

Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina

Aspectos de
Salud Mental

La Declaración de Caracas, firmada en 1990, representa un hito fundamental en la historia de la salud mental en las Américas (González & Levav 1991). Los dos objetivos fundamentales 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.

Desde entonces, se registraron enormes avances en el conocimiento en las diversas áreas relacionadas con la salud mental. En general, estos logros han confirmado la relevancia, la urgencia y la 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. Los estudios de epidemiología psiquiátrica aportaron, en los últimos veinte años, amplia evidencia de la elevada prevalencia de los trastornos mentales en América Latina (Caraveo et al. 1995, Filho et al. 1992, Minobe et al. 1990, Vicente et al. 1994, Medina-Mora et al. 2003), al igual que en otras partes del mundo. Estos estudios también permitieron mostrar que los trastornos mentales se encuentran frecuentemente asociados con las enfermedades físicas y que su prevalencia es particularmente elevada entre los consumidores de servicios de salud, tanto

en la atención primaria como de los servicios hospitalarios especializados.

Desde hace mucho tiempo se reconoce la asociación entre los trastornos mentales y el desempleo, la exclusión social, la pobreza, y el abuso de alcohol y drogas –condiciones que imponen costos elevados a la sociedad.

Gracias al desarrollo de la metodología de la Carga Global de Morbilidad (Murray y López 1996), que permite cuantificar una nueva variable –los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)– y medir el impacto no solamente de la muerte prematura sino también de la discapacidad resultante de las enfermedades, hoy sabemos que en la región de las Américas, durante el año 2000, los trastornos neuropsiquiátricos fueron responsables de 24% de la carga global de las enfermedades y que la depresión unipolar y el abuso de alcohol fueron las dos primeras causas de AVAD, con 8.1% y 4.4% de todos los AVAD, respectivamente (OMS 2001-a).

Los costos, en términos económicos, de los trastornos mentales en los países de América Latina no han sido aún debidamente estudiados. Sin embargo, los estudios realizados en América del Norte muestran que estos costos son extremadamente elevados. Uno de ellos mostró que los costos acumulados de las enfermedades mentales eran de \$148 billones por año y que más de la mitad de estos costos representaban pérdidas de productividad (Rice et al. 1995).

Su tratamiento en la comunidad no solamente se ha tornado posible en la mayor parte de los casos, sino que ha obtenido amplia

Autor

José Caldas de Almeida

Director del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Ciências Médicas de Lisboa. Jefe de la Unidad de Salud Mental de la OPS (2000-2005).

evidencia de mejor relación costo-efectividad que a través de los modelos hospitalarios tradicionales.

Los adelantos registrados en las neurociencias, la investigación psicosocial y de servicios de salud permitirán alcanzar un progreso espectacular en la comprensión de los trastornos mentales y la obtención de nuevos y más eficaces tratamientos. Un número considerable de casos de depresión y de trastornos de ansiedad puede ser tratado actualmente con gran efectividad, a través de la utilización de nuevos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos. El uso combinado de psicofármacos y de intervenciones psicosociales permite tratar, en la comunidad, a un gran número de personas que sufren de esquizofrenia, situaciones que recientemente exigían largos períodos de tratamiento hospitalario. Nuevos programas de rehabilitación psicosocial permiten la integración social de muchos pacientes aquejados de enfermedades mentales severas.

Los adelantos en la obtención de intervenciones efectivas para la prevención de las enfermedades mentales y promoción de la salud mental no han sido producidos a un ritmo tan rápido como en el caso de los tratamientos. A pesar de ello, ya se cuenta con una amplia gama de intervenciones de prevención y promoción de comprobada efectividad (por ejemplo, en las áreas de suicidio y violencia).

El desarrollo de modelos de servicios de salud mental con base en la comunidad que puedan proporcionar alternativas de mayor calidad que los tradicionales hospitales psiquiátricos, ha sido un objetivo fundamental de las reformas psiquiátricas promovidas en muchos países. La implementación de estos servicios no se ha efectuado con el ritmo deseado, principalmente por falta de recursos adecuados, insuficiencia de medios de planeamiento y limitado apoyo político. A pesar de estas dificultades, varios estudios que comparan la efectividad y los costos de los

nuevos modelos de servicios comunitarios con los modelos con base en el hospital psiquiátrico demuestran que cuando se respetan algunos principios de fundamental importancia en la organización de nuevos servicios, estos mejoran la relación costo-efectividad y por lo general son preferidos por pacientes y familiares. Los principios previamente mencionados son la accesibilidad, disponibilidad permanente, coordinación, equidad, autonomía y empoderamiento de los usuarios.

Experiencias exitosas de reforma llevadas a cabo en varios países de América Latina y el Caribe demostraron que la mejoría de la salud mental es posible en los países de la región, desde que exista voluntad política, asignación de recursos de acuerdo con la importancia relativa de la salud mental y capacidad técnica para implementar las reformas necesarias.

La situación actual

Desafortunadamente, a pesar de la justeza 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 siguen sin cumplirse enteramente. La reciente encuesta en México no deja margen para dudas: más del 80% de las personas identificadas en la comunidad con un diagnóstico de enfermedad mental no han tenido ningún contacto con servicios de salud en los doce meses previos (Medina-Mora et al. 2003). Estudios realizados en Brasil y Chile muestran tasas de prevalencia no tratada a nivel de la comunidad entre 44.4% y 58.0% de esquizofrenia y psicosis no afectivas, entre 53.3% y 84% de abuso de alcohol y drogas, y entre 46.2% y 49.4% de depresión mayor (Andrade et al. 1999, Vicente et al. 1994).

Una parte significativa de la atención psiquiátrica sigue siendo brindada en hospitales psiquiátricos, distantes de la residencia de

los pacientes, sin cumplir con las condiciones necesarias para asegurar cuidados de calidad, ni respetar los derechos humanos básicos. De hecho, a pesar de que la internación de los pacientes agudos en el hospital general es un principio recomendado por OMS/OPS, solamente 16.8% de las camas psiquiátricas en la región de las Américas se encuentra en los hospitales generales (OMS 2001-b). En la mayoría de los países de América Latina el porcentaje está muy por debajo de este valor promedio, lo cual es muy influenciado por la situación en América del Norte.

La presencia de dispositivos de salud mental en la atención primaria es en la actualidad una realidad en la mayoría de los países. Sin embargo, la capacitación de los profesionales de atención primaria es posible solamente en 41.9% de los países y el tratamiento de enfermedades mentales severas en atención primaria sólo se practica en 66.7% de los países de la región. Por otro lado, en un 10% de estos países la fenitoína, la amitriptilina y la clorpromazina, considerados medicamentos indispensables en el tratamiento de los trastornos neuropsiquiátricos, no están a disposición del público en los establecimientos de atención primaria (OMS 2001-b).

Esta realidad se debe en primer lugar a los escasos recursos asignados al campo de la salud mental. A pesar de ser responsable de 24% de la carga global de las enfermedades en las Américas, el sector de salud mental recibe solamente entre 2 y 5% del presupuesto sanitario en 46% de los países y menos de 2% en 30% de los países (OMS 2001-a).

Estas insuficiencias, concernientes a gran parte de la población, afectan de una forma muy especial a los grupos más vulnerables (niños, mujeres, adultos mayores, víctimas de desastres, poblaciones indígenas), que raramente encuentran respuestas adecuadas para sus necesidades específicas de atención en salud mental.

Existe, por lo tanto, una enorme brecha entre lo que realmente se hace en el ámbito de la atención psiquiátrica y lo que podría hacerse con los medios de intervención actualmente disponibles.

Implementación: un problema clave

La implementación ha sido indiscutiblemente uno de los aspectos en que se han registrado mayores dificultades en el desarrollo de las políticas y planes de salud mental en América Latina y el Caribe. Las dificultades registradas se relacionan con varios factores. La insuficiencia de recursos financieros es ciertamente un factor importante. Otro factor también relevante tiene que ver con el liderazgo y la coordinación de la implementación de la política y el plan. 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, el monitoreo de las reformas, etc. Para liderar este proceso y cumplir todas estas tareas, es fundamental la existencia de una unidad en el ministerio de la salud que disponga de la capacidad de tomar decisiones políticas, administrativas y financieras que son esenciales (o por lo menos la capacidad de influenciar la toma de estas decisiones). Esto significa que la unidad debe tener una posición en la orgánica del ministerio que le permita el acceso a los núcleos de decisión política y le garantice una 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 que ver con los servicios y sin ninguna capacidad de injerencia en el desarrollo de los hospitales psiquiátricos, como ocurre en algunos países de la región, la posibilidad de éxito en la implementación del plan de salud mental es nula.

La capacidad técnica de la unidad es otro aspecto importante. La implementación del plan de salud mental requiere actualmente capacidades técnicas en diversas áreas (epidemiología, evaluación de servicios, capacitación, salud mental de la infancia, etc.) y el equipo de la unidad de salud mental tiene que reunir “expertise” en estas diferentes áreas.

En todos los países de la región que lograron progresos importantes en la implementación de políticas y planes de salud mental en los últimos quince años, siempre hay unidades de salud mental que, de una forma u otra, reúnen las condiciones arriba mencionadas. Hay que utilizar la experiencia de estos países para fortalecer las unidades de salud mental de todos los países.

Contribuciones de la OPS/OMS

Uno de los principales objetivos de las iniciativas de cooperación técnica de la OPS/OMS 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 entrenamiento
- promoción de las buenas prácticas en los servicios de salud mental
- entrenamiento de los profesionales de salud mental
- promoción de iniciativas subregionales 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 ha realizado en coordinación con el Proyecto de Políticas y Planes de Salud Mental: Atendiendo a las Necesidades y Mejorando los Servicios, dirigido por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, de la OMS. Este proyecto brinda 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/).

El paquete para el desarrollo de políticas y planes de salud mental de la OMS consiste en 14 módulos que cubren los tópicos más relevantes en este campo: por ejemplo, Políticas, planes y programas de salud mental, Organización de los servicios, Capacitación de los recursos humanos, Sistemas de información, Calidad de los servicios, Políticas de salud mental para niños y adolescentes, Financiación, Legislación de salud mental, Salud mental y trabajo, entre otros. La OPS ha colaborado estrechamente en la elaboración de estas guías y en estos momentos promueve su publicación en español y portugués.

Algunas de estas guías se utilizaron como material de estudio en talleres de entrenamiento para responsables de unidades nacionales de salud mental en países de América Central y 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 elaboración y publicación de

guías específicas sobre este tema con la colaboración de expertos de varios países (Caldas de Almeida & Torres González 2005). 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 atención de día 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, basada en la evidencia científica actualmente disponible y en las experiencias más exitosas del proceso de reforma.

La experiencia personal reciente del autor de este trabajo, en el desarrollo de un plan nacional de salud mental en Portugal (Ministerio da Saúde, 2007), ha confirmado la utilidad de los módulos y de las guías de la OPS/OMS. Los módulos Políticas y Planes, Organización de servicios y Financiación, en particular, se han revelado instrumentos muy valiosos para definir estrategias, capacitar a los diferentes actores y promover su participación en el proceso de elaboración e implementación de las reformas necesarias para mejorar la atención en salud mental. La publicación en curso de todos los módulos en castellano ciertamente facilitará mucho la reforma de los servicios de salud mental en América Latina.

Referencias bibliográficas

Andrade LH, Amaro de Liolio C, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma area definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista de Psiquiatria Clinica* 1999; 26:1-6.

Caldas de Almeida JM, Torres González (eds). Atención comunitaria a personas con trastornos mentales severos. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2005. (Publicación Científica No. 601).

Caraveo-A J, Medina-Mora ME, Villatoro J, López-Lugo EK, Martínez-Velez A. Detection of mental health problems in childhood. *Salud Pública Mex* 1995; 37(5):446-51.

González Uzcategui R, Levav I (eds). Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1991.

Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Fleiz-Bautista C, et al. 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.

Ministerio da Saúde. Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Lisboa; 2007.

Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Sato T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). *Anales de Salud Mental* 1990; 6:9-20.

Murray CLJ, López AD (eds). The Global of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health

on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series), Vol. I. 1996.

OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (2001-a).

OMS. Atlas. Recursos de Salud Mental en el Mundo 2001. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (2001-b).

Rice D, Kelman S, Miller N et al. The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985. Publication No. (ADM)

90-1694, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, Rockville. 1995.

Vicente B, Rioseco P, Vielma M, Uribe M, Boggiano G, Torres S. Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Concepción. Revista de Psiquiatría 1994; 9:1050-1060.

Vicente B, Saldivia D, Rioseco P, Vielma M, Escobar B, Medina E, Cordero ML, Cruzat M, Vicente M. Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de seis meses. Revista de Psiquiatría 1994; 11:194-202.