidos por psicólogos que les daban orientación y los acompañaban individualmente, si era necesario, para identificar a sus deudos.

A la parte interna de la morgue se debía pasar en grupos de 20; posteriormente recibían orientaciones y se les indicaba la ruta a seguir, para lo que se les asignaba un psicólogo o un voluntario como acompañante. En el segundo día y frente a la presión popular, también se permitió el ingreso hacia un ambiente donde estaban los cuerpos que eran irreconocibles; sin embargo, la gente lograba algunas identificaciones positivas. Posteriormente se instaló en la morgue un puesto médico donde se ofrecía atención de salud mental a las personas afectadas por crisis. También se instaló una carpa de un organismo gubernamental, que tenía a su cargo ofrecer servicios funerarios gratuitos. Los cuerpos irreconocibles fueron enviados a un pabellón del cementerio para su inhumación. Esta decisión calmó la ansiedad y temor de muchos familiares que pensaban que podían ser quemados o enviados a una fosa común.

Fuente: Valero S. El afronte de la muerte. Trabajo inédito. Lima, 2002. (22)

V. Consideraciones finales

El impacto psicosocial de los desastres es el resultado de varios factores, entre los que sobresalen: las características del evento, las consecuencias sobre las personas y la naturaleza y magnitud de las pérdidas. Su evaluación requiere un monitoreo continuo para determinar las repercusiones a mediano y largo plazo.

El afrontamiento de una situación de desastre o emergencia no es solamente una responsabilidad del sector salud; además se involucran otros actores como instituciones gubernamentales, ONG, autoridades locales y la propia comunidad. Entre las medidas inmediatas más generales que contribuyen a crear un clima de orden y tranquilidad emocional en la población afectada están:

- Respuesta acertada y ordenada, por parte de las autoridades.
- Suministro de información veraz y oportuna.
- Cooperación interinstitucional y participación de la comunidad.
- Disposición de servicios básicos de salud y “priorización” de la atención de salud mental de los sobrevivientes.
- Atención preferencial a los grupos más vulnerables, tomando en consideración las diferencias relacionadas con el sexo y la edad.
- Asistencia a las personas con manifestaciones inusitadas de duelo o trastornos psiquiátricos y prevención de su incremento.
- Manejo cuidadoso y ético de los cadáveres por parte de los cuerpos de socorro y, establecimiento de pautas para realizar, de manera ordenada e individualizada, las notificaciones de muertes y desapariciones.
- Prevención de los enterramientos en fosas comunes y facilitación del reconocimiento y registro apropiado de los cadáveres, así como la entrega de los mismos a los familiares.

Es necesario facilitar la expresión del duelo y las vivencias traumáticas de acuerdo con las normas culturales prevalecientes. Los ritos de despedida de los seres queridos contribuyen en gran medida a la aceptación y reelaboración de lo sucedido. No obstante, las respuestas institucionales más frecuentes están basadas más bien en la atención psiquiátrica individual y sirven sólo a un número muy reducido de las personas afectadas.

En el caso de masacres, es de capital importancia la adopción de medidas a mediano y largo plazo para lograr la reconstrucción del tejido social, contándose entre ellas:

- Resarcimiento (material e indemnización).
- Atención humanitaria y respeto de los derechos humanos de los sobrevivientes.
- Fomento de la recuperación de la memoria colectiva y la dignificación de las víctimas.

- Facilitación de exhumaciones que pueden contribuir al esclarecimiento de hechos y a facilitar el proceso de duelo familiar y comunitario.
- Estimulación del papel activo del estado y la sociedad civil.
- Fomento de la convivencia pacífica.
- Promoción de cambios sociales y políticos que contribuyan al bienestar general, la construcción de la paz y la democracia.

Muchos países latinoamericanos han sido afectados a lo largo de la historia por eventos traumáticos múltiples como conflictos armados y desastres naturales, en un contexto de marcada adversidad socioeconómica. Las pérdidas humanas y materiales han sido enormes; se impone afrontar la recuperación psicosocial de estas poblaciones, mediante una política de estado, desarrollada en el marco de una atención integral de la salud.

REFERENCIAS

1. ACNUR, CISP y ECHO. Pastoral Social, El desplazamiento por la violencia en Colombia. Publicación conjunta. Bogotá, Colombia, 2000.
2. Cohen, H. Intervención en crisis en situaciones de desastres naturales. Experiencias del terremoto de El Salvador. Trabajo presentado en el taller latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud, 2001.
3. Lima, B. R., Santa Cruz, H. y cols. La atención primaria de salud mental en las víctimas del desastre en Armero, Colombia. En consecuencias psicosociales de los desastres: La experiencia latinoamericana. Serie de Monografías Clínicas No.2 Editado por el Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental Simón Bolívar, 1989.
4. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Asistencia humanitaria en casos de desastres. Guía para proveer ayuda eficaz. Washington: OPS/OMS, 1999.
5. Quirós, N., Romero, C. Experiencias de UNICEF en la recuperación psicoafectiva de los niños en situaciones de emergencia. Compilación de los trabajos presentados en los talleres sobre atención en salud mental en casos de desastres y emergencias. Guatemala/Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, 2001.
6. Prewitt, J., Saballos, M. Salud psicosocial en un desastre complejo: el efecto del Huracán Mitch en Nicaragua. Guatemala: Cruz Roja Americana, Delegación Regional de Centroamérica, 2000.
7. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD40.R19 del Consejo Directivo 1997. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1997.
8. Organización Panamericana de la Salud. Resolución del Consejo Directivo CD43.R10. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 2001.
9. Kohn, R., Levav, I. y cols. El Huracán Mitch y la salud mental de la población adulta: Un estudio en Tegucigalpa, Honduras. Pendiente de publicación.
10. Rodríguez, J., Bergonzoli, G, Levav, I. Violencia política y salud mental en Guatemala. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 2002, 48 (1-4): 43-49.
11. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Lineamientos básicos para la atención psicosocial a poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto armado en Colombia. Documento de trabajo. Bogotá/Guatemala: OPS/OMS, 2001.
12. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Serie de Manuales y Guías sobre desastres No.1. Washington: OPS/OMS, 2002.
13. Caldas de Almeida J.M. Mental Health Services for Victims of Disasters in Developing Countries: a Challenge and an Opportunity. *World Psychiatry*, 2002;1(3):155-157.

14. Cohen R. Mental Health Services for Victims of Disasters. *World Psychiatry*, 2002;1(3): 149-152.
15. Fullerton C. S., Ursano R.J. Mental Health Interventions and High Risk Groups in Disasters. *World Psychiatry*, 2002;1(3): 157-158.
16. Prewitt. J. Primeros Auxilios Psicológicos. Guatemala: Cruz Roja Americana, Delegación Regional de Centroamérica, 2000
17. Cohen, R. Salud Mental para víctimas de desastres. Guía para Trabajadores. Editorial El Manual Moderno, México, DF, 1999
18. Cohen, R. Salud Mental para víctimas de desastres. Guía para Instructores. Editorial El Manual Moderno, OPS. México, DF: Organización Panamericana de la Salud, 1999
19. Rodríguez, J. Principios básicos y organizativos de la atención en salud mental en situaciones de desastres. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre atención en Salud Mental en casos de desastres. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud, 2001.
20. Rodríguez, J., Ruiz, P. Recuperando la esperanza. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud, 2001
21. Jarero, I. Primeros auxilios emocionales. México, DE: Asociación Mexicana para la Ayuda Mental en Crisis, 1998.
22. Valero, S. El afronte de la muerte. Trabajo inédito. Lima, 2002.

HACIA LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Cristóbal Martínez*

Introducción

Contrariamente a la creencia popular, los trastornos mentales son comunes durante la niñez y adolescencia. Además, muchos de los desórdenes que son diagnosticados frecuentemente en los adultos pueden comenzar durante la infancia. Un ejemplo es la depresión, que se identifica cada vez más entre los niños. Pero debe hacerse una advertencia acerca de las estimaciones de altas tasas de morbilidad psíquica entre los menores de edad: la niñez y adolescencia están influidas por las fases del desarrollo en las que es difícil demarcar límites claros entre fenómenos que son parte de ese proceso normal y otras que son anormales.

La Declaración de Caracas estableció un grupo de principios estratégicos aplicables a los servicios de salud mental para la infancia y adolescencia; pasados 15 años después de ese evento, se necesita ahora consolidar las acciones para lograr el establecimiento de servicios de salud mental infanto-juvenil de proyección comunitaria. Para ello es necesario evolucionar:

- Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial sanitarista;
- De la concentración de las acciones en la atención a las de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos (1);
- Del enfoque asistencial a los de riesgo y resiliencia (2-5);
- De la concentración de la tecnología a su transferencia y a la coordinación intersectorial;
- De los servicios concentrados en instituciones a los desplegados en la comunidad.

Reorientación de los servicios de salud mental infanto-juvenil hacia la atención primaria

En los últimos 15 años se han producido avances significativos en la organización de los servicios de salud mental infanto-juvenil. Destacamos especialmente las experiencias de Cuba, Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y México.

* Profesor Titular de Psiquiatría, Universidad Médica de La Habana
Jefe del Grupo Nacional de Psiquiatría Infantil, Ministerio de Salud, Cuba

La experiencia cubana

En los primeros años de la década de los 60 se inició la formación de especialistas y a mediados de ésta se graduaron los primeros psiquiatras infantiles, formados en un régimen de residencia de tres años. La política de dar cobertura nacional se puso de manifiesto desde muy temprano y así los primeros graduados fueron ubicados en las tres ciudades más alejadas de la capital. En 1974, al crearse el Grupo Nacional de Psiquiatría, se enfatizó aún más el propósito de llevar la atención a toda la nación. La filosofía de trabajo reside en no crear instituciones para internar niños con patología psiquiátrica, sino en mantener al paciente dentro del seno familiar y sólo en casos muy extremos y con criterio de intervención en crisis, recurrir al ingreso. Eso ha posibilitado el enfoque comunitario, congruente con nuestro objetivo de trabajo (atención de niñas, niños, adolescentes, su entorno familiar, su escuela, sus coetáneos) que no se puede abordar de otra manera.

Actualmente, todas las provincias del país disponen de un equipo de salud mental infanto-juvenil (constituido por especialistas en: psiquiatría infantil, psicología, trabajo social, psicopedagogía y enfermería) y, en nueve de ellas, hay servicios de internamiento, con un número reducido de camas para estancias cortas, en hospitales pediátricos con criterio de intervención en crisis. En una década (1984 a 1994) se duplicó el número de especialistas (66 a 133). Actualmente se cuenta con 202 especialistas distribuidos por todo el país.

El Grupo Nacional de Psiquiatría Infantil ha considerado que existen las condiciones para profundizar en el enfoque comunitario por cuanto:

1. Se han establecido objetivos de trabajo para lograr cambios en los estilos de vida, controlar los factores de riesgo ligados al medio ambiente y asegurar el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación de los trastornos mentales de la infancia.
2. El principal propósito del Programa Nacional de Atención Materno Infantil, en el cual está incluida la Salud Mental Infanto-Juvenil, es consolidar y mejorar los niveles alcanzados en la salud de la madre y el niño.
3. Los sectores salud, educación, seguridad social, el legislativo, organizaciones no gubernamentales, así como agencias internacionales están en disposición de coordinar sus acciones, en función de mejorar la calidad de vida de nuestros niños, niñas y adolescentes.

Programa nacional de salud mental infanto–juvenil de Costa Rica

Estrategias:

1. Coordinación intersectorial e interinstitucional.
2. Garantía de los recursos.
3. Revisión y adecuación de la legislación.
4. Ejecución de un modelo de atención integral en salud mental infantil.
5. Formación de equipos multidisciplinarios.
6. Asesoría técnica y capacitación a los equipos básicos de atención integral.
7. Ampliación de la cobertura de los servicios de salud mental.
8. Desarrollar y aplicar normas y protocolos.
9. Contar con planes de acción nacional, regionales y locales.
10. Enfoques de derecho, riesgo, género y diversidad.
11. Educación permanente.
12. Desarrollo de campañas de sensibilización.
13. Formación de profesionales en salud mental.
14. Investigación.
15. Evaluación de los resultados y el impacto.
16. Contar con la cooperación internacional.

Ejecución del programa:

- Formulación, evaluación, aprobación y divulgación del programa.
- Difusión del programa en los niveles regionales y locales respectivos con el fin de adecuar los alineamientos nacionales a las necesidades y prioridades de esos niveles.
- Análisis de la situación regional y local en salud mental infantil.
- Formación, capacitación y fortalecimiento de los equipos regionales y locales para la operatividad del programa, mediante la conducción de talleres de información, análisis y planeamiento estratégico.
- Seguimiento y evaluación de las acciones definidas en el programa.
- Medición del impacto mediante la realización de diversos estudios e investigaciones.

La piedra angular de la reorientación de los servicios de salud mental infanto-juvenil es el enfoque comunitario (6-8), el cual se basa en:

- La descentralización de los servicios especializados.
- El abordaje amplio e integral de la población (clínico, epidemiológico y social).
- La atención primaria como eje fundamental del trabajo.
- La integración programática.
- La participación comunitaria.
- La promoción de salud.
- Los enfoques de riesgo y de resiliencia (2-5).
- La coordinación intersectorial
- La asignación de especial énfasis a la familia como condición determinante de la salud mental del niño (9, 10).
- La investigación aplicada que brinde respuesta a los problemas.

La estrategia para el desarrollo de programas de salud mental dirigidos a la niñez y adolescencia, tiene cuatro aspectos esenciales:

- El diagnóstico de la situación de salud mental de los niños, niñas y adolescentes.
- El análisis de necesidades y prioridades.
- El plan de acción, que incluya la organización de los servicios. (11-15).
- La búsqueda del equilibrio adecuado entre la prevención de los trastornos mentales, la promoción de la salud y la atención clínica a pacientes con patologías mentales

La organización de los servicios de salud mental se debe basar en:

- Atención especializada ambulatoria, lo más cercana posible de la comunidad, con la presencia de profesionales de salud mental en centros de salud de la red de atención primaria y/o en centros comunitarios de salud mental (6).
- Servicios en los hospitales pediátricos con salas para internamientos cortos con criterio de intervención en crisis.
- Hospitales de día.

Es un hecho conocido que en nuestra región hay países donde el número de especialistas en psiquiatría infantil no es suficiente para acometer estas tareas, por lo tanto es necesario poner en efecto una estrategia de transferencia de la tecnología apropiada a los psiquiatras generales, pediatras, personal de trabajo social, de enfermería y a todos aquellos que puedan colaborar, tanto en la atención como en la promoción y prevención.

Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos desde la perspectiva de la infancia y la adolescencia

La salud mental puede ser considerada como una condición individual que contribuye a alcanzar una calidad óptima de vida y que es susceptible a aumentar o disminuir de acuerdo con las condiciones del medio y las acciones ejercidas por la sociedad. Un rasgo de buena salud mental es tener la capacidad de mantener con el prójimo relaciones mutuamente satisfactorias y duraderas. Hay evidencia creciente que demuestra que la cohesión social es decisiva para el bienestar socio-económico de las comunidades, relación que parece ser recíproca.

La promoción, restitución y mantenimiento de la salud mental no son tareas que incumben exclusivamente al profesional de la salud mental. El éxito de las intervenciones correspondientes dependerá, en alto grado, de la medida en que los valores prevalecientes en la sociedad y los factores socioculturales presentes sean tomados en cuenta

Intervenciones para la promoción de la salud mental en las primeras etapas de la vida

Las políticas destinadas a incrementar el bienestar de las familias, tales como los planes que aminoran las dificultades económicas, programas de apoyo familiar y en el lugar de trabajo, así como el acceso a los servicios de salud infantil, deben conducir a un mejoramiento general de la salud física y mental de los niños (16).

Existen evidencias que las visitas al hogar durante el embarazo tienen una influencia significativa en la salud tanto física como mental de la madre, el niño y la familia en general. Los beneficios de las visitas no sólo corresponden a intervenciones en el campo de la salud, sino que también tienen repercusiones en el plano socioeconómico y se traducen a largo plazo, en niveles más altos de salud mental del grupo familiar. Un ejemplo singular de la bondad de estas acciones es el Programa de Atención Materno Infantil de Cuba (17, 18) que, mediante visitas domiciliarias realizadas por un grupo de enfermeros y médicos generales integrales, brindan atención en los hogares durante el embarazo y posteriormente a lo largo del desarrollo del niño. El citado programa, objeto de una investigación evaluativa durante 25 años, ha demostrado su efectividad para mejorar la salud temprana y el desarrollo de hijos de madres de bajos ingresos al igual que sus desempeños futuros.

Intervenciones educativas y psicosociales en preescolares

Existen muchos programas comunitarios para familias con niños pequeños, tales como los de estimulación de la lectura mediante la visita a bibliotecas, el establecimiento de clínicas de detección de problemas de salud, la organización de actividades recreativas y el patrocinio de programas televisivos que promueven el desarrollo de valores sociales y de habilidades para la vida (19).

Las funciones del habla y lenguaje de los niños nacidos en familias pobres o de minorías, pueden con frecuencia desarrollarse a un ritmo menor en comparación con otros niños. Hay evidencia convincente que indica que las intervenciones tempranas, comenzando a los dos años de edad, que promueven la lectura e involucran a los niños en conversaciones con sus padres, utilizando libros con imágenes, mejoran las habilidades básicas y facilitan la transición del hogar a la escuela. No obstante, han surgido dudas de si las intervenciones realizadas en el hogar y la recomendación de enfoques en la crianza representan un uso efectivo de los recursos. Sin embargo, las pocas evaluaciones emprendidas en esta área parecen prometedoras en cuanto indican que esas intervenciones, que tienen un impacto inmediato en la salud física y mental de los padres y sus bebés, podrían prolongar su efecto durante toda la vida de los niños e incluso en varias generaciones (20, 21).

Intervenciones efectivas para la salud mental realizadas en las escuelas.

La mayoría de los países se han comprometido a tener sistemas de educación primaria de cobertura universal. Aunque la cantidad de tiempo que los niños permanecen en la escuela es variable, ésta es la institución principal para la socialización de los menores. Por esta razón, y debido a la conveniencia de realizar acciones en un entorno donde los alumnos pasan gran parte de su tiempo, las escuelas se han convertido en uno de los escenarios más importantes para las intervenciones en niños y jóvenes.

Para que los niños se desempeñen efectivamente, necesitan adquirir destrezas sociales y emocionales. También necesitan adquirir confianza en sí mismos que les permita usar esas destrezas en forma constructiva y aprovechar las oportunidades para practicarlas; de esta manera llegarán a desarrollar un sentido de identidad y adquirir un manejo adecuado de las relaciones sociales. Este proceso es corrientemente denominado “aprendizaje social y emocional”. El sitio de Internet de la Colaboración para Aprendizaje Académico, Social y Emocional (CASEL –www.casel.org/index) ofrece una variedad de programas para mejorar el aprendizaje basados en la evidencia (22).

Se pueden identificar varios tipos de intervenciones en la escuela dirigidas a lograr una mejor capacidad para relacionarse y fomentar la autovaloración; también pueden emprenderse acciones orientadas a la disminución de los problemas emocionales y de conducta. Los programas más comúnmente utilizados en las escuelas se han concentrado en el control de una amplia variedad de factores de riesgo y problemas psicosociales, tales como los relativos al fracaso académico y a la agresión e intimidación por compañeros. Los programas han demostrado que pueden mejorar la capacidad individual y resiliencia de los niños e inducir la disminución de síntomas depresivos (23).

A medida que los estudiantes alcanzan más edad, se enfrentan a nuevos retos, tales como la presión ejercida por los compañeros para que participen en conductas delictivas o uso de sustancias; en estos casos las habilidades sociales y emocionales se tornan

especialmente importantes para mantener la salud y el desarrollo positivo. Los programas realizados en las escuelas medias y secundarias que están dirigidos a formar o fortalecer capacidades en los estudiantes, se utilizan tanto en la promoción de la salud mental como en la prevención del abuso de sustancias (23-28).

Inducción del cambio de la ecología escolar

Un ambiente psicosocial positivo en la escuela (“escuelas amigables“) puede influir favorablemente en la salud mental y el bienestar de los menores (1, 22, 23). Los factores que condicionan un ambiente positivo en la escuela influyen determinadamente en los jóvenes al proporcionar una atmósfera amistosa, gratificante y de apoyo a la cooperación y el aprendizaje activo; también son de valor las disposiciones que prohíben el castigo físico y proscriben la violencia (28-31).

Programas de componentes múltiples

Los programas que se aplican simultáneamente en diferentes ámbitos, tales como los dirigidos a cambiar la ecología escolar o a mejorar las destrezas individuales, son más efectivos que aquellos que intervienen sólo sobre un factor individual.

El enfoque de resiliencia

La resiliencia se puede definir como: "la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas". Está determinada por los *factores protectores*, definidos como las condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo armónico de individuos y grupos, así como reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Se contraponen a los *factores de riesgo*, definidos como características o cualidades del medio, la persona o la comunidad que tienen una elevada probabilidad de dañar la salud (2-5).

Cabe enfatizar que las fuerzas negativas, expresadas en términos de riesgo, no encuentran al niño necesariamente inerme, sin defensa alguna que lo proteja contra los daños. Existen “escudos protectores” que hacen que dichas fuerzas no actúen libremente y en ocasiones las transforman en factores de superación en situaciones difíciles (22, 23).

Los equipos de salud mental deben tener en cuenta que la promoción de la resiliencia es una estrategia de intervención practicable en nuestra región, incluso en países o territorios de pocos recursos. La relevancia de la resiliencia como instrumento de prevención es sobresaliente. Su aplicación requiere cumplir con diferentes precondiciones, entre ellas la investigación de los factores de vulnerabilidad y de su incremento en la población, la reducción de los riesgos y la promoción de la salud.

El fomento de la resiliencia implica concentrar los esfuerzos en cada individuo como sujeto único y, al mismo tiempo, resaltar sus potencialidades y recursos personales. En esta forma se le facilitará enfrentar situaciones adversas y salir de ellas fortalecido, a pesar de estar expuesto a los factores de riesgo.

Las personas *resilientes*, al estar inmersas en una situación de adversidad, o estar expuestos a un conglomerado de condiciones de riesgo, tienen la capacidad de utilizar factores protectores para sobreponerse, crecer y desarrollarse adecuadamente llegando a madurar como seres competentes, pese a los pronósticos desfavorables.

El perfil de un niño o adolescente resiliente comprende, entre otras cualidades:

- Competencia social, que incluye la posesión de cualidades como estar listo para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto; tener comportamientos sociales adecuados y sentido del humor.
- Capacidad para resolver problemas desde la niñez temprana y en la adolescencia, lo mismo que habilidad para asimilar ideas y captar el sentido de sistemas filosóficos.
- Entre los atributos personales del niño o adolescente resiliente sobresale el control de las emociones y de los impulsos, la autonomía; el sentido del humor; la elevada autoestima; la capacidad de sentir empatía (inteligencia emocional); la capacidad de comprender y analizar las situaciones; cierta competencia cognoscitiva y capacidad de prestar atención y concentrarse.

Entre las condiciones del medio que favorecen la resiliencia está la certidumbre, por parte del niño o joven, de recibir un afecto no condicionado, por encima de todas las circunstancias. Además, debe gozar de una relación de aceptación incondicional por parte de un adulto significativo. Como circunstancia en extremo favorable está la accesibilidad a las redes informales de apoyo.

El enfoque de riesgo

Se estima que un factor de riesgo está presente cuando se constata que hay una probabilidad más alta de que aparezcan trastornos psíquicos, daño biológico o social (16). Los resultados de las investigaciones sobre los factores de riesgo en los niños y niñas pequeños son concluyentes: existen ciertas condiciones que facilitan la aparición de trastornos psicopatológicos, sin embargo esas mismas situaciones no son necesariamente generadoras de desordenes en todos los menores.

El interés por el riesgo psicosocial en la primera infancia se debe fundamentalmente a su susceptibilidad a las acciones preventivas. Éstas son particularmente efectivas en los niños pequeños en los que la evaluación y la intervención oportunas son cruciales para evitar la aparición de trastornos y desajustes psicológicos. Sin embargo, conviene hacer notar que los estudios epidemiológicos de los riesgos tempranos

del desarrollo son escasos, siendo aun más raras las investigaciones longitudinales sobre factores de riesgo. Este tipo de estudios es necesario para el desarrollo de programas de detección precoz y para la ejecución de las intervenciones apropiadas. Las investigaciones de carácter longitudinal son una necesidad sentida en diferentes campos. Mediante ellas se facilita el análisis de los trastornos psíquicos emergentes, tanto en el contexto social, como a lo largo del tiempo. De ese modo se podrá determinar las repercusiones de los factores negativos en las distintas edades, identificar el riesgo y poder intervenir antes de la aparición de un trastorno. Este tipo de investigación es esencial y se considera que sus hallazgos constituyen un aporte clave para los programas de prevención de enfermedades mentales en todas las edades. El cuadro 1 ilustra los principales factores de riesgo, muchos de los cuales han sido identificados mediante investigaciones como las citadas.

Cuadro N° 1. Principales factores de riesgo en la infancia y adolescencia

Riesgo Familiar	Riesgo Educativo	Riesgo de la Comunidad	Riesgo Individual
Divorcio Negligencia en el cuidado del menor Maltrato infantil Patrones de conducta inadecuados de los familiares Conductas suicidas Conductas antisociales Migración Nivel cultural bajo Consumo de alcohol y/o drogas Condiciones económicas precarias Vivienda en malas condiciones	Actividades escolares desorganizadas Ausencia de espacio Carencia de recreación Prohibición de jugar Maltrato físico y emocional Patrones de conducta inadecuados de los educadores Falta de higiene Condiciones escolares inadecuadas Preparación deficiente de los educadores	Malas condiciones socioeconómicas Ausencia de áreas libres Falta de actividades recreativas, sitios de juego, parques etc. Poco uso del tiempo libre Limitadas actividades sociales Ausencia de campos deportivos Falta de organizaciones de adolescentes Ausencia de juegos tradicionales Baja calidad de la atención de salud Poca participación comunitaria.	Daño pre, peri y postnatal Trastornos del aprendizaje y déficit sensoriales Déficit de juego y prácticas deportivas Violencia Enfermedades crónicas Desinterés en el estudio Consumo de alcohol y/o drogas Conducta suicida Accidentes Dificultades en el desarrollo global y psicomotor Alteraciones de la identificación sexual.

La atención de la infancia en situaciones de emergencia y desastres revela de manera demostrativa del valor de estos enfoques. Se ha comprobado que los niños y adolescentes son los principales usuarios de los servicios de salud en estas situaciones, afirmación que se refuerza si se tiene en cuenta que estos grupos de edades son los más

vulnerables, aunque también altamente receptivos y moldeables. El reforzamiento de los factores protectores que se identifiquen es una medida efectiva y necesaria.

Consideraciones finales

1. Es imperativo continuar la reestructuración de los servicios infanto-juveniles de salud mental cuyo eje es la atención primaria, y su rasgo más saliente la extensión hacia la comunidad.
2. El enfoque comunitario se basa en la descentralización de los servicios especializados, el abordaje integral de la población (clínico, epidemiológico y social), la promoción de salud, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial y la integración programática.
3. La familia es un factor determinante de la salud mental del niño.
4. En la mayoría de los países es necesario definir mejor, desde el ángulo de la salud mental, el perfil epidemiológico de la población infantil, sus necesidades y demandas.
5. Es necesario educar a la población para que tome conciencia de las necesidades psicosociales de los menores, sus derechos y responsabilidades.
6. La educación para la salud debe asegurar el concurso de los medios de comunicación, atraer a personas claves, líderes naturales y políticos, para así crear un clima de opinión que demande el cambio y contribuya a su establecimiento.
7. El conocimiento de los factores protectores y su oportuna utilización es la medida más efectiva para promover la salud mental de niños, niñas y adolescentes.
8. Es necesario favorecer la organización de grupos de jóvenes, mujeres, maestros y personal comunitario para que se conviertan en agentes activos de atención y apoyo a los niños y niñas.
9. Contrariamente a la creencia popular, los trastornos de la salud mental son comunes durante la niñez y adolescencia
10. En el diseño de los planes y estrategias de protección de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes es de suma importancia:
 - a. Disponer de estudios sobre antecedentes y estructura de las comunidades, de sus recursos, necesidades y prioridades.
 - b. Monitorear las acciones y los procesos de cambio. La planificación de acciones y la ejecución de intervenciones deberán hacerse con flexibilidad y dinamismo para así satisfacer las demandas impuestas por condiciones nuevas o cambiantes y ejercer la debida vigilancia.
 - c. Hacer énfasis en la evaluación y difusión de la implementación de los planes y programas, con atención al mantenimiento y mejoramiento de la calidad de la atención.
 - d. Desarrollar intervenciones para la promoción de la salud mental en las primeras etapas de la vida.
 - e. Reducir la violencia y mejorar el entorno escolar.

- f. Aplicar los enfoques de riesgo y resiliencia, componentes complementarios esenciales para la formulación y puesta en práctica de los planes de atención en salud mental de niños y niñas, especialmente de los que están en condiciones de vulnerabilidad.
- g. Capacitar al personal que trabaja con menores para habilitarlo en la identificación y promoción de los factores protectores, la evitación o minimización de los factores de riesgo, la detección precoz de los trastornos y las medidas para su control.
- h. Transferir las diversas tecnologías de salud mental al personal no especializado para compensar la escasez de especialistas.
- i. Utilizar a las organizaciones comunitarias como elementos estratégicos para organizar, de manera coordinada y sistemática, las acciones conducentes a la protección de la salud mental de la infancia,

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Promoción de salud mental. Informe compendiado. Ginebra: OMS, 2004.
2. Grotberg, D, Una guía para promover la resiliencia en niños y fortalecer el espíritu humano. The Hague: Bernar van Leer Foundation, 1996.
3. Kotliarenko, A.I., Estado del arte en resiliencia, Washington, D.C.: OPS/OMS, 1997.
4. Munist, M. Promoción de la resiliencia en niños y adolescentes, Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1998.
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescente, Publicaciones del Programa de Adolescencia. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1998.
6. Barrientos G, Rodríguez J, Valdés Mier M, y Martínez C., Ponencia Central del taller internacional “Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria. La Habana: Ministerio de Salud, 1995.
7. Rodríguez J., Atención primaria en salud. Conferencia especial del taller internacional “Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención primaria. La Habana: Ministerio de Salud, 1995.
8. Rodríguez Jorge., Usuarios y salud mental. Conferencia especial del taller internacional “Reorientación de la Psiquiatría hacia la atención primaria. La Habana: Ministerio de Salud, 1995.
9. Manrique, R., Familia y sociedad, su papel en la atención primaria en: Psiquiatría en Atención Primaria, Editor J. L. Vázquez-Barquero, Editorial Grupo Aula Médica S.A. Madrid, 1998.
10. Martínez Cristóbal, Salud Familiar Segunda edición Editorial ciencia y técnica. La Habana, 2003.
11. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes de las Américas, Publicaciones del Programa de Adolescencia. Washington D.C.: OPS/OMS, 1998.
12. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. El ambiente legislativo y de políticas relacionado con la salud del adolescente en América Latina y el Caribe. Washington D,C, OPS/OMS, 1999.
13. World Psychiatric Association. Presidencial Programme on Global Child Mental Health, 2005.
14. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Monitoreo y Evaluación. Serie OPS/FNUAP, 2001.
15. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas.
16. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales. Informe compendiado Ginebra: OMS, 2004.
17. Martínez Cristóbal, Temas de medicina general integral. Editorial de ciencias médicas. La Habana, 2001.

18. Martínez Cristóbal, Desarrollo psicológico del niño, En: Pediatría, 1er Tomo, Editorial, Pueblo y Educación, La Habana, 1996.
19. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Información para la familia, Washington D.C., 1998.
20. Martínez Cristóbal. Tratamiento de la familia. La reorientación de la atención psiquiátrica en Cuba: enfoques para un debate en Salud Mental. Ministerio de Relaciones Exteriores de Italia... La Habana, 2001.
21. Martínez Cristóbal, Manual de buenas prácticas clínicas. Para la atención integral del adolescente... MINSAP/UNICEF La Habana, 1999.
22. Organización Panamericana de la Salud. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes, 2001.
23. Organización Panamericana de la Salud. Los niños como consumidores de productos sociales y comerciales, 2000.
24. Blejmar, B. La juventud y el liderazgo transformador, OPS/OMS, 1998.
25. Canessa, P. Manual para la educación en salud integral del adolescente, OPS/OMS, 1997.
26. Martínez Cristóbal, Guías prácticas de atención integral a la adolescencia, UNICEF 1998.
27. Martínez Cristóbal. Violencia familiar. La reorientación de la atención psiquiátrica en Cuba: enfoques para un debate en salud mental. Ministerio de Relaciones Exteriores de Italia. La Habana, 2001.
28. McAlister, A., La violencia juvenil en las Américas, OPS/OMS, 1998.
29. Organización Panamericana de la Salud. La violencia juvenil en las Américas, 1998.
30. Organización Panamericana de la Salud. ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? 1998
31. OMS, Programming for Adolescent Health and Development, Report of WHO/UNFPA/UNICEF, Geneva, 1999.

LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL FRENTE AL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA

Jorge Rodríguez*
Silvia Narváez**

1. Introducción

La violencia se ha convertido en un importante problema social y de salud, habiendo adquirido proporciones alarmantes en muchos países. El tema tiene carácter global y no sólo preocupa y es competencia de las instituciones sino que tienen responsabilidad oficial en la prevención y control de las situaciones de violencia e inseguridad. Actualmente, las comunidades manifiestan en forma creciente su preocupación y demandan respuestas al problema. Reconocer la violencia como un problema social y sanitario es iniciar un largo recorrido para prevenirla y controlarla.

La información disponible ha demostrado que la mortalidad y la morbilidad determinada por la violencia están creciendo considerablemente y que la respuesta de los servicios de salud se ha tornado insuficiente y de inferior calidad. En el caso de las mujeres, las organizaciones no gubernamentales han tratado de llenar el vacío dejado por los servicios públicos, al punto que el mayor porcentaje de programas de prevención y control de la violencia basada en género proviene de organizaciones de la sociedad civil.

La respuesta del sector salud, ha tenido tradicionalmente un carácter reactivo, de naturaleza predominantemente asistencial y con tendencia a la fragmentación en áreas de interés y especialidades. Los esfuerzos en la atención se han dirigido primordialmente a la reparación de daños físicos, como traumatismos, heridas y enfermedades, en los puestos de emergencia y otros servicios especializados

El sector salud, también, debe desempeñar un papel destacado en el registro de información sobre hechos violentos. Sin embargo en la práctica los datos recogidos son incompletos, no reflejan la realidad o en el mejor de los casos están limitados a la identificación del género de la víctima, su edad y la descripción de la lesión.

Otro problema relevante es que la concentración de la atención en el tratamiento de las lesiones induce a pasar por alto los aspectos psicosociales y los determinantes de la

* Jefe de la unidad de Salud Mental, Abuso de Substancias y Rehabilitación, Organización Panamericana de la Salud.

** Oficial de Salud Mental, Organización Panamericana de la Salud, Managua, Nicaragua.

violencia. Por otro lado generalmente no se identifican adecuadamente formas de violencia menos tangibles como las de naturaleza psicológica o social.

En general, los servicios de salud mental no han adoptado un enfoque tan activo y directo como sería de desear. En el caso de la violencia, la participación de sus especialistas no se refleja categóricamente en acciones de prevención y rehabilitación.

Las acciones para enfrentar la violencia desde el sector salud no reemplazan la respuesta de otras instituciones sino que las complementan. El sector salud puede aportar valiosas herramientas y metodologías al sistema de respuesta social e institucional del que forma parte junto con las fuerzas policiales, los tribunales y otras organizaciones afines.

2. Marco teórico referencial

La Organización Mundial de la Salud ha definido la violencia como: “el uso deliberado de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o de manera efectiva, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (1). Esta definición abarca tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre aspectos que van más allá del acto físico e incluye las amenazas e intimidaciones.

La violencia puede obedecer a razones patológicas individuales o estar cimentada en condiciones sociales. En este sentido tiene raíces culturales, económicas y estructurales. En todo caso, es susceptible de ser prevenida y controlada en gran medida. La comisión de un acto violento tiene diversas causas; en general la mayoría de actos violentos responde a una motivación de poder, dominación o supremacía.

Se entiende por víctima a toda persona que individual o colectivamente haya sufrido un daño físico o mental, pérdida económica o un sustancial menoscabo de sus derechos fundamentales, mediante actos violatorios de las leyes, sea por omisión o comisión.

Un concepto importante en el estudio de la violencia es el relativo a la seguridad ciudadana, entendida como el derecho de los habitantes a vivir sin temores y a confiar, de manera razonable, en los demás. Los problemas de violencia e inseguridad ciudadana están directamente interconectados toda vez que los actos violentos conllevan una significativa dosis de inseguridad.

Factores de riesgo y multicausalidad.

La violencia es un fenómeno multicausal en el que hay interacciones entre los diferentes factores que generan o facilitan su ocurrencia. No existe una condición única que pueda explicar por sí sola el comportamiento violento de una persona. Cabe señalar que desde la década de 1960 se viene utilizando un modelo ecológico, cuyos detalles aparecen en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud publicado por la OMS (1). El modelo citado analiza los factores que influyen en el comportamiento clasificándolos en cuatro niveles:

1. Nivel individual: caracterizado por las condiciones biológicas y la historia personal,
2. Nivel de las relaciones más cercanas: pareja, familia, amigos y compañeros,
3. Nivel de los contextos comunitarios: el vecindario, la escuela y los lugares de trabajo,
4. Nivel de la estructura de la sociedad: condicionado por normas sociales, culturales y legales.

Se han identificado diferentes condiciones de riesgo, entre las que se distinguen:

- La competencia de los padres o responsables por el cuidado de los niños. Cuando aquéllos carecen de las habilidades necesarias, desconocen alternativas de corrección o se atienen a normas culturales insatisfactorias, hay más probabilidades de que ocurra maltrato físico o psicológico.
- La prevalencia de la violencia en el seno de la familia. Cuando los niños son testigos o víctimas de violencia doméstica tienden a repetir esas conductas en su vida adulta.
- La ocurrencia de violencia conyugal, psicológica, física, sexual o económica. Las mujeres que han sufrido esa clase de agresiones viven con mayor riesgo de volver a ser víctimas de ataques similares.
- La presencia de factores situacionales que bajo circunstancias específicas facilitan la comisión de actos violentos, a veces por personas sin antecedentes de este tipo de conducta.
- El abuso de alcohol y otras drogas se asocia con comportamientos violentos; no son la causa básica pero favorecen su aparición.
- El porte o posesión de armas, es un factor desencadenante o facilitador (3) ya que aumenta la oportunidad y riesgo de su uso.
- La exaltación de las conductas violentas en los medios de comunicación social, por cuanto deforma la realidad y fomenta respuestas violentas frente a conflictos interpersonales.
- Los comportamientos violentos se dan en muchos casos como consecuencia de una equivocada forma de resolver los conflictos o de ejercer la autoridad y el poder, sin tomar en cuenta los derechos de las demás personas y las normas de convivencia.

Numerosas publicaciones han demostrado que la pobreza puede ser un factor de riesgo para las interacciones intrafamiliares morbosas. El impacto negativo que ejercen en las familias las penurias económicas puede generar otros eventos de vida adversos que contribuyen a la frustración creciente. Ésta a su vez puede activar y sostener la interacción destructiva entre los miembros de la familia. Las consecuencias de estas interacciones pueden incluir abuso de los niños, disolución matrimonial y del grupo familiar, así como otras acciones que alteran la salud mental.

Otro factor de riesgo asociado a la violencia es la creciente urbanización y los flujos migratorios del campo a la ciudad que han creado enormes cinturones de pobreza y marginalidad alrededor de las grandes urbes.

Mortalidad

La OMS (2) ha estimado que a nivel mundial, en el año 2000 el número de personas que perdieron la vida como consecuencia de actos violentos alcanzó la cifra de 1,6 millones, a lo que corresponde una tasa de 28,8 por 100.000 habitantes. Aproximadamente la mitad de las muertes se debieron a suicidios, casi una tercera parte a homicidios y una quinta parte a conflictos armados. Tres de cada cuatro víctimas de homicidio fueron varones.

3. Clasificación de la violencia

La clasificación usada en el Informe Mundial sobre Violencia y Salud (1) la divide en tres grandes categorías:

- a. Autoinfligida
 - Comportamiento suicida
 - Autolesiones
- b. Interpersonal
 - Violencia familiar /de pareja
 - Violencia en la comunidad
- c. Colectiva
 - Social
 - Política
 - Económica

Violencia autoinfligida

Según datos publicados por la OMS (2) las muertes por suicidio han aumentado a nivel mundial. Se calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815.000 personas, lo que sitúa al suicidio en el décimo lugar entre las principales causas de muerte.

El comportamiento suicida (3) se debe a gran número de causas; los factores que ponen a los individuos en riesgo de cometer suicidio son complejos y se influyen mutuamente; las motivaciones abarcan una amplia gama, que engloba condiciones como depresión, abulia, pérdida del sentido de la vida y la creencia que la muerte servirá de castigo a otra persona. La identificación de los factores de riesgo, entre ellos los mencionados, es muy importante para la prevención.

Violencia basada en el género

El despliegue de violencia condicionado por el género de la víctima es una de las violaciones de los derechos humanos más difundidas en el mundo. Se estima que en una de cada tres muertes violentas la víctima es una mujer. Ésta es una manifestación extrema de la desigualdad relacionada con el género, impuesta a las mujeres y niñas a causa de su posición subordinada dentro de la sociedad. Las consecuencias pueden ser devastadoras y prolongadas, toda vez que afectan la salud física y mental de las víctimas y ponen en riesgo el bienestar y la estabilidad de la familia y la comunidad.

Estudios realizados en varios países de América Latina (4-6) sobre la violencia contra las mujeres perpetrada en el entorno familiar, estiman que únicamente son denunciados entre un 15% y un 20% de estos incidentes. Son muchos los factores conducentes a que las mujeres afectadas nieguen los hechos o se vean imposibilitadas para denunciar la violencia. Estas circunstancias obligan a idear estrategias y mecanismos que contribuyan a la detección, atención, registro y seguimiento adecuado de las diferentes situaciones de violencia basada en el género.

Violencia contra niños y adolescentes

La exposición a la violencia se ha asociado claramente con la aparición de trastornos psíquicos en niños, niñas y adolescentes (7). Hay pruebas crecientes de los efectos nocivos de la exposición a la violencia sobre las funciones cognitivas y afectivas, el desempeño social y el rendimiento académico.

La exposición a la violencia política que ocurre durante las guerras deja cicatrices emocionales permanentes, especialmente en los niños (8). Hay evidencias de que la crianza en una comunidad azotada por la guerra tiende a promover un aumento considerable de comportamientos agresivos en los jóvenes. Las atrocidades de guerra

también se han asociado sistemáticamente con síntomas de estrés postraumático en los niños.

En algunas comunidades o incluso en países enteros las experiencias de la violencia son rutinarias o comunes; la situación es particularmente grave para los niños que están expuestos con frecuencia a formas de violencia intensa y generalizada. Otro problema de suma importancia es el de los niños y niñas de la calle, quienes con frecuencia son objeto de actos múltiples de violencia y viven en un ambiente hostil que propicia el aprendizaje de distintas formas de criminalidad.

Los adolescentes no sólo son víctimas de la violencia sino que con frecuencia se tornan ellos mismos en agresores. En algunos países de América Central, los jóvenes agrupados en pandillas juveniles, conocidas como “maras”, son responsables de una alta proporción de la violencia y del sentimiento prevaleciente de inseguridad ciudadana.

Terrorismo

Después de los sucesos del 11 de septiembre en Estados Unidos, el tema del terrorismo se ha hecho más descollante y ha adquirido mayor relevancia como un problema real, cercano y que probablemente afectará a toda la humanidad en el siglo actual (9).

Existen varias facetas del fenómeno que es necesario considerar. En primer término, el clima emocional cobra mayor intensidad en algunos países o regiones donde la población percibe como riesgo permanente el ser víctima de un acto de terrorismo. Esa sombría atmósfera genera manifestaciones variables, entre otras las de inseguridad, desconfianza, vigilancia obsesiva de cualquier hecho sospechoso, desmoralización y miedo, que corroen el tejido social y afectan su estructura y funcionamiento. También puede favorecer o exacerbar los odios y enfrentamientos étnicos, religiosos, políticos y nacionalistas existentes en la población. Es oportuno señalar que cuando la acción terrorista se materializa las consecuencias psicosociales se ponen de manifiesto en el corto, mediano y largo plazo. Los actos terroristas pueden ser de diverso tipo. Algunos de ellos, aunque altamente letales o riesgosos pueden ser ejecutados sin conocimiento de las víctimas. Generalmente son abruptos e inesperados y pueden afectar a multitudes o grandes colectivos de personas.

Uno de los problemas predominantes es el miedo y la aflicción, que toman un carácter masivo y cuya solución deberá emprenderse tanto en el plano individual como en el colectivo. Estudios realizados en poblaciones sometidas a un clima de terror han identificado que más del 80% de las personas, en circunstancias de cercanía evidente con el agresor, manifiestan síntomas de miedo o pánico. La creación de una “cultura del terror” y su manipulación por grupos organizados es un problema que debe ser cuidadosamente acometido.

Violencia política y conflictos armados

En años recientes, se han incrementado los conflictos armados internos en países pobres, siendo civiles y no militares la mayoría de las víctimas. Las características de muchas de estas guerras, que se ha dado en llamar de baja intensidad, son el abuso y atropello sobre la vida y propiedades de la gente, en especial la más humilde (10, 11).

Las secuelas de los conflictos armados prolongados son devastadoras y van desde el descalabro económico, pobreza generalizada, escasez de alimentos y agua potable, destrucción ambiental y deterioro de las formas de vida locales, hasta la desintegración de las familias, el desarraigo y la emergencia de trastornos psíquicos de diferente índole. Junto al daño psicológico individual es preciso identificar el daño social. Éste incluye desmoralización, destrucción de los modos de vida tradicionales y desplazamiento involuntario de grupos poblacionales.

Estudios realizados recientemente en diferentes regiones del mundo, relativos a la salud mental de los civiles afectados por la guerra, han revelado nuevos patrones de estrés y sufrimiento (12). Además del estrés agudo y transitorio son muy frecuentes la aparición de terror continuado, miedo generalizado, ansiedad extrema y otros síntomas que pueden asumir gran intensidad y son de larga duración.

Entre los diversos efectos individuales sobresalen, además de las manifestaciones de estrés, las reacciones depresivas, abuso de sustancias, violencia doméstica, etc. Estas reacciones adversas, aparte del sufrimiento que causan, generan discapacidad en las áreas de funcionamiento familiar y laboral y producen importantes pérdidas económicas directas e indirectas. Lo que es aún más importante, posteriormente contribuyen a obstaculizar la posibilidad que las poblaciones afectadas puedan librarse del ciclo de pobreza a la que muchas están sujetas.

Las secuelas psicológicas a largo plazo en individuos expuestos a conflictos armados han sido bien documentadas en civiles y veteranos. La secuela más conocida es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). En la mayoría de casos el TEPT es concomitante con otros desórdenes como depresión, abuso/dependencia de alcohol o trastorno de ansiedad. Afortunadamente, no todos los expuestos a conflictos sufren desajustes a largo plazo; frecuentemente hay un patrón de recuperación a medida que los estresores medioambientales disminuyen.

4. Desastres naturales

Los desastres naturales son eventos vitales traumáticos que se vivencian como agresiones externas de carácter violento. Implican, por lo general, grandes pérdidas humanas y materiales. Desde el punto de vista de la salud mental, puede considerarse que

en las grandes catástrofes toda la población experimenta tensiones y angustia en mayor o menor medida, directa o indirectamente. Los efectos de los desastres naturales son más marcados en las poblaciones pobres que viven en condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen acceso limitado a los servicios sociales y de salud. Se ha comprobado que los trastornos depresivos y ansiosos, los cuadros de estrés agudo y el consumo excesivo de alcohol son los problemas que más comúnmente se citan en la fase aguda de los desastres (13, 14).

Se ha demostrado que después de la fase crítica, los problemas de salud mental en los damnificados requieren atención durante un período prolongado. La recuperación de éstos puede ser obstaculizada por los estresores secundarios, entre otros, la pobreza y la exposición a la violencia. Los individuos sujetos a un estrés secundario quizás sean más vulnerables y mantengan índices mayores de estrés postraumático, depresión, discapacidad y malestar psicológico (15, 16).

5. Medidas preventivas y acciones alternativas

Los modelos represivos y de control que tradicionalmente eran los medios para combatir la violencia, han experimentado un giro hacia la prevención, recalándose las acciones dirigidas a la recuperación del capital social y humano. La violencia produce daños en el tejido social, fomenta comportamientos negativos y deteriora la ética social, vale decir, el respeto al derecho ajeno. Por esta razón se requiere asegurar el compromiso amplio de toda la sociedad y sus instituciones.

El enfoque tradicional, basado en el control y represión de las conductas violentas se sustenta en la intervención policial y en las acciones del poder judicial. Tal abordaje tenía como base la creencia de que las intervenciones mencionadas tenían efecto disuasivo sobre los agresores, debido a las consecuencias de la reclusión carcelaria y la pérdida de derechos. Sólo recientemente se ha reconocido la necesidad de combatir la violencia desde una perspectiva preventiva más amplia, con la participación de diversas disciplinas y actores que presten apoyo y den coherencia a proyectos dirigidos tanto a las víctimas como a los agresores. En 1985, el Cirujano General de los Estados Unidos declaró que la violencia como problema de salud pública era una idea nueva. Hoy es un hecho reconocido que ha dado origen a que los diversos sectores demanden una acción intersectorial que responda a la multicausalidad de la violencia. Actualmente, los principios que respaldan las acciones de salud pública para el control y prevención de enfermedades y promoción de la salud, se aplican igualmente al problema de la violencia.

La prevención primaria de la violencia implica el fomento de un ambiente social e individual de respeto y tolerancia, el acatamiento de los valores sociales y la observancia de una conducta personal que favorezca la resolución pacífica de los conflictos. A estos fines conviene recordar que la violencia y la agresividad, vistas como procesos de

aprendizaje social, familiar o individual son prevenibles y se pueden “desaprender”. Las estrategias “macro” destinadas a disminuir la pobreza, buscar la equidad social y mejorar la educación, por ejemplo, son parte significativa de este enfoque de prevención.

La prevención secundaria se identifica en salud pública con el tratamiento de las víctimas. De esta manera se persigue que el número total de casos en una población en un momento dado disminuya, es decir, que decrezca la prevalencia. El concepto se contrapone a la prevención primaria, cuyo propósito es disminuir el número de casos nuevos, esto es, decrecer la incidencia. Cuando en una población acaece un evento violento y se trata a la víctima se está realizando una intervención de prevención secundaria; si se toman medidas para que no ocurran nuevos episodios y se buscan soluciones a las situaciones que precedieron el evento violento, se está en presencia de un acto de prevención primaria.

La prevención terciaria procura evitar la aparición de las secuelas del daño sufrido inicialmente. El instrumento de la prevención terciaria es la rehabilitación. Los programas con tal fin deben enfocarse a la enseñanza de actividades productivas, acompañamiento psicológico y re-socialización, tanto de víctimas como de victimarios. La prevención terciaria es de especial importancia en el caso de jóvenes recluidos por infracciones menores y que durante el confinamiento pueden aprender a perfeccionar la práctica de actividades delictivas.

6. Reflexiones sobre las intervenciones de salud mental

Es necesario destacar que muchos de los problemas de salud mental (miedo, aflicción, dificultades en las relaciones interpersonales, etc.), secuelas de la violencia, no se corresponden exactamente con cuadros psicopatológicos definidos e incluidos en los sistemas de clasificación más difundidas (17) como la CIE-10 o la DSM-IV. De ahí que el enfoque de las acciones de salud mental no se deba encuadrar exclusivamente en criterios nosológicos. Es preciso adoptar una postura más totalizadora, en la que se le de su debido lugar a la dimensión comunitaria, se tengan en cuenta los aspectos étnicos y culturales, se respeten las tradiciones locales y se impulse el trabajo participativo.

Se han realizado numerosos estudios sobre la incidencia y prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en poblaciones afectadas por la violencia en países desarrollados. Sin embargo, si bien es cierto que un porcentaje significativo de la población víctima de la violencia puede sufrir de TEPT, hay que recalcar que la mayoría de las personas expuestas no cumplen con los criterios diagnósticos para ese cuadro aunque sí pueden estar en gran necesidad de ayuda.

La necesidad de responder con tratamientos adecuados a los sobrevivientes de desastres naturales, víctimas de guerra y de otras formas de violencia y al mismo tiempo

brindar asistencia a poblaciones en situación socioeconómica de desventaja, ha agotado, con mucho, la capacidad de los servicios. Tal circunstancia es deplorable, toda vez que las intervenciones psicosociales, realizadas adecuadamente son, según la información disponible, muy efectivas en estos casos.

El modelo de intervención en comunidades afectadas por la violencia se aparta del esquema clínico e individual. Entre los ejes fundamentales de un programa dirigido a esas poblaciones descuellan los siguientes:

- Transferencia de tecnología sobre intervenciones psicosociales a los equipos de atención primaria de la salud y a la propia comunidad.
- Atención de la población infantil utilizando la escuela como plataforma de abordaje y considerando al maestro como un agente psicopedagógico de gran relevancia.
- Utilización de un enfoque étnico y cultural apropiado, que permita brindar asistencia con sensibilidad hacia la cultura y tradiciones locales.
- Promoción del trabajo participativo y fortalecimiento de habilidades y aptitudes en los miembros de la comunidad.

Es necesario adoptar modelos que fortalezcan la organización grupal y la acción colectiva en un marco de desarrollo comunitario. La innovación que este enfoque conlleva radica, en alguna medida, en la diversidad metodológica y en la articulación de lo individual con lo social.

Las condiciones culturales y socioeconómicas en muchos países de América Latina no favorecen la adopción de paradigmas de intervención implementados en naciones desarrolladas. No se dispone de profesionales de salud mental en número suficiente y con la preparación adecuada para que brinden la debida asistencia psicosocial al enorme número de individuos supuestamente afectados. Por otra parte, conviene preguntarse si es absolutamente necesario que la mayoría de los problemas de salud mental relacionados con la violencia reciban una atención especializada. Una solución factible es la capacitación de líderes comunitarios, maestros, enfermeras y profesionales para se hagan cargo de la mayoría de las intervenciones, usando procedimientos para los cuales se requiere pericia técnica. Los conocimientos y destrezas que esos servidores adquieran les permitirán abordar eficazmente una alta proporción de los problemas psicosociales que sobrevienen en el momento de la crisis y en los períodos subsiguientes.

Ha habido experiencias alentadoras (4) en las que han participado niños como puntas de lanza para intervenciones de la naturaleza precitada. La participación de los niños allana el camino para que las madres y posteriormente los padres, se comprometan en la puesta en marcha de las actividades propuestas.

Los pueblos indígenas tienen sus propias formas de organización y reglas sobre la participación comunitaria y su cosmovisión facilita el afrontamiento de los problemas psicosociales. Cualquier intervención de salud mental en estas comunidades tiene que tener en cuenta las marcadas condiciones de adversidad económica, aislamiento y postergación en que viven. A las reacciones post-traumáticas que estos grupos experimentan se agrega el efecto de las variables vinculadas con la transculturación. El desarrollo tecnológico (por ejemplo, la radio, la televisión, las publicaciones, etc.) es un factor de riesgo para la continuidad histórica de esas comunidades (18).

En resumen, se ha demostrado que intervenciones sistemáticas y bien planeadas, realizadas por personal local debidamente capacitado, pueden mejorar el estado de salud mental de los grupos afectados y reducir la carga de las reacciones psicológicas adversas, así como fomentar la integración y la armonía social.

Principios generales para la atención de salud mental:

- La atención en salud mental tiene por objetivo el restablecimiento de la integridad psicológica de las personas, así como el equilibrio de las redes sociales. A estos fines busca la participación de diversos actores involucrados.
- Priorizar el enfoque comunitario, sin que esto signifique pasar por alto las instancias individual y familiar.
- Generar espacios comunitarios en donde se analice, desde una perspectiva social, el impacto de los agentes nocivos, de una manera que permita su reelaboración y la movilización de recursos para prevenir futuras crisis. Escuchar las demandas de la gente en sus propios entornos sociales o informales y disponer que los servicios de salud vayan a las personas sin esperar a que sean éstas las que acudan a los servicios.
- Una de las principales funciones de los agentes de salud (especializados y no especializados) es propiciar el apoyo mutuo en los sitios donde actúan, participando como facilitadores de procesos grupales donde se compartan experiencias y se promueva la autoayuda.
- El apoyo emocional debe integrarse a las actividades cotidianas de los grupos organizados en las comunidades y jugar un papel determinante en la satisfacción de las necesidades básicas de la población.
- Las metodologías de trabajo deben ser ágiles, sencillas, concretas y adaptables a las características étnicas y culturales.
- Los programas de salud mental no pueden limitarse a ampliar y/o mejorar los servicios especializados que se ofrecen a los afectados. Además, es necesario que sus agendas incluyan actividades de adiestramiento que permitan elevar la capacidad resolutive de los trabajadores de atención primaria en salud y de los agentes comunitarios.

- La perspectiva de la atención de salud mental no debe estar centrada solamente en el impacto traumático sino que debe ser amplia y extenderse más allá del evento que le dio origen.

7. Papel de los servicios de salud mental en el contexto de la violencia

La Declaración de Caracas no mencionó de manera específica el tema de la violencia, aunque éste quedó implícito cuando prescribió el enfoque amplio e integral de la salud mental. Es digno resaltar que en los últimos quince años se ha requerido de los departamentos de salud mental de la mayoría de los países de la Región que incorporen en su gestión planes específicos de prevención y control de la violencia desde la perspectiva del sector salud. En algunos casos los ministerios de salud han estimulado a sus unidades o departamentos de salud mental para que tomen el liderazgo de estos procesos.

Hoy en día el problema de la violencia es un tema ineludible para los servicios de salud mental. En muchos casos la demanda ha sobrepasado la disponibilidad de recursos materiales y técnicos requeridos para desarrollar un programa adecuado. En verdad, el afrontamiento del problema de la violencia y el desarrollo de estrategias viables y factibles para su control es uno de los grandes desafíos que encaran los servicios de salud mental.

Algunos principios generales sobre el papel de los servicios

1. Proporcionar criterios y procedimientos técnico-normativos y lineamientos básicos para perfeccionar la atención a las víctimas de la violencia.
2. Desarrollar instrumentos educativos y de capacitación para trabajadores de salud, agentes comunitarios y maestros.
3. Elaborar y poner en marcha programas de capacitación especializados o más complejos.
4. Definir las responsabilidades de cada servicio de salud, incluidos los de salud mental, en sus diferentes niveles de atención en relación con el abordaje de las diferentes modalidades de violencia.
5. Establecer un adecuado y efectivo sistema de referencia y contrarreferencia intra e interinstitucional.
6. Desarrollar un modelo de intervención psicosocial comunitaria basado en la atención primaria de la salud con la participación de la comunidad.
7. Favorecer el trabajo en equipo y la atención interdisciplinaria
8. Participar en el diseño e implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia.
9. Asegurar que la comunidad reciba información oportuna y adecuada sobre los servicios que brinda el sector salud en este campo.
10. Contribuir a mejorar la calidad de la respuesta social a los problemas que genera la violencia.
11. Documentar los resultados y hacerlos disponibles para su difusión.

Pautas básicas para el desarrollo de un modelo de atención a las víctimas de la violencia en los servicios de salud mental, con base en la experiencia centroamericana en la atención a la violencia condicionada por el género

- Elaboración de un plan institucional
- Desarrollo de un programa de entrenamiento
- Formulación de normas y protocolos
- Implantación de un programa de vigilancia epidemiológica y creación del registro respectivo
- Sistematización del trabajo directo de los servicios prestados a la comunidad
- Establecimiento de relaciones interinstitucionales, inclusive con organismos fuera del sector salud, por ejemplo, con centros alternativos y ONG.
- Conformación de una red interinstitucional y comunitaria

8. Consideraciones finales

1. En América Latina la violencia, en sus diversas expresiones, continúa siendo un problema de carácter epidémico, que requiere respuestas multidisciplinares, intersectoriales y de largo plazo. Hoy se conocen diversas intervenciones que han probado ser eficaces para prevenir y reducir la violencia.
2. La existencia de un clima de violencia en las familias ha sido señalada como un factor de riesgo significativo de mayor violencia entre sus miembros o, en el futuro, por parte de los hijos.
3. Es preciso dar prioridad a la atención de niños y niñas, dados su mayor vulnerabilidad y los resultados positivos que generarán a largo plazo las acciones correspondientes
4. Las poblaciones que han sido afectadas por eventos violentos y traumáticos, severos y sucesivos, están en mayor condición de riesgo psicosocial. Existe una relación clara entre los estresores que afectaron originalmente una comunidad y continúan afectándola y la aparición de síntomas/trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad y abuso/dependencia del alcohol.
5. Las diversas modalidades de violencia juvenil, entre ellas las ejercidas por las “maras” crecen en número e intensidad. Es el momento de abordarlas como un conflicto social que merece una respuesta integral, con participación del sector salud.
6. Aun con limitaciones, existen grupos que trabajan en la prevención de la violencia; en especial se destacan las organizaciones de mujeres y otras agrupaciones comprometidas en la defensa de los derechos humanos. La labor de defensoría, exposición y difusión de los derechos de la mujer y la lucha por la equidad de género que han desplegado estos grupos, son ejemplo para actuar en otros niveles.
7. El modelo de intervención debe privilegiar lo preventivo sobre lo represivo, con énfasis en las acciones sobre las raíces de la violencia.

8. Para asegurar que las intervenciones sean eficientes y sostenibles, es necesario tener en cuenta las características de los estresores, el contexto cultural y el ambiente socioeconómico.
9. Las intervenciones deben incorporar a múltiples actores, tales como las redes de atención primaria de la salud, escuelas, instituciones del nivel local y líderes de la comunidad,
10. Las intervenciones realizadas por los diversos actores deben hacerse con la debida planeación, seguimiento y evaluación de los resultados. Las comunidades deben ser parte activa, con claro derecho a proponer, modificar y actuar en el desarrollo de las mismas.
11. Es necesario mejorar y mantener actualizada la información sobre las características y circunstancias en que ocurren los hechos de violencia.
12. Es preciso favorecer la recuperación psicosocial de las poblaciones en todo proceso de construcción de la paz y la democracia; esto requiere que se incluya en las políticas de Estado, con carácter de prioridad, el tema de la salud mental, como un elemento básico para avanzar en el camino de la concordia y la armonía social.
13. En la región, el acceso a los servicios de salud mental es limitado; también el personal de los servicios existentes está insuficientemente capacitado para manejar exitosamente los problemas relacionados con la violencia.
14. Uno de los grandes desafíos, para esta lucha que se inicia, es la planeación por parte de los servicios de salud mental de estrategias y acciones para el afrontamiento del problema de la violencia desde la perspectiva del sector salud.

REFERENCIAS

1. OMS. Informe mundial sobre violencia y salud. Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2002.
2. OMS. Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Editado por la OMS. Ginebra, 2001.
3. Narváez, Silvia, Morales Alma. Comportamiento suicida y género en pacientes de 15 a 44 años Hospital Lenín Fonseca. Tesis para optar al Título de Maestra en Salud Pública. Managua, Nicaragua Diciembre, 2003.
4. OPS/OMS. Sociedad, Violencia y Salud. Memorias de la Conferencia Interamericana sobre violencia y salud. Editado por la OPS/OMS. Washington, 1994.
5. OPS/OMS. Modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar. Serie Género y Salud Pública, No. 10). San José, Costa Rica, 2001.
6. OPS/OMS La violencia contra las mujeres: responde el sector salud. Washington, D.C., 2003
7. Naciones Unidas, Asamblea General. Promoción y protección de los derechos del niño. Repercusiones de los conflictos armados sobre los niños (Informe de la Sra. Graca Machel) (A/51/306). New York, 1996.
8. Macksoud, M. Para ayudar a los niños a hacer frente a las tensiones de la guerra. Editado por UNICEF. New York, 1993.
9. Ursano, J. et al (Ed.). Terrorism and disaster. Individual and community mental health interventions. Cambridge University Press. Cambridge, United Kingdom, 2003.
10. Rodríguez, J., Bergonzoli, G, Levav, I. Violencia política y salud mental en Guatemala. *Revista Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 48 (1-4): 43-49. Buenos Aires, 2002.
11. Rodríguez, J., Ruiz, P. Recuperando la esperanza. Editado por la OPS/OMS, Guatemala, 2001.
12. Desjarlais, R. y cols. Salud mental en el mundo. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1997.
13. OPS/OMS. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Editado por la OPS (Serie de manuales y guías sobre desastres, N° 1). Washington, D.C., 2002.
14. Kohn, R., Levav, I. y cols. El Huracán Mitch y la salud mental de la población adulta: Un estudio en Tegucigalpa, Honduras. Pendiente de publicación.
15. Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental Simón Bolívar Consecuencias psicosociales de los desastres: La experiencia latinoamericana. Serie de Monografías Clínicas N° 2, 1989.
16. Rodríguez, J. Psicoterapia, una relación de ayuda. Editado por EMPRETEC. Guatemala, 1999.

17. OMS. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en la atención Primaria. Editado por la OMS (MEDITOR). Madrid, España, 1996.
18. PRONICE / REDD BARNA. Violencia social e intervención psicosocial. Editado por PRONICE (Pro Niño y Niña Centroamericanos)/ REDD BARNA. Guatemala, 1998.

SALUD MENTAL Y POBLACIONES VULNERABLES: RECUPERAR LA ESPERANZA

Jorge Rodríguez*

I. Introducción

La Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (1), celebrada en Caracas, Venezuela en noviembre de 1990 culminó con la adopción de la “Declaración de Caracas”, documento que recoge la esencia del encuentro y ha servido en diversos países como guía esclarecedora para las acciones que, desde entonces y en diverso grado, han puesto en marcha sus preceptos. Participaron en la reunión once países latinoamericanos y representantes de entidades interesadas de tres países europeos. Tomaron parte en el evento funcionarios gubernamentales, especialistas en salud mental, representantes del sector social, juristas, usuarios y familiares (2). De esta manera, el encuentro dio vida no sólo a un proceso técnico, sino que también impulsó el desarrollo evolutivo de las modernas concepciones socioculturales sobre la atención del paciente mental.

Es oportuno aclarar que pese a esfuerzos aislados realizados en algunos países de la región, durante ese momento histórico la atención psiquiátrica era, salvo excepciones, de calidad insatisfactoria, resaltando que en las instituciones que la dispensaban era habitual la violación de los derechos humanos de los pacientes.

Para entonces, el cuadro demográfico de América Latina estaba experimentando cambios importantes (3) particularmente el envejecimiento de la población, entre cuyas consecuencias estaba el aumento de grupos en edades de mayor riesgo para los trastornos psiquiátricos. Al factor mencionado se agregaban los efectos de los procesos de urbanización y marginación, pobreza y exclusión social de grandes grupos poblacionales. Todos estos condicionantes han coadyuvado a la aparición de cambios en el perfil epidemiológico de la región, que está experimentando un aumento significativo de la incidencia y prevalencia de los trastornos psiquiátricos.

En los últimos 15 años, se ha hecho evidente que la demanda tradicional de los servicios psiquiátricos se ha visto incrementada por los requerimientos de grupos poblacionales con alto grado de vulnerabilidad, entre otros niños y niñas, adolescentes, ancianos, mujeres maltratadas, víctimas de la violencia, damnificados de desastres y desplazados. Se ha comprobado que la violencia (4,5), en sus diferentes modalidades, genera una carga sanitaria y social mayor que otros problemas de salud.

* Jefe de la unidad de Salud Mental, Abuso de Substancias y Rehabilitación, Organización Panamericana de la Salud.

Por otro lado, los servicios de salud mental concentrados en los hospitales psiquiátricos no han podido ofrecer una atención adecuada y oportuna a un cuadro epidemiológico tan complejo y heterogéneo. Conviene recalcar que la opinión pública ha tomado mayor conciencia de estos nuevos problemas y demanda una atención satisfactoria.

La Declaración de Caracas ha impulsado claramente la progresión hacia un nuevo modelo de atención que toma en cuenta las circunstancias citadas, lo que ha venido a significar:

- ✓ El fomento de la atención clínica psiquiátrica ambulatoria (individual o grupal) descentralizada y cercana a la comunidad;
- ✓ El reconocimiento de la prevención de los trastornos psíquicos como parte importante de los programas y la incorporación de medidas efectivas respaldadas por la evidencia;
- ✓ La adopción de medidas de promoción de la salud mental mediante la intervención sobre los determinantes sociales y culturales; y
- ✓ La incorporación del componente psicosocial en la Atención Primaria en Salud (APS)
- ✓ La adecuación de los servicios de salud mental mediante la adopción de modelos alternativos al hospital psiquiátrico tradicional. Entre los componentes del modelo sobresalen los hospitales de día, servicios de psiquiatría en hospitales generales, casas de medio camino, viviendas protegidas, albergues, talleres protegidos y servicios de atención domiciliaria, integrados todos ellos a una red de atención.

Sólo un modelo de trabajo que tenga en cuenta los componentes antes señalados puede dar respuesta a los grandes desafíos que actualmente presenta la atención de salud mental de los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad.

II. La vulnerabilidad psicosocial

Entre los conceptos claves relativos a este tema se destacan:

- ✓ Las amenazas, que anuncian la ocurrencia de un suceso dañino para el sujeto o sistema expuesto y tienen su origen en el ser humano o la naturaleza.
- ✓ La vulnerabilidad, factor interno propio del sujeto, grupo u objeto expuesto a una amenaza. Corresponde a una disposición especial de las personas o grupos susceptibles al daño.
- ✓ El riesgo es función de la amenaza y la vulnerabilidad. Consiste en la probabilidad de que la ocurrencia de un suceso exceda en sus efectos la magnitud esperada de daños (sociales, de salud, ambientales y económicos).

En este trabajo nos referiremos a los grupos más vulnerables desde el punto de vista psicosocial (6). La vulnerabilidad, como se esbozó antes, es el resultado de un proceso dinámico de interacción entre diversos factores, que condicionan o facilitan la aparición de patología psiquiátrica u otros problemas psicológicos y sociales, ante la presencia de un evento externo amenazante.

La ocurrencia de grandes catástrofes o eventos traumáticos, constituye una condición de riesgo psicosocial elevada (7,8). Los grupos vulnerables son los que tienen mayores dificultades para afrontar los daños, reconstruir las vidas de sus miembros y disponer de medios de subsistencia después de un evento traumático.

Los servicios de atención en salud mental deben tener la capacidad para reconocer las diferencias de vulnerabilidad en los habitantes, especialmente las relacionadas con género, edad, etnia y condición socioeconómica, así como de justipreciar los riesgos a que se exponen.

Los efectos de los eventos traumáticos varían de acuerdo con el género. Hay evidencias que demuestran que mientras la salud mental de los hombres es afectada más inmediatamente, las mujeres manifiestan los efectos, entre ellos los trastornos psíquicos, dentro de un plazo más prolongado.

Otras diferencias de género obedecen a los patrones sociales y culturales prevalecientes. Así, los hombres tienden a reprimir las emociones dolorosas, les resulta difícil hablar de ellas y, al admitirlas, las interpretan como una debilidad. Por otra parte, las mujeres se inclinan a exteriorizar sus sentimientos más fácilmente, a expresar sus temores y solicitar apoyo y comprensión para sí mismas y sus hijos.

El ámbito vital de las mujeres está más a menudo circunscrito a las responsabilidades domésticas, y les resulta más difícil integrarse a sus comunidades (6). Frecuentemente las embargan sentimientos de soledad y aislamiento, y en ocasiones tienen que asumir el papel de jefe del hogar, debido a la muerte o desaparición del esposo o los hijos mayores. Estas circunstancias pueden determinar reacciones depresivas a mediano o largo plazo, situación que se agrava por la falta de acceso a los servicios de salud.

En algunas culturas, los ancianos son fuente de experiencia y sabiduría y constituyen el repositorio histórico de las poblaciones (9). Han logrado a lo largo del tiempo superar numerosas situaciones críticas y su experiencia sirve de guía a la comunidad en ocasiones semejantes. A pesar de lo dicho, los ancianos pueden ser víctimas de exclusión; algunos se encuentran aislados, pueden carecer de redes de apoyo, ser percibidos como una carga y no ser tomados en cuenta como factores activos y productivos.

Otro grupo vulnerable son los niños y niñas (10), quienes después de un evento traumático pueden tener una menor comprensión de lo sucedido y presentan limitaciones para comunicar lo que sienten. En algunos casos, los niños niegan completamente el hecho traumático que vivieron; por ejemplo, pueden mostrarse indiferentes cuando se enteran que han perdido uno o varios de sus familiares. Aun cuando los niños usualmente expresan libremente sus emociones, en ocasiones el impacto emocional es tan fuerte que no hablan sobre lo que han vivido. Ante estas manifestaciones, hay quienes llegan a creer que el niño simplemente ha olvidado, cuando en realidad es capaz de recordar y contar las experiencias traumáticas vividas cuando sus sentimientos de miedo están bajo control.

Es necesario también considerar la vulnerabilidad de las poblaciones indígenas, históricamente discriminadas y reducidas a condiciones de pobreza y exclusión social. En muchos países, estas comunidades han recibido a lo largo de los años el impacto de numerosos eventos traumáticos, como guerras civiles, masacres, desplazamientos y desastres naturales, como las agresiones culturales de un mundo globalizado que impone sus patrones de vida.

Los grupos poblacionales que han sido víctimas de la violencia en sus diferentes formas, (especialmente los conflictos armados y el terrorismo) y las comunidades que son afectadas frecuentemente por desastres naturales, son considerados como “politraumatizados en el orden psicosocial” y en ellos se desarrollan condiciones intrínsecas de vulnerabilidad ante nuevas amenazas. Los efectos de la violencia y otros acontecimientos traumáticos son más marcados en las poblaciones pobres que viven en condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud. Véase el cuadro 1.

Cuadro N° 1. Determinantes de la vulnerabilidad

Condiciones que determinan la vulnerabilidad	Grupos poblacionales
Edad y género	Niños, niñas y adolescentes Ancianos(as) Mujeres
Etnia	Poblaciones indígenas Grupos minoritarios
Antecedentes de enfermedades físicas y/o psíquicas	Personas discapacitadas Enfermos psiquiátricos de larga evolución Personas afectadas por enfermedades crónicas
Condiciones económicas y sociales adversas	Grupos en situación de pobreza y de pobreza extrema
Antecedentes de eventos traumáticos	Grupos poblacionales que han sido víctimas de diferentes modalidades de violencia Comunidades que son afectadas frecuentemente por desastres naturales
Condiciones de trabajo en situaciones relacionadas con eventos traumáticos, por ejemplo, trabajar con víctimas directas de la violencia, manipular cadáveres, etc.	Miembros de los equipos institucionales y comunitarios de respuesta

III. La salud mental de los grupos vulnerables

La salud mental de las poblaciones vulnerables se deteriora no sólo por obra de los eventos traumáticos, sino también por efecto de la pobreza, el desarraigo y la discriminación que han sufrido históricamente. Otros factores de detrimento para la salud mental son las conductas violentas en el seno de la comunidad y de los hogares, cuya ocurrencia e incremento se ven favorecidos por la reiteración de estereotipos negativos

Por otra parte, existen factores protectores de la salud mental de estos grupos cuáles son la tradición de solidaridad y cooperación comunitaria, especialmente en las

poblaciones indígenas, la vigencia de las redes sociales y la capacidad de autoayuda de la población (11, 12).

Es menester recalcar que la protección de los grupos vulnerables está estrechamente vinculada con las acciones dirigidas a promover su bienestar, desarrollo integral, capacidad para enfrentar adversidades y en general, para obtener un nivel óptimo de calidad de vida.

Efectos de los eventos traumáticos en las poblaciones vulnerables:

1. Aflicción y miedo;
2. Trastornos psíquicos;
3. Problemas sociales de diversa índole, entre ellos conductas violentas, desordenadas o delictivas, consumo excesivo de alcohol, etc. Cuando estos problemas están presentes es común la extensión de los patrones de violencia a la vida cotidiana, familiar, grupal y comunitaria; y
4. Frustraciones, presentes primordialmente en los períodos post-traumático y de recuperación. Los sentimientos de frustración pueden sobrevenir por obra del incumplimiento de las expectativas y de los pocos beneficios obtenidos a cambio de los sacrificios hechos.

Factores esenciales que es preciso promover o fortalecer en individuos y comunidades vulnerables:

1. La confianza en sí mismo con una visión positiva de la vida, lo que equivale a tener aptitudes para “recuperar la esperanza” (13);
2. La capacidad de relacionarse con los demás y participar activamente en la vida social;
3. La iniciativa y el espíritu creativo;
4. La capacidad de análisis y búsqueda de soluciones para resolver problemas;
5. El autocontrol, es decir la aptitud de manejar los propios impulsos y evitar la violencia;
6. La preservación de lazos familiares sólidos;
7. El saber escuchar a los demás, expresar ideas propias y emociones con respeto y flexibilidad;
8. La independencia personal;
9. El apoyo social solidario; y
10. El ejercicio de actividad física y la reducción o supresión de hábitos nocivos.

IV. Hacia un modelo de atención en salud mental para grupos vulnerables

Una crítica válida de los enfoques psicologizantes o medicalizados de la atención de la salud mental de las poblaciones vulnerables es que consideran aisladamente al individuo y acometen exclusivamente la solución del conflicto, sin tener en consideración el medio social en el que esto ocurre.

La atención de salud mental debe asignar especial relevancia a las intervenciones de tipo social, ya sea dentro del sector salud ya fuera de éste, realizadas conjuntamente con acciones de primera ayuda emocional para, de esta manera, asegurar la eficacia de la gestión (6). En la mayoría de las ocasiones, la ayuda psicológica se dirige primero a cubrir necesidades elementales tales como protección física, alimentación, vivienda, planes de desarrollo económico, defensa de los derechos humanos, etc.

“Recuperar la esperanza” es una frase que resume la estrategia de atención en salud mental a poblaciones vulnerables y bajo condiciones de amenaza. Las comunidades en riesgo necesitan tener un mínimo de fe y esperanza en el futuro y tener la certeza de que se les abrirá una puerta en el camino hacia tiempos mejores. Hay que tener en cuenta que cuando se ha sufrido mucho y se han experimentado pérdidas de inestimable valor afectivo, es cuando se requiere con la mayor urgencia instrumentos para reconstruir la vida y la motivación necesaria para que se inicie la recuperación.

El trabajador de salud mental precisa tener en cuenta el significado que, dentro de su marco cultural, el individuo le atribuye a los acontecimientos traumáticos. De esta manera complementará su enfoque clínico con un abordaje comunitario de intervención psicosocial, dirigido no sólo al tratamiento de los síntomas, sino también a la promoción del bienestar y felicidad en el sentido más amplio, la prevención de nuevos problemas y el fomento de un desarrollo humano integral.

Entre los principios básicos de un modelo de atención en salud mental de base comunitaria, para poblaciones vulnerables sometidas a diversas amenazas, se pueden citar:

1. Atención no sólo del sufrimiento o los síntomas más apremiantes, sino también de los problemas asociados con el contexto social.
2. Consideración de las experiencias traumáticas actuales y previas sólo como una parte del problema. Además hay que tener en cuenta otras circunstancias adversas como la pobreza, el desempleo, la discriminación, la falta de recursos sociales, etc.
3. Identificación de las personas y familias de alto riesgo, evaluando sus necesidades y dirigiendo acciones diferenciadas hacia los mismos.
4. Fortalecimiento de acciones de prevención de los trastornos psíquicos y promoción de la salud mental.

5. Identificación por la propia comunidad de sus necesidades y prioridades, así como de los recursos disponibles.
6. Reconocimiento del grado en que los problemas psicosociales de la población pueden ser resueltos y promoción de la participación social y los mecanismos colectivos disponibles para su enfrentamiento. Es necesario identificar las potencialidades y recursos de las comunidades en este campo y las posibilidades para su movilización.
7. Diagnóstico del desarrollo de la organización comunitaria y de su posible utilización como fuente de apoyo para los programas de salud mental. Los eventos traumáticos, por lo general, suscitan un sentimiento de colectividad, solidaridad y una mayor eficiencia organizativa en las comunidades.
8. Promoción de la formación de redes de apoyo.
9. Cobertura: los programas deben atender el mayor número de personas posible.
10. Integración social plena de las personas con enfermedades mentales o víctimas de la violencia. Es menester evitar el aislamiento, la segregación o la institucionalización y combatir el estigma que los acompaña.
11. Evitar el desarrollo de instituciones especializadas y separadas, lo cual puede ser altamente costoso y poco efectivo.
12. Promoción del papel de la familia, la escuela y los maestros como agentes fundamentales del proceso de recuperación psicosocial.
13. Fomento del papel de los niños como agentes de cambio. Los niños son más susceptibles al cambio, expresan más fácilmente sus emociones y son capaces de desarrollar mecanismos de resistencia ante las agresiones externas.
14. Promoción del juego infantil como elemento de importancia vital que permite al niño expresar sus ideas y sentimientos. El juego puede ser un instrumento significativo en el proceso de recuperación psicosocial.
15. Provisión de asistencia y apoyo a los trabajadores y agentes comunitarios que laboran en programas psicosociales, dados la tensión y desgaste, a que están sometidos.
16. Utilización del enfoque multisectorial, interinstitucional e interdisciplinario.
17. Promoción de la validez del enfoque de género.
18. Utilización del enfoque multicultural y étnico, que favorece el reconocimiento y respeto de las tradiciones, costumbres e interpretaciones culturales.

El papel social de la Atención Primaria de la Salud (APS)

La preservación y mejoramiento de la salud de una comunidad es una meta que no se puede alcanzar si no se participa en acciones sociales. La solución de los problemas que se enfrenten se verá altamente facilitada si se les acomete en forma colectiva, como es el caso, por ejemplo, de la erradicación de una endemia, la eliminación de un basurero o la construcción de acueductos.

El papel social de los trabajadores de atención primaria es básico en un plan de salud mental para poblaciones vulnerables y su función no puede ser sustituida por intervenciones especializadas. La tarea de los trabajadores de la APS no se reduce a atender enfermos o derivarlos a los diferentes servicios de salud, sino que además comprende la intervención sobre los componentes sociales involucrados. Es necesario que esos servidores conozcan y se relacionen con la población que atienden, visiten las familias, evalúen las condiciones en que viven y establezcan un compromiso real con la comunidad.

V. Costumbres, tradiciones, religión y el sistema de valores de la comunidad

Resulta evidente que las personas que han sufrido experiencias traumáticas necesitan compartirlas con los demás y buscar apoyo en la familia y en la comunidad (14). El contexto habitual en el que esas interacciones se realizan y encuentran un significado está conformado, entre otros elementos, por las tradiciones y los valores religiosos y culturales prevalecientes.

La aplicación de formas de intervención o modalidades terapéuticas clásicas o exclusivamente médicas, que no toman en cuenta las tradiciones y normas culturales vigentes, puede tener efectos contraproducentes. A este respecto se han señalado algunos aspectos pertinentes a las comunidades, entre los que se destacan:

1. Las poblaciones vulnerables no están del todo inermes, por cuanto disponen de recursos formales e informales que pueden ser utilizados exitosamente en el proceso de intervención. Estas posibilidades pueden no ser evidentes para quienes vienen de fuera. Sin embargo, son bien conocidas por los miembros de la comunidad.
2. Las comunidades tienen, de acuerdo con su cultura, normas y preceptos que deben ser respetados. Por ejemplo, los relativos a:
 - a. La significación y valor de determinadas situaciones;
 - b. La forma en que se discuten los problemas y la naturaleza de los interlocutores;
 - c. La expresión de los sentimientos;
 - d. La manera cómo se ayudan las personas o las familias entre sí;
 - e. El papel desempeñado por los líderes formales e informales;
 - f. Las modalidades de comunicación entre sus miembros; y
 - g. La percepción que tienen las acciones de promoción, prevención y tratamiento.

3. La medicina tradicional. No se puede desestimar el papel que desempeñan los curanderos en las comunidades; tampoco se debe desperdiciar la observación de las prácticas y rituales que utilizan en su prestación de servicios al individuo, la familia y la sociedad.
4. La religión. Las iglesias y los sistemas de creencias pueden jugar un papel altamente positivo, brindando apoyo emocional a la población, según lo demuestran numerosas evidencias. Así mismo constituyen instituciones comunitarias que forman parte de la red de apoyo social.
5. Los líderes comunitarios pueden desempeñar un papel determinante en la aceptación o rechazo de la APS y las acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Pueden ser un factor crucial para inducir, en forma progresiva, modificaciones de actitudes y a este efecto se deberán acordar con ellos estrategias comunes.

VI. El papel de la familia y la escuela

La familia

La familia es el medio natural que brinda la protección y asistencia necesaria a sus miembros, particularmente a los más vulnerables como son los niños, niñas y ancianos (10). Los eventos traumáticos se tornan muy significativos a partir del momento en que afectan la vida familiar. La capacidad que tengan los miembros de la familia para comprender y enfrentar los problemas en que se ven involucrados es esencial para proteger a los más vulnerables.

Uno de los objetivos de las intervenciones en este campo es el alcance de un alto grado de competencia por parte de los padres y/o los miembros más significativos de la familia para enfrentar la problemática existente. Se destaca especialmente el papel de la madre, y la importancia que tiene el fortalecimiento de sus capacidades; se ha demostrado que en situaciones catastróficas la madre es el principal elemento de soporte social y afectivo de los niños.

Una estrategia recomendable para fortalecer el papel de la mujer en el seno familiar es el refuerzo de su autoestima mediante el incremento de su participación comunitaria y el reconocimiento y estímulo del rol social que puede desempeñar. Se debe promover la participación de las mujeres en los grupos de auto-ayuda y ayuda mutua y en organizaciones de la sociedad civil que promuevan la defensa de sus derechos.

Cabe destacar que la separación del medio familiar y, en particular la separación materna, es condición generadora de reacciones psicológicas adversas en los niños. Un

elemento importante en las intervenciones es apoyar medidas que impidan tales separaciones.

La escuela y el maestro

La escuela es un elemento fundamental y significativo en la protección de la salud mental de la niñez. La escuela es, exceptuando la familia, el lugar donde el menor pasa una buena parte de su existencia y son los maestros los que mantienen, después de las familias, el contacto más frecuente y sistemático con ellos. Es de notar que habitualmente los maestros son miembros importantes de la comunidad y por lo general gozan de prestigio y autoridad, lo que facilita su utilización como agentes de salud mental.

La escuela satisface una serie de necesidades psicosociales de los niños y contribuye a fortalecer algunos rasgos positivos de su personalidad, como son:

- Capacidades intelectuales
- Habilidades para la interacción social
- Sentido de competencia
- Identidad personal
- Sentimientos de confianza y seguridad
- Percepción adecuada de la realidad
- Sentido del orden, respeto a normas y disciplina
- Capacidad para proyectarse hacia el futuro

Lo señalado anteriormente indica que los niños que no asisten a la escuela o que no reciben esos estímulos en el hogar, estarían en desventaja, por cuanto:

- No pueden desarrollar, en la misma medida que los alumnos regulares;
- Regularmente son niños trabajadores, por lo tanto susceptibles a sufrir consecuencias negativas en los planos físico, psicológico y social; y
- Están en riesgo de desarrollar más fácilmente, conductas sociales inadecuadas.

Sin lugar a dudas, el maestro puede y debe desempeñar un papel importante en los procesos de atención psicosocial toda vez que:

- Mantiene un contacto regular y sistemático con los niños, evalúa su desarrollo y progreso integral y brinda orientación y ayuda;
- Tiene una influencia importante en las familias y en la comunidad;
- Como agente psicopedagógico puede ser capacitado para identificar necesidades y problemas psicosociales de los alumnos y desplegar las intervenciones correspondientes;

- Contribuye a la formación integral del niño, promoviendo valores, principios éticos, normas de comportamiento social, disciplina, etc.;
- Ayuda a los niños a asimilar mejor las experiencias traumáticas;
- Participa en actividades comunales e involucra a los niños en las mismas; y
- Desarrolla modelos de conducta que tienen como centro la convivencia social y la no violencia.

Si se pretende que los maestros cumplan con las pautas mencionadas deberían ser objeto de una atención especial, brindándoseles no sólo capacitación, sino también apoyo personal continuo. Además de recibir asistencia técnica cuando la necesiten, pueden también ser capacitados para enfrentar sus propios problemas. En síntesis, un programa de salud mental dirigido a poblaciones vulnerables debe privilegiar el papel de la escuela, así como las estrategias especiales en relación con la vinculación niño-niña y niño-adulto. Los niños mayores dentro de la escuela pueden convertirse en promotores que impulsen tareas de recuperación psicosocial, mediante actividades grupales, especialmente la realización de juegos y actividades dinámico- expresivas.

VII. Consideraciones finales

1. La Declaración de Caracas no sólo constituyó una crítica al modelo vigente de atención en salud mental, sino que además señaló valiosas alternativas. Brindó a los países pautas para el establecimiento de un nuevo marco de referencia que posibilita la implementación de acciones concretas.
2. Sólo una reforma integral de los servicios de salud mental, que adopte un modelo comunitario centrado en la APS, permitirá afrontar las numerosas necesidades psicosociales y los grandes desafíos que plantean las sociedades actuales. La atención a grupos poblacionales vulnerables y víctimas de la violencia es precisamente, uno de los retos que debe enfrentar la reforma.
3. La salud mental de las poblaciones vulnerables se deteriora no sólo por la ocurrencia de eventos traumáticos, sino también por la pobreza, el desarraigo y la discriminación en que han vivido históricamente.
4. Las personas que han sufrido experiencias traumáticas necesitan compartirlas y buscar apoyo en la familia y la comunidad. Los valores religiosos y culturales que les son propios, así como las tradiciones, son el contexto en el cual realizan esta expresión y encuentran su significado. La aplicación de formas de intervención o modalidades terapéuticas que no toman en cuenta las tradiciones culturales puede tener efectos contraproducentes.
5. El papel social de los trabajadores de atención primaria es básico para el desarrollo de una estrategia de intervención de salud mental en poblaciones vulnerables. La presencia de este elemento es primordial y no puede ser sustituida por intervenciones especializadas.

6. La escuela constituye un elemento decisivo y de gran significación en la protección de la salud mental de la niñez. Un programa de salud mental dirigido a poblaciones vulnerables debe privilegiar el papel de la escuela, así como las estrategias niño-niña y niño-adulto.
7. El maestro puede y debe desempeñar un papel importante en los procesos de asistencia y recuperación psicosocial.
8. La capacidad que tengan los miembros de la familia para comprender y enfrentar los problemas en que se ven involucrados es determinante para proteger a los más vulnerables.
9. La expresión “*recuperar la esperanza*” resume la estrategia de atención en salud mental a poblaciones vulnerables y bajo condiciones de amenaza. Estas comunidades necesitan tener un mínimo de fe y esperanza en el futuro y requieren tener la certeza de que se les abrirá un camino que conduzca a tiempos mejores.
10. Las políticas y planes nacionales de salud mental deben incluir aperturas programáticas específicas donde se definan las estrategias y acciones para la protección de la salud mental de grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, acordes con las prioridades determinadas en los países o regiones correspondientes.

REFERENCIAS

1. González R., Levav I. (ed.): Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación Washington, DC, Pan American Health Organization/WHO, 1991.
2. Levav I., González R., Saraceno B: La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. *Psiquiatría Pública* 8; 207-215, 1996.
3. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Editado por la OMS. Ginebra, 2001.
4. Rodríguez, J., Bergonzoli, G. y Levav, I. Violencia política y salud mental en Guatemala. *En Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 48(1-4): 43-49. Buenos Aires, 2002.
5. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado (ODHA). Guatemala: Nunca más (Versión resumida). Informe del Proyecto Interdiocesano “Recuperación de la Memoria Histórica”. Editado por la ODHA, Guatemala, 1998.
6. Rodríguez J., et al. El componente psicosocial de la salud humana. Editado por la OPS/OMS en Guatemala. Guatemala, 1999.
7. OPS/OMS. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Publicado por la OPS/OMS. Washington DC, 2002.
8. Kohn, R., Levav, I. y cols. El huracán Mitch y la salud mental de la población adulta: Un estudio en Tegucigalpa, Honduras, 1999 (Inédito).
9. Desjarlais, R. y cols. Salud Mental en el mundo. Versión en español editada por la OPS/OMS. Washington, 1997.
10. Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General. Promoción y protección de los derechos del niño. Repercusiones de los conflictos armados sobre los niños (Informe de la Sra. Graca Machel) (A/51/306). New York, 1996.
11. James, J.W. y Friedman, R. *The Grief Recovery Handbook*. Harpel Perennial, New York, 1998.
12. Matsakis, A. *Survivor guilt: A Self-Help Guide*. New harbinger Publications. Oakland, 1999.
13. Rodríguez, J, Ruiz, P. Recuperando la esperanza. Editado por la OPS/OMS en Guatemala. Guatemala, 2001.
14. . Rodríguez, J. *Psicoterapia: una relación de ayuda*. Editado por EMPRETEC. Guatemala, 1999.

**ALCOHOL Y OTRAS DROGAS: NUEVOS Y VIEJOS DESAFÍOS
 EN SALUD MENTAL**

Maristela Monteiro *

Introducción

El uso y la dependencia del alcohol y otras drogas representan un serio y costoso problema social y sanitario. El alcohol es el principal riesgo para la salud en países en vías de desarrollo con baja mortalidad y el tercero en países desarrollados (1-4). En la Región de las Américas, los problemas relacionados con el alcohol sobrepasan a los ocasionados por el consumo del tabaco o por condiciones sanitarias (cuadros 1 y 2). En el mundo, el consumo de alcohol fue responsable del 4% de la carga global de enfermedades y del 3,2% de todas las muertes ocurridas en el año 2000. Por otra parte, en las Américas, el alcohol fue responsable del 9,7% del total de la carga regional y del 4,8% de todas las muertes acaecidas en el mismo año (5). En términos de mortalidad, las drogas ilícitas fueron responsables del 0,4% de todas las muertes y del 0,8% de todos los AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) en el mundo (6). Véase el cuadro 3.

Cuadro N° 1: Clasificación de los países de las Américas según mortalidad infantil y de adultos (6)

América A	América B	América D
Muy baja mortalidad infantil y de adultos	Baja mortalidad infantil y de adultos	Alta mortalidad infantil y de adultos
Canadá, Cuba y Estados Unidos de América	Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Granada, Guayana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela	Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú

Definición de los grupos*: Los subgrupos regionales usados fueron definidos por la OMS según niveles altos, medianos y bajos de mortalidad de adultos y de niños. Fuente: OMS, 2002 (2)

* Asesora Regional en Alcohol y Abuso de Sustancias, Organización Panamericana de la Salud

Cuadro N° 2: Principales factores de riesgo para la carga de enfermedad en diferentes regiones de las Américas, definidos por la mortalidad infantil y de adultos en porcentajes del AVAD total

América D		América B		América A	
AVADs total en 1000	17.052	AVADs total en 1000	80.437	AVADs total en 1000	46.284
Alcohol	5,5	Alcohol	11,4	Tabaco	13,3
Bajo peso	5,3	Sobrepeso	4,2	Alcohol	7,8
Prácticas sexuales de riesgo	4,8	Presión arterial	4,0	Sobrepeso	7,5
Agua no potable y condiciones sanitarias insatisfactorias	4,3	Tabaco	3,7	Presión arterial	6,0
Sobrepeso	2,4	Colesterol	2,3	Colesterol	5,3
Presión arterial	2,2	Prácticas sexuales de riesgo	2,1	Baja ingesta de frutas y vegetales	2,9
Deficiencia de hierro	1,9	Exposición al plomo	2,1	Falta de actividad física	2,7
Fumar en espacios cerrados	1,9	Baja ingesta de frutas y vegetales	1,8	Drogas ilícitas	2,6
Colesterol	1,1	Agua no potable y condiciones sanitarias insatisfactorias	1,6	Prácticas sexuales de riesgo	1,1
Baja ingesta de frutas y vegetales	0,8	Falta de actividad física	1,4	Deficiencia de hierro	1,0

Fuente: Rehm y Monteiro (2005) (5)

De acuerdo con la publicación de la OMS sobre “Neurociencias del Uso y Dependencia de Sustancias Psicoactivas” (6), se estima que en el mundo hay 200 millones

de personas que utilizan algún tipo de droga ilícita, en contraste con dos mil millones que consumen alcohol. Sólo una pequeña proporción de los que beben desarrollan dependencia clínica. Son los no dependientes que beben en exceso ocasionalmente, y representan una proporción mucho mayor de la población, los que implican mayores costos para toda la sociedad, pues hacen mayor utilización de la atención médica, tienen crecientes tasas de accidentes y lesiones, participan en más actos de violencia (interpersonal, violencia doméstica, contra mujeres y niños) y su productividad en el trabajo es menor.

Cuadro N° 3: Porcentajes de la mortalidad global y de los AVADs atribuibles al tabaco, alcohol y sustancias ilícitas

Factor de riesgo	Alta Mortalidad países en desarrollo		Baja Mortalidad países en desarrollo		Países desarrollados		Todo el mundo
	Masc	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
Mortalidad							
Tabaco	7,5	1,5	12,2	2,9	26,3	9,3	8,8
Alcohol	2,6	0,6	8,5	1,6	8,0	0,3	3,2
Drogas ilícitas	0,5	0,1	0,6	0,1	0,6	0,3	0,4
AVADs							
Tabaco	3,4	0,6	6,2	1,3	17,1	6,2	4,1
Alcohol	2,6	0,5	9,8	2,9	14,0	3,3	4,0
Drogras ilícitas	0,8	0,2	1,2	0,3	2,3	1,2	0,8

Fuente: reproducido de la OMS (2004)

Estos datos muestran claramente que el alcohol es un factor importante de morbilidad y mortalidad en la Región. En las Américas, las drogas ilícitas, especialmente la cocaína, están asociadas con conductas de alto riesgo (como el uso compartido de agujas, jeringas y otra parafernalia) y con el contagio de enfermedades infecciosas como el VIH, enfermedades de transmisión sexual y hepatitis. El porcentaje mundial de personas infectadas con VIH/SIDA, que al mismo tiempo se inyectan sustancias psicoactivas, es 5%, lo que equivale a 2,1 millones de individuos en 100 países (6). Varios

países de la región han suministrado información sobre la transmisión del VIH por medio de inyecciones, siendo esta forma de transmisión particularmente importante en Brasil, Argentina, Uruguay y México.

De la epidemiología a la formulación de políticas

¿Qué significado tienen las cifras presentadas? En primer lugar, demuestran que el alcohol es un problema de salud pública de mayor trascendencia que las drogas ilícitas. Sin embargo, se observa que, en la práctica, se invierte más en investigación y programas relacionados con las drogas ilícitas que en actividades semejantes relativas al alcohol. Asimismo, las drogas llaman más la atención y despiertan más interés por parte del público y los medios de comunicación, lo que puede determinar que la agenda política a nivel nacional y local esté más enfocada hacia esas sustancias.

En segundo lugar, por mucho tiempo ha existido la falsa creencia de que los problemas de salud, económicos y sociales son causados predominantemente por la dependencia o por patrones extremos de consumo (7, 8). Aunque los problemas derivados de la dependencia de sustancias son preocupantes (9), la carga representada por los costos asociados con el consumo de sustancias está fuertemente relacionada con los patrones de uso entre los no dependientes (10,11). Hay diferentes formas de uso excesivo de sustancias que significan un daño o riesgo considerable para el individuo, entre ellas el consumo excesivo y circunstancial, los episodios de intoxicación, el uso perjudicial y el uso que termina en dependencia (10).

Como resultado, las medidas para reducir el consumo y el daño asociado al uso de drogas trascienden el tratamiento de la dependencia. Sin embargo, el énfasis ha sido puesto tradicionalmente en estrategias universales de prevención escolar, dirigidas a quienes jamás se han iniciado en el uso; también se le ha asignado mayor prioridad al tratamiento especializado para los que ya son dependientes. Se ha prestado poca atención al extenso grupo de individuos que consumen alcohol o drogas pero que todavía no son dependientes y cuyo control podría reducir exitosamente el uso de sustancias mediante intervenciones tempranas (12). Además, en el caso del alcohol, la disminución de la disponibilidad y el incremento de los precios son medidas generales y efectivas para reducir el consumo entre los jóvenes, entre los que consumen excesivamente y entre los dependientes.

Existe un creciente grupo de evidencias que apoya la utilización sistemática de la identificación temprana y las intervenciones breves —o tratamientos cortos— para aquellas personas que no son dependientes, pero que observan conductas de alto riesgo o tienen problemas en relación con el uso de sustancias (13, 14). Los servicios mencionados pueden estar integrados a los ámbitos de atención primaria de la salud, en muy diferentes entornos, habiéndose comprobado su costo-efectividad (10, 12-14). Esos escenarios

pueden ser salas de emergencia, hospitales generales, hospitales psiquiátricos, prisiones, clínicas generales y especializadas, servicios de salud incorporados en las escuelas o en los lugares de trabajo.

Cabe señalar que pocos países en el mundo proveen servicios de identificación temprana y de intervención breve para atender a aquellas personas que consumen sustancias en forma riesgosa. En lugar de ello, se facilita atención y tratamiento prolongado sólo a los individuos con formas más graves de dependencia. Existe una necesidad urgente de extender la provisión de servicios asistenciales a través de prácticas de identificación, intervenciones breves, tratamientos cortos y mecanismos de referencia a servicios médicos y otras instancias comunitarias. Al mismo tiempo, se deberán identificar oportunidades para impulsar cambios en el sistema y en las políticas para mejorar y facilitar el acceso a la atención a un mayor número de personas.

En tercer lugar, se puede señalar que la adopción de medidas basadas en intervenciones dirigidas a la población en general tienen un impacto más significativo y costo-efectivo que las basadas en acciones dirigidas a personas en forma individual (15), ya que la mayor parte de los problemas ocasionados por el uso de alcohol provienen de la población no-dependiente, proporcionalmente mayor que la alcohol-dependiente. Sin embargo, se debe admitir que el tratamiento individual es efectivo y debe ser parte del sistema general de salud, aunque no tenga necesariamente un impacto poblacional o en la salud pública.

Si se compara con Europa, los trastornos asociados con el uso de sustancias tienen una mayor prevalencia en las Américas, siendo evidente que la población requiere tener mayor acceso a un tratamiento efectivo (9, 16). Asimismo, hay que tener presente que esas son condiciones crónicas y recurrentes y que las personas afectadas requieren tratamientos de larga duración, tal como ocurre con quienes padecen de hipertensión o diabetes. El enfoque de “lavado de autos”, es decir, el que asume que la persona recibe un tratamiento y sale de él “limpia” y saludable, es engañoso y no tiene resultados en la práctica. Por lo tanto, el tratamiento de la dependencia de sustancias debe ser replanteado de manera que aborde los diferentes problemas sociales y de salud de los individuos y les brinde apoyo por períodos prolongados, dentro de una red de servicios y diversas posibilidades de acceso.

También, debe tenerse en consideración que el abuso de sustancias puede coincidir con muchas otras enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas, lo que representa un problema para los servicios de salud (16). El uso de sustancias puede coexistir con otros trastornos psiquiátricos, enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas -como la diabetes- y puede también interferir con el tratamiento de las mismas. El tratamiento de sólo uno de los dos trastornos puede aumentar los costos de la atención de salud. Es así

que muchas veces el paciente regresa a los servicios en peores condiciones o sin mejoría aparente.

Los programas de entrenamiento destinados a profesionales pertenecientes a distintos campos de la salud deben integrar materias relativas al uso de sustancias psicoactivas con el objetivo de que estén mejor preparados a la hora de tener que enfrentar los problemas causados por el consumo de sustancias, particularmente de alcohol.

Los desafíos mencionados son relativamente nuevos (puestos de manifiesto por el conjunto de evidencias acumuladas recientemente), afectan el campo de la salud mental y tienen implicaciones en la reorganización de servicios, la formulación de políticas y el desarrollo de programas de investigación en esta área.

En otro orden de ideas, conviene mencionar que el trabajo con alcohol y otras sustancias psicoactivas enfrenta los mismos problemas que se presentan en el campo de la salud mental: estigma, discriminación del paciente y su familia, violación de sus derechos humanos, institucionalización de los pacientes en condiciones deplorables e inhumanas, aislamiento de la atención en lugar de una atención integrada a los cuidados generales de salud, escasez de recursos humanos y financieros, cambios de políticas, leyes insatisfactorias y necesidad de comprometer a la sociedad civil para poder lograr las respuestas apropiadas.

Finalmente, cabe reafirmar que la prevención de los daños relacionados con el alcohol debe ser una prioridad de salud pública (17,18). Existe un creciente cuerpo de evidencias sobre la efectividad de diferentes estrategias y medidas orientadas a reducir los problemas relacionados con el alcohol y las drogas a nivel local y nacional. El reciente libro de la OMS “Alcohol: No ordinary commodity” (15), escrito por un grupo de expertos internacionales, enumera las diez mejores prácticas preventivas en el campo del alcohol, dentro de un grupo de treinta y una opciones: edad mínima legal para la compra de bebidas alcohólicas, monopolio del gobierno de la venta al por menor, restricciones con respecto a días u horas para la venta, restricciones sobre la densidad de puntos de venta, incremento de los impuestos al alcohol, establecimiento de puntos focales para verificar el estado de sobriedad, disminución del valor de los límites legales de concentración de alcohol en la sangre (CAS), suspensión de la licencia a los que conducen bajo la influencia del alcohol, licencia gradual para los conductores novatos e instauración de intervenciones breves para los bebedores problemáticos.

Las estrategias de prevención dirigidas a inducir un cambio en el comportamiento, como la educación y la persuasión, son quizás las más aplicadas aunque no son necesariamente efectivas. En términos de costo-efectividad de las medidas políticas, las estrategias basadas en acciones sobre la población, como la aplicación de impuestos,

constituyen las más eficaces medidas de salud pública dirigidas a aliviar la carga representada por el uso del alcohol en países con niveles de consumo altos y moderados.

La presente situación epidemiológica en las Américas, requiere que se le dé atención especial a los siguientes cuatro tipos de intervenciones (5):

- El consumo global de alcohol debe ser reducido. Existen diferentes intervenciones orientadas a alcanzar esa meta siendo entre ellas las más efectivas la aplicación de impuestos y el control del acceso al alcohol.
- El enfoque principal debe ser la prevención de lesiones, mediante intervenciones dirigidas a reducir daños en accidentes viales relacionados con el alcohol, aunque no limitándose a ellas.
- Se debe reducir el consumo de alcohol a nivel individual. Las intervenciones breves han demostrado la capacidad para alcanzar este objetivo, pero, en su conjunto, no son muchas las intervenciones que han probado su efectividad para reducir patrones de consumo excesivo, de intoxicación.
- Dado el elevado número de personas con trastornos relacionados con el consumo de alcohol, deberían aplicarse intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia. A nivel individual el tratamiento es efectivo, no importa cuál sea la modalidad aplicada y debería estar integrado a un sistema asistencial con base en la comunidad, como parte del sistema general de servicios de salud.

Las mejores prácticas disponibles deberían ser parte de una política integral de alcohol; entre ellas se distinguen: controles sobre las horas de expendio y su disponibilidad física, reglamentación de la densidad con que están distribuidos los lugares de venta, establecimiento de la edad mínima para consumir bebidas alcohólicas, aplicación de medidas disuasivas efectivas, reafirmación y vigilancia del cumplimiento de la ley, regulación de la publicidad y el mercadeo dirigidos a los jóvenes y supervisión y control del mercado para reducir el consumo subrepticio de alcohol.

En relación con las drogas ilícitas, cabe señalar que es difícil realizar una evaluación de las diferentes opciones de políticas. Las evidencias que respaldan las estrategias basadas en grupos poblacionales, están reducidas al control de la oferta, a algunas formas de reducción de daños y al tratamiento de la dependencia. Al respecto, se puede señalar que la diversidad de drogas usadas en el mundo, hace difícil su comparación y evaluación. Las alternativas a la privación de la libertad de quienes son sorprendidos en posesión de drogas (consumiéndolas o utilizando su parafernalia) son costo-efectivas y a la vez pueden disminuir la carga sobre el sistema de justicia.

El tratamiento de la dependencia de sustancias es efectivo a pesar de la diversidad de drogas y, en la mayoría de los casos, puede realizarse en instalaciones basadas en la comunidad. Para la dependencia a los opiáceos, el uso de la metadona o la buprenofrina como terapias substitutivas es efectivo. Se han implementado algunas estrategias de reducción del daño por drogas inyectables que han demostrado su efectividad en reducir la frecuencia de comportamientos riesgosos y la propagación del VIH y otras enfermedades transmitidas por la sangre, lo que hace prioritario expandir los programas cuando se debe actuar en situaciones de alto riesgo, como en las prisiones. Los programas para promover el desarrollo de habilidades para la vida, como medio para prevenir el uso de drogas, constituyen una estrategia promisoriosa en el plano individual, en condiciones educacionales apropiadas, aunque a nivel poblacional su efectividad es desconocida.

En conclusión, los nuevos retos que se presentan implican un cambio paradigmático en la provisión de cuidados y en la prevención de problemas vinculados con el uso del alcohol y otras sustancias. Entre las acciones que se recomienda desarrollar se incluyen:

- Promoción de un abordaje poblacional para la prevención de daños relacionados con el alcohol, lo que requiere un cambio en las políticas para reducir el consumo general, disminuir la disponibilidad de alcohol y controlar la propaganda, particularmente aquella dirigida a la población joven;
- Implantación de mecanismos de identificación e intervención temprana en los escenarios de los servicios primarios de salud;
- Expansión de las opciones de tratamiento basados en la comunidad mediante la capacitación de los recursos humanos de salud existentes, destacados en los sitios donde la gente vive y trabaja;
- Integración de los servicios de atención de la salud, en diversos niveles del sistema, con los de atención del dependiente, para dar tratamiento a trastornos coexistentes, particularmente VIH/SIDA, tuberculosis y trastornos mentales; y
- Promoción de cambios curriculares en las ciencias de la salud, de manera que los futuros trabajadores de la salud estén equipados con conocimientos básicos, habilidades e información que les permitan identificar, diagnosticar y tratar la mayoría de los casos de consumo.

REFERENCIAS

1. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Horn S, Murray CJL, and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease. *Lancet*, 2002;360:1347-1360.
2. World Health Organization. World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: WHO; 2002.
3. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, Sempos CT, Frick U, Jernigan D. Alcohol as a Risk Factor for Burden of Disease. In Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A., Murray CJL (eds). Comparative Quantification of Health Risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Geneva: WHO; 2004.
4. Murray CJL, Lopez A. Global Mortality, Disability, and the Contribution of Risk Factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 1997; 349:1436-1442.
5. Rehm J, Monteiro M. Alcohol Consumption and Burden of Disease in the Americas-Implications for Alcohol Policy. *Pan American Journal of Public Health*, 2005; 18 (4/5) 241-248.
6. World Health Organization. Neuroscience of Psychoactive Substance use and Dependence. Geneva, WHO, 2004.
7. Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al. Alcohol Policy and the Public Good. Oxford: Oxford University Press; 1994.
8. Office of Applied Studies. Results from the 2003 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. DHHS Publication N 04-3964, NSDUH Series H-25. Rockville MD: Substance Abuse and Mental Health Administration, 2004.
9. World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization Mental Health Surveys. *JAMA*, 2004; 291:2581-2590.
10. Chisholm D, Rehm J, van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: a Comparative Cost-Effectiveness Analysis. *J Stud Alcohol*, 2004; 65: 782-793.
11. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The Relationship of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking to Burden of Disease - An Overview. *Addiction*, 2003;98(10):1209-1228.
12. US Department of Health and Human Services (USDHHS) Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse, Treatment Improvement Protocol (TIP) N 34, Rockville MD: Centre for Substance Abuse Treatment, 1999.
13. Babor T, Higgins-Biddle JC. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. WHO/MSD/MSB/01.6b, World Health Organization, Geneva, 2001.

14. Fleming MF, Muct MT, Manwell LB, Staauffacher EA, Barry KL .Brief Physician Advice for Problem Drinkers: Long Term Efficacy and Cost-Benefit Analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2002; 26(1): 36-43.
15. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity -- A Consumer's Guide to Public Policy. Oxford: Oxford University Press; 2003.
16. Kessler R, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caravego-Anduaga, JJ, et al. Cross-National Comparisons of Co-Morbidities between Substance use Disorders and Mental Disorders: Results from the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. In: Bukoski WJ, Sloboda Z eds. Handbook for Drug Abuse Prevention Theory, Science, and Practice. New York: Plenum Publishing Corporation, New York, 2003. Pp. 447-472.
17. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and Public Health: a Review. *Lancet*, 2006; 365: 519-530.
18. Room R, Graham K, Rehm J, Jernigan D, Monteiro M: Drinking and its Burden in a Global Perspective: Policy Considerations and Options. *Eur Addict Res*, 2003;9(4):165-175.

INVESTIGACIONES EN SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA: AVANCES Y DESAFÍOS

Ricardo Zorzetto*
Denise Razzouk**
María Thereza Bonilha***
Jerónimo Gerolin****
Jair de Jesús Mari*****

Introducción

La producción científica latinoamericana floreció tardíamente; casi inexistente hasta mediados del siglo pasado, solo encontró estabilidad política y económica favorable a su desarrollo durante los últimos veinte años, cuando llegó a su fin el ciclo de regímenes dictatoriales en América Latina (1, 2). Esa producción creció diez veces y media entre los años 1981 y 2000, pasando su lugar en la producción mundial de 1,3% a 3,2% (3). El incremento fue más intenso durante la década de 1990, especialmente a fines de la misma, cuando el crecimiento relativo de la participación latinoamericana superó tanto a los países en desarrollo como a Canadá y Estados Unidos, Medio Oriente y la antigua Unión Soviética (4,5).

A pesar del progreso logrado, la posición ocupada por América Latina en el escenario científico internacional continúa siendo modesta, especialmente en áreas del conocimiento con poca tradición en la investigación, por ejemplo, la salud mental. Tan escasos como los artículos científicos en esta área son los datos sobre los mismos. Hasta donde se sabe, la información detallada disponible se refiere a la contribución brasileña. La producción del Brasil en salud mental representa 0,4% de la producción mundial (6, 7). Tal cifra es pequeña, sobre todo en una región con las más elevadas tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos del mundo, que invierte en salud mental menos del 10% del presupuesto destinado a la salud (8). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de las diez enfermedades que provocan la mayor pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), cinco de ellas corresponden a trastornos psiquiátricos (depresión, abuso del alcohol, lesiones autoinfligidas, esquizofrenia y trastorno bipolar). El conjunto de trastornos mentales sumaba 12% del total de AVAD como consecuencia de enfermedades físicas o psíquicas en el año 2000.

* Departamento de Psiquiatría, Universidad Federal de San Paulo, San Paulo

** Departamento de Psiquiatría, Universidad Federal de San Paulo, San Paulo

*** Departamento de Psiquiatría, Universidad Federal de San Paulo, San Paulo

**** Centro de Evaluación e Integración de datos institucionales, Universidad Federal de San Paulo, San Paulo

***** Departamento de Psiquiatría, Universidad Federal de San Paulo, San Paulo

La carencia de información sobre investigación en salud mental en América Latina motivó a nuestro equipo a investigar el perfil cuantitativo y cualitativo de la producción científica en esta área y a identificar sus principales actores. Actualmente, dos proyectos del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Federal de San Paulo están realizando una encuesta de la producción científica latinoamericana en psiquiatría y neurociencias utilizando tres bases de datos distintas que integran las publicaciones periódicas internacionales más importantes de esta área. Además de identificar el perfil de la contribución científica de la región, los proyectos pretenden verificar la adecuación de esa producción a las necesidades latinoamericanas y su influencia sobre la política de salud mental de esos países.

El más avanzado de esos proyectos es parte del *Global Forum for Health Research: Mental Health: the mapping of research capacity in low and middle income countries*, financiado por el Banco Mundial (World Bank) a través de la unidad de financiamiento del *Global Forum for Health Research* y ejecutado bajo la orientación general del *Global Forum for Health Research* y del Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias de la OMS. La etapa brasileña de este trabajo concluyó recientemente el listado de artículos sobre salud mental generados en 15 países de América Latina y del Caribe entre 1993 y 2003, publicados en revistas listadas en las bases de datos (MEDLINE y PscINFO). En un estado de desarrollo menos avanzado, el segundo proyecto – el *Latin American and Caribbean Mental Health Share in Global Science*, financiado por la Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de San Paulo – contabiliza los artículos publicados en las bases de datos del ISI Thomson Scientific.

Medición de la producción latinoamericana en salud mental

La etapa brasileña del *Global Forum for Health Research* consistió en una encuesta sobre la producción científica en quince países de América Latina y del Caribe, durante el período 1993-2003 (de Brasil se analizaron artículos del período 1998-2003). La búsqueda permitió la identificación inicial de 9.353 artículos relacionados con trastornos mentales y neurológicos, psicología y psicoanálisis, entre otros. Se eliminaron 8.253 artículos que estaban repetidos, sin información sobre los autores o que no se adecuaban para la inclusión en el estudio (no abordaban específicamente temas de salud mental o de trastornos mentales). La muestra final se restringió a 1.100 trabajos de nueve países latinoamericanos, aunque casi toda la producción estaba concentrada en dos países: Brasil y Chile. El primer país generó 72% de los 1.100 artículos latinoamericanos y del Caribe indexados en las bases de datos PsycINFO y MEDLINE y el segundo 17% de ese total. Véase el cuadro 1.

Cuadro N° 1 – Artículos rescatados de las bases de datos PsycINFO y MEDLINE, indexados por países (1993-2003)

Países	Total de artículos N (%)	Total de artículos seleccionados y clasificados N (%)	Total de artículos después de la limpieza N (%)
Belice	59 (0,6)	02 (0,07)	0
Brasil*	5.013 (54,0)	2.121 (69,0)	793 (72,0)
Chile	1.337 (14,3)	541 (17,6)	187 (17,0)
Cuba	464 (5,0)	88 (2,87)	42 (3,8)
Rep. Dominicana	24 (0,25)	03 (0,09)	0
El Salvador	98 (1,0)	12 (0,39)	06 (0,5)
Guatemala	303 (3,2)	22 (0,72)	11 (1,0)
Guayana	47 (0,53)	05 (0,16)	0
Jamaica	989 (10,6)	50 (1,63)	20 (1,8)
Nicaragua	138 (1,5)	06 (0,19)	03 (0,3)
Paraguay	52 (0,6)	02 (0,06)	0
Santa Lucía	283 (3,0)	0	0
San Vicente y las Granadinas	05 (0,05)	0	0
Trinidad y Tobago	203 (2,1)	27 (0,88)	14 (1,3)
Uruguay	338 (3,6)	179 (5,85)	25 (2,3)
Total	9.353 (100,0)	3.058 (100,0)	1.100 (100,0)

* (1998-2003)

Fuente: *Global Forum for Health Research: Mental Health 2005*

El cuadro 2 muestra la distribución de artículos según la base de datos en que fueron indexados. Los artículos indexados en las dos bases de datos fueron tanto contabilizados como indexados por MEDLINE. De los 1.100 artículos identificados, 55,9% fueron publicados en revistas indexadas por MEDLINE, y 44% en PsycINFO.

Cuadro N° 2 – Distribución de artículos por base de datos y por país

País	BASES DE DATOS		TOTAL
	PSYCHINFO N (%)	MEDLINE N (%)	N (%)
Brasil	351 (72,2)	441 (71,8)	792 (72,0)
Chile	82 (16,9)	105 (17,1)	187 (17,0)
Cuba	15 (3,1)	27 (4,4)	42 (3,8)
El Salvador	02 (0,4)	04 (0,7)	06 (0,5)
Guatemala	07 (1,4)	04 (0,7)	11 (1,0)
Jamaica	04 (0,8)	16 (2,6)	20 (1,8)
Nicaragua	0 (0)	03 (0,5)	03 (0,3)
Trinidad y Tobago	02 (0,4)	12 (2,0)	14 (1,3)
Uruguay	23 (4,7)	02 (0,3)	25 (2,3)
Total	486 (100,0)	614 (100,0)	1.100 (100,0)

Fuente: *Global Forum for Health Research: Mental Health 2005*

Los artículos fueron clasificados en once categorías de acuerdo con el tema abordado: depresión/ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de la infancia, demencia, trastornos alimentarios, epilepsia, deficiencia del aprendizaje, trastornos de la personalidad, psicosis, suicidio y otros. Cada artículo podía ser incluido hasta en tres categorías diferentes (Cuadro 3).

La categoría depresión/ansiedad abarcó también estudios sobre trastornos de pánico, agorafobia, fobias, ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo/compulsivo, depresión (sin manía) y distimia. En la categoría sobre el consumo abusivo de sustancias entraron los artículos sobre consumo, abuso o dependencia de drogas lícitas (alcohol y tabaco) e ilícitas (marihuana, cocaína, opiáceos).

El rubro demencia incluyó investigaciones sobre síntomas semejantes a los de la demencia: Alzheimer, Pick, Creutzfeld-Jacob, Body Lewis, demencia debida al SIDA, pseudodemencia y pérdida de la capacidad cognoscitiva asociada a la vejez. Los estudios sobre epilepsia con síntomas psiquiátricos fueron clasificados en la categoría epilepsia. En la clasificación de los trastornos de la personalidad, se incluyó tanto el enfoque psicodinámico como el psiquiátrico. Se clasificaron como “otros”, los trastornos bipolares, las perturbaciones del sueño, los estudios epidemiológicos sobre salud mental, los estudios sobre servicios, políticas o programas y la validación de escalas. Asimismo, se incluyeron

en este rubro SIDA, enfermedades neuropsiquiátricas, psicoterapia, drogas psicotrópicas, adicción al juego, histeria y trastornos somatiformes.

Cuadro N° 3 – Clasificación de 1.100 artículos de acuerdo con las diferentes categorías de enfermedades mentales

Trastorno	N° de artículos	%
Depresión/ansiedad	288	26,2
Consumo abusivo de sustancias	156	14,2
Psicosis	111	10,1
Trastornos de la infancia	75	6,8
Demencia	69	6,3
Trastornos alimentarios	47	4,3
Suicidio	35	3,2
Trastornos de la personalidad	30	2,7
Epilepsia	25	2,3
Trastornos de aprendizaje	10	0,9
Otros*	350	31,8

* “Otros” incluyen: trastorno bipolar: N= 27 (2,6%), trastornos del sueño: N=16, (1,5%), validación de escalas: N= 28 (2,5%), SIDA: N=12,y trastornos neuropsiquiátricos: N= 6.

Fuente: *Global Forum for Health Research: Mental Health 2005*

De los quince países analizados, Brasil, Chile y Cuba fueron los únicos que publicaron investigaciones en todas las categorías. Solo Brasil y Chile produjeron artículos representativos sobre depresión y sobre consumo abusivo de sustancias, a pesar de que 40,4% de todos los estudios caían dentro de esta categoría. Los demás países no publicaron artículos en seis de las once categorías. Véase el Cuadro 4.

Cuadro N° 4 – Artículos publicados por materia y país

	Brasil	Chile	Cuba	Otros países*	Total
Depresión/ansiedad	231	41	03	13	288
Consumo abusivo de sustancias	116	28	03	09	156
Psicosis	79	16	08	08	111
Perturbaciones de la infancia	56	11	01	07	75
Demencia	53	05	08	0	69
Epilepsia	20	01	03	0	25
Trastornos alimentarios	35	09	0	0	47
Suicidio	18	09	05	0	35
Trastornos de la personalidad	13	12	02	0	30
Trastornos del aprendizaje	02	06	01	0	10
Otros	238	63	12	37	350

*El Salvador, Guatemala, Jamaica, Trinidad y Tobago.

Fuente: *Global Forum for Health Research: Mental Health 2005*

Todas las publicaciones recibieron una sola clasificación de acuerdo al tipo de estudio que trataban. En la categoría investigación clínica, se incluyeron los estudios longitudinales y de caso-control. Los estudios de validación o confiabilidad de escalas y otros instrumentos están en la categoría metodología. Los estudios cualitativos y las publicaciones conceptuales fueron clasificados como pertenecientes a ciencias sociales y psicología. La clase epidemiología y salud pública comprendió tanto las encuestas de prevalencia e incidencia como las encuestas poblacionales. Las historias de casos, metanálisis, guías clínicas, revisiones, memorias de congresos y artículos sobre asuntos históricos están en la categoría otros tipos. Véase el cuadro 5.

Cuadro N° 5 – Clasificación de los artículos de acuerdo con el tipo de investigación

Tipo de investigación	N° de artículos	%
Investigación clínica	339	36,3
Ciencias sociales/psicología	178	16,2
Metodología	114	10,4
Epidemiología y salud pública	69	6,3
Ensayos clínicos	58	5,3
Ciencias básicas	24	2,2
Evaluación de servicios y políticas	20	1,8
Otros tipos	227	20,6
Total	1.100	100,0

Fuente: *Global Forum for Health Research: Mental Health 2005*

El Cuadro 6 presenta la clasificación de las muestras analizadas en los estudios según grupos de edad, género y minorías. La categoría “otros” incluyó indígenas, portadores del VIH, usuarios de drogas, vagabundos, trabajadores rurales, estudiantes y profesionales de la medicina, prostitutas y asesinos. Las muestras que no incluyen una minoría específica se clasificaron en la categoría “no se aplica”.

Cuadro N° 6 - Clasificación de las publicaciones por tipo de población estudiada

Poblaciones especiales	Número de artículos	%
Niños y adolescentes	102	9,3
Ancianos	48	4,4
Mujeres	39	3,8
Personas expuestas a la violencia	05	0,5
Personas en situación de pobreza	02	0,2
Personas en prisión	01	0,1
Refugiados	01	0,1
Otros	30	2,7
No se aplica	869	79,0

Fuente: *Global Forum for Health Research: Mental Health 2005*

En la primera etapa del estudio *Latin American and Caribbean Health Share in Global Science*, se evaluó la productividad científica en psiquiatría y neurociencias a partir de tres parámetros: total de artículos científicos, total de citas y número de citas por artículo, contabilizados en la base de datos *Essential Science Indicators* de la ISI Thomson Scientific.

La producción científica latinoamericana en psiquiatría y psicología está dominada por México y Brasil, países que ocupan respectivamente las posiciones número 26 y 29 entre los ochenta países con producción de mayor impacto, es decir con artículos que están entre el 50% con mayor número de citas en el área (Véase el cuadro 7). México y Brasil generaron en conjunto 1.486 artículos entre los años 1995 y 2005. El número citado corresponde al 71% de los artículos escritos por autores de once países latinoamericanos en ese período. Aunque la producción de Brasil es en números absolutos menor que la de México, los artículos brasileños tienen un impacto mayor: son citados por otros trabajos un promedio 5,34 veces en tanto que los mexicanos son citados 2,04 veces.

Cuadro N° 7 – Clasificación de los países de América Latina según el número total de artículos en psiquiatría y psicología publicados en el período 1995-2005

Psiquiatría y Psicología (1995-2005)*#					
País	N° total de artículos	Clasificación general por N° de artículos (entre 80 países)	Clasificación por N° de artículos entre los países de A.L. y el Caribe	N° total de citas	Promedio de citas por artículo
México	900	26°	1°	1.840	2,04
Brasil	586	29°	2°	3.131	5,34
Argentina	187	41°	3°	968	5,18
Colombia	118	46°	4°	298	2,53
Chile	116	47°	5°	367	3,16
Venezuela	88	52°	6°	356	4,05
Cuba	30	67°	8°	128	4,27
Jamaica	25	70°	7°	179	7,16
Costa Rica	23	72°	9°	137	5,96
Trinidad y Tobago	12	77°	10°	88	7,33
Antillas Holandesas	07	79°	11°	86	12,29

Fuente: *Science Essential Indicators/ISI Thomson Scientific 2005*

* Se suman solo los artículos que están entre los 50% más citados en el área.

Incluye artículos publicados del 1° de enero de 1995 al 30 de junio de 2005.

El impacto de los artículos brasileños, correspondiente al 55% de los artículos estadounidenses, está próximo al de trabajos realizados en países desarrollados y superior al de los producidos en países en desarrollo con producción semejante en número a la brasileña, como Corea del Sur, India y África del Sur (Véase el cuadro 8).

Cuadro N° 8 – Posición del Brasil con relación a otros países en cuanto al número total de citas en psiquiatría y psicología

PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA (1995-2005)*#				
País	N° total de artículos	Clasificación general por N° total de citas (entre 80 países)	N° total de citas	Promedio de citas por artículo
Estados Unidos	111.305	1°	1.081.186	9,71
Francia	4.745	7°	29.980	6,32
África del Sur	939	25°	3.538	3,77
Brasil	586	27°	3.131	5,34
Corea del Sur	473	29°	2.443	5,16
India	506	30°	2.356	4,66
México	900	35°	1.840	2,04

Fuente: *Science Essential Indicators/ISI Thomson Scientific 2005*

* Se suman solo los artículos que están entre los 50% más citados en el área.

Incluye artículos publicados del 1° de enero de 1995 al 30 de junio del 2005.

Nuevamente, Brasil y México, acompañados por Argentina, aparecen a la cabeza de los diez países latinoamericanos con producción de mayor impacto en neurociencias y ciencias del comportamiento entre los años 1995 y 2005, habiéndose clasificado en los lugares 13°, 28° y 30°, respectivamente. Entre los 74 países con mayor número de citas en el área, Brasil, México y Argentina produjeron 85% de los artículos latinoamericanos. La producción latinoamericana en esos campos presentó un impacto superior al promedio internacional que fue de 6,59 citas por artículo en el período 1995-1999 y de 7,93 citas por artículo en el quinquenio 2001-2005 (Véase el cuadro 9).

Cuadro N° 9 – Clasificación de los países de América Latina según el número total de artículos en neurociencias y ciencias del comportamiento en el período 1995-2005

NEUROCIENCIAS Y CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO (1995-2005)*#					
País	N° total de artículos	Clasificación general por N° de artículos (entre 74 países)	Clasificación en América Latina y el Caribe	N° total de citas	Promedio de citas por artículo
Brasil	4.447	13°	1°	26.314	5,92
México	1.400	28°	2°	12.492	8,92
Argentina	1.285	30°	3°	13.590	10,58
Chile	455	39°	4°	4.708	10,35
Venezuela	218	46°	5°	2.089	9,58
Uruguay	180	50°	6°	2.688	14,93
Cuba	136	53°	7°	1.014	7,46
Ecuador	107	56°	8°	496	4,64
Colombia	92	58°	9°	952	10,35
Perú	24	70°	10°	303	12,62

Fuente: *Science Essential Indicators/ISI Thomson Scientific 2005*

* Se suman solo los artículos que están entre los 50% más citados en el área.
Incluye artículos publicados del 1° de enero de 1995 al 30 de junio de 2005.

En el escenario global, el impacto de los artículos brasileños que tratan sobre neurociencias y ciencias del comportamiento (promedio de 5,92 citas por artículo) superan al de las producidas por autores hindúes (3,93) pero es inferior al de otras naciones en desarrollo con capacidad de producción semejante a la brasileña (Véase el cuadro 10).

Cuadro N° 10 – Posición del Brasil en relación a otros países según el número de citas en artículos en neurociencias y ciencias del comportamiento.

NEUROCIENCIAS Y CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO (1995-2005)*#				
País	N° total de artículos	Clasificación general por N° total de citas (entre 74 países)	N° total de citas	Promedio de citas por artículo
Estados Unidos	114.359	1°	2.453.386	21,45
Francia	16.309	6°	258.020	15,82
Brasil	4.447	19°	26.314	5,92
Corea del Sur	2.387	23°	20.086	8,41
México	1.400	30°	12.492	8,92
India	2.131	32°	8.367	3,93
África del Sur	377	39°	3.360	8,91

Fuente: *Science Essential Indicators/ISI Thomson Scientific 2005*

* Se suman solo los artículos que están entre los 50% más citados en el área.

Incluye artículos publicados del 1° de enero de 1995 al 30 de junio del 2005.

Un continente de desigualdades

La producción científica sobre salud mental de América Latina es pequeña y está altamente concentrada, como se observó en los estudios citados aquí. De los 33 países y 11 territorios que integran la región, apenas seis (Brasil, México, Argentina, Chile, Colombia y Venezuela) tienen una participación destacada y comprenden la casi totalidad de los artículos publicados en los últimos años por las revistas internacionales más importantes en psiquiatría y neurociencias.

Conviene resaltar que las tres bases de datos investigadas –*MEDLINE*, *PsycINFO* e *ISI Thomson Scientific*- incluyen las corrientes dominantes de la ciencia, principalmente en los países desarrollados. Otras bases de datos como *LILACS* (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) que agrupa artículos de 618 revistas científicas latinoamericanas y *SciELO* (*Scientific Electronic Library Online*), con 171 publicaciones científicas iberoamericanas que reúnen un volumen considerable de la contribución latinoamericana en salud (10).

En un análisis preliminar realizado por el proyecto *Latin American and Caribbean Mental Health Share in Global Science*, se constató que los países más productivos –

Brasil, México y Argentina- también fueron los que invirtieron en mayor volumen y más constantemente en actividades de ciencia y tecnología desde el inicio de la década de 1990, correspondiéndoles el 86% de los gastos de América Latina en esa área (11, 12).

El *Global Forum for Health Research: Mental Health* reveló también que había una concentración de la contribución latinoamericana en algunos temas específicos de salud mental, tales como: depresión/ansiedad, consumo abusivo de sustancias y psicosis. Otra característica de la producción regional es la preponderancia de las investigaciones clínicas, que representan 38,3% de los 1.100 artículos evaluados.

El estudio citado hizo evidente la carencia de investigaciones que evalúen la eficacia de las intervenciones clínicas y la calidad de los servicios de salud de América Latina. También destacó la falta de trabajos sobre temas de salud específicos de la región, tales como el impacto de la desigualdad social en una serie de perturbaciones psiquiátricas y la promoción de intervenciones destinadas a reducir el sufrimiento y las consecuencias de los prejuicios enfrentados por los portadores de trastornos mentales. Sin esos conocimientos no se dispone de base suficiente para orientar las políticas de salud mental.

Las necesidades de la región sólo serán atendidas si se hace una inversión sólida y persistente en los más variados tipos de investigaciones en salud mental. Se le deberá asignar prioridad a la evaluación de intervenciones clínicas y a los estudios sobre organización de los servicios. La capacitación de investigadores y la formación de profesionales de salud con aptitudes para identificar y tratar los trastornos mentales, contribuirá a la mejora de las condiciones predominantes en los países de bajos ingresos (13, 14).

Agradecimientos

Los autores expresan sus agradecimientos al *Global Forum for Health Research* a Isaac Levav y Sylvie Olifson.

Financiamiento

Este proyecto es parte de una investigación multicéntrica destinada a identificar la capacidad investigativa en neurología y salud mental de países de bajos y medianos ingresos, financiada por el Banco Mundial a través de la unidad de financiamiento del *Global Forum for Health Research* y ejecutado bajo la orientación general del *Global Forum for Health Research* y del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS). También recibió financiamiento de la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de San Paulo, Brasil. (FAPESP - 2004/03755-3).

REFERENCIAS

1. Krauskopf M, Vera MI, Krauskopf V, Welljams-Dorof A. A Citationist Perspective on Science in Latina América and the Caribbean, 1981-1993. *Scientometrics*, 1995; 34(1):3-25.
2. Macilwain C. Stability Offers Unique Opportunity for Research. *Nature*, 1999; 398 (supplement): A4-A5.
3. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). What do Bibliometric Indicators Tell us About World Scientific Output? UNESCO, 2005. Disponible en la siguiente dirección electrónica:
http://www.csiic.ca/PDF/UIS_bulletin_sept2005_EN.pdf (último acceso el 14/01/2006).
4. Holmgren M y Schnitzer SA. Science on the Rise in Developing Countries. *PLoS Biology*, 2004; 2(1):0010-0013.
5. Hill DL. Latin America Shows Rapid Rise in S&E Articles. InfoBrief 2004 Aug; NSF 04-336. Disponible en la siguiente dirección:
<http://www.nsf.gov/statistics/infbrief/nsf04336/> (último acceso el 14/10/2006).
6. Bressan RA, Gerolin J e Mari JJ. The Modest but Growing Brazilian Presence in Psychiatric, Psychobiological and Mental Health Research: Assessment of the 1998-2002 period. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 2005; 38(5):649-659.
7. Guimarães JA. A pesquisa médica e biomédica no Brasil. Comparações com o desempenho científico brasileiro e mundial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004; 9(2):303-327.
8. PAHO Mental Health. 43rd Directing council: 53rd Session of the regional committee. Washington,DC, USA, 2001. Disponible en la dirección: http://www.mex.ops-oms.org/english/gov/cd/cd43_15-e.pdf (último acceso el 14/01/2006).
9. World Health Organization. The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO 2001. Disponible en la siguiente dirección:
<http://www.who.int/whr/2001/en/> (último acceso el 14/01/2006).
10. Figueiredo Castro R. Producción científica en ciencias de la salud en Latinoamérica: LILACS y SciELO. RICYT. Disponible em la siguiente dirección:
http://www.ricyt.org/interior/normalizacion/III_bib/castro.pdf (último acceso el 14/01/2006).
11. Red de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT). Indicadores Comparativos. RICYT. Disponible en la siguiente dirección:
<http://www.ricyt.org/interior/interior.asp?Nivel1=1&Nivel2=2&Idioma> (último acceso el 14/01/2006).
12. Hill D. Latin America: R&D Spending Jumps in Brazil, México, and Costa Rica. National Science Foundation 2000.

13. Mari JJ, Bressan RA, Almeida-Filho N, Gerolin J, Sharan P & Saxena S (2006). Mental Health Research in Brazil: Policies, Infrastructure, Financing and Human Resources. *Revista de Saúde Pública* 40(1):161-169.
14. World Health Organization. Investing in Mental Health. World Health Organization 2003. Disponible en la siguiente dirección:
http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf (último acceso el 2006).

LA CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA ALCANZAR LAS METAS DE LA DECLARACIÓN DE CARACAS

Stan Kutcher*
Sonia Chehil**

Introducción

En el año 2005 se cumplió el décimo quinto aniversario de la Declaración de Caracas en la que fueron discutidos los principios de equidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud mental. A este documento histórico sucedió en 1991 la Resolución de la Asamblea de las Naciones Unidas titulada Principios para la Protección de las personas con Trastornos Mentales y la Mejora de la Atención en Salud Mental (1). La resolución subrayó la necesidad de proteger los derechos humanos y civiles de las personas con trastornos mentales, brindando así apoyo a la agenda operacional de Caracas. Posteriormente el Informe de salud mundial 2001 reafirmó los principios de los derechos humanos señalados en la Declaración de Caracas y en la resolución citada de las Naciones Unidas. De esta manera la vasta carga global de las enfermedades mentales fue inscrita en el contexto apropiado.

Las instituciones internacionales de salud (Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud) apoyaron el cambio de la atención centrada en el hospital aislado y custodial a los cuidados equitativos y terapéuticos basados en la comunidad. El cambio requiere la presencia de un número de componentes que aseguren su aplicación apropiada; estos componentes incluyen pero no están limitados a: cambios en las actitudes sociales hacia el enfermo mental, oferta de oportunidades en los campos vocacional y de rehabilitación, vivienda apropiada, etc. El cambio requiere además la presencia de recursos humanos adecuadamente capacitados, que puedan cubrir en el entorno comunitario las necesidades terapéuticas de la persona con trastornos mentales.

* Centro Colaborador de la OMS en el desarrollo de Políticas de Salud Mental. Sección de Psiquiatría Internacional, Universidad de Dalhousie. Halifax, Nueva Escocia, Canadá

** Centro Colaborador de la OMS en el desarrollo de Políticas de Salud mental. Sección de Psiquiatría Internacional, Universidad de Dalhousie. Halifax, Nueva Escocia, Canadá

Idealmente los recursos humanos de salud deben ser capacitados de tal manera que puedan alcanzar metas específicas de salud. De acuerdo con la Declaración de Caracas, la atención de salud mental debe estar basada en la comunidad y exhibir las siguientes características:

- Equidad: las personas con trastornos mentales deben recibir “atención de la salud y asistencia social que sea apropiada a sus necesidades de salud... de acuerdo con los mismos estándares aplicadas a otras personas enfermas” (1).
- Efectividad: las personas con trastornos mentales deben recibir cuidados de conocida efectividad, prestados de la manera menos restrictiva posible.
- Cuidados basados en la evidencia: las personas con trastornos mentales tienen el derecho a recibir cuidados basados en la mejor evidencia disponible y no deben ser sometidos a tratamientos cuya validez científica no haya sido demostrada.
- Accesibilidad: las personas con trastornos mentales deben tener acceso a los servicios de atención en forma libre y exenta de prejuicios o estigma y recibir los cuidados que necesiten en las comunidades en donde tienen su residencia.
- Integración: los individuos con trastornos mentales deben recibir atención en los sistemas de cuidados de salud existentes. La atención debe estar disponible tanto en servicios para trastornos agudos (por ejemplo, en unidades de hospitales generales) como para trastornos sub-agudos y crónicos (cuidados de salud mental provistos en las estructuras “usuales” de salud comunitaria). Los servicios de salud mental deben estar integrados siguiendo un patrón horizontal y no vertical.
- Atención orientada por las necesidades de la población: las necesidades de la población en salud mental deben ser las que determinan el desarrollo y la entrega de los servicios respectivos. Son las necesidades del enfermo mental (por ejemplo: la necesidad de servicio de rehabilitación) y no los deseos teóricos del profesional (tales como: el deseo de realizar una intervención psicológica especial que puede beneficiar solo a unos pocos individuos), lo que debe determinar el tipo y naturaleza de la atención ofrecida.
- Costo-efectividad: la atención de la persona con enfermedad mental debe tener en cuenta los costos requeridos para entregar los cuidados de manera que se provea una atención de alta calidad a un costo apropiado.
- Sostenibilidad: el sistema de atención del paciente mental debe ser sostenible. Esto significa que el sistema de atención no debe estar aislado sino íntimamente relacionado con los cuidados de salud “acostumbrados”. El presupuesto anual de

salud debe hacer asignaciones regular y suficientemente adecuadas para financiar el cuidado del paciente mental.

En consecuencia, la capacitación de recursos humanos debe llevarse a cabo de tal forma que se asegure el alcance de las metas arriba mencionadas.

Enfoque histórico de la capacitación en salud mental de los recursos humanos.

Tradicionalmente los proveedores de salud mental han sido adiestrados siguiendo un modelo vertical, separados de la mayoría de otros proveedores de servicios de salud. Esta situación se ha reflejado en la prestación de servicios de salud mental tradicionales, en los que los modelos verticales y no los horizontales han sido la norma. Por ejemplo, los servicios de atención de pacientes mentales han sido provistos históricamente en instituciones grandes y aisladas (como es el caso de los hospitales mentales). En la mayoría de las jurisdicciones, los cuidados comunitarios son todavía brindados preferentemente en centros aislados de salud mental. Tales enfoques no están en línea con los principios de equidad, accesibilidad, integridad, costo/efectividad y sostenibilidad que rigen los cuidados de salud mental.

Muchos países de bajos y medianos ingresos no disponen de centros de especialización profesional y programas de adiestramiento (por ejemplo, de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y asistentes sociales). En esas condiciones, los candidatos deben realizar su capacitación en el exterior. En algunos de los países, que han desarrollado por sí mismos sus propios programas, existe la tendencia a perpetuar los modelos verticales originados en naciones prósperas como el Reino Unido, los Estados Unidos, Canadá, etc. Ciertamente, esos modelos no apoyan en propiedad los objetivos de la Declaración de Caracas.

En otros casos, los currículos de salud mental están incluidos en el adiestramiento de los profesionales generales de la salud, tales como enfermeras y médicos. Sin embargo, la capacitación brindada es anticuada, inadecuada en calidad y cantidad e incluso puede ser provista por personas con poca o ninguna pericia en la atención moderna de las pacientes mentales. Por otra parte, la supervisión clínica puede ser insatisfactoria debido a la falta de proveedores de cuidados de salud mental apropiadamente adiestrados. Otra opción de capacitación de profesionales de salud es la ofrecida en instituciones proveedoras de cuidados custodiales. Es importante notar que en esos centros no se proveen cuidados basados en modelos comunitarios de comprobada efectividad terapéutica. El adiestramiento dado en esas condiciones difícilmente prepara en forma adecuada a los proveedores de servicios generales de salud para dispensar atención de salud mental en una manera consistente con los objetivos de la Declaración de Caracas.

En años recientes, se ha observado el desarrollo y utilización de una variedad de programas cortos de adiestramiento en salud mental, dirigido a los proveedores de servicios. Su efectividad es a menudo incierta (2,3). En algunas ocasiones los resultados no han sido positivos, como es el caso del programa de adiestramiento para la atención de la depresión, patrocinado por la Asociación Psiquiátrica Mundial (4,5). Los críticos han señalado que algunos de esos programas pueden ser inadecuados en términos de duración y tipo de los métodos usados y que pueden sacrificar la calidad en favor de la cantidad (6). Tales enfoques no están en línea con los objetivos de la Declaración de Caracas.

Los enfoques de la capacitación tradicional en salud mental han tenido la tendencia de estimular a los profesionales a que respalden la prestación de servicios de salud mental en forma vertical. Cabe mencionar que estos servicios tienden a ser costosos y culturalmente pueden estar fuera de contexto, especialmente cuando los futuros proveedores son enviados fuera del país para su educación. Los resultados de estos abordajes son limitados y a menudo desvinculados del sistema de salud vigente (aun en los casos en que la institución que adiestra está localizada en el mismo país). Por otra parte, los programas pueden ser difíciles de mantener, particularmente en países de bajos ingresos, lo que favorece la migración de los profesionales a países con ingresos más altos. Como un resultado de estas condiciones, muchos programas de adiestramiento de corte tradicional sirven para perpetuar un sistema de servicios que la Declaración de Caracas, la Resolución 46/119 de la ONU (1) y el Informe mundial de la salud 2001, han identificado como insatisfactorios y en necesidad de un cambio sustancial.

Abordajes innovadores en la capacitación de recursos humanos en salud mental.

En tanto que los modelos tradicionales de adiestramiento no han demostrado que formen los recursos humanos más apropiados para prestar servicios de atención en salud mental efectivos, equitativos y apropiados, es necesario adoptar un nuevo enfoque. Tal abordaje debe diferir del tradicional en un número de dimensiones importantes, mencionadas a continuación:

- Servicios basados en la competencia. Los modelos tradicionales capacitan a los proveedores de servicio dentro de un modelo profesional que no define cuales son las competencias fundamentales en salud mental dentro de un sistema de atención de salud. Tampoco indican hasta que punto las competencias particulares son necesitadas. Por ejemplo, en el punto de primer contacto con el sistema de salud, la identificación de personas con trastornos mentales es una competencia requerida, independientemente de la designación que tenga el proveedor de los servicios.
- Neutralidad profesional. Los modelos tradicionales circunscriben las competencias de salud mental a la categoría “profesionales de salud mental”, lo que equivale a apoyar el desarrollo y provisión de servicios de salud mental como una actividad

- vertical en lugar de horizontal. Esto tiende a reforzar las brechas entre la salud mental y los servicios de salud “acostumbrados”, disminuyendo la transferencia interdisciplinaria de conocimientos y perpetuando el estigma. Los programas novedosos de adiestramiento deben ser profesionalmente neutrales; esto es, deben proveer el requerido adiestramiento en competencias de salud mental a todos los proveedores de salud, en forma consonante con el papel que les corresponde desempeñar en los sistemas de salud existentes.
- Información basada en la evidencia. Los modelos tradicionales de capacitación a menudo impartían “conocimiento” basado en la tradición antes que en la evidencia (por ejemplo, el tratamiento psicoanalítico de las psicosis, el uso de la terapia familiar en los trastornos depresivos mayores, la utilización de la tioridazina en el desorden generalizado de ansiedad, etc.). Con el incremento sustancial de la información científica para evaluar la atención en salud mental, lo indicado es atenerse a la práctica basada en la evidencia y no en la libre elección del proveedor.
 - Integración en los sistemas de salud existentes. Los modelos tradicionales de adiestramiento son todos similares, independientemente del sistema de atención de salud al que el futuro proveedor sea destinado una vez que ha terminado su capacitación. En realidad esos modelos no preparan al trabajador para laborar en el sistema de servicio de salud, sino más bien para promover y divulgar la identidad profesional. Así, no sólo se le desconecta del servicio de salud “usual” sino que se lo aísla de él, lo que puede generar insatisfacción y alentar la migración al exterior. Un modelo novedoso de adiestramiento debe proveer capacitación que encaje en el sistema de salud existente y que sea capaz de cambiar a medida que el sistema cambia.
 - Promoción de la equidad y accesibilidad. Los modelos de adiestramiento tradicional no han demostrado interés en los valores fundamentales que apoyan la salvaguarda de los derechos humanos de los pacientes. Los modelos de adiestramiento nuevos deben estructurarse en tal forma que promuevan el ejercicio de esos derechos.
 - Sostenibilidad. Los modelos tradicionales no muestran especial interés en el desarrollo de programas de adiestramiento sostenibles en el contexto de un sistema de salud en operación. Los nuevos modelos de adiestramiento deben ser sostenibles dentro del contexto del sistema de salud en el que han sido desarrollados con el propósito de apoyarlo.
 - Desarrollo de la capacidad del sistema. Los modelos tradicionales de adiestramiento no se interesan en la formación de recursos humanos en salud

dirigidos al mejoramiento de la capacidad del sistema para proveer atención apropiada. Los nuevos modelos de capacitación deben establecerse de manera que promuevan el desarrollo de esa capacidad.

Esencialmente un programa de adiestramiento que pueda formar recursos humanos con las competencias necesarias para avanzar en el cumplimiento de la Declaración de Caracas no debe centrarse en el adiestramiento de profesionales de salud mental o en la capacitación de un segmento específico de proveedores de cuidados de salud, por ejemplo médicos generales. Este enfoque no ha funcionado bien en el pasado y difícilmente lo hará en el futuro. El abordaje mencionado tiende a perpetuar la verticalidad, aislar los servicios de salud mental, limitar su accesibilidad, animar la continuidad de la asistencia custodial y mantener intervenciones no respaldadas por evidencias. También apoya la inclinación de los proveedores a pasar por alto las necesidades de la población, carece de sostenibilidad y alienta la presente estigmatización del enfermo mental. Lo que se necesita es adiestrar en competencias de salud mental a la totalidad de los recursos humanos del sistema de cuidados de salud. Esto significa que cada proveedor de salud debe ser capacitado en aquellos aspectos que le permitan ser efectivo en la administración de cuidados de salud mental compatibles con el papel que le corresponde en el sistema de salud. De esta manera toda persona con un trastorno mental tendrá acceso efectivo a los cuidados basados en la evidencia y administrados de manera equitativa. La atención de salud mental estará entonces completamente integrada en los cuidados “acostumbrados” de salud y en esta forma será capaz de cubrir las necesidades de la población de una manera sostenible y costo-efectiva.

El enfoque descrito requerirá seguir, por necesidad, dos direcciones separadas pero integradas. Una de ellas es la modificación de los programas de adiestramiento tradicionales de tal manera que aborden apropiadamente los problemas pertinentes. La segunda dirección se refiere al desarrollo y puesta en marcha de un programa nuevo para proveedores que ya están trabajando en el sector salud. Estos proveedores pueden ser profesionales de salud (psiquiatras, médicos generales, enfermeras, trabajadores de salud comunitaria, etc.) o pueden ser proveedores informales o voluntarios (usuarios de servicio de salud mental, religiosos, etc.). Sin importar cual sea su denominación, estos trabajadores de la salud deben ser adiestrados en salud mental para apoyar la transición de la atención primariamente custodial, de carácter vertical a los cuidados de salud mental basados en la comunidad, integrados en el sistema de servicio de salud. Lo anterior es igualmente válido tanto para los países de recursos medianos abajo como para los países ricos.

Un programa novedoso de capacitación.

Con el fin de abordar los objetivos identificados arriba, se ha creado un programa novedoso de capacitación (6) ensayado en diferentes jurisdicciones en países de bajos y

medianos ingresos (7). El programa se identifica con la atención de salud mental basada en la comunidad y descansa en los valores de: equidad, efectividad, evidencia, accesibilidad, integración, acciones dirigidas por las necesidades de la población, costo efectividad y sostenibilidad. El nuevo programa se refiere principalmente a la segunda de las dos direcciones mencionadas antes: el adiestramiento en competencias de salud mental de los recursos humanos del sistema. Este enfoque también ha sido usado para adiestrar en este campo a candidatos al diploma de cuidados primarios (8), lo que sugiere que también se puede modificar con este propósito.

En cada sistema de cuidados de salud existe una jerarquía en la entrega de servicios basada en la complejidad de los problemas enfrentados y en las competencias clínicas e infraestructura necesarias para actuar con efectividad. Como un resultado de esto, los sistemas de atención de salud han incorporado diferentes enfoques en su práctica, los cuales se superponen en parte con los enfoques de los servicios situados inmediatamente por encima y por debajo de ellos. Cada sistema de servicio puede ser dividido en tres categorías: punto de primer contacto/cuidados básicos, punto de segundo contacto/cuidados especiales y punto de contacto final/cuidados complejos. La aplicación de este modelo a las competencias en salud mental en cualquier sistema de salud supone la estratificación de actividades, como se establece en el cuadro 1.

Cuadro N° 1. Ejemplos de competencias de salud mental, distribuidas jerárquicamente en el sistema de servicios de salud

Sistema de Salud Amplitud del nivel de práctica	Competencia diagnóstica	Competencia terapéutica	Proveedor de servicios de salud con la necesaria competencia. La denominación del proveedor variará con cada sistema
Primero contacto: básico	Identificación de casos	Intervención psicosocial de apoyo Tamizaje y referencia Seguimiento básico en la comunidad	Trabajador comunitario de salud Asistente de enfermería Asistente social Curandero

		Psicoeducación básica	
Segundo contacto: complicado	Diagnóstico y clasificación general	<p>Consejería terapéutica</p> <p>Triaje y referencia</p> <p>Consultoría y seguimiento en la comunidad</p> <p>Psicoeducación avanzada</p> <p>Psicofarmacología básica</p> <p>Enseñanza básica, supervisión y consultoría</p>	<p>Enfermera de salud comunitaria</p> <p>Enfermera de salud pública</p> <p>Asistente médico</p> <p>Médico de atención primaria</p>
Contacto final: complejo	Perfeccionamiento del diagnóstico y diagnóstico por sub-categorías	<p>Psicoterapia avanzada</p> <p>Psicofarmacología avanzada</p> <p>Administración de intervenciones complejas que requieren adiestramiento avanzado e infraestructura adecuada</p> <p>Enseñanza avanzada, supervisión y consultoría</p>	

Cada nivel de contacto, cualquiera que sea el sistema de salud, requiere el mismo género de competencias en salud mental. Independientemente de la modalidad del sistema de salud habrá siempre un profesional de salud u otro técnico designado (o que podría ser designado) para ejecutar esas competencias. Es así que el nuevo programa de adiestramiento (6) puede transmitir al proveedor de servicio de salud las necesarias competencias de salud mental, cualquiera que sea su designación y el tipo de sistema de salud al que pertenece. En esta forma, cualquier sistema de salud puede ser organizado para proveer las competencias de salud mental necesarias para cubrir las necesidades de la población. Esto significa que cualquier individuo con un problema de salud mental tiene acceso a los cuidados requeridos en cualquier punto del existente sistema de salud. El esquema descrito ilustra un abordaje totalmente integrado y horizontal para la entrega de servicios de salud mental. De esta manera se maximiza la accesibilidad (la atención de salud mental puede ser obtenida en cada punto del sistema de salud), se provee equidad (los cuidados de salud mental son prestados en grado de igualdad a los de cuidados de salud general), se rompe la postura tradicional de los servicios de salud mental y se combate el estigma del enfermo mental al tratarlo de igual manera que al que padece otras enfermedades.

En este programa (9) el currículo se ha designado para facilitar la comprensión de los trastornos mentales al proporcionar el marco de referencia científico básico que subyace al funcionamiento normal del cerebro. Los estudiantes entonces aprenden que los trastornos mentales se manifiestan como perturbaciones en los procesos normales cognoscitivos, afectivos, conductuales y de señalización. Estos conocimientos se contraponen a los mitos en relación con los diferentes trastornos mentales, recogidos en diferentes fuentes culturales y nacionales. Basándose en estos fundamentos, el currículo se construye alrededor de un conjunto de competencias fundamentales de salud mental, cada una de ellas entrelazada con los cuadros atendidos en los diferentes grados de complejidad. El currículo puede entonces ser enseñado como un todo a los proveedores de salud que operan en el punto de contacto final o complejo o puede ser subdividido en componentes más apropiados para los proveedores de salud que operan, ya sea en el primer o en el segundo nivel de la entrega de servicios.

Asimismo, el programa utiliza un modelo de *“adiestrar al adiestrador”* que incorpora un número de rasgos singulares. En primer lugar los adiestradores pueden provenir de cualquier grupo profesional; sin embargo deben estar comprometidos a aprender y comprender el currículo; no sencillamente para exponerlo sino para asimilarlo a un nivel que les posibilite enseñar apropiadamente. En segundo lugar, a los adiestradores se les enseña no solamente los contenidos del plan de estudios sino también como enseñar. Las técnicas de enseñanza transmitidas a los adiestradores incluyen, entre otras técnicas: cómo educar mediante el método socrático, dinámica básica de grupo, dramatización y actividades interactivas. Los adiestradores son evaluados mediante exámenes escritos antes y después del adiestramiento, en materias de contenidos curriculares. También son

calificados mediante la observación directa del uso de sus técnicas de enseñanza. Este componente del programa de adiestramiento apoya la observación de que muchos adiestradores capacitados en modelos diferentes del de “adiestrar al adiestrador” no tienen una firme comprensión del material o no están adecuadamente preparados para enseñar.

Finalmente, el programa dispone de un número de “herramientas” clínicamente relevantes que son transmitidas a los estudiantes para que las utilicen en los cuidados clínicos de rutina. Esas herramientas son concisas, permiten operacionalizar las competencias de salud mental aprendidas en el currículo y facilitan la transferencia de conocimientos óptimos del salón de clases a la clínica. Además las herramientas ejercen una función de garantía de la calidad. El hecho de que todos los clínicos son adiestrados en la aplicación confiable de las herramientas, significa que los cuidados brindados por diferentes clínicos en diferentes localidades son similares y reproducibles. Esto asegura que se disponga de estándares de cuidados mínimos, aplicables en la localidad donde esté el profesional de salud.

Aplicación del nuevo modelo de capacitación

El modelo de adiestramiento se inicia con una revisión situacional del sistema de entrega de servicios, tanto de salud general como de salud mental. Una consecuencia de esta revisión es el análisis situacional que genera sugerencias de cómo horizontalizar la integración entre salud mental y los servicios “acostumbrados” de atención de salud, dentro de las realidades y restricciones de los sistemas existentes. La evaluación de las competencias en salud mental tanto de los proveedores de atención general como las de los de salud mental se hace mediante una muestra representativa de ambos grupos. Lo anterior provee una base inicial para medir futuras evaluaciones y permite un “afinamiento” del currículo al mismo tiempo que posibilita cubrir mejor las necesidades de quienes eventualmente tomen el curso. El currículo, modificado con el concurso de expertos y practicantes locales, es usado luego para adiestrar a un nuevo grupo. Se alienta la participación de instituciones locales, pero el modelo puede ser desarrollado y aplicado aun en ausencia de centros educacionales apropiados.

Una vez que los adiestradores han sido capacitados y evaluados se elabora un plan de trabajo en cuya factura colaboran los adiestradores y la autoridad de salud responsable. La evaluación de los resultados de la enseñanza debe adaptarse a la situación local y puede incluir, pero no está limitada a: evaluación escrita de conocimientos aprendidos, monitoreo de los cuidados clínicos, retroalimentación directa de los adiestrados, etc. Idealmente el proceso de evaluación debe incorporar las metodologías de garantía de la calidad utilizadas por el sistema de salud.

Si se dispone de un plan de trabajo apropiado, los proveedores clave de salud pueden ser adiestrados en competencias de salud mental de manera costo-efectiva. Cabe

agregar que a medida que se verifica la transición del sistema de un modelo vertical de entrega de servicios a uno horizontal, los pacientes en instituciones (tales como grandes hospitales psiquiátricos) empiezan a ser objeto de intervenciones terapéuticas más apropiadas, realizadas por el personal que recibe adiestramiento en el programa.

Conclusiones

El programa de adiestramiento descrito no constituye el único abordaje para adiestrar recursos humanos en competencias de salud mental, pero ciertamente incluye los componentes esenciales para asistir a las autoridades de salud en la implementación de las metas de la Declaración de Caracas, la Resolución de la ONU N°. 46/119 y el Informe mundial de salud 2001. Expresado de manera sencilla, todos los profesionales de salud deben adquirir competencias en cuidados de salud mental que sean consistentes con su papel en el sistema de servicios de salud. Los profesionales que proveen cuidado de salud “acostumbrados”, tanto en la comunidad como en servicios para enfermos agudos, como hospitales, tienen que proveer también cuidados de salud mental en esos lugares. Esta integración de la salud mental con la atención de salud ayudará a “normalizar” los trastornos mentales y a disminuir el estigma asociado con las enfermedades mentales. En verdad, las experiencias piloto con los programas de adiestramiento indican que los mismos proveedores de salud tienen actitudes hacia el enfermo mental que promueven su estigmatización y marginalización. A medida que esos proveedores reciben conocimientos sobre trastornos mentales y adquieren las competencias necesarias para proveer cuidados terapéuticos, tienden a aumentar su aceptación y comprensión del paciente mental. Llegan a perder el miedo y se transforman en funcionarios diestros y cooperadores.

La aplicación de este enfoque de adiestramiento puede ser difícil en sitios donde la enseñanza tradicional se siente amenazada por un abordaje diferente. Por otra parte algunos grupos profesionales podrían desear conservar para sí, competencias que ellos perciben que “pertenecen” a su grupo. Esta tendencia puede ser muy fuerte, especialmente si está vinculada a niveles específicos de remuneración o promoción en el trabajo. En esos grupos puede haber una fuerte oposición a los modelos nuevos aun cuando los enfoques tradicionales no hayan sido exitosos para cubrir las necesidades de salud mental en la población. En estos casos la conducción de un programa novedoso de adiestramiento puede hacerse concurrentemente con los programas tradicionales existentes. Con el pasar del tiempo y el establecimiento de mayores contactos, la oposición puede disminuir y se pueden crear vínculos de colaboración.

Independientemente del lugar en que el programa novel se aplique siempre habrá múltiples desafíos que deberán ser enfrentados. Esos retos pueden surgir al tiempo que se despliega el proceso de reforma en salud mental; también pueden ser despertados por la aplicación misma del modelo o pueden tener su origen en fuerzas imprevistas, por ejemplo, grandes desastres naturales. Los desafíos solo pueden ser encarados

apropiadamente si el programa de adiestramiento es flexible y puede modificarse de acuerdo con las necesidades y circunstancias. En algunos sitios se podrá implementar el plan de trabajo en su totalidad; en otros en cambio sólo podrá realizarse en parte, mediante el adiestramiento de proveedores claves; en otros entornos el programa podrá ser ofrecido primero a estudiantes que siguen cursos profesionales de salud; finalmente en otras circunstancias el programa podrá ser aplicado a personal no profesional. Cualquiera que sea la aplicación flexible que se le de al programa la meta del adiestramiento siempre es la misma: operacionalizar la Declaración de Caracas mediante servicios equitativos, accesibles e integrados horizontalmente que cubran las necesidades de salud mental de la población.

REFERENCIAS

1. United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights. Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care. Adopted by General Assembly resolution 46/119 of 17, December, 1991. (<http://www.unhchr.ch/html.menu/3/b/68.htm>)
2. Kroenke K, Taylor-Vaisey A, Dietrich AJ, Oxman TE. Interventions to Improve the Recognition and Management of Mental Disorders in Primary Care: a Critical Review of the Literature. *Psychosomatics*, 2000; 41: 39-52.
3. Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the Psychiatric Knowledge, Skills and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950-2000: A review. *Am J Psychiatry*, 2001. 158: 1579-86.
4. Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Feijo de Mello AA, Feijo de Mello M, Ramos CP. Treinamento de Clínicos para o Diagnóstico e Tratamento da Depressão. *Rev Saúde Pública*, 2004, 38: 522-8.
5. Levav I, Kohn R, Montoya I, Palacio C, Rozic P, Solano I, Valentini W, Vincente B, Morales JC, Figueta FE, Saravanan Y, Miranda CT, Sartorius N. Training Latin American Primary Care Physicians in the WPA Module on Depression: Results of a Multicenter trial. *Psychol Med*, 2005, 35: 35-45.
6. Kutcher S, Chehil S, Cash C, Millar J. A Competencies-Based Mental Health Training Model for Health Professionals in Low and Middle Income Countries. *World Psychiatry Journal*, 2005; Vol. 4, No. 3: 177-180.
7. Ballester DA, Aguiar PRCD, Brum C, Tietzmann AC, Terra A, Chehil S, Kutcher S. Latin America Mental Health: Training for Primary Health Care Teams: Report of the Pilot Feasibility Project in the South of Brazil. Enviado, Diciembre 2005.
8. Chehil S, Kutcher S. Mental Health Competencies for Primary Care Diploma Trainees: The University of West Indies, St. Augustine Campus program. Enviado. 2005.
9. Kutcher S, Chehil S. Mental Health Competencies for Health Human Resources: A Train the Health System Mental Health Training Program, 2005.

LA DECLARACIÓN DE CARACAS Y LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN BRASIL

Domingos Sávio do Nascimento Alves*

Introducción

Brasil es una república federativa y es el país de mayor extensión territorial de América del Sur. Su población es de 184 millones de habitantes y en 2004 ocupó el décimo primer lugar en la economía mundial y, en la escala de desarrollo humano, le correspondía el lugar número 63. La distribución de la renta presenta grandes disparidades regionales y un fuerte desequilibrio social. La economía se basa en un sector industrial diversificado, actividades agrícolas y el turismo.

El sector público de salud, denominado Sistema Único de Salud (SUS) es de cobertura universal y coexiste con un sistema privado compuesto de empresas médicas y compañías de seguros de salud. Más del 60% de la población es atendida exclusivamente en el sistema público. El SUS está financiado conjuntamente con recursos federales (63%), estatales (12%) y municipales (15%). El gasto promedio en salud es menos de 100 dólares estadounidenses por habitante/año. El SUS fue instituido por la Constitución Federal de 1988 y está regulado por las leyes 8.080 y 8.142, de diciembre de 1990, en las que se establece:

- El derecho universal a la salud y a la asistencia, de manera equitativa e integral;
- La organización unificada del sistema de salud, con responsabilidad gerencial compartida por los tres niveles del gobierno (federal, estatal y municipal);
- El control social, prerrogativa de varios actores, como profesionales de la salud, familiares, usuarios y otros representantes de la sociedad (1).

Antecedentes de la asistencia psiquiátrica

La historia de la psiquiatría en Brasil comienza con la creación en 1852 del primer hospital psiquiátrico, el Hospicio Pedro II. Cuando el número de pacientes desbordó la capacidad del hospicio, a principios del siglo XX, se fundaron las colonias de alienados (Colonias de San Bento y del Conde de Mesquita), grandes hospitales localizados fuera del perímetro urbano de la capital (2).

Al inicio de la República se promulgó una ley que reglamentaba la asistencia de los enfermos mentales y, en 1923, se creó la Liga Brasileña de Higiene Mental. A partir de la década de los años 60, en plena dictadura militar, el modelo de las grandes colonias, ya

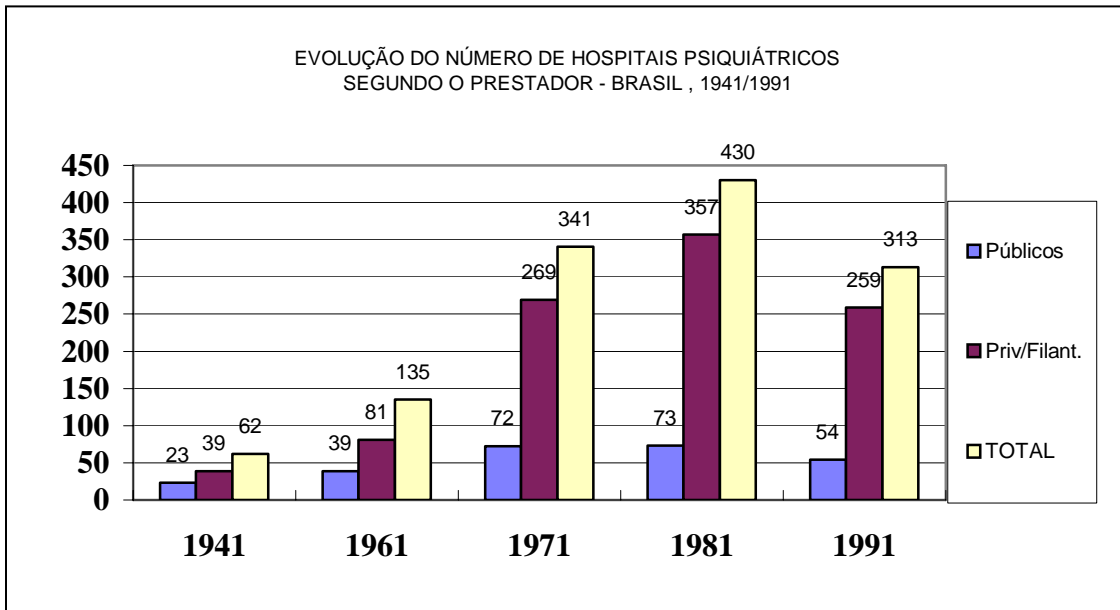
* Director del Instituto Franco Basaglia, Río de Janeiro; ex-Coordinador de Salud Mental del Ministerio de Salud de Brasil.

en decadencia, fue sustituido progresivamente por los hospitales psiquiátricos privados, con los cuales el Instituto Nacional de Seguridad Social, firmó varios contratos de servicios. Este periodo conocido en la asistencia psiquiátrica como la “industria de la locura”, presentó un crecimiento absurdo en el número de camas privadas contratadas (3).

La asistencia psiquiátrica a finales del decenio de los 80

En la década de los 80 se pudo asistir a la implantación de medidas de humanización de la asistencia, promovidas por el sector gubernamental en los hospitales psiquiátricos federales y en algunos estados, particularmente São Paulo, Minas Gerais y Río Grande do Sul. Mientras tanto el sector privado contratado, ente hegemónico de la atención, que había experimentado un gran incremento en los años 60 y 70, permaneció ajeno al movimiento. Cabe subrayar que esa actitud era contraria a lo establecido en el decreto 3.108 del 21 de diciembre de 1982, que instituyó el programa de reorientación de la asistencia psiquiátrica en el ámbito del Ministerio de Seguridad y Asistencia Social. Al final de la década de los 80 el panorama de la asistencia era deplorable y los gastos financieros y sociales, elevados. La figura 1 muestra la evolución del número de hospitales psiquiátricos según el prestador de servicio y en ella se evidencia una reducción de cerca del 25% de los establecimientos en la década de los 80 (4).

Figura N° 1. Evolución del número de hospitales psiquiátricos según el prestador de servicios. Brasil, 1941-1991



Fuente: AEB/IBGE/CIS/MS/SIH/INAMPS

La figura N° 2 muestra el número de camas por especialidad, revelando que una quinta parte de las camas públicas y concertadas en Brasil se destinaban a la asistencia psiquiátrica.

Figura 2. Camas disponibles por especialidad. Brasil 1988. Distribución porcentual



Clín. Cirurg = Clínica quirúrgica
Outros = Otros

TOTAL DE CAMAS : 501.640

Fuente: CIS/MS

Al inicio de la década de los años 90 otros indicadores confirman las distorsiones en la asistencia. Así, en el sistema de hospitalizaciones pagadas por convenios, las internaciones psiquiátricas (7,81% del total) sólo fueron superadas por “parto normal” (12,8%). El tiempo promedio de internamiento psiquiátrico fue de 120 días, en comparación con un promedio de 15 días para el total de las hospitalizaciones.

Otro punto que merece ser destacado es que a partir de fines de la década de los 70 y durante toda la década siguiente, la asistencia psiquiátrica fue objeto frecuente de la atención de la crónica policial y muy poco de las publicaciones científicas (1).

Marcos paradigmáticos

No existe consenso sobre los eventos históricos que dieron lugar al movimiento de la reforma psiquiátrica en Brasil. No obstante, proponemos la siguiente secuencia:

1. El período 1978 a 1982 se caracterizó por las denuncias de malos tratos en hospitales psiquiátricos y el inicio de la organización de los trabajadores de salud mental en torno al principio de la humanización de la asistencia;
2. El período 1982 a 1992 es coincidente con la redemocratización del país y con las iniciativas de sectores gubernamentales que incorporaron en sus planes puntos de la agenda del Movimiento de los Trabajadores en Salud Mental. Esta etapa está caracterizada por la prescripción de medidas de humanización y racionalización de la asistencia. Al mismo tiempo, se asistió a una importante democratización de las instituciones públicas;
3. El lapso de 1992 a 1996 está caracterizado por la promoción del cambio de modelo según las directrices originadas en el nivel central del SUS, dirigida a los estados y algunos municipios (5).

Otros hechos sobresalientes en el proceso de la reforma en Brasil durante el período 1987-1991, enumerados en orden cronológico, son los siguientes (1):

- Implantación del Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de Itapeva, São Paulo, 1987;
- Primera Conferencia de Salud Mental, Río de Janeiro, 1987;
- Encuentro Nacional del Movimiento de Trabajadores en Salud Mental, Bauru, 1987;
- Intervención de la Casa de Salud Anchieta, Santos, 1989;
- Presentación en la Cámara Federal del Proyecto del Diputado Paulo Delgado, 1989;
- Declaración de Caracas 1990; y
- Publicación oficial, en 1991 de los primeros decretos del Ministerio de Salud, dirigidos a asegurar la viabilidad financiera del cambio de modelo asistencial.

El impacto de la Declaración de Caracas

Tuvimos el privilegio de iniciar el año de 1991 con un manifiesto de principios respaldados por la Organización Panamericana de la Salud: la “Declaración de Caracas”, recién elaborada en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en el Continente, celebrada en noviembre de 1990.

La Declaración, adoptada por consenso por los representantes de diversas entidades gubernamentales, profesionales y parlamentarias de diversos países, proclamaba con claridad y sencillez que:

1. “La reestructuración de la atención psiquiátrica, vinculada a la atención primaria de la salud en el contexto de los sistemas locales de salud, permite la promoción de modelos alternativos fundamentados en las comunidades y en sus redes sociales;
2. La reestructuración de la atención psiquiátrica en la región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;
3. Los recursos, cuidados y tratamiento ofrecidos deben:
 - a) Salvaguardar invariablemente la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
 - b) Basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados, y
 - c) Propender al mantenimiento del paciente en su medio adecuado.
4. Las legislaciones de los países deben ajustarse de manera de:
 - a) Asegurar el respeto de los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales,
 - b) Promover una organización de servicios comunitarios que garanticen su cumplimiento.
5. La capacitación de recursos humanos en salud mental y psiquiatría debe ser hecha de acuerdo con el modelo de servicios de salud comunitaria que recomienda la internación psiquiátrica, cuando sea necesaria, en hospitales generales, de acuerdo con los principios básicos que fundamentan esta reestructuración; y
6. Las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta conferencia se comprometen conjunta y solidariamente a abogar y desarrollar en los distintos países programas que promuevan la reestructuración de la atención psiquiátrica y la defensa y vigilancia de los derechos humanos de acuerdo con las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos” (7).

En Brasil, el grado de apoyo a esta proclamación fue tan entusiasta que permitió el mantenimiento del mismo equipo nacional al frente del programa de salud mental durante varios años y la vigencia de las mismas directrices hasta los días actuales, a pesar de los constantes y previsibles cambios de las autoridades de salud.

A efectos de la conducción de los debates, hicimos una exposición que sintetiza en tres puntos el grado de consenso sobre las proposiciones de la declaración:

1. Diversificar la posibilidad de ofertas de servicios, superando la difundida creencia de que el hospital psiquiátrico es el lugar ideal para el tratamiento de las personas con trastornos mentales;
2. Ofrecer en el hospital psiquiátrico, en cuanto éste exista, acciones centradas en el tratamiento y no en el confinamiento y martirio que distinguían estos servicios
3. Respetar y hacer efectivos los derechos de las personas con trastornos mentales, incorporándolas como sujetos que están en un proceso de superación de sus dificultades.

De acuerdo con la declaración, quedaba entendido por cambio la adopción de un modelo asistencial en que el hospital psiquiátrico no fuese la principal entidad dedicada al cuidado de las personas con trastornos mentales. En el caso brasileño, se puede decir que en 1990 el consenso llegaba hasta el siguiente punto: la necesidad de humanizar el tratamiento y de estipular concretamente el fin de la hegemonía del hospicio. Si este era el consenso posible, nuestro primer desafío era establecer estrategias para implementar y profundizar el proceso de reforma al máximo. Un acalorado debate en la sociedad, provocado por la discusión en el parlamento federal del Proyecto de Ley del diputado Paulo Delgado, dio un definido impulso a las acciones (6).

A partir del entendimiento de que la reforma psiquiátrica es un proceso social que engloba un cambio de paradigmas, transformaciones culturales significativas y acciones legales, nos cupo en suerte, en nuestra función de coordinadores de la política de salud mental, definir con claridad lo que competía en este proceso al nivel federal del Sistema Único de Salud (6).

Entre los factores estructurales y coyunturales que facilitaban el cambio se puede mencionar la Ley Orgánica de Salud, que garantiza en el plano jurídico la universalización, equidad, descentralización y control social de las acciones de salud. Otros hechos singulares que contribuyeron al cambio fueron la incorporación al Ministerio de Salud del INAMPS, organismo de asistencia vinculado a la seguridad social y la intervención del hospital psiquiátrico de Santos, hecho que puso de manifiesto el coraje y determinación de la prefectura de esa ciudad.

La Ley Orgánica determinó un nuevo papel para el nivel central del SUS, mediante el cual éste asumió la función de articulador de las políticas nacionales y facilitador, junto con los estados, de la entrada en escena de los municipios. La Ley de la Salud era por lo tanto prescriptiva, correspondiendo a los tres niveles del gobierno la construcción y puesta en marcha del nuevo sistema.

Se adoptaron las siguientes iniciativas:

1. El financiamiento de las acciones de la salud mental fue modificado, lo que facilitó la ampliación de las acciones comunitarias;
2. Se constituyó un cuerpo colegiado permanente de coordinadores y/o asesores estatales de salud mental para acordar la conducción conjunta del proceso de reestructuración de la asistencia;
3. Se convocó la Segunda Conferencia Nacional de Salud Mental entre cuyos objetivos estaba concertar con la sociedad el proceso de cambio;
4. Se asesoró al Parlamento con el propósito de modificar la legislación psiquiátrica;
y
5. Se incrementaron las relaciones de intercambio internacional con la asesoría de la OPS/OMS (4).

En 1991 y 1992 la Secretaría Nacional de Asistencia y Salud promulgó dos decretos (N° 189/91 y N° 224/92), de trascendental importancia para el proceso de reforma. El primer decreto amplió y diversificó los procedimientos de financiamiento del SUS; el segundo estableció patrones mínimos para el funcionamiento de los servicios de salud mental en Brasil. Asimismo, fueron incluidas en los Procedimientos (financiamiento) acciones sanitarias que se consideran esenciales y que podrían estimular la creación de servicios substitutivos.

La segunda conferencia nacional movilizó a más de veinte mil personas en todo el país. Siguiendo los mismos enfoques se realizaron más de cien conferencias municipales y veinticuatro estatales. La etapa nacional fue realizada en Brasilia en diciembre de 1992, ocasión en que se congregaron más de mil personas, entre ellas delegados votantes, participantes e invitados de otros países. Cabe señalar que en esta última etapa participaron cerca de cien usuarios de servicios de salud mental e igual número de familiares (8).

Un rasgo especial de los usuarios y familiares que participaron fue el interés demostrado por la definición de políticas en este campo. En Brasil se acostumbra que los grupos representativos sean generalmente mixtos, rasgo presente en esta ocasión en la que participaron usuarios, familiares y profesionales de salud, muchos de ellos vinculados al servicio de salud mental (9).

En 1992, en ocasión de la jornada de psiquiatría del Estado de Río de Janeiro afirmamos que “creemos que la velocidad del proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica en Brasil será determinada por factores coyunturales y estructurales relacionados con las políticas de los gobiernos, por la definición del financiamiento sectorial y, sobretudo, por la capacidad de proporcionar una atención de calidad que

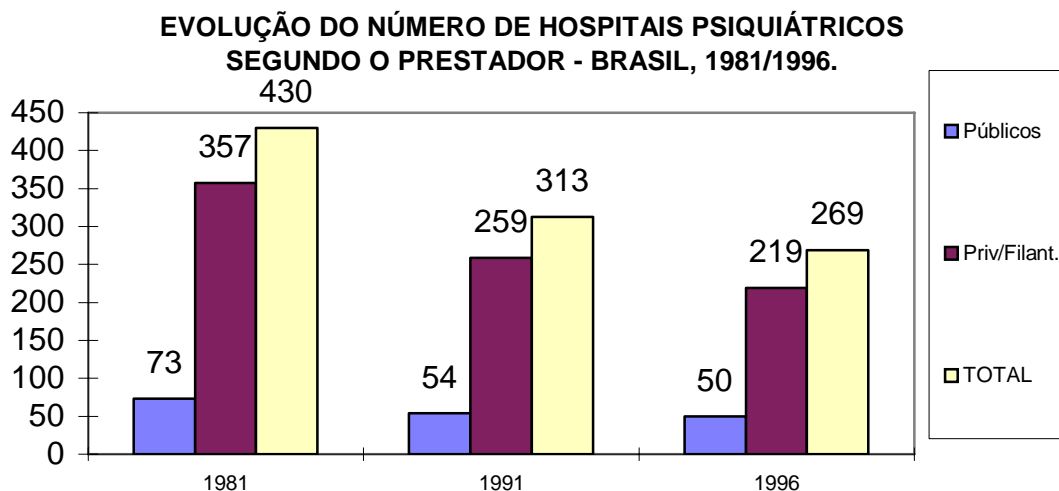
merezca la adhesión de la población, supere la hegemonía de la cultura manicomial y proporcione indicadores más alentadores de la asistencia en salud mental” (10).

Resultados en los años 90

Conviene ahora dar una relación de indicadores que dan fe de los resultados positivos y estimulantes alcanzados ya en la primera mitad de la década de 1990, (Véanse las figuras 3 y 4) entendiéndose que se trata de un proceso de reestructuración de la asistencia y no del desmantelamiento; en otras palabras, se trata de la sustitución de un modelo arcaico por otro contemporáneo y más ético.

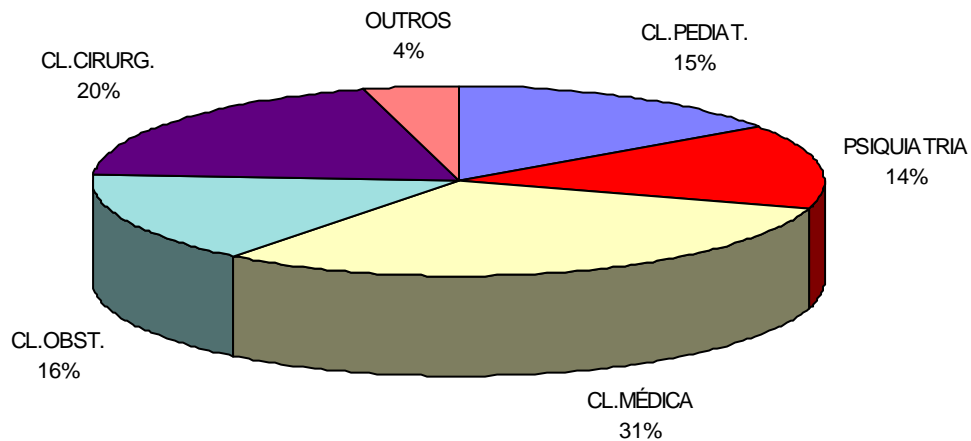
A estos resultados se agrega la existencia, desde 1993, de la Comisión Nacional de la Reforma Psiquiátrica, hoy Comisión de Salud Mental, rama técnica del Consejo Nacional de Salud, que garantiza en cierta forma, junto con el Ministerio de Salud, alguna perennidad a la tendencia política vigente. En vista de estos hechos, podemos afirmar que ha habido una ampliación del consenso sobre la Reforma entre la mayoría de los actores del campo de la salud mental, notablemente entre usuarios y familiares. En consecuencia, la vitalidad del proceso de reforma en Brasil guarda una relación directa con la definición de una política en este campo por parte del Ministerio; el proceso también está supeditado a la movilización de usuarios, familiares y profesionales comprometidos. Todo esto confiere al proceso una dinámica sorprendente, además de que significa una mudanza estructural en la gestión de la salud pública. Puede asegurarse que el proceso está más consolidado en aquellos municipios que asumieron los principios de la Reforma.

Figura N° 3. Evolución del número de camas psiquiátricas según la naturaleza del prestador de servicios. Brasil, 1981/1996.



Fuente: FNS/DATASUS/MS y COSAM/DAPS/SAS/MS

Figura N° 4: Total de camas dependientes del SUS, según especialidades, 1996

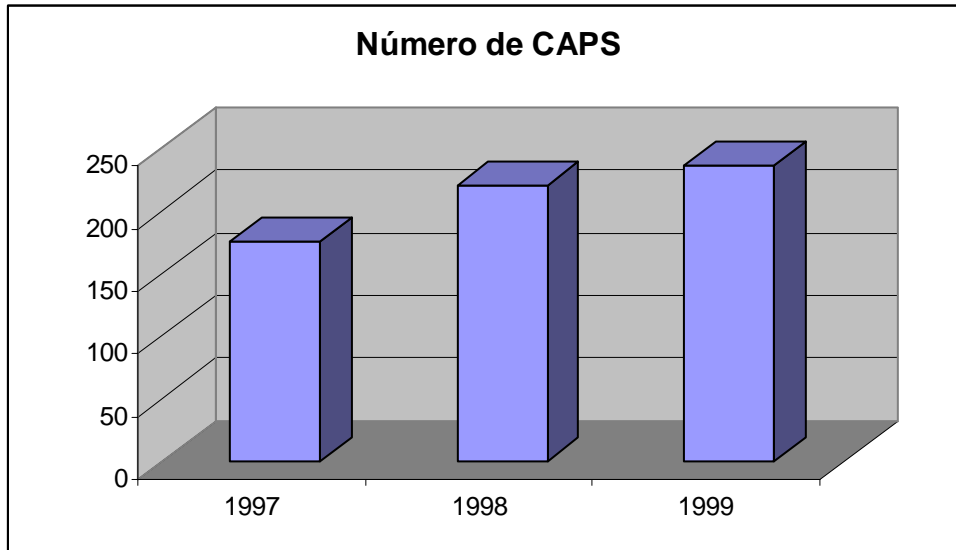


CL. CIRUR. = Clínica quirúrgica
Outros = Otros
PSIQUIATRIA = Psiquiatría

Fuente: FNS/DATASUS/MS e COSAM/DAPS/SAS/MS

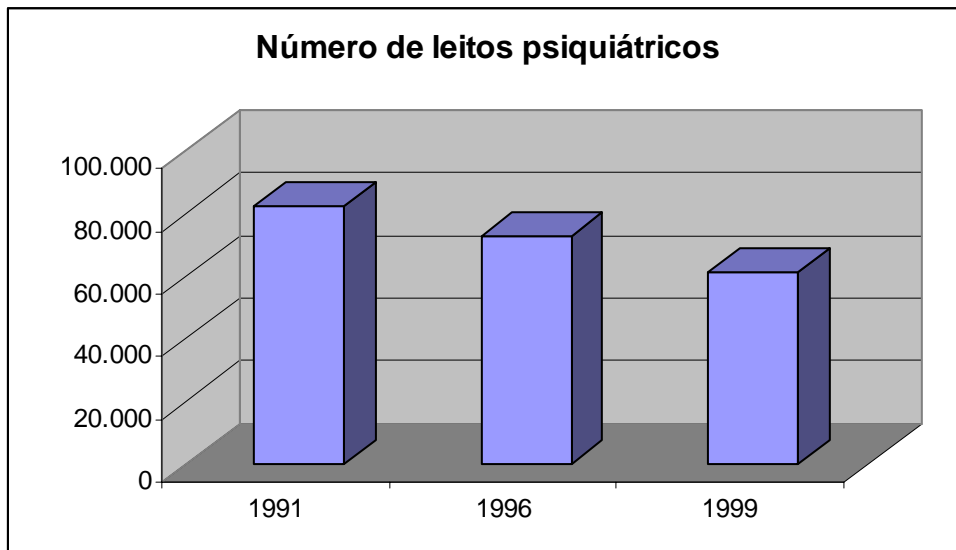
La oscilación periódica en el ritmo del proceso de reforma, mencionado antes (5) identifica al período 1996 al 2000 como una etapa de desaceleración del proceso. En efecto, la dirección central del Ministerio pasó por un período de indefinición y de cambios estructurales que dificultaron la viabilidad del nuevo modelo en el sentido de su consolidación. Fue solamente en el año 2000 cuando se llegó a promulgar el importante decreto N° 106 que posibilitó el establecimiento de hogares protegidos, denominados aquí Servicios Residenciales Terapéuticos. Las figuras 5 y 6 revelan cómo, a pesar de la disminución de la velocidad de apertura de nuevos CAPS, se mantuvo la tendencia a la reducción de camas psiquiátricas.

Figura N° 5: Variación en el número de CAPS en el país, 1997-1999



Fuente: Delgado y cols, 2001; Ministerio da Salud / Coordinadoría General de Salud Mental (11)

Figura N° 6: Variación en el número de camas psiquiátricas, 1991-1999



leitos psiquiátricos = camas psiquiátricas

Fuente: Alves,1992 (10); Delgado y cols, 2001; Ministerio de Salud / Coordinadoría General de Salud Mental (11)

Desafíos

En 1996, durante el Primer Congreso de Salud Mental del Estado de Río de Janeiro(6), señalamos que entre los principales desafíos que enfrenta la Reforma se destacan los siguientes:

1. El establecimiento de directrices claras que definan el sentido del proceso;
2. La aglutinación, en torno a estos principios, del mayor contingente de actores; y
3. El fomento de la difusión de los resultados, para darles mayor visibilidad y generar confianza.

Hoy podemos afirmar con certeza, como podrá ser constatado en otros trabajos de este encuentro, que el proceso de reforma en Brasil tiene directrices claras, validadas por la Ley Federal 10.216, de abril de 2001, cuyos resultados incuestionables son testimonio de su creciente éxito.

Estamos convencidos que la reestructuración de la asistencia en Brasil no ha sido fuente de perplejidad en la sociedad, sino de confianza, que lleva a dar crédito al lema proclamado en la década de los 80, “por una sociedad sin manicomios”, en la que predomina lo nuevo en el campo de la salud y donde lo tradicional, caracterizado por el aislamiento y la exclusión, ya no tiene más lugar.

REFERENCIAS

1. Alves, D. y Valentini, W. Mental Health Policy in Brazil: from dictatorship to democracy. In MORRAL, P e HAZELTON, M, eds. Mental Health Global Policies and Human Rights, Londres, Whurr Publishers, 2003.
2. Amarante, P., *Psiquiatria Social e Colônias de Alienados no Brasil (1830-1920) – Dissertação de Mestrado, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1982.*
3. Cerqueira, L. - *Psiquiatria Social : Problemas Brasileiros de Saúde Mental - Livraria Atheneu, Rio de Janeiro e São Paulo, 1984.*
4. Alves, D. - Reestructuración de los servicios de salud mental en Brasil- *Psiquiatria Pública*, 8(4) – Madrid, 1996.
5. Vasconcelos, E. Structural issues underpinning mental health care and psychosocial approaches in developing countries: the case of Brazil. In RAMON, S e WILLIAMS, J.E. (eds) *Mental health at the crossroads: the promise of the psychosocial approach.* Hants (Reino Unido), Ashgate, 2005.
6. Alves, D. Impasses e desafios da Reforma Psiquiátrica. Mesa redonda: Desafios da Reforma Psiquiátrica. I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, IFB/IPUB/PINEL, 1996, mimeo, 10p.
7. González U. R. y Levav, .I, eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. *Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, Caracas, Venezuela, 11 a 14 de novembro de 1990.* Washington, Organización Panamericana de Salud / Instituto Mário Negri, 1991.
8. Brasil-Ministério da Saúde - Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Coordenação de Saúde Mental/MS – Brasília, 1994.
9. Organización Panamericana de la Salud - Reunión de evaluación de la iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina - mimeo - Panamá, 1996.
10. Alves, D., Transformações na assistência psiquiátrica no Brasil. En Ferreira Da Silva filho, J. y Russo, J. - (Org.)- *Duzentos Anos de Psiquiatria - Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1993.*
11. Delgado, PG et al (2001) O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil: panorama da última década, En: Ministério da Saúde, III Conferência Nacional de Saúde.

PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL GENERAL

Neury José Botega*
Cristina Larrobla**

Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales

La psiquiatría comenzó en el siglo XX bajo el signo de un modelo asistencial asilar y excluyente. La modalidad de atención en Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales (UPHG) emergió dentro de ese contexto y, desde el inicio, ha representado una crítica al mismo tiempo que se presenta como una de las alternativas al hospital psiquiátrico tradicional (1). Después de la segunda guerra mundial, se observó un gran incremento en el número de UPHG, sobre todo en América del Norte, donde el 60% de las admisiones psiquiátricas son hechas en hospitales generales (2). Las principales razones para este cambio (3) fueron:

- La adopción, en diferentes países del hemisferio norte, de una política de bienestar social (*el Estado bienhechor*), a partir de la cual el Estado pasó a desempeñar un papel fundamental en la regulación social, inclusive en el área de la asistencia y protección de los enfermos.
- La experiencia de pequeñas enfermerías psiquiátricas en hospitales militares generales, en las que se trataban soldados en situación de crisis o víctimas de un trastorno mental agudo. Tal experiencia demostró de una manera concreta, a los médicos y al personal técnico y administrativo, la posibilidad de tratar eficazmente a pacientes mentales en hospitales generales.
- La crítica de que eran objeto los grandes hospitales psiquiátricos, que denunciaba su carácter aislador, estigmatizante y productor de anomia. El fantasma de los campos de concentración de la segunda guerra mundial también contribuyó a la condenación de cualquier gran institución destinada a albergar inadaptados sociales.
- La adopción, por parte de psiquiatras, de los enfoques de salud pública y comunitaria, del planeamiento en salud y de la rehabilitación.
- La idea de que la hospitalización psiquiátrica ya no se veía como el centro de asistencia psiquiátrica, y que ésta debería estar integrada en las estructuras asistenciales extra-murales (unidades de cuidados ambulatorios y centros de salud regionalizados), en las que se favoreciese al máximo la continuidad terapéutica.

* Profesor Titular de Psicología Médica del Departamento de Psicología, Medicina y Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estadual de Campinas, Campinas SP, Brasil

** Profesora Adjunta de Salud Mental del Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, Uruguay

- El desarrollo de abordajes terapéuticos que agilizaron e hicieron viable el tratamiento de cuadros psiquiátricos graves, en particular la introducción de la convulsoterapia, en las décadas de los años 40 y 50 y de la psicofarmacoterapia en la década de los 50.
- El empleo de abordajes psicoterapéuticos y socio terapéuticos.
- El reconocimiento cada vez mayor de la importancia de la enseñanza de la psiquiatría en las escuelas de medicina a nivel de pre-grado, resaltando la importancia de las UPHG en los hospitales universitarios.

En el hospital general, el proceso de integración e interacción mutua entre la psiquiatría y otras especialidades fue realizado gradualmente mediante la aplicación de tres estrategias: la derivación de los pacientes psiquiátricos hacia enfermerías psiquiátricas, la realización de interconsultas y la mayor participación de los psiquiatras en comisiones hospitalarias(4). Este proceso no fue simple ni fácil, habiendo tenido que superar, hasta el presente, numerosas resistencias.

América del Sur y Brasil

En la América colonial era costumbre referir a los “alienados” a las llamadas “casas de locos” de los hospitales religiosos de entonces. Los grandes hospicios comenzaron a proliferar a partir del siglo XIX. En Brasil, al igual de lo que ocurría en las colonias españolas, el destino de los enfermos mentales dependía del estrato social a que pertenecían. Los más pobres eran llevados a las prisiones, correccionales o a las Santas Casas (casas de beneficencia), donde generalmente había celdas en las que los enfermos mentales permanecían confinados (5).

A pesar de las marcadas diferencias económicas y culturales existentes en América del Sur, el desarrollo político de los países suramericanos después de la segunda guerra mundial ha sido similar. La mayoría de ellos ha pasado por una fase de populismo (décadas de los años 40 y 50), seguida de un periodo de dictaduras militares (décadas de los 60 y 70), y luego por un periodo de democratización. Hasta la década de los años 70, la asistencia de los pacientes mentales estuvo a cargo de los grandes hospitales psiquiátricos, situados en localidades apartadas de los principales centros urbanos. Las políticas de salud en la mayoría de los países estaban dirigidas a la atención de las enfermedades infectocontagiosas, la atención de la población materno-infantil y el cuidado de las carencias nutricionales, asignándosele poca importancia a la salud mental (6).

Al inicio de la década de los 80, ocurrieron varios cambios, entre ellos los inducidos por los movimientos de defensa de los derechos civiles y la introducción de nuevas ideas respecto a la atención psiquiátrica, consecuencia de las experiencias de otros países, particularmente Italia, Inglaterra y Estados Unidos, o bien como del desarrollo en los propios países de la psiquiatría comunitaria y la puesta en marcha de proyectos

asistenciales alternativos. La mayoría de los programas nacionales de salud mental fue implementada en esa década y en la siguiente, y en ellos se procuraba ofrecer opciones diferentes a la internación psiquiátrica. A estos fines se empezaron a ofrecer servicios descentralizados e integrados a la asistencia médica general. Entre estos servicios se encontraban algunas UPHG (7).

Mediante un censo, basado en una encuesta postal realizada en 1998, se recolectaron datos sobre las características de la asistencia psiquiátrica en todos los países de América del Sur, con énfasis especial en el desarrollo y características de las UPHG (7, 8). Se verificó que, a lo largo de la última década, había habido un descenso en el número total de camas psiquiátricas (Cuadro 1). En diversos países excepción de Uruguay, la proporción de hospitales generales con una UPHG fue muy pequeña (Cuadro 2).

Cuadro N° 1, Número de camas psiquiátricas en países de América del Sur, en 1998, y variación en la última década

Países *	Camas en hospitales psiquiátricos	% de variación de camas en los hospitales psiquiátricos	Camas psiquiátricas sin UPHG	% de variación de camas en UPHG	% de camas psiquiátricas en UPHG
Bolivia	760	+5	20	-	2,5
Brasil	60.000	-30	1.800	+75	3
Chile	1.881	-36	301	+10	14
Colombia	2.100	-8	2.000	Sv	49
Ecuador	1.217	0	-	Sv	-
Paraguay	360	-40	8	-	2
Perú	918	-32	-	+50	-
Uruguay	1.657	-40	210	+20	11
Venezuela	3.000	-10	1.100	+12	27

(*) Datos globales de Argentina no disponibles; (Sv) = sin variación; (-) = sin dato.
UPHG = Unida de Psiquiatría en Hospital General.
Fuente: Larrobla e Botega, 2000 (7).

Cuadro N° 2. Número de hospitales generales y porcentajes de los que contaban con una unidad de internación psiquiátrica, en 1998.

Países	Hospitales Generales	Unidades de Psiquiatría (%)
Brasil	6.169	84 (1,3%)
Chile	183	26 (14%)
Colombia	250	20 (8%)
Ecuador	175	18 (10%)
Paraguay	30	1 (3%)
Uruguay	21	14 (66%)

Fuente Larrobla e Botega, 2000 (7)

Siguiendo el modelo de la Casa Matriz de Lisboa, la Hermandad de la Misericordia se estableció en Brasil en 1543 y fundó la Santa Casa de la ciudad de Santos. Más tarde, con la creación de nuevos hospitales, la Santa Casa se convirtió en la base de la red de asistencia hospitalaria de la colonia. Muchos de esos hospitales reservaban un espacio (“la casita de locos”) para albergar a los enfermos mentales (9).

En Brasil, las primeras enfermerías de psiquiatría en hospital general surgieron en la década de los años 50, en el Hospital de Clínicas de la Universidad de Bahía, y en el Hospital de los Empresarios de San Paulo (10). Las UPHG crecieron numéricamente a partir de 1980, tendencia que se acentuó en la primera mitad de la década siguiente (11).

En 1992, el decreto N° 244 del Ministerio da Salud prescribió la atención universal, jerarquizada, regionalizada e integral así como la aplicación de una diversidad de métodos de tratamiento. Asimismo, estableció las normas de atención en unidades básicas, centros de atención psicosocial y en el hospital general (internamientos y emergencias). Otra medida que influyó positivamente en el aumento del número de UPHG fue el denominado Factor de Incentivo al Desarrollo de la Enseñanza e Investigación Universitarias (FIDEPS, establecido por decreto conjunto de los Ministerios de Salud y Educación N° 001/94), mediante el cual eran favorecidos los hospitales docentes que cumplían con determinados parámetros (entre los cuales se incluían las unidades psiquiátricas y los servicios de hospital de día). Si un hospital docente cumplía con esos requisitos podían obtener ingresos adicionales, equivalentes hasta el 75% de la cantidad pagada por el Sistema Único de Salud (SUS).

En 1997, ya había sido instalado un tercio de las 63 UPHG adjudicadas según un estudio censal realizado en la primera mitad de la década. La mayoría de esas unidades se encontraban en el Sur y Sudeste del país. La mayor parte (59%) era pública, 33% era de

naturaleza filantrópica y 8%, de carácter privado, que habían firmado convenios con el gobierno. Una enfermería de psiquiatría típica contaba con un promedio de 20 camas, lo que representaba 14% de la capacidad del hospital. Apenas 32% de los hospitales contaban con un conjunto básico de servicios psiquiátricos (enfermería, interconsulta, ambulatorio y servicio de emergencias psiquiátricas); generalmente se trataba de instituciones públicas universitarias (11).

En contraste con lo que ocurriera en las décadas de los años 70 y 80, la mayoría de las UPHG instaladas más recientemente no se encuentra en hospitales universitarios sino que están situadas en instituciones localizadas en ciudades de pequeño y mediano tamaño (62%), principalmente en los estados de Santa Catarina, Paraná y Minas Gerais, y algunas en San Paulo. Como los administradores de hospitales generales contratados probablemente no se entusiasman con las bajas cantidades asignadas por cama/día por el gobierno federal, la instalación de nuevas UPHG ha pasado a ser concertada con instituciones públicas y filantrópicas (11, 12).

La habilitación de enfermerías psiquiátricas en pequeños hospitales filantrópicos y la admisión de pacientes psiquiátricos en esas instalaciones, son fenómenos característicos de los últimos tiempos. Este fenómeno ha traído consigo por lo menos tres grandes problemas: el manejo de pacientes psicóticos, a veces agitados, la actitud de los otros pacientes y de sus familiares en relación con el enfermo mental y la oposición de la administración y del cuerpo clínico del hospital a la admisión de enfermos mentales. Los resultados de un estudio que hicimos indican que esas instituciones aceptan algunas internaciones psiquiátricas sólo para satisfacer la demanda local en casos de emergencias, frecuentemente en relación con personas dependientes del alcohol que requieren internación por corto tiempo (12,13).

Finalmente, no llegamos a determinar con certeza si esos hospitales están realmente más inclinados que otras instituciones a desarrollar plenamente sus servicios de psiquiatría cuyas características correspondan a las de una unidad de psiquiatría en un hospital general. Para alcanzar ese status tendrán que salvar los obstáculos representados por los prejuicios y por la escasez de recursos financieros. Por otra parte, en esos mismos centros se encuentra otra puerta de entrada (además de la interconsulta) para los servicios psiquiátricos. Tal oportunidad podría estar constituida por el inicio de un programa de atención de calidad para dependientes del alcohol, internados para su desintoxicación.

Las UPHG se han adecuado más frecuentemente a las necesidades de los pacientes psicóticos agudos y de los aquejados por trastornos del humor. La internación de pacientes neuróticos en estas unidades es también proporcionalmente más frecuente que en los hospitales psiquiátricos (14). La falta de seguridad y la escasez de personal calificado han dificultado la atención de pacientes agresivos, lo mismo que la de personas seniles que dependen, más que otros, de cuidados de enfermería. La internación de dependientes del

alcohol o de las drogas es diferida o reducida a un mínimo de tiempo. No obstante hay excepciones, pues algunas instituciones han desarrollado este tipo de atención (13). En la actualidad, el 4,5% del total de internaciones psiquiátricas ocurre en hospitales generales. Esta proporción no es muy significativa; sin embargo, se debe notar que su crecimiento desde 1993, correspondió al 59%. El fenómeno se explica en gran parte por la disminución del total de internaciones psiquiátricas ocurrida en el mismo período.

Ventajas y desventajas de las UPHG

A continuación se enumeran las principales ventajas (3) de las UPHG:

- Disminución del estigma impuesto al enfermo y la enfermedad. En el hospital general, el enfermo mental pasa a ser visto como un paciente semejante a los otros.
- Proximidad y acceso. En general, los hospitales generales están próximos a las poblaciones servidas y son más accesibles. La mayor proximidad favorece la regionalización de los servicios, la continuidad de la asistencia, el tratamiento temprano de los trastornos mentales y disminuye, cuando menos en parte, el riesgo de la cronificación.
- Mayor transparencia de la práctica psiquiátrica: los hospitales generales, no estando tan aislados, permiten una mejor observación del trato dado a los pacientes y hasta la fiscalización contra posibles abusos y maltratos.
- Mejor atención a la salud física: la mayor disponibilidad de médicos de diversas especialidades y de recursos diagnósticos, facilita la detección y el tratamiento de interurrencias somáticas. Los estudios epidemiológicos han demostrado exhaustivamente la alta prevalencia de dolencias somáticas en los pacientes mentales.
- Mayor intercambio interdisciplinario entre las especialidades médicas, que favorece la asistencia, la investigación y la formación de los profesionales de la salud.

Entre las desventajas de las UPHG en comparación con los hospitales psiquiátricos se han mencionado:

- Limitación e inadecuación del espacio físico: la mayoría de los hospitales generales no dispone de patios para la exposición al sol, áreas verdes, huertos, áreas para deportes, salas de fiestas, etc.
- En muchas UPHG, debido a una adhesión excesiva al modelo médico, el tratamiento está centrado en las terapias somáticas (farmacoterapia, electroconvulsoterapia). Por otra parte, el énfasis puesto en los tratamientos sintomatológicos puede ir en desmedro de la atención y pasar por alto la subjetividad de los pacientes.

- Las internaciones en los hospitales generales son por lo común de breve duración. Las altas precoces, sin el adecuado seguimiento de los pacientes en servicios ambulatorios, implican un mayor número de reingresos y mayores dificultades en relación con la rehabilitación.

La hospitalización psiquiátrica en las UPHG ha sido objeto de interminables discusiones. Por ejemplo, se cuestiona si esas unidades, junto con los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) podrán llegar a sustituir completamente a los hospitales psiquiátricos. Tal polémica ha sido determinada por posturas políticas y doctrinarias en conflicto, lo que hace que el debate sea más complejo que el suscitado por la simple adherencia a opciones técnicas diferentes. A nuestro entender, la UPHG es una alternativa más entre las diferentes modalidades asistenciales que deberían ser ofrecidas por la red de servicios de atención de la salud mental.

Otro punto de discusión se refiere a la coexistencia de UPHG y hospitales psiquiátricos, que puede dar origen a un sistema asistencial doble, en el que los pacientes agudos, de buen pronóstico, irían a los hospitales generales y los crónicos, más graves, a los hospitales psiquiátricos. Una consecuencia de esa separación sería, por ejemplo, que los estudiantes de medicina y los residentes de psiquiatría no entrarían en contacto con pacientes crónicos por cuanto las UPHG tienden a ser el centro exclusivo del aprendizaje de la psiquiatría e investigación en las facultades de medicina. Tal situación puede crear un círculo vicioso, en el cual se elimina el contacto con los pacientes crónicos, no se aprende a tratarlos ni son objeto de investigación. A la postre, se evita cualquier contacto con la enfermedad mental crónica. Así se puede llegar a favorecer el mayor abandono de esos pacientes y la perpetuación de la ignorancia sobre las posibilidades reales de su rehabilitación.

La reestructuración de la asistencia psiquiátrica, al tiempo que garantiza al hospital general un papel estratégico en la atención en salud mental, dependerá ciertamente de los esfuerzos conjuntos de la universidad (modelo asistencial, capacitación profesional e investigación) y de los administradores de salud. Entretanto, el sector público viene enfrentado serias dificultades operativas debido a la exigüidad de los recursos disponibles. Estas circunstancias constituyen grandes obstáculos para transformar un discurso de intenciones en una realidad práctica, por cuanto:

- Las internaciones psiquiátricas en el conjunto asistencial aún se hacen predominantemente en hospitales psiquiátricos. Esta práctica asistencial, restrictiva y desvinculada de los problemas específicos de la salud pública, caracterizan a este sector.
- La red de hospitales generales que tienen convenios con el sistema público no se ha integrado a las propuestas de planificación de los sectores públicos y no está

- interesada en implantar UPHG, quizás a causa de la discriminación contra la enfermedad mental y al deficiente financiamiento.
- El sector público (principalmente las secretarías de salud de los estados y municipios), más inclinado a la implantación de servicios extra -hospitalarios, no ha invertido apreciablemente en los últimos diez años, en la capacitación de los profesionales que trabajan en las UPHG.
 - Muchas UPHG no tienen un proyecto asistencial ni disponen de programas específicos para guiar y dar seguimiento a las internaciones y a la atención después del alta. Esa carencia de propuestas asistenciales bien establecidas puede contribuir a la perpetuación de la cultura manicomial.
 - El sector académico universitario, en el que se encuentra una gran parte de las UPHG, ha estado más orientado hacia proyectos teóricos y modelos de aplicación restringida antes que a la aplicación de esos modelos a una realidad asistencial más amplia.

El cuadro 3 muestra la tendencia reciente de los gastos federales de Brasil, en el área de salud mental. Vemos que ha habido un crecimiento proporcional de la inversión en recursos extra-murales. Aumentó la inversión en CAPS y más recientemente hubo también un incremento en los gastos en medicamentos de alto costo. Por otra parte, los gastos en las UPHG prácticamente se estabilizaron (véase el cuadro 4).

Cuadro N° 3. Evaluación de los gastos en la red pública de salud mental, en millones de reales (1 \$ estadounidense = 2,3 reales)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Hospitalario	379,6	422,0	461,9	463,3	479,3	475,0*
Extra-hospitalario	27,9	37,1	47,4	87,1	99,9	119,0*
Total	407,6	459,2	509,3	550,4	579,2	594,0*
Extra-hospitalario/ hospitalario	6,8%	8,1%	9,3%	15,8%	17,2%	20,0%

Fuente: DATASUS, 2002

Cuadro N°4. Evolución de los gastos de la red pública de salud mental en millones de reales. (1 \$ estadounidense = 2,3 reales)

	1997	1998	1999	2000	2001
Hospital psiquiátrico	365,2	407,2	445,6	449,1	463,4
Camas psiquiátricas hospital general	14,0	14,8	16,3	14,2	15,9
CAPS	13,7	18,1	20,7	30,1	33,4
Medicamentos RENAME	*	*	3,6	19,2	22,9

Fuente: DATASUS, 2000

Desarrollo de la interconsulta

Marco conceptual

La palabra interconsulta incluye, en el sentido en que se utilizan en Brasil, tanto la consultoría psiquiátrica propiamente dicha como la psiquiatría de enlace (*Consultation-Liaison Psychiatry*, de los países anglosajones); el término también es utilizado en España. Por consultoría se entiende la actuación de un profesional de salud mental que evalúa e indica tratamientos para pacientes que reciben cuidados de otros especialistas. La presencia del psiquiatra en el servicio es episódica y responde a una solicitud específica. El enlace, en cambio, implica un contacto continuo del psiquiatra con los servicios del hospital general, de una enfermería o de unidades especializadas, tales como: de hemodiálisis, transplantes, oncológica, etc. En esos casos, el profesional de salud mental pasa a ser un miembro permanente del equipo médico, participa en las reuniones clínicas, atiende pacientes y maneja aspectos de la relación establecida entre el equipo asistencial, el paciente y la institución (15, 16).

Entre las diferentes conceptualizaciones, hay dos tipos complementarios de definiciones que merecen ser citadas (17):

- A. La interconsulta es una sub-especialidad de la psiquiatría relativa a la asistencia, la enseñanza y la investigación, constituyendo un puente entre la psiquiatría y la medicina.
- B. La interconsulta psiquiátrica es un instrumento metodológico utilizado por un profesional de salud mental en el trabajo en instituciones de salud, dirigido a la comprensión y perfeccionamiento de la tarea asistencial, mediante:
- ayuda especializada en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con problemas psicológicos, psiquiátricos y psicosociales;
 - ayuda especializada en el diagnóstico y tratamiento de disfunciones y trastornos interpersonales e institucionales, involucrando al paciente, la familia y el equipo de salud.

Clásicamente, el foco de la actuación del consultor puede centrarse en: 1) la persona del médico; 2) la relación médico-paciente (o equipo asistencial-paciente) y; 3) el paciente. Conviene mencionar que el consultor al entrar al hospital queda sujeto a normas institucionales que pueden interferir con situaciones clínicas y frecuentemente con el buen desempeño de las tareas del equipo asistencial. Por lo tanto, merece que se incluya un cuarto aspecto del foco de atención, respecto a la inserción institucional del consultor (18).

El consultor forma parte de los equipos multidisciplinarios, coordina grupos operativos entre funcionarios y miembros del equipo asistencial y participa en diversas comisiones, como la de medicamentos, de ética, etc. Generalmente tiene funciones vinculadas a la enseñanza, la investigación y los programas de salud mental. También se debería considerar la relevancia del trabajo del consultor junto a personas que no son propiamente enfermos mentales pero que se podrían beneficiar de un abordaje psicológico dirigido a la reducción o prevención de daños.

En Brasil, la interconsulta es más frecuente en los hospitales universitarios. En muchos de esos centros tuvo lugar un “proceso de aproximación”, que ilustra como ha ocurrido entre nosotros la migración de la psiquiatría de los asilos al hospital general. La dinámica de este acercamiento se inició con la provisión de interconsultas, generalmente realizadas por los profesionales más entusiasmados con ese tipo de trabajo. Luego se continuó con el establecimiento de otras modalidades de servicio: se instalaron provisionalmente unas cuantas camas psiquiátricas en una enfermería general, se habilitaron unidades de internación, un servicio ambulatorio integrado, o se dio apoyo psiquiátrico a las salas de emergencia, etc. Con el tiempo, los servicios de interconsulta y de psiquiatría de enlace fueron madurando, y finalmente se pudo llegar a ofrecer asistencia de buen nivel y a realizar actividades docentes y de investigación. El desarrollo de estas actividades parece haber tenido una secuencia temporal, a lo largo de la cual la psiquiatría llegó a establecerse en el hospital general (19).

La expresión Interconsulta médico-psicológica común entre nosotros, fue utilizada por Héctor Ferrari y los esposos Luchina (20, 21) para designar la acción preferencial en la relación médico-paciente, a partir de un diagnóstico situacional. De acuerdo con el pensamiento de esos autores, la interconsulta emerge de un conflicto en la relación entre el médico y el paciente, en la que influyen aspectos personales, familiares, culturales e institucionales. El manejo de ese conflicto a partir de un “referencial psicoanalítico” es la esencia de la interconsulta médico-psicológica.

La remuneración del interconsultor, o en un sentido más amplio, el financiamiento de las acciones de interconsulta en el ámbito del hospital general, es un conocido problema. En una investigación que realizamos junto con varios colegas, pudimos constatar que el rubro “ganancias financieras” se encontraba en el último lugar entre las motivaciones de los consultores; y que la “remuneración insuficiente”, estaba entre las principales dificultades citadas por ellos. “Honorarios insuficientes” fue una de las razones más citadas por los entrevistados que, habiendo trabajado en interconsulta, habían desistido de hacerlo. La interconsulta no está prevista en diferentes convenios del SUS con instituciones hospitalarias. Esta circunstancia nos ha obligado a ofrecer a las instituciones “muestras gratis” en la esperanza de que las ventajas de su utilización sean percibidas y que eventualmente se produzca una demanda por estos servicios (22).

En términos de perspectivas para el futuro, las interconsultas y la psiquiatría de enlace tienen diversas tareas dirigidas a mejorar la situación, particularmente las orientadas al perfeccionamiento de los estudios científicos en este campo, el mejoramiento de las estrategias de intervención y la extensión de su campo de acción a la atención primaria, más allá de los muros del hospital general. Véase el recuadro siguiente:

Tareas futuras para la psiquiatría de enlace y de interconsulta

- Acción proactiva: participación más intensa en la vida del hospital
- Actuación local y temprana en unidades específicas
- Establecimiento de turnos de psicólogos / psiquiatras en los ambulatorios
- Extensión de los cuidados después del período de internación
- Expansión hacia la atención primaria y programa de salud de la familia
- Redefinición del papel estratégico de las internaciones en una UPHG
- Extensión de la formación a otros profesionales de la salud
- Realización de estudios científicos que documenten la validez de las acciones
- Obtención de recursos para financiar estas acciones

Los riesgos de la integración

En el pasado, a pesar de que actuaban en ambientes diferentes, los psiquiatras y el resto de los médicos podían compartir el mismo marco referencial, predominantemente biológico. Ahora, aunque unos y otros trabajan en un espacio físico común, el hospital general, sus ideologías y modelos de acción no siempre son convergentes (20, 23). El psiquiatra llega a este espacio con una psiquiatría renovada en su identidad; está mucho más cercano a las ciencias biológicas, pero trae en su formación las contribuciones del psicoanálisis, la psiquiatría social y otros abordajes psicológicos. La introducción de prácticas de salud mental en el hospital general puede dar pie a una relación tan fructífera como tensa, en la que los dos modelos asistenciales pueden enriquecerse pero también pueden entrar en conflicto, compitiendo por la hegemonía teórica y práctica en las acciones de salud (24).

Los cambios suscitados por la entrada de la psiquiatría en el hospital general no llegan sin obstáculos, habiendo muchos prejuicios que deben ser superados. Muchas veces, el psiquiatra es visto como un intruso por obra de la novedad de su modelo y de su clientela. Su presencia puede alentar rivalidades, competición personal, hostilidad y sentimientos relacionados con la lucha por el espacio institucional. Cuando se internan pacientes mentales, se evidencian los temores preconcebidos en relación con su presunta peligrosidad o por la incomodidad de la cercanía de este tipo de pacientes, que vienen a compartir espacio con los enfermos mentalmente saludables.

Generalmente, la integración de los servicios de psiquiatría en el hospital general se produce lentamente. Por otro lado, hay quienes cuestionan la posible integración de la psiquiatría y la medicina general por el peligro de que una de las dos áreas pierda algo de su identidad. Al entrar en el hospital general en situación minoritaria, el psiquiatra corre el riesgo de tener que amoldarse al modelo médico tradicional para ser aceptado realmente por la comunidad hospitalaria (10). Esta crítica es favorecida por Castel (25), quien señala que la “medicalización de la salud mental” es una de las tendencias dominantes de la modernización a la que se ve forzada la psiquiatría. En la actualidad, ésta se encuentra obligada a asumir una postura de “objetivismo” médico y de positivismo científico, abandonando algunos de los rasgos específicos que caracterizaban en el pasado su práctica y su saber. Tal crítica es útil, pues muestra como ciertos desarrollos ocurridos en la historia de la psiquiatría, aceptados en general como progresistas y modernizantes, tienen dimensiones políticas e ideológicas complejas, que deben ser consideradas en nuestros esfuerzos por documentar las tendencias de la psiquiatría en el hospital general.

REFERENCIAS

1. Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. *Artmed Editora*, Porto Alegre, 2005.
2. Summergrad P. Medical Psychiatry and its Future. Em: Cassem NH e cols. (ed.). Massachusetts General Hospital of General Hospital Psychiatry. Mosby: Saint Louis; 1997.
3. Botega NJ, Dalgalarondo P. Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico. 2.ed., São Paulo: Hucitec, 1997.
4. Greenhill M. Psychiatric Units in General Hospitals: 1979. *Hospital and Community Psychiatry*, 1979; 30(3): 169-182.
5. Larrobla C, Botega NJ. Antecedentes de la psiquiatria latinoamericana: La colonización y la independencia de las metrópolis. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*,. 1999; 45(2): 165-172.
6. Perales A, Sogi C, Lolas F et al. Orientación de la atención psiquiátrica en Sudamérica. Instituto Nacional de Salud Mental “Honório Delgado – Hideyo Noguchi”, Lima, 1995.
7. Larrobla C, Botega NJ. Las políticas de asistencia psiquiátrica y desinstitucionalización en América del Sur. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 2000; a 28(1): 22-30.
8. Larrobla C. Explorando as fronteiras da assistência psiquiátrica na América do Sul: o papel das unidades psiquiátricas nos hospitais gerais. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 1999.
9. Figueiredo G. As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das Santas Casas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2000; 22(3): 133.
10. Brasil MAA. A unidade psiquiátrica em hospital geral. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; 1982.
11. Botega NJ, Schechtman A. Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais: I. Situação atual e tendências. *Revista ABP-*, 1997; 19(3): 79-86..
12. Botega NJ. Psychiatric Units in Brazilian General Hospitals: a Growing Philanthropic Field. *International Journal of Social Psychiatry*, 2002; 48(2): 97-102.
13. }Botega NJ. Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais: III. Perfil das internações. *Revista ABP-APAL*, 1997; 19(3): 91-96.
14. Dalgalarondo P, Banzato CEM, Botega NJ. Psychiatric Admissions in a Brazilian General Hospital: a Review of Outcomes. *General Hospital Psychiatry*, 2003; 25(2): 139-140.
15. Lipowski ZJ. Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine II – Clinical Aspects. *Psychosomatic Medicine*, 1967; 29(3):201-224.
16. Glickman, L.S. Psychiatric Consultation in the General Hospital. New York: Marcel Dekker, 1980.

17. Nogueira-Martins LA, Botega NJ. Interconsulta psiquiátrica no Brasil: desenvolvimentos recentes. *Revista ABP-APAL*, 1998 20(3):105-111.
18. Fráguas Jr. R, Botega NJ. Interconsultor em Psiquiatria. Em Fráguas Jr. R, Figueiró JAB (ed.) *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas*. São Paulo: Atheneu, 2000, pp. 89-93.
19. Botega NJ. Consultation-Liaison Psychiatry in Brazil: Psychiatric Residency Training. *General Hospital Psychiatry*, 1992; 14(3): 186-191.
20. Ferrari H, Luchina N, Luchina IL. La interconsulta médico-psicológica em el marco hospitalario. Buenos Aires: Nueva Visión, 1977.
21. Ferrari H, Luchina N, Luchina IL. Asistencia institucional: nuevos desarrollos de la interconsulta médico-psicológica. Buenos Aires: Nueva Visión, 1979.
22. Guilhermano LG, Botega NJ, Michel R et al. Consultoria psiquiátrica em hospital geral: inviável ou promissora? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2000; 22(3): 130-132.
23. Bachrach LL. General Hospital Psychiatry: Overview From a Sociological Perspective. *American Journal of Psychiatry*, 1981; 138: 7.
24. Fortes SL, Infante RGG. A questão da saúde mental. A redefinição do papel do psiquiatra em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1986; 35(5):273-78.
25. Castel R). A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

LA DECLARACIÓN DE CARACAS Y LA REFORMA DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN BRASIL: NUEVAS ALIANZAS⁺

Miguel R. Jorge*

Marcos P.T. Ferraz**

Para comprender la situación actual de la mayoría de los psiquiatras brasileños representados por la Asociación Brasileña de Psiquiatría (ABP) en relación con la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica en Brasil, tenemos que rescatar un poco de nuestra historia. Los psiquiatras brasileños le dieron un cambio significativo a su discurso en el Congreso de Camboriú en 1979, el primero organizado por la nueva administración de la ABP, presidida por el Prof. Ulysses Vianna Filho. En este histórico momento fue aprobada, por primera vez en un congreso médico, una moción por la amnistía amplia, general e irrestricta de los exiliados políticos, lo que culminó con el regreso al país de un gran número de ellos. La ABP declaró en aquel momento que "...el Brasil es un país subdesarrollado, pobre, con un contingente de pacientes mentales carentes de tratamiento o con tratamiento inadecuado, al lado del cual se agrega un número semejante de dolientes, producto cotidiano de los barrios marginales, del subempleo y de la carencia afectiva infantil... El psiquiatra no debe ser un policía de la sociedad sino un agente de la libertad".

El siguiente Congreso, reunido en Salvador, Bahía en 1980, tuvo como uno de los principales temas de las deliberaciones "... la segregación de los enfermos mentales en grandes asilos en un momento en que el tratamiento asilar está totalmente superado y los grandes hospitales se revelan como agentes cronificadores de la enfermedad mental, siendo necesario discutir propuestas alternativas de la prestación de cuidados de salud mental a la población". En aquel mismo año, Marcos Ferraz asumió la Presidencia de la ABP y durante su término hizo numerosas presentaciones en importantes eventos y dio declaraciones a la prensa en innumerables ocasiones durante las cuales, a nombre de la ABP denunciaba "...la grave anomalía representada por la centralización de la atención vinculada a la hospitalización" En una ocasión expresó: "el gobierno apoya una actitud hospitalocéntrica que se opone frontalmente a la posición de la Asociación Brasileña de Psiquiatría que sostiene que la actitud más coherente para el tratamiento mental es la atención de carácter más ambulatorio y vinculada a los puestos de salud". También se defendió en esa oportunidad, además de la ampliación de la red ambulatoria pública, la

⁺ Texto adaptado de la presentación hecha por Miguel R. Jorge en la Conferencia Regional de Reforma de los Servicios Psiquiátricos de Salud Mental, organizada por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud, Brasilia, 2005.

* Presidente de la ABP (1998-2001), Profesor Asociado de Psiquiatría de la UNIFESP.

** Presidente de la ABP (1980-1983), Profesor de Psiquiatría de la UNIFESP.

apertura de unidades psiquiátricas en hospitales generales, y esto, amigos míos, sucedió hace 25 años, es decir, diez años antes de la Declaración de Caracas.

Ya en aquel año, se identificaban correctamente las razones del descalabro existente en los macro-hospitales, que nada tenía que ver con los psiquiatras sino con el carácter empresarial del funcionamiento de esos centros, que tornaba al paciente mental en un factor de lucro (situación denominada por Carlos Gentile de Mello “Industria de la Locura” en un artículo publicado en el periódico Folha de Sao Paulo en 1980, poco antes del Congreso de Salvador). Se denunciaba así a la atención de pésima calidad y carente del menor respeto a la dignidad de los pacientes. Ya en el Congreso de 1980, la ABP declaraba tener conciencia de la falta de humanidad con que eran tratados los pacientes, hacinados lo mismo en los hospitales públicos que en consultas ambulatorias que duraban cinco minutos; la accesibilidad geográfica era inadecuada, los cuadros profesionales incompletos y las relaciones interpersonales deplorables.

En esa época estaba en discusión en el Congreso Nacional un anteproyecto de ley del diputado federal Salvador Julianelli en el que se proponía la jerarquización de todas las profesiones en función del médico, proyecto que fue criticado por la ABP ya que el proceso de su generación se desarrolló de arriba hacia abajo, sin haber oído la voz de los profesionales de la salud.

La ABP pudo ensayar su modelo de asistencia durante la gestión de su entonces presidente, el cual, luego, como Coordinador de Salud Mental del Estado de San Paulo en el lapso 1983-1987 continuó aplicando los enfoques propiciados por la ABP. En este período se procuró reducir la hospitalización psiquiátrica mediante la creación de equipos de salud mental compuestos por psiquiatra, psicólogo y asistente social, como mínimo, destacados en centros de salud, la ampliación de la red de ambulatorios con la adición de equipos multiprofesionales, la implantación de unidades psiquiátricas con servicios de emergencia y de internación en hospitales generales, la disminución de camas psiquiátricas y la humanización del trato brindado a los pacientes. En esa época se estableció el primer Centro de Atención Psicosocial, CAPS, en San Paulo, bautizado con el nombre de Luiz Cerqueira. Lo que se perseguía era que los pacientes atendidos vivieran en su propio domicilio y que los servicios comunitarios creados prestasen una atención globalizada y no reducida a la mera prescripción de medicamentos, promoviendo, siempre que fuese posible la reinserción social de los pacientes institucionalizados crónicamente en los grandes hospitales y evitando la hospitalización innecesaria de nuevos casos.

Pocos años después se realizó en Caracas la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la que de nuevo estuvo la psiquiatría brasileña, representada por Marcos Ferraz. Poco después se divulgó en el país la Declaración de Caracas teniendo como vehículo la revista de la ABP y como principal portavoz a William Dunningham, entonces presidente de la ABP defendiendo sus preceptos de manera incuestionable. La

presentación del proyecto de ley sobre la reforma por el diputado federal Paulo Delgado dio lugar a que el Director y numerosos ex-directores de la ABP continuaran pronunciándose a favor de las reformas en la asistencia psiquiátrica, en cuanto estuvieran basadas en criterios epidemiológicos y científicos. Algunos de nosotros, inclusive el presidente de la ABP, llegamos a testimoniar en audiencias públicas del Congreso Nacional a favor del referido anteproyecto, aclarando que la desactivación de los manicomios y la creación de las redes de atención comunitaria- lo que era una necesidad- no significaba la extinción de la necesidad de hospitalizar pacientes en servicios de buena calidad. La posición de la ABP en representación de la psiquiatría brasileña, fue siempre en defensa de la calidad de la atención psiquiátrica, donde quiera que esta se preste – hospitales, ambulatorios o servicios comunitarios - en la medida en que se puedan enfrentar los problemas originados por los recursos humanos insuficientes en número o mal preparados, la escasez de buenos medicamentos y la cronificación de pacientes, etc.

Otras iniciativas relacionadas con aspectos importantes de la asistencia psiquiátrica toman posición respecto al trabajo de otros profesionales de salud mental y la cuestión de la inclusión social. En el año 2000, cuando quien les habla desempeñaba la presidencia de la ABP, introdujimos en Brasil el programa Abran las Puertas – Luchando contra el estigma y la discriminación relacionados con la esquizofrenia, habiéndose encargado de su coordinación una profesional no médica, la terapeuta ocupacional y terapeuta familiar Cecilia Villares. Esta iniciativa ha tenido como resultado, entre otros, la formación de una asociación de usuarios y familiares (ABRE) y la búsqueda de una coalición con asociaciones semejantes. Aparte de eso, el Premio de Inclusión Social, instituido por los Laboratorios Lilly con el apoyo de la ABP y teniendo a quien les habla como Presidente del jurado calificador, ha venido identificando más de cien iniciativas anuales, relacionadas con la inclusión social de quienes sufren de esquizofrenia o trastorno bipolar, habiéndose asignado premios en cuatro diferentes categorías.

Cuando se pierde la posibilidad de establecer alianzas, ¿cómo poder constatar que sigue existiendo la identidad de propósitos que nos sobraba? Cuando ocurre una radicalización e ideologización del llamado Movimiento de Lucha Antimanicomial (Contra los Manicomios) y parte del Ministerio de Salud hace suyas sus tesis. Bajo la fuerte influencia de cuestiones de naturaleza corporativa, y con la intención de presentar a los psiquiatras como torturadores de pacientes, lo que se promueve desde hace ya muchos años es, obviamente, apartar tanto a todo un gremio de profesionales como a su asociación y su aporte de un cambio que todos deseábamos. Nos negamos, como gremio profesional, a que se nos coloque en esa situación; nuestra mayor preocupación es el bienestar de nuestros pacientes, por quienes nos esforzamos en contribuir, de no ser posible a su curación, al menos a mejorar su calidad de vida. Cada cierto tiempo ha habido algunos movimientos aislados de aproximación, ante los cuales siempre estuvimos dispuestos, si bien nunca se llegó a mayor cosa. En este sentido, hice una declaración a título personal al ser invitado a representar a la ABP en mi condición de Presidente ante la Comisión

Asesora de Salud Mental del Consejo Nacional de la Salud, que había venido a sustituir a la Comisión de Reforma Psiquiátrica, en la que no teníamos representación. Incluso hoy en día, la ABP continúa manifestando su disposición a participar, aunque casi nunca ha sido invitada a hacerlo. Nuestro actual Presidente, Josimar Franca, envió una carta al Ministro de Salud en la que denunciaba esta situación y manifestaba el interés de la ABP en participar más activamente en este proceso.

Estoy consciente de que a todo esto puede haber contribuido el hecho de que algunos psiquiatras, e incluso algunas figuras prominentes del medio académico, pudieran tener posiciones diferentes sobre diversos aspectos de las reformas propuestas y hayan adoptado actitudes radicales o beligerantes, pero el creer que esas posiciones representan a la psiquiatría brasileña y, en consecuencia, atacar a todo el gremio sólo hace que un número cada vez mayor de psiquiatras asuma una posición natural de defensa, obligándolos a tomar posturas que posiblemente no adoptarían si fueran integrados a un debate democrático.

Si no incluimos en estas discusiones, en forma abierta y honesta, los límites de la clínica y los intereses de nuestros pacientes, no llegaremos a un buen acuerdo sobre lo que es o no es bueno en una política de salud mental que haga justicia a las necesidades reales de la población. Para esto es preciso tener el valor de pensar en procedimientos que pueden no ser populares – como la hospitalización o el ECT- pero que tienen que ser considerados con seriedad, profesionalismo, espíritu científico y humanismo.

SALUD MENTAL Y ECONOMÍA SOLIDARIA: INCLUSIÓN SOCIAL POR EL TRABAJO

Jorge Pacheco *

Tengo gran placer en saludar a los asistentes a este encuentro y al mismo tiempo agradecer el privilegio de haber sido invitado a participar en él. El objetivo de mi presencia aquí es contribuir a la valoración de los progresos alcanzados en estos quince años de lucha por la salud mental, que tuvo su origen en la Declaración de Caracas.

Mi nombre es Jorge Pacheco, resido en Puerto Alegre, mi profesión anterior era publicista y desde 1996 estoy retirado por invalidez. Sin embargo, actualmente estoy calificado como artesano y busco, con mucho empeño, mi reinserción en el mercado de trabajo.

En 1975 inicié mi tratamiento psiquiátrico y a partir de 1999 comencé a utilizar los servicios de salud mental, a participar en el movimiento antimanicomial en encuentros de salud y luego como delegado a las Conferencias Municipales y Estadales de Salud Mental. Desde 1999, participo en el movimiento de Economía Solidaria de Puerto Alegre y en el año 2004 asistí al Primer Encuentro Nacional de Economía Solidaria como representante de las empresas de autogestión de Río Grande del Sur.

Quiero iniciar mi intervención destacando la oportunidad que tuve de participar en el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental y Economía Solidaria como representante de los usuarios de servicios de salud mental de Brasil. No obstante, para hacer efectiva esa representación tuve dificultades de acceso al servicio de Internet pese a tener a mi disposición el taller de generación de renta, GerAção-POA, dependencia de la Secretaría Municipal de Salud de Puerto Alegre. El Grupo de Trabajo fue de suma importancia para los usuarios, quienes allí pudieron intercambiar ideas y experiencias utilizables para revertir acciones y promover incentivos para su reinserción en la sociedad a través del trabajo en la red solidaria.

El Taller de Generación de Renta GerAção-POA fue creado en 1995 y acoge usuarios de la oficina de Salud Mental del trabajador de Puerto Alegre y área metropolitana. La labor del taller está orientada por las políticas municipales de salud y salud mental del trabajador. Entre sus estrategias está la promoción de la valoración, expresión, ejercicio de la ciudadanía y rescate de la inclusión social de personas con

* Participante del Movimiento de Economía Solidaria de Puerto Alegre, miembro del Taller GerAção-POA y del Taller de Expresión y Arte; miembro del Grupo Seriação Artes Gráficas y del Grupo de Cultura y Poesía. Puerto Alegre, RS, Brasil.

problemas psicológicos. Además, lleva a cabo actividades de capacitación de trabajadores en situación de desventaja para ayudarlos a mejorar sus entradas. El Taller transfiere a sus usuarios metodologías de aprendizaje, producción, comercialización, habilidades en el área de gerencia y en el establecimiento de relaciones significativas que promueven la solidaridad y autonomía.

Es digno de mención el papel que desempeña el Taller en la formación de un grupo distinguido con el nombre de SeriAção Artes Gráficas. Este grupo se constituyó a raíz de la participación de varios usuarios en un curso formativo promovido conjuntamente por la Secretaría Municipal de Industria y Comercio (SMIC) y la Fundación de Asistencia Social y Ciudadanía (FASC). La materia principal del curso fue la técnica de serigrafía; pero además, se dictaron clases sobre economía solidaria, comercialización, división de la renta, autogestión, nociones sobre productos, mercadeo, compra de materia prima y precio final del producto en el mercado. Actualmente nuestro grupo cuenta con seis integrantes y hemos elaborado productos tales como camisetas con motivos turísticos de Puerto Alegre, embalajes, bolsas de papel con impresiones de Río Grande y productos hechos conjuntamente con otros grupos de la red solidaria.

El Grupo SeriAção Artes Gráficas, del que soy miembro, tuvo al principio, como otros tantos grupos en Brasil, dificultades para constituirse en una empresa solidaria, por obra de los obstáculos burocráticos, la legislación vigente para esa época y la falta de recursos financieros. Actualmente nos ampara el decreto ejecutivo 1169, del 7 de julio de 2005, que destina un incentivo financiero para los municipios que desarrollen proyectos de inclusión social mediante el trabajo ofrecido a personas portadoras de trastornos mentales o de trastornos dependientes del consumo de alcohol u otras drogas.

El grupo SeriAção Artes Gráficas ha recibido pedidos de los organizadores de diversos eventos. Así, llegó a producir 2.350 bolsas para el Foro Social Mundial del año 2005, programado en la ciudad y área metropolitana. Anteriormente, participó en otros foros, colocando una producción significativa. El grupo estuvo siempre vinculado con la Red de Economía Solidaria del Estado de Río Grande del Sur.

Participo con mis compañeros en otras actividades en el área metropolitana de Puerto Alegre, entre ellas diferentes reuniones y seminarios sobre salud mental y en las ferias artesanales que se organizan anualmente junto con los Foros de Economía Solidaria. También he colaborado en la construcción de dos pequeños puestos de venta (“lojas comerciales”): “Etiqueta Popular” y “POA/Solidaria” situados en puntos estratégicos de la ciudad, donde ofrecemos nuestros productos a los turistas. Nos dividimos la administración de nuestras “lojas” en diversos grupos e intercambiamos ideas sobre la fijación de precios de venta.

He estado relacionado con el Taller de Expresión y Arte, desde donde divulgué mis diseños, pinturas y poesías correspondientes al período 2002-2004. Igualmente, estoy en contacto con la llamada Agenda Institucional de la Secretaría Municipal de Cultura de la Prefectura de Puerto Alegre. Asistí a un curso de pintura al óleo y espátula en la Casa del Artesano de Puerto Alegre y luego tuve la oportunidad de exponer mis cuadros en diferentes localidades dedicadas al fomento de la cultura y del arte.

Otra actividad de la cual derivo mucha satisfacción es escribir poesías. Mis contribuciones han sido incluidas en los libros “Antología Poética – Revelaciones Brasileñas”, series 2000 y 2001, publicados por SHAN, Editores Ltda. Aparte de eso, formo parte del Grupo de Cultura y Poesía. El citado grupo realiza visitas periódicas a centros culturales de la ciudad y fomenta la producción cultural entre los usuarios de GerAção-POA. También, hemos emprendido la publicación de un periódico literario, de nombre “Criart”, cuyo contenido principal será cuentos, poesías, artículos de interés y temas de salud y trabajo, con la intención de divulgarlos en la comunidad. En esta empresa contamos con la asesoría de un periodista.

Un Curso de Especialización en Salud Mental, patrocinado por el Ministerio de Salud, nos dio la oportunidad de producir, junto con otros usuarios, un video sobre el Taller GerAção-POA, donde se muestran experiencias de trabajo y aspectos de la ciudad. Tanto la elaboración del texto como la filmación, estuvo a cargo de los usuarios.

Mi vinculación tanto con SeriAção como con GerAção-POA ha sido muy positiva y me ha dado, lo mismo que a mis compañeros, la posibilidad de vivir ricas experiencias de trabajo en la Red Solidaria, haciéndonos sentir libres de la estigmatización y discriminación.

La Declaración de Caracas, proclamada en 1990, reforzó en un plano internacional los cambios que apenas se estaban esbozando en algunos sitios de Brasil en el campo de la reestructuración de la atención, la capacitación de los prestadores de servicios de salud mental y la legislación en este campo.

Mis vivencias como usuario de los servicios de salud mental me han ayudado a percibir la importancia de los temas sobre los que estamos reflexionando aquí, en la ocasión en que discutimos y reafirmamos los principios y recomendaciones de la Declaración de Caracas.

Me complace señalar que estamos realmente siendo testigos del nacimiento de un nuevo mundo y enfrentando un nuevo desafío en temas tan importantes como:

- El concepto de salud en un amplio ámbito de inclusión;
- La economía de los usuarios, amparada por las Redes de Economía Solidaria; y,
- El trabajo como medio de realización personal.

Ha sido muy grato compartir estos temas en tan grata compañía y me alegro de haber tenido la oportunidad de vivir esta experiencia con ustedes.

REFORMA PSIQUIÁTRICA Y POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN BRASIL*

Pedro Gabriel Delgado**

I. La Reforma Psiquiátrica en Brasil: política de salud mental del Sistema Único de Salud.

El proceso de Reforma Psiquiátrica

El inicio del proceso de reforma psiquiátrica en Brasil coincidió con el “movimiento sanitario” de la década de 1970, que proponía un cambio en los modelos de atención y gestión de la salud, dirigido a la defensa de la salud colectiva, la equidad en la oferta de servicios, el protagonismo de trabajadores y usuarios y la producción de nuevas tecnologías asistenciales. A pesar de la coincidencia en el tiempo con otros procesos, el movimiento de reforma tiene su historia propia, inscrita en una tendencia internacional que propendía al cambio del modelo asilar de la atención psiquiátrica.

La Reforma Psiquiátrica es un proceso político y social complejo en el que interviene una diversidad de actores, instituciones y fuerzas de diferente origen que abarca los ámbitos federal, estatal y municipal, las universidades, los servicios de salud, los gremios profesionales y las asociaciones de usuarios y familiares. La reforma engloba un conjunto de transformaciones de prácticas, conocimientos y valores culturales y sociales, presentes en la vida cotidiana de instituciones y servicios y en las relaciones interpersonales, caracterizada por los frecuentes puntos muertos, tensiones, conflictos y desafíos.

Historia de la Reforma: crítica del modelo centrado en el hospital psiquiátrico (1978-1991)

Se acostumbra identificar el año 1978 como el punto de partida del movimiento social en pro de los derechos de los pacientes psiquiátricos en nuestro país. En este año surgió el Movimiento de los Trabajadores de Salud Mental (MTSM), que agrupaba trabajadores de la salud, asociaciones de familiares, sindicalistas, miembros de asociaciones profesionales y pacientes con larga historia de hospitalizaciones psiquiátricas. En este periodo el MTSM llegó a liderar la denuncia de la violencia en los manicomios, la mercantilización de la locura, y la hegemonía de la red privada de hospitales psiquiátricos. Se convirtió en el portavoz de una crítica al llamado “*saber psiquiátrico*” y al modelo de asistencia centrado en los hospitales mentales. El Segundo Congreso Nacional del MTSM, celebrado en Bauru, estado de San Paulo, en 1987, adoptó

*Resumen de la presentación hecha en la Conferencia Regional de los Servicios de Salud Mental, Brasilia, noviembre de 2005 por el Dr. Pedro Gabriel Delgado en representación del Ministerio de Salud de Brasil

** Coordinador de Salud Mental, Ministerio de Salud, Brasil

el lema “Por una sociedad sin manicomios” e inició el movimiento nacional de lucha antimanicomial. En este mismo año se celebró en Río de Janeiro la Primera Conferencia Nacional de Salud Mental.

De capital interés es el establecimiento en 1987 del primer Centro de Atención Psicosocial (CAPS) en San Paulo y la iniciación en 1989 en la ciudad de Santos de un proceso de intervención del hospital psiquiátrico (Casa de Salud Anchieta) por la Secretaría Municipal. La intervención tuvo repercusión nacional y demostró de forma inequívoca la posibilidad de establecer, a raíz de ella, una red de atención que efectivamente pudiera substituir al hospital psiquiátrico. En efecto, en este periodo se establecieron en el municipio de Santos varios Núcleos de Atención Psicosocial (NAPS), abiertos al público las 24 horas del día; también se fundaron cooperativas, residencias para los pacientes egresados del hospital y asociaciones de usuarios y familiares. La experiencia de Santos constituyó la primera demostración de que la Reforma Psiquiátrica no era simplemente un ejercicio de retórica sino una realidad tangible.

Otro acontecimiento relevante en 1989 fue la introducción en el Congreso Nacional por el diputado Paulo Delgado de un proyecto de ley en el que se proponía la reglamentación de los derechos de las personas con trastornos mentales y el cierre progresivo de los manicomios del país, hecho que caracterizó la lucha del movimiento de reforma en los campos legislativo y normativo.

La Constitución de 1988 había facilitado la creación del Sistema Único de Salud (SUS), formado por la articulación de las gestiones federal, estatal y municipal, bajo el control de los Consejos Comunitarios de Salud.

Historia de la Reforma: el inicio de la instalación de la red comunitaria (1992-2000)

A partir de 1992, los movimientos sociales, inspirados por el proyecto de ley Paulo Delgado, impulsaron en varios estados de la nación la promulgación de las primeras leyes que prescribían la substitución progresiva de las camas psiquiátricas por una red integrada de atención en salud mental. Es a partir de esta época cuando el Ministerio de Salud elaboró un conjunto de directrices dirigidas a la promoción de la Reforma Psiquiátrica. En la década de los 90 se formalizó el compromiso de la reforma con la firma de la Declaración de Caracas y la celebración de la segunda conferencia nacional de salud mental. Desde entonces empezaron a entrar en vigor las primeras normas federales que reglamentaban el establecimiento de servicios de atención diurna, fundamentados en la experiencia de los primeros CAPS, NAPS y hospitales de día. También se dictaron las primeras normas de clasificación y fiscalización de los hospitales psiquiátricos.

Cabe notar que la expansión de CAPS y NAPS no fue un proceso continuo; las normas anteriores del Ministerio de Salud aún estaban vigentes y no establecían provisiones para el financiamiento de nuevos CAPS y NAPS ni preveían mecanismos

sistemáticos para la reducción de camas. Al final de este periodo el país disponía de 208 CAPS, pero aun así, más del 93% de los recursos ministeriales para salud mental seguían siendo destinados a los hospitales psiquiátricos.

La Reforma Psiquiátrica después de la ley nacional (2001-2005)

Finalmente en el año 2001, después de 12 años de debates en el Congreso Nacional, fue sancionada la Ley Paulo Delgado. Este nuevo instrumento, la Ley Federal 10216, redirecciona la asistencia en salud mental y privilegia los servicios de base comunitaria, al tiempo que salvaguarda los derechos de las personas con trastornos mentales. Sin embargo, la ley no instituyó mecanismos claros para la extinción progresiva de los manicomios. Fue en el contexto de esa ley que se convocó la Tercera Conferencia Nacional de Salud Mental que le dio una mayor sustentación y presencia a la Reforma Psiquiátrica.

El Ministerio de Salud creó nuevas líneas específicas de financiamiento para los servicios abiertos, substitutivos del hospital psiquiátrico y estableció nuevos mecanismos para la fiscalización, gestión y reducción programada de los hospitales psiquiátricos. Desde este momento la red de atención en salud mental ha experimentado una importante expansión, llegando hasta regiones donde la tradición hospitalaria prevalecía y la asistencia comunitaria era prácticamente inexistente. El proceso de desinstitucionalización de pacientes hospitalizados por largo tiempo fue reforzado con un programa denominado “Vuelta a casa”. Asimismo se instauró una política de fomento de los recursos humanos, se formuló una política específica para problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas y se adoptó una estrategia de reducción de los daños. En el año 2004 se realizó en San Paulo el Primer Congreso Brasileño de Centros de Atención Psicosocial al que asistieron más de 2.000 trabajadores y usuarios de los CAPS.

El periodo actual se caracteriza por dos movimientos simultáneos: la instalación de una red de servicios en substitución del modelo hospitalario y la fiscalización y reducción progresiva de las camas de hospital psiquiátrico existentes. Este es un periodo en que la Reforma Psiquiátrica se está consolidando como política oficial del gobierno federal. Para finales del 2004 los hospitales psiquiátricos consumían el 64% del total de los recursos de salud mental del ministerio y el número de CAPS había ascendido a 689¹ Véase el cuadro 1.

¹ Los datos al final del año 2000 señalan, por primera vez, la efectiva reorientación del financiamiento en salud mental en Brasil. En el 2006, el gasto extra-hospitalario (51,33%) sobrepasó al hospitalario (48,67%). Al final de este año había 1.101 CAPS en funcionamiento en todos los estados del país.

Cuadro N°1. Proporción de recursos del SUS destinados a los hospitales psiquiátricos y a los servicios extrahospitalarios en los años 1997, 2001 y 2004

Composición del gasto	1997	2001	2004
% de gastos hospitalarios en salud mental	93,14	79,54	63,84
% de gastos extrahospitalarios en salud mental	6,86	20,46	36,16
Total	100	100	100

Fuente: Ministerio de Salud

La Tercera Conferencia Nacional de Salud Mental y la participación de usuarios y familiares

La Tercera Conferencia Nacional de Salud Mental se realizó en Brasilia en diciembre del 2001. La conferencia fue convocada poco después de promulgarse la Ley 10.216. En las etapas estatales y municipales que la precedieron, se reunieron cerca de 23.000 personas, entre las cuales habían usuarios y familiares que participaron activamente. La conferencia nacional reunió a 1.480 delegados, entre usuarios y familiares, representantes de movimientos sociales y profesionales de la salud.

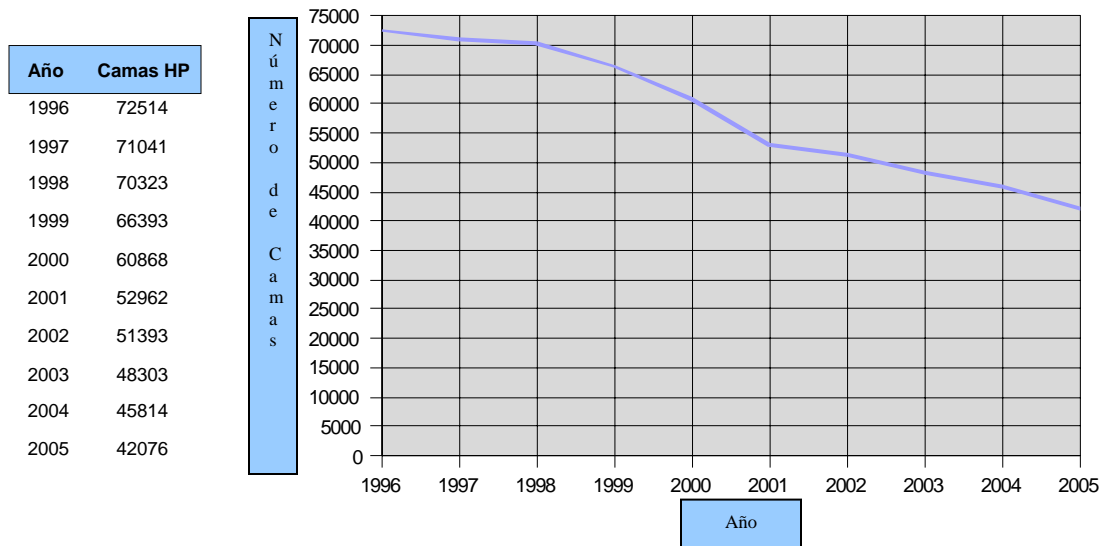
En el encuentro citado se puso de manifiesto en las deliberaciones el consenso inequívoco en torno a las propuestas de la Reforma Psiquiátrica cual aparece, en forma abreviada, en el informe final. En las deliberaciones de la conferencia se llegó a consolidar los postulados de la Reforma como política de gobierno y se reconoció el valor estratégico de los CAPS para el cambio del modelo de asistencia. También se le dio respaldo a la adopción de una política específica para la atención de consumidores de alcohol y drogas y al control social como una garantía del progreso de la reforma en el país.

II. El proceso de desinstitucionalización

Reducción de camas

El proceso de reducción de camas en los hospitales psiquiátricos y la desinstitucionalización de personas con una larga historia de hospitalización se tornó en una decisión política en Brasil a partir de los años 90. El proceso cobró mayor impulso en el 2002 gracias a una serie de normas emitidas por el Ministerio de Salud que instituyeron mecanismos claros, eficaces y seguros para reducir el número de camas en los grandes hospitales psiquiátricos. La figura 1 ilustra el proceso de reducción de camas desde la segunda mitad de la década del 90 hasta la fecha.

Figura N° 1. Camas psiquiátricas del SUS, por año (1996-2005)



Fuente : Hasta el año 2000, SIH/SUS. En 2001, SIH/SUS (corregido). En 2002-2003, SIH/SUS, Coordinadoría General de Salud Mental y Coordinadorías estatales. En 2004-2005, PRH/CNES.²

Nótese que la distribución actual de las 42.076 camas psiquiátricas con que cuenta el país todavía expresa un predominio del modelo asistencial centrado en el hospital psiquiátrico. Tal oferta hospitalaria, representada en camas, en su mayoría de carácter privado (58%), ha estado concentrada históricamente en los centros de mayor desarrollo económico del país, quedando varias regiones desprovistas de cualquier clase de asistencia en salud mental. La región sureste del país, gran centro del desarrollo de Brasil, es la sede de cerca de 60% de las camas psiquiátricas del país. Véase el cuadro 2.

En los tres últimos años avanzó significativamente el proceso de desinstitutionalización de pacientes de larga estancia, debido principalmente a la puesta en práctica por el Ministerio de Salud de mecanismos confiables dirigidos a la reducción de camas y a la expansión de servicios substitutivos del hospital psiquiátrico. El Programa Nacional de Evaluación del Sistema Hospitalario/Psiquiatría (PNASH/Psiquiatría) así como el programa “Vuelta a Casa” y la expansión de los CAPS y de las residencias terapéuticas, están permitiendo la reducción de millares de camas psiquiátricas en el país y el cierre de varios hospitales psiquiátricos. Aun con ritmos diferentes, la reducción de camas psiquiátricas se viene efectuando en todos los estados del Brasil. De 2003 a 2005 se observó una disminución de 6227 camas.

² Al final del 2006, Brasil dispone de 39.567 camas psiquiátricas

La evaluación anual de los hospitales y su impacto en la reforma

Entre los instrumentos de gestión que permiten hacer reducciones en el número de camas y cierre de hospitales en forma gradual y planificada está el Programa Nacional de Evaluación del Sistema Hospitalario/Psiquiatría (PNASH/Psiquiatría), instituido en el 2002 por el Ministerio de Salud. El PNASH/Psiquiatría es esencialmente un instrumento de evaluación que permite hacer un diagnóstico de la calidad de la asistencia provista por los hospitales tanto públicos como privados, siguiéndose las normas del SUS. Es el primer proceso evaluativo sistemático de hospitales psiquiátricos aplicado en Brasil, que provee a los prestadores de servicios, criterios para ofrecer una asistencia psiquiátrica compatible con las normas del SUS. Por otra parte, sirven de base para el mantenimiento o suspensión de la acreditación de las respectivas instituciones.

Cuadro N° 2. Distribución de las camas psiquiátricas del SUS por unidades federales y hospitales psiquiátricos

Unidades federales (estados)	Camas psiquiátricas	Hospitales psiquiátricos	% del total de camas psiq. del SUS
Región norte			
Amazonas	126	1	0,3
Acre	53	1	0,13
Amapá	0	0	0
Pará	56	1	0,13
Tocantins	160	1	0,38
Roraima	0	0	0
Rondonia	0	0	0
Subtotal Reg. norte	395	4	0,64
Región noroeste			
Alagoas	880	5	2,09
Bahía	1.633	9	3,88
Ceará	1.120	8	2,66
Maranhao	822	4	1,96
Paraíba	801	6	1,91
Pernambuco	3.293	16	7,83
Piauí	400	2	0,95
Rio Grande do Norte	819	5	1,95
Sergipe	380	3	0,90
Subtotal Reg. noroeste	10.148	58	24,13

Región centro-occidental			
Distrito Federal	74	1	0,18
Goiás	1.303	11	3,10
Mato Grosso	117	2	0,28
Mato Grosso do Sul	200	2	0,48
Subtotal Reg. centro-occidental	1.694	16	4,04
Región sureste			
Espírito Santo	620	3	1,47
Minas Gerais	3.052	21	7,26
Rio de Janeiro	8.134	41	19,35
Sao Paulo	13.634	58	32,34
Subtotal Reg. sureste	25.440	123	60,42
Región sur			
Paraná	2.688	17	6,39
Rio Grande do Sul	911	6	2,17
Santa Catarina	800	4	1,90
Subtotal Reg. sur	4.399	27	10,46
Brasil	42.076	228	100

Fuente: Ministerio de Salud

Es importante señalar que el control y evaluación vigente antes del PNASH/Psiquiatría reposaba en las supervisiones realizadas por los funcionarios del SUS y en las fiscalizaciones o auditorías hechas en respuesta a denuncias sobre mal funcionamiento de las unidades hospitalarias. A partir de la institución del PNASH/Psiquiatría el proceso de evaluación adquiere carácter sistemático y las evaluaciones son realizadas anualmente por técnicos de los campos técnico-clínico, de vigilancia sanitaria y de control normativo.

En cada hospital psiquiátrico de la red un instrumento de colección de datos cualitativos, aplicado por el PNASH/Psiquiatría evalúa anualmente las estructuras físicas, la dinámica del comportamiento de los flujos hospitalarios y los procesos y recursos terapéuticos de cada institución, como asimismo la calidad de su inserción en la red de atención y su adecuación a las normas técnicas del SUS. Otra parte importante del proceso es la realización de “entrevistas de satisfacción” con pacientes de larga estancia y con pacientes a punto de recibir el alta. Este instrumento genera una puntuación que, combinada con el número de camas del hospital permite su clasificación dentro de cuatro grupos diferenciados: los de *buena calidad*, los de *calidad suficiente*, los que *precisan adecuaciones* y deben sufrir revisiones y los de *baja calidad*, calificación esta última que acarrea la pérdida de la acreditación con el Ministerio de Salud.

La política de desinstitucionalización recibió un fuerte impulso con el establecimiento del programa PNASH/Psiquiatría. Este programa ha logrado, en los

últimos tres años, visitar a la totalidad de los hospitales psiquiátricos del país y unidades de internamiento en hospitales generales; lo anterior ha permitido que un gran número de camas de servicios que no cumplen con las exigencias mínimas de calidad asistencial y/o respeto a los derechos humanos de los pacientes, sean retiradas del sistema sin que ello signifique que la población quede menos asistida.

En muchos estados y municipios el PNASH/Psiquiatría ha servido de agente desencadenador de la reorganización de la red de salud mental por obra del cierre de camas psiquiátricas y la consiguiente expansión de la red de salud mental. Su perfeccionamiento permanente facilita el avance de la Reforma Psiquiátrica en municipios y estados con una arraigada tradición manicomial.

Las residencias terapéuticas

La desinstitucionalización significa una efectiva reintegración de los pacientes a sus comunidades de origen. El SUS ha venido poniendo un especial empeño en la ejecución de esas tareas en los últimos años. Los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT), habilitados y/o financiados por el Ministerio de Salud son componentes salientes de la política del ministerio dirigida a la superación del modelo de atención psiquiátrica hospitalaria. Las residencias terapéuticas son viviendas situadas en el medio urbano, establecidas para responder a las necesidades de habitación de personas con padecimientos mentales graves, hayan sido dadas de alta o no de hospitales psiquiátricos.

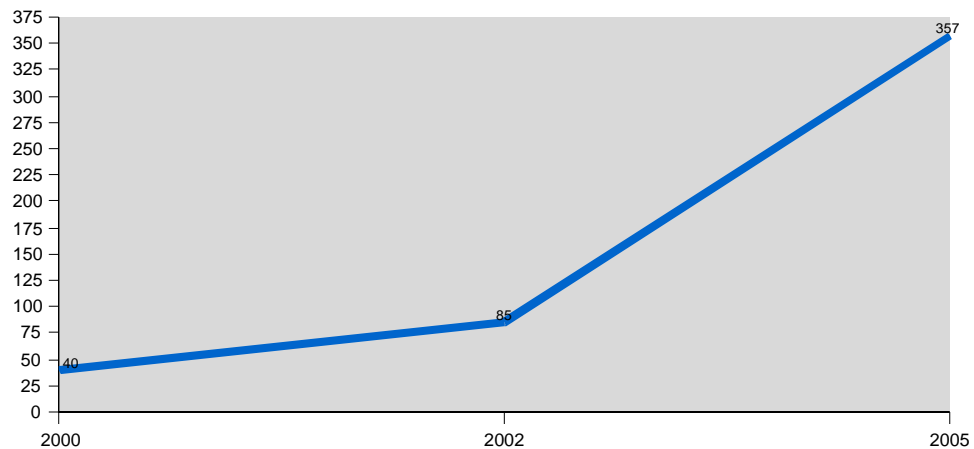
Independientemente de si las residencias terapéuticas creadas en las ciudades disponen o no de equipos de salud mental, deben, en primer lugar, garantizar el derecho a la vivienda de las personas egresadas de los hospitales psiquiátricos y auxiliarlos en la tarea, a veces difícil, de reincorporarse a la comunidad. El derecho a residir en la ciudad y circular en sus espacios es uno de los fueros más fundamentales que se rescatan con la instauración en los municipios de los servicios residenciales terapéuticos. Cada casa que alberga pacientes, en cuanto es una residencia, debe ser considerada como única y merecedora al respeto de las necesidades, gustos, hábitos y dinámica de sus moradores.

Una residencia terapéutica debe albergar un máximo de ocho moradores. En general, cuenta con un asistente o cuidador designado para apoyar a los usuarios en sus tareas, dilemas o conflictos cotidianos, debiendo compartir con ellos la vivienda y acompañarlos en la ciudad en procura de su autonomía y en el desarrollo de su largo proceso de rehabilitación. Cada residencia debe estar afiliada a un CAPS y formar parte de la red de atención correspondiente a su jurisdicción.

El proceso de establecimiento de estos servicios es reciente en Brasil. No obstante va ganando impulso en los municipios, donde se precisa una estrecha articulación con la comunidad, favorecida por la vecindad de otros escenarios y el contacto con sus actores.

La red de residencias terapéuticas que contaba en el año 2002 con 85 hogares en todo el país dispone hoy de 357 unidades³ que albergan 2850 moradores. Las estimaciones del Ministerio de Salud indican que el número de beneficiarios de estos servicios podrá llegar a 12.000. Véase la figura 2.

Figura N° 2. Expansión de las residencias terapéuticas entre los años 2000 y 2005



Fuente: Ministerio de Salud. Datos recabados hasta octubre del 2005

El programa Vuelta a Casa

El programa Vuelta a Casa es uno de los instrumentos más efectivos para la reintegración social de las personas con una larga historia de hospitalización. Fue creado por la ley federal 10.708, presentada al congreso por el presidente Lula de Silva y promulgada en el 2003. El programa constituye una realidad histórica de la reforma brasileña y su objetivo es contribuir efectivamente al proceso mediante el pago a sus beneficiarios de una ayuda mensual de 240 reales (aproximadamente 110 dólares al cambio actual). Para recibir esa subvención la persona debe haber sido egresada de un hospital psiquiátrico o de un hospital de custodia y tratamiento psiquiátrico y haber sido incluida en un programa municipal de rehabilitación social.

Cada beneficiario pasa a disponer de una cuenta bancaria y recibe una tarjeta magnética con la cual puede retirar o transferir mensualmente este recurso. Para incorporarse al programa, el municipio donde reside el beneficiario debe haber implementado una estrategia de seguimiento de los beneficiarios y haber establecido una red funcional de atención en salud mental. El beneficio puede ser renovado anualmente,

³ En el 2006, la red de atención en salud mental dispone de 475 residencias terapéuticas en todo el país.

siempre que el usuario o el equipo que le da seguimiento estime que la estrategia sigue siendo necesaria para la rehabilitación del favorecido.

Vuelta a Casa es uno de los principales instrumentos de rehabilitación, el segundo que aparece en las publicaciones mundiales que hacen mención a la Reforma Psiquiátrica. Sus efectos en la vida cotidiana de los egresados son inmediatos toda vez que incrementa significativamente su capacidad de realizar transacciones económicas, lo que potencia su emancipación y autonomía.

Conviene señalar que la implementación del programa no se da sin dificultades, entre las cuales sobresalen las derivadas de la situación de exclusión social de los pacientes. La gran mayoría de los pacientes de larga estancia no poseen la documentación personal mínima necesaria para las gestiones y muchos no poseen partida de nacimiento o cédula de identidad. El largo proceso de exclusión social y aislamiento de estas personas y el funcionamiento de las instituciones totales que los albergan, significan muchas veces la ausencia de los instrumentos mínimos para ejercer sus derechos de ciudadanía. El Ministerio de Salud, la Procuraduría General de los Derechos del Ciudadano del Ministerio Público Federal y la Secretaría Especial de Derechos Humanos de la Presidencia de la República han aunado esfuerzos para restituir a las personas con trastornos mentales su derecho a la identificación, a recibir auxilio y a ser rehabilitadas. Actualmente el número de personas beneficiarias de este programa de ayuda-rehabilitación es 1.747. Se estimó que para finales del año 2006 su número llegaría a 3.000 usuarios⁴

Estrategia para la reducción progresiva del número de camas psiquiátricas a partir de los grandes hospitales

Como una expansión de las estrategias dirigidas a la reducción de camas en hospitales psiquiátricos y al incremento de los servicios extrahospitalarios, el Ministerio de Salud aprobó en el 2004 el Programa Anual de Reestructuración de la Asistencia Hospitalaria, bajo la jurisdicción del SUS. La principal estrategia es la promoción de la reducción progresiva y pautada de camas comenzando con los hospitales gigantes (mayores de 600 camas) y hospitales grandes (240 a 600 camas). De esta manera se asegura la reducción progresiva y al mismo tiempo se evita la falta brusca de asistencia, garantizando una transición segura en la que la reducción planificada de camas psiquiátricas se acompaña de la habilitación concomitante de alternativas de atención de corte comunitario.

El programa define los límites mínimo y máximo de reducción anual para cada clase de hospital (definida por el número de camas contratadas por el SUS). De este modo los hospitales con más de 200 camas deben reducir un mínimo anual de 40 camas; los

⁴ A finales del 2006, un total de 2.519 personas estaban incluidas en el Programa Vuelta a Casa.

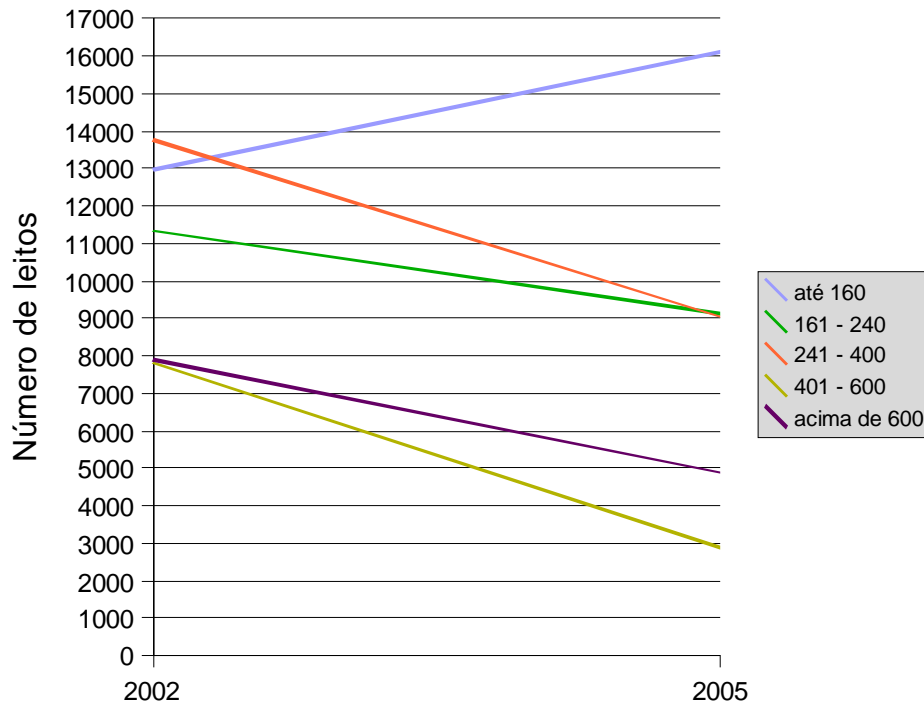
hospitales con 320 a 440 camas deben reducir un mínimo de 40, pudiendo llegar hasta 80 camas y los que tienen más de 440 plazas pueden disminuir su número hasta un máximo de 120 camas anuales. Con esta forma progresiva de reducción de la capacidad hospitalaria se espera que al correr del tiempo todos los hospitales puedan ser clasificados en el tipo de menor capacidad (idealmente con 160 camas). Este proceso, con ritmo pautado con los gestores del municipio y del estado debe coincidir con el equipamiento progresivo y la ejecución de acciones dirigidas a la desinstitucionalización, particularmente con la habilitación de CAPS, residencias terapéuticas, centros de convivencia y puesta en marcha del programa Vuelta a Casa.

Dentro de la misma estrategia el programa reajusta las asignaciones por cama/día en los hospitales psiquiátricos, pasando a entrar en vigor una nueva escala de precios en la que las asignaciones toman en cuenta el tipo de hospital, la calidad de la atención, evaluada por el PNASH/Psiquiatría y la reducción de camas realizada. De esta forma aquellos hospitales que reducen su capacidad y la calidad de la atención que prestan obtienen una calificación satisfactoria y reciben los correspondientes incentivos financieros. A partir de la instauración del programa, el reajuste de los precios asignados a la cama-día ha pasado a ser una herramienta de la política de reducción de camas y de mejoramiento de la calidad de la atención.

La conducción de este proceso crucial de consolidación de la Reforma Psiquiátrica exige sucesivas negociaciones y establecimiento de pautas por parte de los gestores (municipales, estatales y federales), los prestadores de servicios y el control social. El escenario principal de este proceso de negociación son las “comisiones de gestores”, de naturaleza bipartita (municipios y estados), tripartitas (Ministerio de Salud, estados y municipios) y los Consejos Comunitarios de Salud.

Corresponde repetir que para cada reducción significativa del tamaño de un hospital debe haber el consiguiente incremento de la red local de atención en salud mental, un programa efectivo de reinserción social de las personas con larga historia de hospitalización y acciones específicas en beneficio de esa clientela. En este contexto, la habilitación de residencias terapéuticas y la adhesión de los municipios al programa Vuelta a Casa, se han revelado como estrategias de muy alto valor. Véase la figura 3.

Figura N° 3. Cambio en el número de camas de hospitales psiquiátricos de mayor capacidad para reducirlos a un tamaño menor, sin creación de nuevos hospitales o habilitación de nuevas camas



Leitos = camas
Até = hasta
Acima de = más de

Fuente: Ministerio de Salud, PRH/Coordinadoría General de Salud Mental

El número de camas desactivadas desde enero de 2004 a mayo de 2005 fue alrededor de 2.000, cifra que se proyectaba que llegaría a 3.000 en el año 2006.

Algunas situaciones ejemplares: Campina Grande

En muchos municipios del país el proceso de desinstitucionalización de personas internadas por muy largo tiempo induce cambios importantes en las redes de salud, especialmente en las de salud mental. El municipio de Campina Grande en el estado de Paraíba es un ejemplo singular. Este municipio, sede de dos hospitales psiquiátricos de tamaño medio, hacía frente a gran parte de la demanda de servicios de salud mental en un estado que cuenta con más de 3 millones de habitantes. Después de repetidas evaluaciones negativas del PNASH/Psiquiatría se inició el proceso de desinstitucionalización de los 176 pacientes albergados en uno de los dos hospitales.

En el 2004, luego de un periodo de negociaciones entre los gestores federal, estatales y municipales comenzó a llevarse a cabo la reorganización de los servicios disponibles, la creación de servicios substitutivos en el municipio y en la región y la salida de los pacientes. Con la llegada de un interventor del hospital se realizaron las evaluaciones de los pacientes y el inicio de planes terapéuticos individuales. Se hizo entonces imprescindible la convocación de un foro de discusión para llegar en forma colectiva a la adopción de soluciones factibles. Así se celebró el Primer Encuentro Regional sobre la Reforma Psiquiátrica, en el que se reunieron participantes de tres estados vecinos (Paraíba, Río Grande del Norte y Pernambuco). En esta ocasión se evaluó el estado de la asistencia en los diferentes municipios y se trazaron planes para la expansión de las redes de servicios extrahospitalarios, quedando establecido en la región el Núcleo de Formación para la Reforma Psiquiátrica. Los municipios aledaños a Campina Grande pasaron a responsabilizarse por sus pacientes graves y a estructurar sus propios servicios. Por su parte, Campina Grande habilitó el programa Vuelta a Casa y empezó a recibir recursos financieros del gobierno federal para la creación de CAPS y residencias terapéuticas. También se emprendió la articulación de salud mental con el Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) y se promovió un concurso para la contratación de profesionales para los servicios substitutivos.

Hoy, 38 de los 176 pacientes del hospital se encuentran en una unidad provisional, implementada para sustituir el servicio de pésimas condiciones que ofrecía el hospital. El resto de los pacientes han sido referidos a los nuevos servicios establecidos en lugar del hospital (tres residencias terapéuticas) y en los CAPS correspondientes en los municipios y en la región. En aproximadamente un año Campina Grande cambió radicalmente su sistema de atención en salud mental e invirtió en los nuevos servicios de la región para el beneficio de los pacientes.

Durante este periodo del proceso, gestores del SUS se movilizaron hacia la región para promover nuevas repuestas a las demandas en salud mental, movilizar a la comunidad local y estimular la Reforma Psiquiátrica. Procesos como éste se están desarrollando en varios municipios del país y están dando lugar a soluciones muchas veces únicas para los problemas locales y regionales de salud mental. Indudablemente, los mecanismos establecidos para la reducción de camas y mejora de la calidad de la asistencia son muchas veces desencadenantes de un proceso complejo de transición al modelo comunitario de servicios de salud mental. Las “ciudades manicomiales” de Barbacena (Minas Gerais); Feira de Santana (Bahía) y Carmo y Paracambi (Río de Janeiro) también han experimentado cambios y se encaminan a instaurar una psiquiatría de territorio mediante redes diversificadas de servicios.

Manicomios judiciares: un desafío para la Reforma

Hace mucho tiempo que en la Reforma Psiquiátrica se discute el mandato judicial de la psiquiatría y su responsabilidad en la práctica asilar. Por otra parte, es relativamente

reciente la discusión del manicomio judicial, donde la frecuencia de la violencia y la exclusión es el doble que fuera de su recinto. Se estima en 4.000 el número de ciudadanos internados por orden judicial en 19 “hospitales de custodia y tratamiento psiquiátrico” o manicomios judiciales que funcionan en el país. Estos hospitales no dependen del Sistema Único de Salud (con excepción de los hospitales de custodia de Río de Janeiro) sino de los organismos de justicia y no están sometidos a las normas generales de funcionamiento del SUS, del PNASH/Psiquiatría ni del Programa Anual de Reestructuración de Asistencia Hospitalaria Psiquiátrica. Las denuncias sobre malos tratos y muertes en estos establecimientos son frecuentes.

En el ordenamiento jurídico brasileño los enfermos mentales que cometen crímenes se consideran inimputables. Estas personas son sometidas a medidas de seguridad, vale decir, a la segregación de la sociedad por largos períodos. La promulgación de la ley 10.216, así como las resoluciones de la Tercera Conferencia Nacional de Salud Mental han venido fomentando de forma inequívoca, el cambio de estas prácticas de asistencia al enfermo mental infractor.

El Ministerio de Salud ha estado apoyando experiencias interinstitucionales extremadamente exitosas que procuran tratar al enfermo mental infractor fuera de los manicomios judiciales, en la red extrahospitalaria de atención en salud mental, especialmente en los CAPS, residencias terapéuticas, centros de convivencia y otros dispositivos del mismo género. Con estas experiencias se supera el cese de la peligrosidad como criterio para la desinstitucionalización de los pacientes mentales.

Reducción de camas: escenarios posibles en el mediano y largo plazo

Se estimaba que para fines del 2006 el remanente de los seis macro-hospitales del país habría reducido significativamente el número de camas a menos de 600 cada uno. La reducción global estimada es de 2.500 a 3.000 camas por año. A este tenor se puede proyectar un escenario donde habrá dentro de un plazo de cuatro años, un total de menos de 30.000 camas psiquiátricas convencionales en todo el país. Es preciso entretanto ampliar la cifra de camas psiquiátricas en hospitales generales, cuyo número actual sólo llega a 2.100. Tales camas deberán estar en unidades pequeñas, con capacidad no mayor de 15 plazas, destinadas preferentemente a pacientes con trastornos derivados del consumo de alcohol o de otras drogas. Otro problema pendiente por resolver es la lentitud con que se están desarrollando los servicios de los CAPS III, que funcionan 24 horas al día y realizan internaciones de duración extremadamente corta, que todavía no existen en todos los municipios con más de 200.000 habitantes, como era de esperarse.

Con el cambio del modelo asistencial el Ministerio de Salud ha substituido el antiguo indicador “camas psiquiátricas por 1.000 habitantes” por el indicador más sensible y eficaz de “camas de atención integral en salud mental (CAI-SM) por 1.000 habitantes” en los que están incorporadas, además de las camas de hospital psiquiátrico, las que están

situadas en hospitales generales, en unidades de referencia para problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas y en CAPS III. Algunos municipios de tamaño pequeño y mediano están resolviendo muy satisfactoriamente el problema de la internación en psiquiatría y de la efectividad de las redes extrahospitalarias, mediante servicios que funcionan satisfactoriamente con coberturas de 0,18 a 0,25 camas por 10.000 habitantes. El mayor problema lo presentan los municipios con una población superior a los 500.000 habitantes, donde el papel del sistema de atención de emergencias es esencial.

III. La red de cuidados en la comunidad.

Importancia de los conceptos de red, territorio y autonomía en la construcción de la red asistencial

La red brasileña de atención de la salud mental es parte integrante del Sistema Único de Salud, SUS, instituida en Brasil por ley federal en la década de los 90. El SUS regula y organiza en todo el territorio nacional las acciones y servicios de salud en forma regionalizada y jerarquizada en niveles de complejidad creciente, ejerciendo una dirección única en cada esfera del gobierno federal, estatal y municipal. Los principios que orientan al SUS tienen que ver con el acceso universal, público y gratuito a las acciones y servicios de salud, la integralidad de las acciones, la articulación continua en todos los niveles de complejidad del sistema, la equidad de la oferta de servicios, sin prejuicios ni privilegios de ninguna especie; también figuran entre los principios la descentralización político-administrativa, la dirección única del sistema en todas las esferas del gobierno y el control social de las acciones, ejercido por los Consejos de Salud Municipales, Estatales y Federal y las Conferencias de Salud, en donde están representados usuarios, trabajadores, prestadores de servicios, organizaciones de la sociedad civil e instituciones formadoras.

La red de atención de salud mental se caracteriza por ser de carácter esencialmente público, de base municipal y con un control social fiscalizador y gestor de la Reforma Psiquiátrica. El papel de los consejos de salud y de las conferencias nacionales de salud mental es garantizar la participación de los trabajadores, usuarios y familiares en los procesos de gestión. Por ejemplo, las citadas conferencias, en especial la tercera, realizada en el 2001, han propuesto la conformación de una red articulada y comunitaria de atención en salud mental.

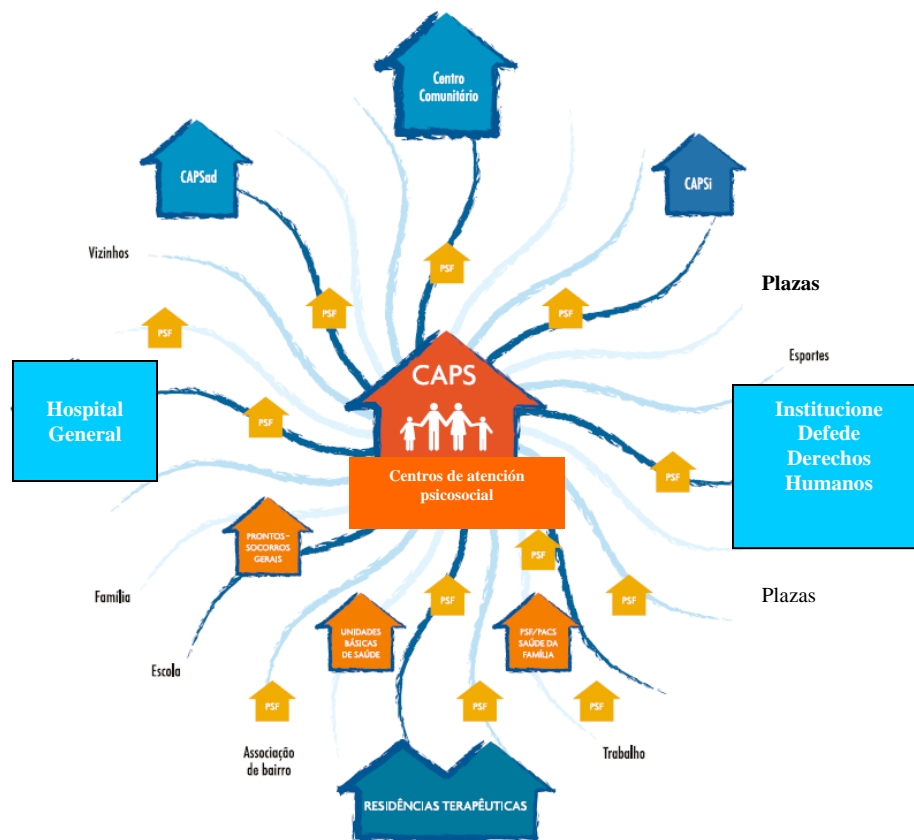
Red y territorio

La construcción de una red comunitaria de cuidados es fundamental para la consolidación de la Reforma Psiquiátrica. La articulación en la red de los variados servicios que la conforman es crucial para la organización de un sistema de referencias con dispositivos a donde se puedan encaminar a las personas con trastornos mentales. La red se estructura en la medida que se articula con diferentes instituciones, asociaciones,

cooperativas y otros entes de funciones similares, todo lo cual contribuye a la disposición de una base comunitaria.

Por territorio de la red se entiende no solamente el área geográfica asignada sino, además, todas las personas, instituciones y, en general, todos los escenarios en que transcurre la vida comunitaria. Trabajar en el territorio no es sinónimo de trabajar con la comunidad sino trabajar con sus componentes, saberes y recursos potenciales, así como con sus fuerzas concretas y con las demandas que éstas presenten, colaborando con ellas en el alcance de objetivos comunes. Trabajar en el territorio viene a significar así rescatar todos los saberes y potencialidades de los recursos de la comunidad y llegar, con su auxilio, a soluciones colectivas. Véase la figura 4.

Figura N° 4. Red saludI

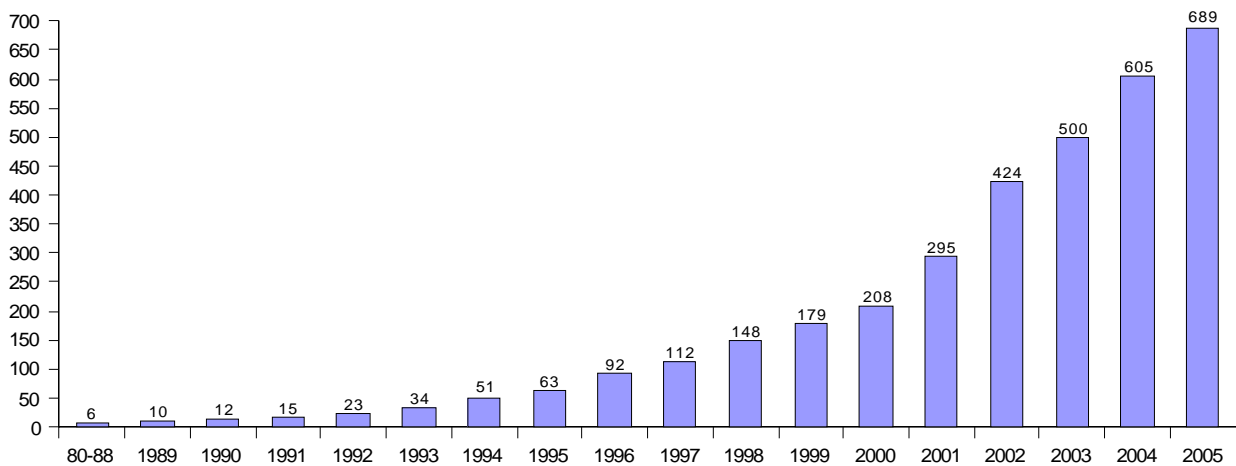


CAPS: un servicio estratégico de salud mental

Los Centros de Atención Psicosocial, CAPS, son servicios de salud municipal, abiertos, que ofrecen atención clínica en régimen diurno a personas afectadas por trastornos mentales, en especial los de carácter grave y persistente, les dan seguimiento clínico y promueven su reinserción social en la comunidad y el ejercicio de sus derechos humanos. Sus acciones de naturaleza intersectorial, dan apoyo a la red básica de salud. Los CAPS tienen gran valor estratégico para la Reforma Psiquiátrica en Brasil y su surgimiento vino a demostrar la factibilidad de organizar una red substitutiva del hospital psiquiátrico. Entre sus funciones está la prestación de cuidados clínicos en régimen de atención diurna, la promoción de la inserción social de los pacientes mentales, la regulación de la puerta de entrada en el sistema y la prestación de apoyo a la red básica de salud. Son los articuladores estratégicos de la red de salud mental y de la implementación de las políticas en los territorios bajo su responsabilidad.

Los CAPS comenzaron a surgir en las ciudades brasileñas en la década de los 80 y a recibir financiación específica del Ministerio de Salud a partir del 2002, cuando su expansión cobró un marcado ímpetu. En los últimos años su número se ha duplicado⁵ Véase la figura 5.

Figura N° 5. Crecimiento anual del número de CAPS



Fuente: Ministerio de Salud. Los datos del año 2005 fueron recabados hasta el mes de octubre.

⁵ Al final del 2006 hay en el país 1.011 CAPS establecidos en todos los estados.

Los CAPS se diferencian entre sí por su tamaño, capacidad de atención y clientela atendida, distinguiéndose según su estructura en CAPS I, CAPS II , CAPS III, CAPSi y CAPSad.

Los CAPS I son los centros de atención psicosocial de menor tamaño y son capaces de ofrecer respuesta efectiva a las demandas en salud mental a una población de 20.000 a 50.000 habitantes, población que corresponde al 19% de los municipios del país. Su personal mínimo consta de 9 profesionales de nivel medio y superior y atienden a adultos con trastornos mentales severos y persistentes, y/o con trastornos transitorios relacionados con el consumo de alcohol o drogas.

Los CAPS II son servicios de tamaño mediano, que cubren municipios de más de 50.000 habitantes (10% de los municipios brasileños) con una población equivalente a 65% de la población nacional. La clientela típica de estos centros está constituida por adultos con trastornos mentales agudos y persistentes. Los centros tienen un equipo mínimo de 12 profesionales de nivel medio y superior; su capacidad de seguimiento es de 360 personas por mes y funcionan los 5 días laborales de la semana.

Los CAPS III son los servicios de mayor tamaño en la red de CAPS y cubren municipios con más de 500.000 habitantes (0,63% de los municipios del país y 29% de la población total del país). Son servicios de la mayor complejidad, que funcionan 24 horas al día, todos los días del año. Disponen de un máximo de cinco camas y realizan, cuando es necesario, internamientos cortos, con un máximo de 7 días de duración. El equipo mínimo de estos establecimientos consta de 16 profesionales de nivel medio y superior, distribuidos en turnos diurnos, nocturnos y de fin de semana. Los equipos son capaces de hacer seguimiento de 450 usuarios por mes.

Los CAPSi se especializan en la atención de niños y adolescentes afectados por desajustes mentales y están situados en municipios con más de 200.000 habitantes. Funcionan los cinco días laborables de la semana y tienen la capacidad dar seguimiento a 180 niños y adolescentes por mes. Su equipo mínimo consta de 11 profesionales de nivel medio y superior.

Los CAPSad se especializan en la atención de personas que hacen uso peligroso riesgoso del alcohol y otras drogas. Se trata de centros ubicados en urbes de más de 200.000 habitantes o en ciudades que por su localización (municipios fronterizos o situados en rutas de traficantes) o por ser escenarios importantes desde el punto de vista epidemiológico. Funcionan durante cinco días a la semana y tienen capacidad para dar acompañamiento a 240 personas por mes. El equipo mínimo consta de 13 profesionales de nivel medio y superior.

Para finales del año 2005, existían en el país 251 CAPS I, 266 CAPS II, 25 CAPS III, 56 CAPSi y 91 CAPSad.

El perfil demográfico del municipio es uno de los criterios principales aplicados en el planeamiento de la red de atención en salud mental y de los CAPS. No obstante, el criterio poblacional es sólo un orientador y de hecho, el gestor local y otras instancias de gestión del SUS están en capacidad de determinar cuáles son las condiciones más adecuadas para definir los equipos que mejor respondan a las demandas de salud del municipio. Véase el cuadro 3

Cuadro N° 3. Perfil de los municipios brasileños y composición de la red de salud mental

Grupos poblacionales	N° de Municipios	% de municipios	Número de habitantes	% de población	Composición de la red de salud mental
Hasta 19.999	3.970	71,35	32.654.617	17,30	PSF y redes básicas de atención
De 20.000 a 49.999	1.026	18,44	31.001.201	16,83	CAPS I
De 50.0000 a 99.999	312	5,61	22.131.974	12,02	CAPS II
De 100.000 a 199.999	130	2,34	17.995.443	9,77	CAPS II, CAPSi y CAPSad
De 200.000 a 499.999	91	1,64	27.629.437	15,00	CAPS III y II, CAPSi y CAPSad
De 500.000 a 999.999	21	0,38	14.756.423	8,01	CAPS III y II, CAPSi y CAPSad
Mayores de 1.000.000	14	0,25	38.015.169	20,64	CAPS III y II, CAPSi Y CAPSad
Total	5.664	100	184.184.264	100	

Fuente: Ministerio de Salud / Instituto Brasileño de Geografía y Estadística - Estimación provisional, 2005

La posición estratégica de los CAPS como articuladores de la red y promotores de su autonomía es indiscutible. La tarea de promover la reinserción social exige, en efecto, una articulación amplia entre varios componentes o recursos asistenciales y sociales, jurídicos y educacionales. Los CAPS respaldados por una lógica comunitaria de atención de salud mental, disponen de la cooperación de todos esos elementos fundamentales para la reinserción social. Véase el cuadro 4⁶

Cuadro N° 4. Distribución de los CAPS por modalidades de cobertura y por estado. CAPS por 100.000 habitantes. Octubre de 2005

Estados hab.	Población	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total de dispositivos (ponderado)	CAPS por 100.000
Región norte								
Amazonas	3.232.330	0	0	0	0	0	0	0,00
Acre	669.736	0	1	0	0	1	2	0,30
Amapá	594.587	0	0	0	0	2	2	0,34
Pará	6.970.586	8	8	1	1	2	20	0,24
Tocantins	1.305.728	3	2	0	0	0	5	0,27
Roraima	391.317	0	0	0	0	1	1	0,26

⁶ En el 2006, la cobertura de CAPS en Brasil era 0,44 por 100.000 habitantes

Rondonia	1.534.594	2	3	0	0	0	5	0,26
Subtotal Reg. N.	14.698.878	13	14	1	1	6	35	0,19
Región noreste								
Alagoas	3.015.912	7	4	0	1	0	12	0,28
Bahía	13.815.334	16	18	2	3	3	42	0,25
Ceará	8.097.276	14	16	0	1	3	34	0,33
Maranhao	6.103.327	7	4	0	2	0	13	0,16
Paraíba	3.595.886	5	6	0	1	2	14	0,32
Pernambuco	8.413.593	3	13	1	2	5	24	0,27
Piauí	3.006.885	3	1	0	1	1	6	0,15
Rio Grande do Norte	3.003.087	2	6	0	1	3	12	0,37
Sergipe	1.967.791	7	1	2	1	2	13	0,53
Subtotal Reg. NE	51.019.091	64	69	5	13	19	170	0,28
Región centro-o.								
Distrito Federal	2.333.108	1	0	0	1	1	3	0,11
Goiás	5.616.917	4	6	0	1	3	14	0,21
Mato Grosso	2.803.274	14	1	0	2	3	20	0,46
Mato Grosso do Sul	2.264.468	3	5	0	0	1	9	0,33
Subtotal Región	13.020.767	22	12	0	4	8	46	0,27
Región sureste								
Espírito Santo	3.408.365	3	6	0	0	2	11	0,28
Minas Gerais	19.237.450	39	37	3	5	4	88	0,36
Rio de Janeiro	15.383.407	20	30	0	6	6	62	0,34
Sao Paulo	40.442.795	35	47	14	15	29	140	0,32
Subt. Reg. SE.	78.472.017	97	120	17	26	41	301	0,34
Región sur								
Paraná	10.261.856	5	11	1	4	8	29	0,26
Rio Grande do Sul	10.845.087	32	28	1	4	7	72	0,52
Santa Catarina	5.866.568	18	12	0	4	2	36	0,46
Subtotal Reg. sur	26.973.511	55	51	2	12	17	137	0,41
Brasil	184.184.264	251	266	25	56	91	689	0,31

Fuentes: Ministerio de Salud

Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) – estimación provisional, 2005

Observación: para el cálculo del indicador CAPS/100.000 hab. Se considera que los CAPS I cubren 50.000 habitantes, los CAPS III cubren 150.000 y que los CAPS II, CAPSi y CAPSad dan cobertura a 100.000 habitantes

Salud mental y atención primaria: articulación con el programa de salud de la familia

El desarrollo de la estrategia Salud de la Familia en los últimos años señala un progreso indiscutible en las políticas del SUS. El Programa de Salud de la Familia (PSF), creado en la década de los años 90, ha venido invirtiendo sus recursos en la promoción de la salud colectiva y en la prevención de las enfermedades, habiendo alcanzado importantes resultados. Cabe señalar que la cobertura del programa, realizada por los equipos de atención básica, abarca todo el país; el examen de sus actividades ha demostrado que estos equipos se enfrentan con frecuencia con problemas de salud mental.

Cada equipo del PSF, de los que hay 23.644, está compuesto por médico, enfermero, auxiliar de enfermería y agente comunitario de salud y da cobertura hasta a 1.000 familias de un municipio o barrio. La proximidad a las familias y comunidades convierte a los equipos en un importante recurso estratégico para enfrentar importantes problemas de salud pública como los representados por el abuso del alcohol y las drogas así como otras formas de sufrimiento psíquico. Se puede decir que todo problema de salud es también un problema de salud mental, y viceversa, que todo problema de salud mental es siempre un problema de salud. En otras palabras, se puede aseverar que siempre será importante la articulación de los programas de salud mental con los de atención básica de la salud.

A pesar de todo, no siempre la atención básica de salud tiene las condiciones necesarias para llevar a cabo las tareas mencionadas. Por esta razón, el Ministerio de Salud viene fomentando las políticas de expansión de los servicios y la reformulación y evaluación de los programas de atención básica, habiendo elaborado directrices que incluyen la dimensión subjetiva de los usuarios y los problemas más frecuentes de salud mental. De hecho, gran parte de las personas con trastornos mentales leves o severos vienen en efecto siendo tratadas por los equipos de atención básica situados en grandes o pequeños municipios. La asunción de este compromiso es una forma de responsabilización en relación a la protección de la salud, la búsqueda de prácticas eficaces y la promoción de la equidad, la integridad y la ciudadanía en un sentido general, especialmente en los pequeños municipios donde no es necesario el establecimiento de CAPS.

El Ministerio de Salud elaboró en los últimos años las directrices y condiciones para que en los municipios con menos de 20.000 habitantes (el 70% de los municipios del país donde reside el 18% de la población) se estructurase la red de cuidados en salud mental a partir de la atención básica. En estos municipios, pequeños equipos de salud mental, basados en CAPS o en ambulatorios vecinos, podrían dar apoyo técnico y compartir la atención de algunos casos con los equipos de atención básica. Las actividades de apoyo, prestadas por agentes de salud mental, podrían incluir supervisiones periódicas, discusión de casos, atención conjunta y capacitación. Al mismo tiempo, se podrían establecer estrategias conjuntas para el abordaje de problemas vinculados a la violencia, el abuso del alcohol y otras sustancias, manejo de la epilepsia, reducción de daños, combate de la exclusión y el estigma y fomento de la movilización de recursos comunitarios para la rehabilitación psicosocial.

La red de salud mental de la infancia y adolescencia

En Brasil es histórica la abstención de la salud pública en la formulación de las políticas de salud mental de la infancia y adolescencia. Esa laguna facilitó por años la creación de una red asistencial de salud mental de la infancia y adolescencia basada en instituciones filantrópicas y privadas, con un fuerte componente tutelar (albergues, escuelas especiales, educación especial, centros para deficientes mentales y clínicas para autistas). Fue partir del año 2003 cuando el Ministerio de Salud empezó a formular directrices para una red de asistencia de base comunitaria y carácter intersectorial, de acuerdo con los principios de la Reforma Psiquiátrica.

La creación del Foro Nacional de Salud Mental de Niños y Adolescentes fue fundamental para posibilitar la amplia participación de la sociedad en la elaboración de propuestas en este campo. En su composición participan voceros de instituciones gubernamentales, de sectores de la sociedad civil y entidades filantrópicas, agentes de la justicia y representantes de la Agencia Promotora de la Infancia y la Juventud. El Foro procura incorporar en su programa las orientaciones del *Estatuto del Niño y del Adolescente* (ECA), importante documento legal aprobado en 1990, cuyo objetivo es asegurar los derechos de ciudadanía a niños y jóvenes. El Foro se configura así como un instrumento de gestión que resalta la presencia y da posibilidades de resolución a muchos problemas relativos a la salud mental de niños y adolescentes que por largo tiempo fueron ignorados o relegados a un segundo plano. En el 2005, el Foro divulgó las primeras directrices para la desinstitucionalización de niños y adolescentes en el territorio nacional.

Entre las funciones del Foro está la promoción de una articulación eficaz entre los diferentes campos de atención de niños y jóvenes y el fomento de la expansión de una red comunitaria de atención en salud mental para este grupo. En este sentido, la expansión de la red de los CAPSi es fundamental para cambiar los paradigmas de asistencia a niños y adolescentes. Los CAPSi en colaboración con el Foro han elaborado un conjunto de directrices para quienes brindan atención a niños y adolescentes en las que se recomienda:

- Reconocer la necesidad de aceptar como portadores de pedidos legítimos que deben atenderse, a los adolescentes, niños o sus acompañantes que acudan a los servicios en busca de la asistencia necesaria.
- Tomar bajo su responsabilidad la prestación de cuidados a ese grupo, sea mediante procedimientos propios o por medio de la gestión de otros dispositivos del mismo o de otro campo. En caso de proceder a hacer una referencia, ésta deberá definir la acción del ente responsable al que se transfiere el caso.
- Conducir las acciones de modo que apoyen a lo largo del proceso la condición del niño o adolescente como sujeto de derecho y de responsabilidad, tanto en su dimensión subjetiva como social.

- Comprometer en el proceso de atención a los responsables por el niño o joven a su cuidado, sean aquéllos familiares o instituciones, identificándolos igualmente como sujetos de demanda.
- Garantizar que las acciones de atención que se apliquen estén fundamentadas por los recursos técnicos y científicos a disposición de los profesionales y técnicos o del equipo a cargo; que sean discutidas por los miembros del equipo y que estén siempre en consonancia con los principios y directrices vigentes, establecidas en las políticas públicas de salud mental.
- Mantener abiertos los canales de articulación con otros equipos del territorio, de modo que operen con la lógica de la red ampliada de atención.

IV. Salud mental e inclusión social. Ampliación de la red

Programa de inclusión social por el trabajo

Uno de los principales desafíos de la Reforma Psiquiátrica es el fortalecimiento del papel del trabajo como instrumento de inclusión social de los usuarios de los servicios. A pesar de que los óptimos resultados de los diferentes dispositivos de la red de salud mental, obtenidos mediante la creación de cooperativas y asociaciones y el establecimiento de talleres de generación de renta, estas iniciativas se caracterizan por su frágil sustento institucional y financiero. En este contexto, la Economía Solidaria, movimiento de lucha contra la exclusión social y económica, surge como un aliado natural para el combate contra la exclusión de las personas con trastornos mentales en el mercado de trabajo. Los movimientos de Reforma Psiquiátrica y Economía Solidaria comparten principios fundamentales en cuanto sustentan posiciones éticas, políticas e ideológicas comunes, en pro de una sociedad solidaria. Fue apenas en el año 2004 cuando ambos movimientos llegaron a encontrarse, reconocerse y dialogar, iniciando una colaboración permanente en este campo.

Los postulados de la Economía Solidaria son hoy parte de la política del Ministerio de Trabajo y Empleo. Se trata de un movimiento organizado en respuesta a la exclusión de personas en el campo de trabajo por razón de género, raza, estilo de vida e instrucción, entre otros factores. El horizonte de Economía Solidaria está señalado por la solidaridad como norma social y sus acciones se orientan a la promoción de empresas colectivas y autogestionadas como respuesta a la exclusión en el mercado.

En 2004, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Empleo promovieron conjuntamente el Primer Taller Nacional de Experiencias de Generación de Renta de Usuarios de Salud Mental. Este hecho, unido a la celebración del Encuentro Nacional de Centros de Atención Psicosocial, estimuló el primer contacto entre iniciativas de generación de renta en todo el país. El diálogo establecido posibilitó la generación de políticas de salud mental y economía solidaria y al mismo tiempo sentó las bases para

acciones concretas, al punto que hoy existen en el país 156 iniciativas de generación de renta, cooperativas y grupos de trabajo. Aproximadamente 2.500 personas, entre usuarios, familiares y técnicos participan en esas iniciativas. Estas experiencias, aunque heterogéneas, comparten el determinante ético del fomento de la autonomía e inclusión social y han tenido lugar, en su mayoría, bajo el patrocinio de los CAPS y de los Centros de Convivencia y Cultura.

En julio de 2005 el Ministerio de Salud estableció una línea específica de incentivo financiero para los municipios que desarrollasen actividades de inclusión social por el trabajo para personas con trastornos mentales o con trastornos relacionados con el abuso del alcohol y otras drogas. Conviene subrayar que fue en esta ocasión cuando estas iniciativas empezaron a recibir fondos federales.

El programa de Inclusión Social por el Trabajo, puesto en marcha por los Ministerios de Trabajo y Empleo y de Salud, vino a articular definitivamente la salud mental y la economía solidaria. El financiamiento de las iniciativas y la discusión permanente de sus dilemas prácticos y teóricos son, indudablemente, pasos importantes para la consolidación de la reforma psiquiátrica brasileña

Centros de convivencia y cultura: una propuesta en debate

Los centros de convivencia y cultura han venido consolidándose en algunos municipios, como Belo Horizonte y Campinas, como un dispositivo innovador que desempeña un papel estratégico en la lucha por la inclusión social de las personas aquejadas por trastornos mentales. Estos centros se vienen destacando como una de las experiencias singulares de la Reforma Psiquiátrica en respuesta al desafío que representa la provisión de cuidados adecuados y el alcance de la inclusión social. El Ministerio de Salud, por su parte, propicia debates en torno a la viabilidad del fortalecimiento y expansión de este dispositivo en todo el país.

Los centros de convivencia y cultura son parte de los instrumentos públicos que conforman la red de servicios substitutivos en salud mental. Esos centros, mediante la provisión de espacios para la convivencia y la resolución de diferencias en las comunidades, facilitan la formación de nexos sociales y la inclusión en la sociedad de personas con trastornos mentales. El valor estratégico de estos centros para hacer efectiva la inclusión social reside fundamentalmente en haber sido concebidos en el campo de la cultura y no exclusivamente en el de la salud. Los centros no son por lo tanto equipos asistenciales ni dispensan atención médica o terapéutica. Son dispositivos que se ofrecen a las personas con trastornos mentales como espacios de articulación con la vida cotidiana y la cultura.

La clientela de los centros de convivencia y cultura esta compuesta, sobre todo pero no exclusivamente, por personas con trastornos mentales severos o persistentes. El

principal eje de los centros son sus talleres y las actividades colectivas que promueven. Por otra parte, los centros brindan un apoyo esencial a los CAPS, centros de salud, servicios residenciales terapéuticos y demás componentes de la red de asistencia social así como a dependencias de los sectores trabajo, cultura y educación. Algunos de los centros vienen funcionando como incubadores de experiencias de generación de renta.

Por reunir las características citadas, los centros de convivencia y cultura suelen establecerse solamente en aquellos municipios que ya dieron una repuesta pública y efectiva al problema de la atención de los pacientes con trastornos mentales severos y persistentes. Su implementación tiene sentido en aquellas localidades donde la red substitutiva de servicios de salud mental del SUS cuenta con la cobertura adecuada. El Ministerio de Salud recomienda la implementación de estos centros en municipios con más de 200.000 habitantes. No obstante, todavía es objeto de debate en diversos foros si se adopta o no una política de financiamiento, control y evaluación de esas entidades.

La participación y protagonismo de los familiares y usuarios de los servicios

El proceso de Reforma Psiquiátrica es un proyecto de horizonte democrático y participativo. Los protagonistas de este proceso son los gestores del SUS, los trabajadores de salud y principalmente los usuarios de los CAPS y otros servicios sustitutivos, lo mismo que sus familiares. Hoy existen en casi todos los estados del país asociaciones de usuarios y familiares, cuyas experiencias potencializan el proceso de Reforma Psiquiátrica. Organizados en asociaciones, usuarios y familiares pasan a relatar sus vivencias, discutir las características de los equipos de salud y participar en una discusión de la Reforma Psiquiátrica que trasciende el campo técnico. De esta manera, usuarios y familiares entran en la escena del debate político y se comportan como actores y protagonista de la Reforma. La II Conferencia Nacional de Salud Mental, realizada en 1992 acoge, por primera vez en la historia, la participación expresiva de usuarios de salud mental y sus familiares. Cabe notar que la participación de los usuarios y sus familiares no se da solamente en las instancias previstas por las estructuras del SUS sino que su lucha por una sociedad sin manicomios trasciende los límites de los organismos de salud. En conclusión, puede decirse que el gran desafío de la Reforma Psiquiátrica es facilitar un nuevo lugar social para los “locos”.

V. Política de alcohol y otras drogas

Antecedentes: La omisión histórica de la salud pública

La salud pública brasileña no se ha ocupado debidamente de los problemas relacionados con la prevención y el tratamiento de los trastornos asociados con el consumo de alcohol y otras drogas. Existía una laguna en la política de salud que dejaba la solución de los problemas a las instituciones de justicia, seguridad pública y educación. La complejidad de la situación contribuyó a la relativa ausencia del Estado y permitió la diseminación en todo el país de “alternativas de atención”, de carácter total, cerradas y basadas en una práctica predominantemente psiquiátrica o de cuño religioso, cuyo objetivo principal era lograr la abstinencia. La red de instituciones comprometidas, que eran en su mayoría de naturaleza filantrópica, cumplía un papel relevante; no obstante que era evidente la necesidad de la asunción por la salud pública de una política más clara y determinante.

Las implicaciones sociales, psicológicas, económicas y políticas del uso de drogas no eran consideradas en la visión global del problema y su visión distorsionada acabó por promover la diseminación de una cultura asociada con el uso de drogas y las prácticas criminosas. El combate del consumo de estas sustancias hace que el individuo y su entorno queden relegados a un plano menos importante. Lo anterior ha sido confirmado por muchas proposiciones y abordajes preventivos/terapéuticos, usualmente ineficaces y en ocasiones reforzadoras del consumo abusivo y/o de la dependencia. En el Brasil el uso del alcohol y de otras drogas ha estado históricamente asociado con el crimen y con las prácticas antisociales; de otra parte, la oferta de “tratamientos” se ha inspirado en modelos de exclusión/separación de los usuarios. Las iniciativas gubernamentales se restringían a unos pocos servicios ambulatorios u hospitalarios, en general vinculados a programas universitarios. No había una política nacional ni del sector de la salud pública.

Es sólo en el año 2002, siguiendo las recomendaciones de la III Conferencia Nacional de salud Mental, cuando el Ministerio de Salud pasó a implementar el *Programa Nacional de Atención Comunitaria Integrada, dirigida a los Usuarios de Alcohol y otras Drogas*. En él se reconocía el uso perjudicial de sustancias como un problema de salud pública y para su solución se gestó una política pública específica. Su principal estrategia fue la ampliación del acceso al tratamiento, la promoción de los derechos y la reducción de los daños, dentro de un enfoque integral y dinámico.

La constatación de que el uso de sustancias se había transformado en un grave problema de salud pública encontró resonancia en la sociedad debido a la relación comprobada entre el consumo de drogas y las transgresiones sociales. El problema tiene dimensiones mundiales, de suerte que la Organización Mundial de la Salud ha estimado que cuando menos del 10% de la población de centros urbanos en el mundo practica el

consumo peligroso de sustancias psicoativas, independientemente de la edad, sexo, grado de instrucción y poder adquisitivo.

En Brasil y en otros países el uso de alcohol impone una pesada carga, consecuencia de conductas indeseables, extremadamente costosas para la sociedad. La magnitud y complejidad del cuadro epidemiológico recomienda adoptar una amplia gama de respuestas políticas para enfrentar los problemas derivados del consumo. Los cuadros 5 y 6 muestran las tasas de prevalencia del uso de vida y dependencia del alcohol y demás drogas en la población brasileña.

Cuadro N°. 5. Distribución porcentual del uso de vida y dependencia del alcohol según género y grupo etario

Grupo etario	Uso alguna vez en la vida (%)			Dependencia (%)		
	Hombres	Mujeres	Promedio	Hombres	Mujeres	Promedio
12-17 años	52,2	44,7	48,3	6,9	3,5	5,2
18-24 años	78,3	68,2	73,2	23,7	7,4	15,5
25-34 años	85,6	67,6	76,5	20	7,1	13,5
> 34 años	82,1	59,5	70,1	16,1	5,1	10,3
Promedio	77,3	60,6	68,7	17,1	5,7	11,2

Fuente: Primera encuesta domiciliar sobre el uso de drogas psicotrópicas, CEBRID, 2002.

Cuadro N° 6. Distribución Porcentual del uso de vida y dependencia de otras drogas.

Sustancia	Uso alguna vez en la vida (%)			Dependencia (%)		
	Hombres	Mujeres	Promedio	Hombres	Mujeres	Promedio
Tabaco	46,2	36,3	41,1	10,1	7,9	9
Mariguana	10,6	3,4	6,9	1,6	0,3	1
Solventes	8,1	3,6	5,8	*	*	0,8
Benzodiace- pínicos	2,2	4,3	3,3	*	*	1,1
Cocaína	3,7	0,9	2,3	*	*	*

*Datos no presentados por los investigadores debido a la baja prevalencia.

Fuente: Primera encuesta domiciliar sobre el uso de drogas psicotrópicas, CEBRID, 2002.

Organización de la red de atención

La necesidad de definir estrategias específicas para la conformación de una red de atención a los usuarios de alcohol y de otras drogas llevó al Ministerio de Salud en 2002 a instituir, en el ámbito del SUS, el Programa Nacional de Atención Comunitaria Integrada para Usuarios de Alcohol y Otras Drogas. El programa comprende acciones de promoción, prevención, protección de la salud y educación de quienes hacen uso perjudicial del alcohol y otras drogas. A tal fin establece una red estratégica de servicios extrahospitalarios para esta clientela, articulada con la red de atención psicosocial y basada en la estrategia de reducción de daños.

Los CAPSad, Centros de Atención Psicosocial para la atención de pacientes con dependencia y/o uso perjudicial de alcohol y otras drogas, son los dispositivos estratégicos de esta red, establecidos preferentemente en grandes regiones metropolitanas y en regiones o municipios fronterizos cuyos indicadores epidemiológicos así lo recomienden. Los CAPSad, así como los demás dispositivos de la red deben hacer uso deliberado y eficaz de los conceptos de territorio y red y de la lógica de reducción de daño, procurando activa y sistemáticamente identificar las necesidades de manera congruente con el medio cultural y con la comunidad y de acuerdo con los principios de la reforma psiquiátrica.

Otros componentes importantes de la red son implementados mediante los incentivos dados por el Programa de Atención Integral a estados y municipios. Las acciones se realizan en el ámbito de la atención primaria en articulación con las redes de

apoyo social, en los hospitales generales, en las salas de emergencia y en la red hospitalaria de asistencia a los consumidores de alcohol y otras drogas. Como en otras áreas de salud mental la organización de la red debe ser diversificada, compleja, con abordajes diversos y enmarcadas en la perspectiva de la integración social del usuario.

Estrategias para la reducción de daños asociados con el consumo perjudicial de sustancias

El concepto de reducción del daño constituye uno de los fundamentos orientadores de las políticas de alcohol y drogas del Ministerio de Salud. Esta estrategia, asumida por el Ministerio de Salud desde 1994, en el campo de la prevención de enfermedades transmisibles, es reconocida internacionalmente como una alternativa pragmática y eficaz en el área de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. En el campo del alcohol y otras sustancias, la reducción del daño es una estrategia que busca reducir los perjuicios causados por el abuso de drogas lícitas e ilícitas, rescatándole al usuario su papel autorregulador sin que se le exija abstinencia inmediata al mismo tiempo que se incentiva la movilización social.

Las estrategias de la reducción de daños y riesgos asociados al consumo de las drogas han permitido que los servicios de salud acojan, sin enjuiciamiento, las demandas de cada usuario, ofreciéndole lo que es posible y necesario y estimulando su compromiso y participación. Las estrategias de la reducción del daño social reconocen las singularidades de cada usuario y diseñan con él las estrategias dirigidas a la defensa de su vida. Este marco ético pone de manifiesto que el abordaje de reducción de daños, utilizado en otras condiciones y enfermedades, es también aplicable a la atención de personas que usan de manera peligrosa el alcohol y otras drogas y a la prevención de las consecuencias negativas.

Las estrategias de reducción de daños favorecen el acceso a los servicios de salud, especialmente de aquellos usuarios que no han tenido contacto con el sistema. La distribución de insumos (jeringas, agujas, pipas, etc.) contribuye a la prevención de la infección por los virus de inmunodeficiencia adquirida y de la hepatitis B y C. También forma parte de las estrategias la elaboración y distribución de materiales educativos en los que se enseña sobre las maneras más seguras para consumir alcohol y otras drogas y se habla de las consecuencias negativas del hábito. Los programas de prevención de accidentes y violencia asociados al consumo han aumentado, lo mismo que el número de unidades de tratamiento para el uso nocivo de sustancias.

VI. Principales desafíos de la Reforma Psiquiátrica

Accesibilidad y equidad

Algunos desafíos que enfrenta la Reforma son también retos encarados por el Sistema Único de Salud:

- Se estima que un 3% de la población nacional necesita cuidados continuos en salud mental debido a que padecen trastornos psíquicos severos y persistentes (psicosis, neurosis graves, trastorno grave del humor, deficiencia mental con serias dificultades de adaptación). En Brasil, cerca de 5 millones de personas están en esa situación, lo que demanda el establecimiento de una red de cuidados sólida diversificada y efectiva.
- Del 10 al 12% de la población no sufre serios trastornos pero precisa de cuidados en salud mental bajo la forma de consulta médico-psicológica, consejería, grupos de orientación y otras formas de abordaje.
- El modelo centrado en el hospital así como los centros ambulatorios de especialidades, por el hecho de concentrar los recursos y tener baja cobertura, no garantizan la accesibilidad de los servicios.
- Si no se refuerza la red básica o de atención primaria de salud, no es posible dar respuestas efectivas a las situaciones de alteración de la salud mental, lo que representa otra restricción a la accesibilidad.
- Los trastornos graves asociados al consumo del alcohol y otras drogas, excepto el tabaco, afectan al menos al 10% de la población por encima de los 12 años, siendo el impacto del alcohol 10 veces mayor que el del conjunto de las drogas ilícitas. La criminalización del consumo agrava la vulnerabilidad de los usuarios de droga, lo que exige una articulación efectiva y original entre la red de cuidados y otras políticas sectoriales, como justicia, seguridad, trabajo y educación. Sin esa articulación y cooperación el acceso efectivo a la prevención y al tratamiento no está asegurado.
- La calidad de la atención debe garantizarse en todas las regiones del país, hasta en las más necesitadas y distantes de los centros universitarios. Un medio de asegurar la calidad consiste en la capacitación y supervisión de agentes multiplicadores. Las grandes distancias que separan muchas comunidades de las instituciones de formación e investigación en salud pública en Brasil agrava estas carencias en el campo de la formación y calificación de profesional.

Formación de recursos humanos

Uno de los principales retos que enfrenta el proceso de consolidación de la Reforma Psiquiátrica es la formación de recursos humanos capaces de superar el paradigma de la locura y de la tutela del enfermo mental. El proceso de reforma exige cada vez más la formación técnica y teórica de los trabajadores, muchas veces

desmotivados por los bajos salarios o por contratos irrisorios de trabajo. Por esta razón el Ministerio de Salud inició en el año 2002 el Programa Permanente de Formación de Recursos Humanos para la Reforma Psiquiátrica, que incentiva, apoya y financia el establecimiento de núcleos de formación mediante convenios establecido con instituciones formadoras, especialmente universidades federales. A partir del 2003 el Ministerio instituyó una entidad más amplia, La Secretaría Nacional de Gestión del Trabajo en Salud, destinada a suplir las necesidades cualitativas y cuantitativas de recursos humanos del SUS. En el campo de la salud mental existen hoy 21 núcleos regionales que funcionan en 15 estados, donde se ofrecen cursos de especialización y de actualización para trabajadores de atención básica y de los CAPS. Cada año se gradúan cerca de 1500 profesionales (cursos académicos de 360 horas) y aproximadamente 6000 trabajadores de diferentes niveles de escolaridad (cursos de corta duración, de más de 40 horas).

El debate cultural: estigma, inclusión social, superación del valor atribuido al modelo centrado en el hospital y papel de los medios de comunicación

El proceso de Reforma Psiquiátrica se acompañó, a partir de la década de los años 90, de un intenso debate entre especialistas, escuelas profesionales, familiares, usuarios, medios masivos de comunicación y población en general. Se hicieron algunos progresos en el combate del estigma, especialmente mediante la promoción de la inclusión social de los pacientes. Tal es el caso de las residencias terapéuticas, los proyectos de generación de renta y las actividades culturales promovidas por la red de servicios.

Se han venido constituyendo diversos grupos culturales asociados con la reforma, que realizan actividades teatrales, musicales y en las áreas de las artes plásticas, radiodifusión, televisión experimental, folklore y literatura, campos en los que ya existe una producción significativa. De este modo los grupos culturales ya establecidos han venido a hacer aportes al debate de la reforma y a ayudar a enfrentar los desafíos que presentan el estigma y el modelo asistencial custodial. Un ejemplo relevante es el Teatro del Oprimido, fundado y dirigido por Augusto Boal, que participa en actividades de los CAPS y otros centros en diversos estados del país. Algunos municipios como Aracaju han realizado exitosas campañas de radio y televisión en las que se divulgan pormenores de la nueva red de servicios y de los principios de la reforma.

El debate científico: su relevancia

Desde el inicio del debate nacional sobre la Ley de Reforma Psiquiátrica, en 1989, tuvo lugar entre los medios profesionales y científicos un importante debate sobre el cambio de modelo asistencial e incluso sobre las concepciones de la locura, el sufrimiento moral y los medios terapéuticos para tratarlos. El debate aún subsiste y está presente en las universidades, servicios, congresos científicos y en las publicaciones de asociaciones y consejos profesionales.

En un primer momento, las asociaciones familiares se unieron en coro a las críticas hechas al proceso de reforma. Esa posición fue cambiando a lo largo del tiempo a medida que los familiares eran llamados a desempeñar el importante papel de “asociados del tratamiento” en los sitios de atención, esto es en los CAPS, ambulatorios, residencias terapéuticas y redes básicas de servicios. De hecho, en esos primeros momentos, uno de los argumentos que los familiares repetían era la exigencia de que el nuevo modelo participara del aporte científico de la psiquiatría, bajo el supuesto de que éste estaba presente en el modelo antiguo pero no en los nuevos dispositivos de atención.

Las críticas que se hicieron en el ambiente académico a los nuevos servicios frecuentemente revestían la forma de duros ataques a la calidad del trabajo en la red pública de atención. La reforma trajo al debate científico sobre psiquiatría y salud mental el tema de la inhóspita organización de los servicios, el enfoque de salud pública y la necesidad de garantizar la accesibilidad y garantía de la calidad de la atención a toda la población, lo que fue motivo de serias discusiones.

La producción científica brasileña sobre temas de psiquiatría y salud mental en el campo de la salud pública está aún muy restringida. Por otra parte, la dimensión de política pública comienza a adquirir valor en la enseñanza de la investigación clínica y epidemiológica dentro del campo de la salud mental.

En lo que atañe al debate científico, el Ministerio de Salud en asociación con el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, invitó a centros científicos brasileños de alto nivel académico a que asumiesen la tarea de analizar los nuevos servicios y el nuevo modelo de atención. Se instituyó una significativa línea de financiamiento de investigación que despertó el interés de ciento cuarenta grupos de investigación de diversas universidades. De esta manera los desafíos de salud pública, colocados en la agenda de la psiquiatría y la salud mental por el proceso de reforma psiquiátrica, se han tornado hoy en un tema irrecusable para las instituciones de formación e investigación en el Brasil.

REFERENCIAS

Los títulos que aparecen a continuación pueden ser obtenidos en los archivos disponibles en el Ministerio, pudiendo ser recuperados por medios electrónicos en el sitio <http://pvc.datasus.gov.br>:

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

_____ *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

_____ *Manual do Programa De Volta para Casa*. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

_____ *A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____ *Residências Terapêuticas: o que são e para que servem*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____ *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

PRINCIPIOS DE BRASILIA

Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas

El Ministerio de Salud de la República Federativa de Brasil, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocaron al personal gubernamental de salud mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares a la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas”, los días 7 a 9 del mes de noviembre del año 2005, con el fin de evaluar los desarrollos producidos desde 1990.

LOS PARTICIPANTES DE LA CONFERENCIA,

DESTACAN

Que la Declaración de Caracas surgió como resultado de un análisis crítico del estado de la atención de salud mental en las Américas, que hacía ineludible su reforma;

Que en la Declaración de Caracas consideró que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el hospital psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención y por acciones de salvaguarda de los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales; y

Que la Declaración de Caracas ha sido endosada por todos los países de la Región de las Américas.

NOTAN

Que en los últimos quince años se han producido en el nivel regional avances en la reestructuración de la atención psiquiátrica;

Que las Resoluciones de los Consejos Directivos de la OPS en 1997 y 2001 constituyen importantes apoyos a los principios de la Declaración de Caracas;

Que los Estados Miembros de la OPS adoptaron en septiembre del 2005 la Declaración de Montevideo, la cual contiene nuevas orientaciones sobre la Atención Primaria de Salud, tales como la creación de sistemas sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención; y

Que la OMS ha formulado principios rectores que orientan la reforma de la atención de la salud mental a nivel global, los cuales fueron incluidos en el Informe Mundial de Salud Mental del 2001 y en otros programas e iniciativas.

TOMAN CONOCIMIENTO

Que los principios esenciales de la Declaración de Caracas están siendo implementados exitosamente en numerosos países de la Región;

Que con el transcurso del tiempo valiosas experiencias y lecciones se han acumulado, tanto de éxitos como de obstáculos;

Que la Declaración de Caracas ha sido utilizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como un estándar para interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos legales en los informes relacionados con los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales;

Que existen experiencias exitosas en algunos países que sirven de referencia para la OMS en sus acciones globales, tales como la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil, que promueve la movilización cultural, la reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención; y la reforma en Chile, que prescribe la integración de la salud mental dentro de las redes de servicios de salud pública. Cabe destacar ejemplos adicionales, entre otros, la integración de salud mental en la Atención Primaria de Salud y el desarrollo de servicios de salud mental infanto-juveniles en Cuba; aspectos sobresalientes del “Modelo Nacional Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental”, cuyo desarrollo contempla importantes acciones de prevención, hospitalización breve y reintegración social en México; el desarrollo de servicios de salud mental basado en la utilización de enfermeras calificadas en Belice y Jamaica; la atención a grupos vulnerables en El Salvador, Guatemala y Nicaragua; y el desarrollo de un sistema de salud mental descentralizado en Panamá.

REITERAN

La validez de los principios rectores señalados en la Declaración de Caracas con relación a:

El papel central que corresponde a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales;

La necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren:

1. La provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo, cuando sea necesario, la admisión en hospitales generales;
2. La formulación de respuestas que prevengan el surgimiento de nuevas generaciones de personas enfermas afectadas por trastornos psiquiátricos de larga evolución y discapacidad psicosocial;
3. El establecimiento de vínculos sólidos con los servicios de Atención Primaria de Salud con alta capacidad resolutoria;

4. La participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental; y
5. La concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población.

Cabe subrayar que si mucho se ha avanzado, aun más debe ser hecho para cumplir las acciones pendientes derivadas de la Declaración de Caracas. Por ejemplo, continúa siendo excesivo el número de camas en los hospitales psiquiátricos y, por contraste, demasiado exiguo el número de servicios alternativos en la comunidad. Además, aún es insuficiente la capacidad de documentación, monitoría y evaluación.

ADVIERTEN

Que los servicios de salud mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en estos últimos quince años, tales como:

1. La vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis, que se ha incrementado notablemente;
2. El aumento de la morbilidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia;
3. El aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso del alcohol; y
4. El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas.

Por lo tanto,

LOS AUSPICIADORES DE LA CONFERENCIA RESUELVEN AUNAR ESFUERZOS A FIN DE:

1. Gestionar la realización de una Reunión Regional de Ministros de Salud que tenga como objetivo la formulación de un Plan de Acción Regional con metas definidas;
2. Continuar sensibilizando a las autoridades nacionales respecto a la necesidad imperiosa de aumentar la inversión en salud mental para afrontar la dramática carga de morbilidad y discapacidad generada por los trastornos mentales;
3. Recopilar, documentar y diseminar las experiencias de atención en salud mental que hayan incorporado indicadores y estándares promovidos por la OPS y la OMS;
y
4. Promover los programas de colaboración bi y multilateral entre países para el desarrollo de servicios, capacitación e investigación.

**Y LLAMAN A TODAS LAS PARTES
INVOLUCRADAS A**

Continuar trabajando firmemente en la implementación de los principios éticos, jurídicos, técnicos y políticos incluidos en la Declaración de Caracas.