

La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe

Aspectos de
Salud Mental

Resumen

Se realiza una breve reseña de los procesos de cambio ocurridos en la atención de salud mental en Latinoamérica y el Caribe en los últimos quince años, tomando como punto de referencia la Declaración de Caracas de 1990. En estos procesos de reestructuración la Organización Panamericana de la Salud ha jugado un papel importante al ofrecer cooperación técnica a los países.

Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años revelan una alta prevalencia de trastornos mentales y hacen un llamado a la acción, sobre todo teniendo en cuenta la respuesta insuficiente de los servicios. Por otro lado, la brecha de tratamiento, es decir, el número de personas portadoras de trastornos mentales que no reciben ningún tipo de tratamiento, puede exceder el 50% en muchas patologías.

Se detalla algunos de los problemas más comunes que enfrentan las redes de servicios de salud mental en los países latinoamericanos y caribeños. Las evaluaciones realizadas en Centroamérica muestran aún una estructura de servicios donde la mayoría de los recursos humanos y financieros sigue concentrada en los grandes hospitales psiquiátricos nacionales; y estos consumen hasta el 90% del presupuesto dedicado a la salud mental.

Se enfatiza en los principales documentos programáticos que pueden servir como base y guía para la acción en aquellos países que enfrentan los retos de la reestructuración de los servicios de salud mental. Se destaca los nuevos desafíos planteados en la Conferencia de Brasilia (2005), como son la atención de salud a problemas relacionados con la violencia, el alcoholismo y la conducta suicida; también la problemática psicosocial de los grupos vulnerables y la población infanto juvenil.

Finalmente, se resalta que, indudablemente, durante los últimos quince años la salud mental ha venido escalando posiciones en la agenda de los gobiernos y las sociedades de los países latinoamericanos y caribeños, hay experiencias locales y nacionales exitosas, se han desarrollado las asociaciones de usuarios y familiares e incrementado la lucha por la defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por trastornos mentales; también en el campo científico se han abierto posibilidades cada vez mayores de intervenciones eficientes. El futuro hoy es mucho más promisorio.

Summary

A brief review is made on the change processes carried out in mental health care in Latin America and the Caribbean over the past fifteen years, taking as reference the Caracas Declaration of 1990. In these restructure processes, the Pan-American Health Organization has played an important role by offering technical aid to different countries.

Epidemiologic studies accomplished over the last years reveal a high prevalence of mental disorders, and call for actions to be undertaken, especially considering the insufficient provision of services. On the other hand, the treatment gap, i.e. the number of persons with mental disorders receiving no treatment, may exceed 50% in many diseases. Some of the most common problems faced by the care network in mental health of Latin-American and Caribbean countries are detailed. Evaluations carried out in Central America, keep showing a service structure where most of the human and financial resources are still concentrated in the big psychiatric hospitals, consuming up to 90% of the mental health budget.

Emphasis is posed over the main programmatic documents which can serve as basis and guideline for action in those countries that face the threats concerning mental health services restructure. New challenges stated at the Brasilia Conference (2005) are highlighted, including health assistance in situations related to violence, alcoholism and suicidality, as well as psychosocial problems of vulnerable groups and child and adolescent population.

The paper ends outstanding the unquestionable fact that, along the last fifteen years, mental health issues have been climbing up in their position within the agendas of Latin-American and Caribbean governments and societies. There are successful local and national experiences, while associations of patients and family members have been developing, increasing the struggle for the defense of human rights of persons affected by mental disorders. Likewise, in the scientific field, wider possibilities of more efficient interventions have opened. Future is much more promissory today.

Autor

Jorge Rodríguez

Médico Psiquiatra. MD, PhD. Jefe de la Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Introducción

En América Latina y el Caribe el desarrollo de la atención psiquiátrica ha debido enfrentar serias limitaciones y dificultades, debido a que la Salud Mental no se ha considerado, por lo general, prioritaria en las agendas gubernamentales.

Como respuesta a esta situación, desde 1990, se gestó un movimiento denominado Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, al cual se sumó, en su momento, la casi totalidad de países de la región¹. La Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, celebrada en Caracas, Venezuela, en noviembre de 1990 culminó con la adopción de la “Declaración de Caracas”, documento singular que marcó un hito histórico en la región y ha servido en diversos países como base para las acciones que, desde entonces y en diverso grado, se han puesto en marcha.

La Declaración de Caracas¹ enfatizó que la atención convencional, centrada en el Hospital Psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

Posteriormente, en 1997 y en el año 2001², el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) reiteró el apoyo a la citada iniciativa. Las Resoluciones emitidas en esas sesiones de los respectivos Consejos Directivos instaron, entre otras cosas, a los Estados Miembros a:

- Desarrollar Programas Nacionales de Salud Mental.
 - Reorientar los Servicios de Salud Mental (de institucionales a comunitarios).
 - Desarrollar acciones de control de los trastornos afectivos, las epilepsias y las psicosis.
 - Fortalecer las acciones de promoción de la Salud Mental y el desarrollo psicosocial de la niñez.
- Aumentar las asignaciones para programas de formación en Salud Mental.
 - Mejorar la legislación y regulaciones para la protección de los Derechos Humanos.

Más recientemente, en noviembre de 2005, se celebró una Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental bajo el lema “15 años después de Caracas”³, la cual fue auspiciada por la OPS/OMS y el Gobierno de Brasil. El evento constituyó un hito importante que permitió reflexionar sobre lo ocurrido en estos quince años, logros, avances, obstáculos, así como una mirada hacia el futuro.

Es indudable que si evaluamos en una dimensión histórica la evolución de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe, tomando como punto de referencia la Declaración de Caracas, se puede observar avances notables en la mayoría de los países. No obstante, aún existe un largo trecho por recorrer en muchos de los Estados de la región.

La situación de la salud mental en América Latina y el Caribe

En América Latina y el Caribe, al igual que en muchos países desarrollados, se puede observar que el progreso económico, las transformaciones sociales y el aumento de la longevidad, han estado acompañados de un aumento en la problemática psicosocial.

Los estudios epidemiológicos realizados en el último decenio hacen patente un llamado a la acción. La carga representada por las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa y estas provocan un alto grado de sufrimiento individual y social. En 1990 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe; en el

año 2002 esa carga había ascendido a más del doble, 22,2%⁴.

A pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, la respuesta de los servicios de salud es por lo general limitada o inadecuada. La resultante es una paradójica situación de carga abultada y capacidad resolutive insuficiente que se hace evidente en las actuales brechas de tratamiento a los trastornos mentales y las deficiencias de la estructura de servicios en salud mental.

En una revisión de los estudios epidemiológicos más relevantes de los trastornos mentales realizados en la región, durante los últimos veinte años, se estimó una prevalencia media durante el año precedente de las psicosis no afectivas (entre ellas, la esquizofrenia) de 1,0%, la depresión mayor de 4,9% y el abuso o dependencia del alcohol de 5,7%⁴.

Los estudios realizados en algunos países expresan claramente las brechas en términos de la proporción de personas que requerían tratamiento y no lo recibieron⁴. Por ejemplo, más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad

y cerca de las tres cuartas partes de las que dependían o abusaban del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, ya sea en un servicio especializado o en uno de tipo general (ver tabla).

En conclusión, solo una minoría de las personas que requieren atención relacionada con la salud mental la reciben, no obstante el sufrimiento que esos trastornos producen, la discapacidad que generan y el impacto emocional y económico que tienen en la familia y la comunidad. A esta situación debe agregarse el hecho de que los trastornos mentales afectan en mayor grado a los estratos socioeconómicos más bajos, para los cuales los servicios son más escasos.

También existen necesidades psicosociales especialmente altas en los grupos con mayor vulnerabilidad, como las poblaciones indígenas y los que han sido víctimas de conflictos armados, violencia política o han sufrido desplazamientos. En muchos países, la violencia política y las guerras civiles han provocado muertes, heridas y mutilaciones, pero también han contribuido al desplazamiento de grupos de poblaciones y al incremento de los refugiados; asimismo,

Prevalencia media y brechas de tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe

Recopilación y revisión de estudios, 2006

Trastorno	Prevalencia media (por 100 habitantes adultos)
Psicosis no afectivas	1,0
Depresión mayor	4,9
Distimia	1,7
Trastorno bipolar	0,8
Trastorno de ansiedad	3,4
Trastorno de pánico	1,0
Trastorno obsesivo compulsivo	1,4
Abuso o dependencia de alcohol	5,7

Fuente: Saraceno B, Saxena S, Caraveo-Adnuaga JJ, Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública 2005;18(4-5):229-240.

han profundizado la pobreza y el sufrimiento de la población. No cabe duda que, aunque menos visibles que las heridas de bala, los efectos psicosociales pueden tener un impacto profundo en la vida de las personas^{5, 6}.

De manera general, la violencia y los accidentes se encuentran entre los principales problemas sociales y de salud en el mundo y en la región de las Américas, no solo por la mortalidad que producen sino por la significación psicosocial del tema.

Políticas, Planes y Servicios de Salud Mental en América Latina y el Caribe

En la región de las Américas el 76.5% de los países tiene Programas Nacionales de Salud Mental⁷ que, en sentido general, están bien orientados en su marco teórico y en sus estrategias, esencialmente focalizadas en la comunidad. Esto es un avance notable que se ha logrado en los últimos quince años; sin embargo, el gran desafío es la implementación real de estos programas, ya que en la mayoría de los Estados es muy baja y persiste un modelo de servicios que no se corresponde con los objetivos de los mismos.

Con la legislación sucede algo similar. El 75% de los países reporta que dispone de esta, pero en el análisis detallado se observa legislaciones obsoletas, fragmentadas e incompletas que requieren ser reformuladas y adecuadas a los actuales estándares y normas internacionales.

En sentido general, el principal proveedor y financiador de los servicios de salud mental son los ministerios de Salud, aunque la oferta, en muchas ocasiones, no resulta adecuada y la cobertura es insuficiente. En orden de importancia, encontramos las instituciones del Seguro Social, pero solo en algunos países (por ejemplo, México, Panamá y Costa Rica) su cobertura es alta; en otros, apenas alcanza un 20% o menos de la población. Dado los elevados niveles de pobreza existentes, solo

una pequeña fracción de la población puede acceder a servicios privados mediante pago directo o aseguradoras.

En América Latina y el Caribe aún subsisten muchos problemas en los servicios de salud mental que tienen una estructura que no se corresponde con las necesidades y un enfoque que continúa siendo básicamente de atención al daño. Por lo general, se dispone de grandes hospitales psiquiátricos ubicados en la capital y/o las ciudades más importantes, que funcionan con modelos manicomiales clásicos y que absorben la mayoría de los recursos humanos y financieros dedicados a la salud mental. Son pocos aún los servicios de psiquiatría en hospitales generales. La distribución de camas en la región muestra que, aproximadamente, el 80% de las camas psiquiátricas está ubicado en hospitales psiquiátricos⁷.

La participación de la Atención Primaria en la oferta de servicios de salud mental y la disponibilidad de recursos especializados en este nivel son muy limitadas. Por otra parte, en ocasiones, los Servicios Psiquiátricos se trasladan al nivel comunitario de forma vertical, sin relación alguna con la Red de Atención Primaria.

La participación e integración de la medicina tradicional en la oferta de Servicios Psiquiátricos son limitadas. Se realizan esfuerzos localizados en algunos países de la región que requieren de difusión y en algunos casos, de una adecuada validación.

La disponibilidad de servicios de salud mental para poblaciones específicas (niños, niñas, adolescentes y ancianos) es deficitaria en muchos países. También es evidente que los servicios de salud mental no están suficientemente preparados para desarrollar modalidades efectivas de atención a problemas emergentes, epidemiológicamente significativos, como el alcoholismo, la violencia intrafamiliar y los problemas psicosociales en poblaciones vulnerables.

El desarrollo de investigaciones para comprender mejor la problemática de salud mental en los diferentes contextos culturales, así como

las modalidades más apropiadas de intervención, han sido muy restringidos. Comúnmente no hay financiamiento del sector público para la investigación en salud mental.

Centroamérica es una de las subregiones más pobres del hemisferio occidental y ha sido afectada, históricamente, por un gran número de desastres naturales y conflictos armados. Esta combinación de desastres naturales y violencia política prolongada, en un contexto de marcada adversidad socioeconómica, ha provocado reacciones postraumáticas de varios tipos, que además generan discapacidad en las áreas de funcionamiento familiar y laboral y producen importantes pérdidas económicas de forma directa o indirecta.

En una reciente evaluación de los sistemas de salud en algunos países centroamericanos –desarrollada según la metodología de la Organización Mundial de la Salud (conocida como WHO AIMS por sus siglas en inglés)⁸– se evidenció un grupo de problemas, entre los que se destacan los siguientes:

- El acceso a los servicios de salud mental es limitado y el personal no está bien capacitado para manejar exitosamente los problemas que debe enfrentar.
- La mayor parte de las camas sigue concentrada en los hospitales psiquiátricos; y el índice ocupacional de estas instituciones es alto a expensas, fundamentalmente, de casos severos de larga evolución.
- No se utiliza personal no médico para proveer asistencia en salud mental, aun en aquellas áreas donde no hay disponibilidad de médicos (en contraposición con los resultados alentadores que se han logrado en este sentido en algunos países del Caribe inglés).
- La disponibilidad de medicación psiquiátrica en el Sector Público se concentra, básicamente, en los Hospitales Psiquiátricos. Los servicios ambulatorios y de Atención Primaria no disponen de medicamentos o estos se venden en las farmacias, donde la mayoría de la población no los puede adquirir por su alto costo.

- Los tipos de tratamientos disponibles y más usados en el Sector Público son los psicofarmacológicos. La oferta de modalidades de psicoterapia es escasa.
- Escasez de recursos financieros que se dedican a la salud mental, dentro del contexto general del presupuesto de salud de los países. Frecuentemente, ni siquiera es posible identificar con claridad la magnitud de lo que se dedica a este rubro. Se ha estimado que alrededor del 1% del Presupuesto General de Salud se dedica a la Salud Mental, y de este aproximadamente el 90% lo consumen los hospitales psiquiátricos. Este esquema de gastos, por supuesto, no se corresponde con las estrategias actuales de reforma de los servicios.

Guías para la acción

Existen algunos documentos importantes que pueden ayudar a los países a impulsar la reforma de los servicios de salud mental: la Declaración de Caracas, las Resoluciones del Consejo Directivo de la OPS/OMS (1997 y 2001), el Informe Mundial de Salud (OMS 2001), y los Principios de Brasilia (OPS 2005).

Las 10 recomendaciones del “Informe Mundial sobre la Salud” (OMS, 2001)⁹ constituyen una guía para la acción:

1. Dispensar tratamiento en la Atención Primaria.
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
3. Prestar asistencia en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores.
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.
7. Desarrollar los recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores.
9. Vigilar la salud mental de las comunidades.
10. Apoyar nuevas investigaciones.

Adicionalmente, la OMS ha producido un Conjunto de Guías sobre Políticas y Servicios de Salud Mental que se encuentran a total disposición de los interesados y que pueden constituir una importante herramienta práctica de trabajo para aquellos países que desean profundizar en los procesos de reestructuración o fortalecimiento de sus sistemas nacionales de salud mental.

Los Principios de Brasilia: quince años después de Caracas

En la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental (Brasilia, 2005) se destacó que existen experiencias exitosas en algunos países latinoamericanos y caribeños, 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 el Programa Nacional de Salud Mental en Chile que impulsa la integración de la salud mental dentro de las redes de servicios de salud pública. Muchos otros ejemplos pueden citarse, como el desarrollo de Centros Comunitarios de Salud Mental y servicios infanto juveniles en Cuba; los servicios ambulatorios de salud mental basados en la utilización de enfermeras calificadas en Belice; la atención a grupos vulnerables en El Salvador, Guatemala y Nicaragua; y el desarrollo de un sistema de salud mental descentralizado en Panamá.

La Declaración Final de Brasilia menciona los nuevos desafíos que se han hecho más evidentes en estos últimos quince años. Si bien es cierto que se trata de viejos problemas, estos no fueron abordados de manera directa en la reunión de Caracas que se enfocó más en la reforma de los servicios. Actualmente, sin embargo, emergen algunos como de gran impacto social y sanitario que demandan respuestas apropiadas del Sector Salud.

Nos referimos a cinco grandes temas³:

1. La necesidad de atención de salud mental para los grupos vulnerables, como las poblaciones indígenas y las comunidades afectadas por desastres naturales.
2. Los trastornos mentales y la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia.
3. La conducta suicida.
4. Los problemas relacionados con el alcohol y/o abuso de sustancias.
5. El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental.

Prioridades para la acción

Con el nuevo milenio se ha marcado también el paso a un nuevo período de la reforma de los servicios de salud mental en la región. Esta nueva etapa ha definido prioridades específicas e inspirado estrategias de colaboración técnica para la OPS/OMS. A continuación mencionamos algunas de las prioridades más relevantes, desde el punto de vista de la cooperación internacional^{10, 11}.

- Continuar trabajando en la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas ante los trastornos mentales por parte de decisores, gerentes y el personal de salud, que continúan –en muchos casos– perpetuando el estigma alrededor de la enfermedad mental.
- Las políticas y planes de salud mental deben implementarse de manera efectiva y a escala nacional. La estructura de la red de servicios y el presupuesto deben corresponderse con los objetivos estratégicos programáticos.
- Avanzar hacia el cierre o reducción de camas en los grandes hospitales psiquiátricos, así como la apertura y/o fortalecimiento de pequeñas unidades psiquiátricas en hospitales generales. Los Hospitales Psiquiátricos que continúen funcionando, deberán probablemente reducirse en su tamaño y estructura así como modificar

sustancialmente su modelo funcional, sustituyendo los servicios obsoletos e introduciendo nuevas unidades de intervención en crisis y emergencias, hospitalización parcial, planes de rehabilitación psicosocial vinculados a la comunidad, etcétera.

- Descentralizar y fortalecer los Servicios de Salud Mental ambulatorios vinculándolos a la Atención Primaria en Salud.
- En las necesidades actuales y futuras debe considerarse la longevidad y el mayor número de personas que entrarán en edades de riesgo, así como la extensión del campo de competencias de la Salud Mental.
- Una línea estratégica, que ya aplican con éxito algunos países, es la atención priorizada a población infantil utilizando, especialmente, la Escuela como estrategia de abordaje.
- Fortalecimiento de los sistemas nacionales de información de salud mental.
- Fortalecimiento de las relaciones inter-institucionales, en especial, entre los ministerios de salud (sector público) y organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de usuarios y familiares, así como las asociaciones profesionales, lo que permitiría una mejor implementación y evaluación de los planes y programas de salud mental.

Conclusiones

Es indudable que la salud mental ha venido escalando posiciones en la agenda de los gobiernos y la sociedad de los países latinoamericanos y caribeños, hay experiencias locales y nacionales exitosas, se han desarrollado las asociaciones de usuarios y familiares e incrementado la lucha por la defensa de los derechos humanos de las personas afectadas por trastornos mentales; también en el campo científico se ha abierto posibilidades cada vez mayores de intervenciones eficientes.

El futuro hoy es mucho más promisorio, los objetivos y caminos están claros; ahora es necesario fortalecer la acción real que permita responder a la elevada carga que significan los trastornos mentales.

La OPS/OMS como agencia de cooperación internacional también adecua las estrategias de cooperación técnica acordes con las nuevas realidades y necesidades.

Referencias bibliográficas

1. **González R, Levav I (ed).** Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. OPS/OMS (HPA/MND 1.91). Washington DC, 1991.
2. OPS/OMS. Resolución CD43.R10 Salud Mental, aprobada en septiembre 2001. Washington DC; 2001.
3. **Rodríguez J, González R (ed).** La Reforma de la Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Publicado en CD por la OPS/OMS. Washington DC; 2007.
4. **Saraceno B, Saxena S, Caraveo-Adnuaga JJ, Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM et al.** Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública 2005; 18(4-5):229-240.
5. **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.
6. **Rodríguez J et al.** Recuperando la esperanza. Ministerio de Salud Pública

y la Representación de la OPS/OMS. Guatemala; 1998.

7. **World Health Organization.** Mental Health Atlas - 2005. Geneva: World Health Organization; 2005.
8. **Rodríguez J, Barret T, Saxena S, Narváez S, Levav I.** Los servicios de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Manuscrito en preparación.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
10. **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; 18(4-5): 314-326.
11. **Rodríguez J.** La Salud Mental en América Latina y el Caribe: desafíos y perspectivas. Documento de trabajo de la Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación de la OPS/OMS. Washington; 2007.

Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años

Aspectos de
Salud Mental

Resumen

Estudios sobre reestructura de la salud mental en América del Sur destacan cambios graduales: Programas Nacionales de Salud Mental sin presupuestos propios ni sistemas de evaluación, carencia de recursos humanos y materiales, creación de Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales (UPHG), y dificultades y resistencias de las autoridades para el desarrollo de programas que prioricen la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos.

Se observa similitudes con el proceso en los países desarrollados: creación de estructuras intermedias, crecimiento de la demanda asistencial, problemas con recursos humanos y materiales, etc. Los factores facilitadores fueron: voluntades individuales, demandas locales e incorporación de psiquiatra a la ciudad y hospital. Esto no significó que las fuerzas sociales estuvieran organizadas y la consolidación e incorporación a la cultura médica local. A pesar de los logros, los resultados son la fragmentación y descoordinación de los servicios, lo cual impacta en los pacientes y la comunidad.

Conclusiones: Diferentes factores obstaculizan nuevas estrategias. La concientización y preparación de la comunidad y profesionales redundarán en la reorganización y trabajo de la asistencia, con resultados a nivel social, educativo, laboral y judicial.

Palabras clave

Salud mental
Asistencia psiquiátrica
Hospitales generales
Modelos asistenciales

Summary

Studies about restructure in mental health in South America, highlight gradual changes in the context of: National Mental Health Programs with neither budgets of their own nor evaluation systems, lack of human and material resources, creation of Psychiatric Units in General Hospitals (PUGH), and difficulties and resistance from the authorities to the development of programs that prioritize quality of life of psychiatric patients.

Similarities with the process of developed countries are observed, namely: creation of intermediate structures, increment of assistance demand, problems with human and material resources, etc. Facilitating factors are: individual will, local demand, and the incorporation of the psychiatrist to the city and the hospital. This did not imply that social forces were organized, neither consolidated nor incorporated to the local medical culture. Despite the achievements, the process results in the fragmentation and lack of coordination of services, impacting in patients and community.

Conclusions: Different factors place obstacles for novel strategies. Consciousness and preparation of the community and its professionals will engender reorganization of the assistance task, with results in social, educational, work and juridical areas.

Key words

Mental health
Psychiatric assistance
General hospitals
Assistance models

Autora

Cristina Larrobla

Médico Psiquiatra. Prof. Adj. de Salud Mental en Comunidad, Facultad de Medicina, UDELAR.

Correspondencia:
Maciel 1430
clarrobla@lycos.com

Introducción

En el desarrollo de la asistencia psiquiátrica se localiza a partir de 1930 un punto de inflexión a partir del cual se identifican ciertos cambios que serían decisivos para su futuro. Luego de finalizada la segunda guerra, se comienza a desarrollar estudios epidemiológicos con una importante influencia de la sociología con objetivos interdisciplinarios. De esta forma, aparece una renovación de los intereses de los componentes psicosociales de la morbilidad psiquiátrica que produce un desplazamiento, de los asilos pasan a la población en general. A ello se suma un movimiento de carácter social que comenzó una fuerte crítica hacia el modelo asilar imperante, con la aparición de alternativas asistenciales entre las cuales se destacan las Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales (UPHG)¹.

Revisión de la bibliografía

Panorama internacional

A partir de mediados de la década de 1940 y con un nuevo escenario mundial, a nivel político, económico y social², se sientan las bases de cambios decisivos para las décadas siguientes. Fundamentalmente, el Estado cobra un papel esencial en la política y regulación social, con la centralización de las funciones administrativas y distribución de los recursos asistenciales; surge la psiquiatría comunitaria y la noción de salud mental, lo que significó asumir un criterio de continuidad dado a través de la prevención, promoción y rehabilitación³. Las experiencias más notorias en el campo de la salud mental se dan, básicamente, en tres países: Inglaterra, Italia y Estados Unidos^{4, 1, 5}.

Sudamérica

En el continente sudamericano el panorama asistencial pasa por cambios sustanciales a partir de la década de 1980, una vez restablecidas las democracias. Surgen así las reestructuras en el área de la asistencia psiquiátrica y su legislación gracias a la utilización de recursos innovadores conforme a las características de cada lugar; en muchos casos, la clave de los resultados estuvo en la inclusión de personas desvinculadas a la salud mental⁶. Es importante destacar, en este aspecto, el papel que tuvieron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fundamentalmente a partir de la Declaración de Caracas en 1990⁷.

Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales: la experiencia internacional

Las UPHG con el objetivo de planeamiento terapéutico, integración a la Atención Primaria de Salud (APS), internaciones de corta estadía y vinculación con otras especialidades a través de interconsultas y emergencia, tienen un empuje de desarrollo en el continente desde hace algunas décadas⁸.

De las experiencias internacionales se destaca que la reestructura de la atención psiquiátrica impulsó la reformulación de los hospitales psiquiátricos (HP), modificando su perfil. Esto significó una política de altas prematuras y el fenómeno de “embudo o cuello de botella” que provocó otra situación denominada *revolving door* (pacientes que salen de una institución o sistema asistencial pero entran en otro, sin tener un lugar fijo de asistencia). En Inglaterra, por ejemplo, algunos de los servicios comunitarios creados, solo daban abrigo y soporte, la rehabilitación de los pacientes crónicos más graves no era ni la apropiada ni la esperada⁹. A pesar de las controversias se redujo el número de las camas psiquiátricas de los HP y se formuló

una política oficial de descentralización con creación de UPHG en todo el país¹⁰⁻¹². En relación con esto, la discusión que se dio sobre la población que se atendería implicaba directamente a las condiciones físicas y humanas con las cuales debían contar las unidades para pacientes crónicos, ya que los mismos presentan una demanda diferente a los agudos. No se trataba solo de las condiciones internas de las unidades, sino también de la red en su conjunto. Esta debía proporcionar una vasta serie de servicios comunitarios, tanto clínicos como sociales, con igualdad de importancia, bien articulados, en la medida que las necesidades básicas de los pacientes crónicos son unas de las dificultades más importantes y comunes¹³.

Evaluaciones realizadas en la década de 1990 destacaban primacía de UPHG de carácter privado, y con una política neoliberal de cortes y gastos sociales, el Sistema Nacional de Salud en Inglaterra, por ejemplo, corría el riesgo de desestructurarse. La perspectiva privatizadora y el perfil de la asistencia psiquiátrica eran cuestiones abiertas en el país¹⁴. En Estados Unidos, el patrón de desarrollo de las unidades era semejante al de Inglaterra¹⁵.

La realidad sudamericana

Dos estudios, el primero realizado a fines de la década de 1990¹⁶ y el segundo en la siguiente¹⁷, revelaron datos sobre las características de la reestructura de la salud mental en el continente, la situación de las UPHG en los diferentes países y la descripción de la experiencia en Brasil.

Sobre el panorama de la salud mental, del primer trabajo se destaca que:

- El 80% de los países tenía un documento oficial que explicitaba el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM).
- La implementación de los PNSM se da, básicamente, a partir de la Declaración de Caracas en 1990 (Ecuador: 1981; Bolivia:

1985; Uruguay: 1987; Brasil y Perú: 1991; Paraguay y Venezuela: 1992; Chile: 1993; Colombia: 1998).

- En la mayoría de los países, la salud mental está vinculada a la APS (Bolivia era el único que no lo había hecho aún).
- En todos los países participaron técnicos del sector salud en la elaboración de los programas; en algunos (Bolivia, Colombia, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela) además participaron técnicos de otros sectores; en otros países (Brasil, Paraguay, Uruguay y Venezuela) también participaron usuarios; sólo en Venezuela participaron además, políticos.
- En la mitad de los países existía un sistema de evaluación del programa.
- Más de la mitad de los países no especificaban costos/presupuesto del programa.
- El 90% de los países tenía adecuación parcial de los recursos materiales al programa.
- En todos los países, los recursos humanos eran parcialmente adecuados a la demanda asistencial.
- Más de la mitad de los países habían disminuido, en la última década, las camas en los HP; los que lo hicieron en mayor porcentaje fueron: Brasil (-30%); Chile (-35,6%); Paraguay (-40%) y Uruguay (-40%).
- Todos los países adoptaron las UPHG como alternativa asistencial.

En resumen, los cambios fueron graduales, acentuándose en la década de 1990 (sujetos a reestructuras económicas); predominio del sector médico en la elaboración de los PNSM; inexistencia de: presupuesto del programa y sistemas de evaluación; carencia de los recursos humanos y materiales; procesos de transición en los servicios asistenciales; creación de UPHG y dificultades y resistencias por parte de las autoridades nacionales para desarrollar programas que prioricen la calidad de vida de los pacientes con padecimientos psiquiátricos.