

## Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario

### Autor

#### Jorge Rodríguez

MD-PhD. Asesor Principal de Salud Mental Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS). Washington, DC, Estados Unidos.

#### Correspondencia:

Jorge J. Rodríguez  
Senior Advisor on Mental Health Pan American Health Organization (PAHO-WHO). 525 23rd St, NW, Washington, DC, 20037.  
E-mail: rodrigjo@paho.org

### Resumen

*El autor resume algunos acontecimientos que marcaron hitos históricos en América Latina y el Caribe en el largo camino por la reestructuración y el desarrollo de los servicios de salud mental, para salir de los viejos y obsoletos modelos hospitalarios asilares hacia otros de base comunitaria. Este ha sido, y todavía lo es en gran medida, el principal desafío que enfrentamos. Se describe brevemente la situación actual de la salud mental en América Latina y el Caribe en términos epidemiológicos, así como de programas y servicios; se destaca la alta carga que representan los trastornos mentales, traducida en morbilidad, mortalidad prematura y discapacidad. Sin embargo, la brecha de tratamiento, es decir, las personas enfermas que no reciben ninguna clase de atención, excede el 60 %, a lo cual se une la brecha financiera y de recursos existente. Se reconoce la Atención Primaria de Salud (APS) como uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo. Integrar la salud mental dentro del contexto de la APS es la manera más efectiva y viable de reducir la gran brecha de tratamiento existente para las personas con trastornos mentales; y existen numerosas y sólidas razones para justificar esta estrategia. En respuesta a esta problemática, el 49 Consejo Directivo de la OPS-OMS (2009) aprobó la «Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental» para la región de las Américas, lo cual constituye un hecho histórico de gran magnitud; significa que, por primera vez, los ministros de salud de todos los países del continente analizaron y aprobaron un programa de trabajo para mejorar la atención de salud mental, el cual recoge la experiencia alcanzada y expresa un compromiso, no solo técnico sino también político. El autor resume alguno de los elementos fundamentales de esta estrategia.*

### Summary

*The author summarizes some events that marked milestones in Latin America and the Caribbean on the long road to the restructuring and development of mental health services, moving from the old and outdated asylum-based hospital models to community-based ones. This has been, and to a great extent still is, the main challenge we face. The current situation of mental health in Latin America and the Caribbean is briefly described in epidemiological terms, as well as regarding programs and services. The high burden concerning mental disorders is highlighted, involving morbidity, premature mortality and disability. However, the treatment gap (i.e. ill persons who do not receive any kind of attention) exceeds 60 %, and adds up to the existing financial and resource gaps. Primary health care (PHC) is recognized as one of the core components of an effective health system. Incorporating mental health in the context of PHC is the most effective and viable way to reduce the present treatment gap for persons with mental disorders; and there are numerous and strong reasons to justify this strategy. In response to this problem, the 49 Directing Council of PAHO/WHO (2009) approved the «Strategy and Plan of Action on Mental Health» for the Americas region, which is a historical fact of great magnitude. It means that for the first time the ministers of health from all the countries of the continent analyzed and approved a work programme to improve mental health care, which includes the experience achieved so far and expresses not just a technical commitment but also a political one. The author summarizes some of the key elements of this strategy.*

## Introducción

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en América Latina y el Caribe (AL&C) y contribuyen de manera importante a la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los servicios de salud, así como los recursos humanos y financieros disponibles para afrontar la problemática de las enfermedades mentales —en muchos países—, son insuficientes y están distribuidos desigualmente.<sup>1</sup> El estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación.

La salud mental aun no es una prioridad en la agenda de salud de gran parte de las naciones del continente. Por esta razón, un concepto básico que debemos difundir entre las autoridades del sector salud, la sociedad y los decisores políticos es que «no hay salud sin salud mental». La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada; los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades y de sufrir lesiones no intencionales e intencionales. También, muchas condiciones patológicas incrementan el riesgo de padecer trastornos mentales y esta comorbilidad complica la búsqueda de ayuda y el tratamiento.<sup>2</sup>

## Antecedentes de la reforma de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe

La década de los noventa comenzó con un hecho histórico para el campo de la salud mental en nuestro continente: el lanzamiento de la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, que se produjo en el marco de una conferencia celebrada en Caracas, Venezuela, en noviembre de 1990.<sup>3</sup> En la *Declaración de Caracas* se enfatizó que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad.<sup>4</sup>

Posteriormente, en 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la OPS abordó el tema de la salud

mental y emitió resoluciones en las que se instaba a los Estados miembros a incluir la salud mental entre sus prioridades y a intensificar las actividades en esta esfera.<sup>5,6</sup> En el 2001, la OMS dedicó el Informe sobre la Salud en el Mundo<sup>7</sup> a la salud mental e impulsó la colocación de este tema en la agenda política a nivel global.

En noviembre del 2005 se desarrolló, en Brasilia, la «Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas»,<sup>8</sup> auspiciada por la OPS y el Gobierno de Brasil, la cual evaluó el camino recorrido en AL&C.

En octubre del 2008, la OMS presentó el Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (mhGAP, por sus siglas en inglés).<sup>9</sup>

Durante más de tres décadas han existido numerosas experiencias de reformas en la región, algunas a nivel local y otras de mayor relevancia, que han alcanzado una escala nacional. El camino no ha sido fácil; en ocasiones muchos de estos esfuerzos han sido fallidos o han existido retrocesos. Sin embargo, una mirada general nos permite apreciar los grandes avances, como tendencia general, y cómo muchos de estos procesos han sido sostenibles a lo largo de los años.

Para ejemplificar lo anteriormente expresado, mencionaré algunas de las experiencias más innovadoras y exitosas en AL&C:

- Brasil. Un proceso participativo de construcción de una política nacional de salud mental, el desarrollo de la Centros de Atención Psicosocial y el Programa Vuelta a Casa.
- Chile. Un exitoso y sostenible Programa Nacional de Salud Mental que sigue los principios de un modelo comunitario.
- Cuba. El desarrollo de una amplia y diversificada red de servicios de salud mental, destacándose especialmente los Centros Comunitarios de Salud Mental.
- Panamá. Un reforma de los servicios de salud mental llevada a cabo de una manera progresiva pero muy efectiva. Transformación del viejo hospital psiquiátrico nacional de más de 1.000 camas,

convertido hoy en un Instituto de Salud Mental con menos de 200 camas.

- Belice. Red de servicios de salud mental, a nivel distrital, asumidos por enfermeras especializadas, debidamente entrenadas en este campo.

Todos estos documentos programáticos, declaraciones de principios y experiencias prácticas que han tenido el respaldo de gobiernos, instituciones académicas, expertos e instancias de la sociedad civil constituyen una rica base de sólida experiencia sobre la que hoy podemos fundamentar nuestra visión de la reestructuración de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. También la cooperación técnica de la OPS se ha fortalecido y un ejemplo que puede generarnos optimismo es la recién aprobada Estrategia y Plan de Acción Regional sobre Salud Mental de la OPS<sup>1</sup> apoyada por todos los gobiernos de la región.

## Un breve análisis de la situación actual

A nivel mundial, los trastornos mentales y neurológicos representan el 14 % de las enfermedades. Cerca de 30 % de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estas enfermedades y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medio-bajos.<sup>9-10</sup>

En el 2004, los trastornos mentales y neurológicos representaban el 21 % de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe, medida en años de vida perdidos según discapacidad (AVAD).<sup>11, 12</sup>

A pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, la respuesta de los servicios de salud es por lo general limitada y en algunos casos, inapropiada; la principal resultante es una enorme brecha de tratamiento, la cual expresa la proporción de personas con trastornos mentales que no reciben ningún tipo de atención en servicios de salud. La brecha de tratamiento en AL&C, según estimados conservadores, está por encima del 60 %.<sup>11, 12</sup>

El documento Estrategia Regional de Salud Mental de la OPS recopila y destaca brevemente algunos problemas relevantes en términos epidemiológicos y de provisión de servicios:<sup>1</sup>

- En las Américas ocurren, aproximadamente, 63.000 muertes por suicidio, anualmente, lo que representa una tasa de mortalidad ajustada según la edad (para el período 2000-2004) de 7,4 por 100.000 habitantes.<sup>13</sup>
- El abuso o la dependencia del alcohol o de otras sustancias psicoactivas son también problemas crecientes y la brecha de tratamiento es grande.
- Las investigaciones epidemiológicas han demostrado a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan alrededor del 10 % al 15 % de los niños, las niñas y los adolescentes.<sup>14</sup> En AL&C, según algunos estudios seleccionados, la prevalencia puntual —en el momento de la investigación— de cualquier trastorno varía de 12,7 % a 15 %<sup>15</sup>. La brecha de tratamiento en la niñez y la adolescencia es aun mayor que en los adultos.
- La malnutrición puede inhibir el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños y niñas, y causar discapacidades permanentes.<sup>16</sup>
- Algunos trastornos como la epilepsia y la discapacidad intelectual pueden estar relacionados con lesiones ocurridas en el nacimiento y su incidencia se puede reducir mediante cuidados perinatales apropiados. La reducción de infecciones en la niñez y las inmunizaciones disminuyen el riesgo de daño cerebral.<sup>17</sup>
- Los trastornos mentales en el adulto mayor, como la depresión y el deterioro cognitivo, son frecuentes y tienen un impacto importante en su vida.<sup>18</sup>
- Hay múltiples puntos de relación entre la salud mental y la salud reproductiva, en especial de las mujeres. Por ejemplo, problemas psíquicos relacionados con el embarazo, el nacimiento y el puerperio, embarazo en adolescentes, violencia sexual, enfermedades de transmisión sexual, cirugía de los órganos de la reproducción, aborto, menopausia e infertilidad. Hay evidencia de que la depresión es el trastorno mental que más afecta a las mujeres en el mundo

y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.<sup>19</sup>

- La justicia social es una cuestión esencial que afecta al modo en que vive la gente, la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir.<sup>10</sup> Los estudios realizados a nivel mundial en los últimos 20 años indican una relación cercana entre la pobreza y el estado de salud de la población; la enfermedad mental, en particular, puede contribuir a profundizar la pobreza. A la vez, la pobreza acrecienta el riesgo de sufrir un trastorno mental.<sup>20</sup>

Las evaluaciones efectuadas por la OPS-OMS<sup>21-24</sup> en países de América Latina y el Caribe identificaron claramente deficiencias en materia de planes, legislación, servicios y recursos de salud mental.

El 66 % de los países de las Américas informó que cuenta con un plan nacional de salud mental.<sup>21-24</sup> El 71 % de esos planes ha

sido aprobado o revisado en el 2005 o posteriormente, lo cual es un indicador positivo.

El 56 % de los países de la región cuenta con legislación relacionada con la salud mental o leyes específicas; sin embargo, no siempre están actualizadas o no se ajustan a los estándares internacionales de derechos humanos.<sup>21</sup> Solo el 11 % de los países ha aprobado o revisado sus leyes de salud mental en el 2005 o posteriormente.

Los indicadores de recursos humanos especializados en salud mental van a la zaga de los de países de ingresos altos. La tabla 1 muestra indicadores de profesionales de salud mental (psiquiatras, psicólogos y enfermeras) en las Américas comparados con otras regiones del mundo; pero el punto clave no es solo el número o escasez de recursos humanos, sino su distribución desigual y elevada concentración en las capitales de los países.

**Tabla 1 | Índice de profesionales de la salud mental por 100.000 habitantes**

Región de las Américas comparada con Europa, África y la media g

Región	Psiquiatras	Enfermeras de psiquiatría	Psicólogos
África	0.05	0.61	0.04
<b>Américas</b>	1.57	3.92	1.29
Europa	8.59	21.93	2.58
Promedio global	1.27	5.80	0.30

Fuente: WHO. Atlas 2011.21

En la región de las Américas solo el 1.5 % del presupuesto general de salud está dedicado a la salud mental (media) y de este, el 67 % se gasta en los hospitales psiquiátricos.<sup>21</sup> Este indicador muestra que en muchos países, en particular, de AL&C, los servicios de salud mental tienen una estructura que no se corresponde con las necesidades y con la proyección de un modelo comunitario de servicios. En muchos casos continúan sobreviviendo los grandes hospitales psiquiátricos ubicados en las capitales y/o las ciudades más importantes, que funcionan con modelos asilares y que absorben la mayoría de los recursos dedicados a la salud mental.

Se evidencia la necesidad no solo de aumentar el presupuesto en términos absolutos, sino también de evaluar la reorientación de los recursos destinados a los hospitales psiquiátricos hacia sistemas ambulatorios y basados en la comunidad.

El 38 % de los países reporta tener programas de entrenamiento en salud mental para médicos de Atención Primaria, implementándose; similar porcentaje de países dispone de guías o protocolos para el manejo de las personas con trastornos mentales en el nivel primario.<sup>21</sup>

El índice de camas psiquiátricas por 10.000 habitantes, en las Américas, es de 2,6, las que se

distribuyen en hospitales psiquiátricos (45 %), hospitales generales (22 %) y en facilidades residenciales o de otro tipo (33 %).<sup>21</sup> Este indicador ha mejorado si se compara con el dato disponible del período 2000-2005 (80 % de las camas estaba en hospitales psiquiátricos), pero aún no es satisfactorio. También debe profundizarse en las características y calidad de atención que se ofrece en los llamados dispositivos residenciales.

El 52 % de países de la región reporta tener al menos una asociación de usuarios de los servicios de salud mental, y un 60 % de familiares. Este es un aspecto importante en el camino para fomentar la participación social y lograr un mayor involucramiento de usuarios y familiares en la formulación e implementación de los planes de salud mental.<sup>21</sup>

La OPS y la OMS han cooperado con la casi totalidad de los países de AL&C en la evaluación de sus sistemas de salud mental, aplicando la metodología e instrumento estandarizado de la OMS,<sup>24</sup> que compila y analiza 155 indicadores. A continuación se comentan algunos problemas comunes relevantes:<sup>24</sup>

- Persisten muchas barreras que limitan el acceso a los servicios de salud mental. La poca descentralización de los servicios de salud mental y la no existencia de los mismos en zonas rurales se traduce en una pobre cobertura que puede afectar en mayor proporción a los grupos más vulnerables y de pocos recursos.
- La capacidad resolutoria de la Atención Primaria, en lo relacionado con los problemas de salud mental, es pobre o francamente insuficiente.
- Existe falta de recursos humanos y financieros dedicados a la salud mental y, lo que es aun peor, una inadecuada distribución de estos.
- Si bien el indicador de camas psiquiátricas por población puede resultar aceptable a nivel regional y de muchos países, el problema fundamental continúa siendo su distribución territorial y la concentración en los hospitales psiquiátricos.
- La disponibilidad de psicofármacos en el sector público es irregular en muchos países, especialmente en servicios espe-

cializados ambulatorios y en la red de Atención Primaria de Salud (APS). Al evaluar el indicador que compara el costo diario de una dosis terapéutica media de un antidepresivo o un antipsicótico con el salario mínimo diario, se evidencia claramente que grandes grupos poblacionales en situación de pobreza no tienen posibilidades de acceso al medicamento necesario, en especial para casos con trastornos mentales de larga evolución.

- Las intervenciones más integrales de tipo psicosocial o psicoterapéutica/consejería son aún usadas de forma limitada en el sector público de AL&C.
- El modelo de atención continúa siendo de tipo esencialmente curativo, con un limitado peso de las acciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos.

En términos de protección de los derechos humanos básicos de las personas con trastornos mentales, los principales problemas que se mencionan son: la falta de acceso a los servicios de salud, las restricciones a su libertad personal, la falta de oportunidades laborales, la exclusión de los sistemas educativos y las condiciones de vida inadecuadas en instituciones psiquiátricas.<sup>1</sup>

En muchos países latinoamericanos se ha identificado problemas en los hospitales psiquiátricos, tales como: a) falta de regulación de los ingresos involuntarios de pacientes, b) poco control sobre la aplicación de medidas de restricción física o de aislamiento de los pacientes, y c) problemas de reclusión bajo orden judicial de personas con supuestos trastornos mentales que han cometido actos delictivos o criminales.<sup>1</sup>

## Salud mental en la atención primaria

Desde hace varias décadas se reconoce la APS como uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo. Las experiencias desarrolladas alrededor del mundo demuestran que la APS, entendida como una estrategia, puede adaptarse a una variedad

de contextos políticos, sociales, culturales y económicos.

La salud mental en el marco de la APS incluye dos elementos que frecuentemente se confunden o no están bien delimitados: la dimensión psicosocial de la atención integral en salud, y la identificación y manejo de los trastornos mentales.<sup>25, 26</sup> El primero está relacionado con el componente psicológico y social implícito en una adecuada atención de salud; es imprescindible, para mejorar la calidad de la provisión de servicios, promover la salud y elevar la calidad de vida del enfermo y de su entorno familiar y comunitario.

El segundo se corresponde con la identificación precoz y manejo adecuado de los trastornos mentales más frecuentes. Esto permite atender también la comorbilidad de condiciones tales como la depresión, que constituyen un factor de riesgo para otros problemas de salud.

Integrar la salud mental dentro del contexto de la APS es la manera más efectiva y viable de disminuir la brecha de tratamiento existente para las personas con trastornos mentales y permite asegurar su acceso a la atención que requieren. Esta integración es plenamente factible y las inversiones que se realicen en esa dirección pueden traer importantes beneficios.

Se han identificado algunas buenas razones para integrar la salud mental en la APS (adaptado y modificado de: WHO-WONCA, 2008).<sup>26</sup>

1. La carga que representan los trastornos mentales es muy relevante.
2. La brecha de tratamiento es enorme.
3. La integración de salud mental en la APS mejora la accesibilidad a los servicios de las personas con problemas de esta índole.
4. La atención de salud mental en la APS promueve el respeto de los derechos humanos y minimiza el estigma y la discriminación que sufren las personas con trastornos mentales.
5. La atención a los problemas de salud mental en la APS es viable, costo-efectiva y menos gravosa que la que se brinda en los hospitales psiquiátricos.

6. La mayoría de las personas que tiene un trastorno mental obtiene mejores resultados cuando se atiende a nivel de la APS.
7. Los problemas de salud física y mental están profundamente interrelacionados.
8. El componente salud mental en la APS es un eje esencial para alcanzar una atención integral en salud y desarrollar un servicio de salud amplio y humano que implica considerar apropiadamente los factores psicosociales.
9. La promoción de la salud y prevención de enfermedades implican, en general, cambios de conducta.

Para el manejo adecuado de los trastornos mentales, el equipo de APS requiere desarrollar un modelo de trabajo coordinado y continuo con un equipo del nivel secundario. A tal fin, se han desarrollado varias estrategias, las que pueden ser aplicadas en forma complementaria, según los recursos de que se disponga y las características del sistema de salud de cada país. Resultan muy importantes: a) sectorización, b) sistema de referencia y contrarreferencia entre ambos niveles, y c) interconsultas de especialistas con los médicos de APS.

Enumeramos los siguientes principios básicos que ayudarán a una integración exitosa del componente de salud mental en el ámbito de atención primaria de la salud (adaptado y modificado de WHO-WONCA, 2008):<sup>26</sup>

- El equipo de APS requerirá no solo ampliar y mejorar sus conocimientos, sino también desarrollar un cambio de actitudes y conducta.
- Las tareas de salud mental deben ser factibles y acordes con las condiciones y posibilidades reales de cada contexto local.
- El entrenamiento-capacitación en salud mental de los trabajadores de APS es un eje esencial e imprescindible y debe estar vinculado al apoyo y la supervisión en servicios.
- Los especialistas y los servicios de salud mental deben estar disponibles para apoyar a los trabajadores de APS de manera sistemática y regular.
- En APS debe haber disponibilidad de psicofármacos básicos accesibles para

las personas con trastornos mentales de bajos ingresos.

- Influir en la comunidad y hacer una defensa de la causa de la salud mental es parte intrínseca del trabajo del equipo de APS.
- La salud mental en la APS necesita de la colaboración intersectorial, así como del apoyo y participación de las organizaciones comunitarias a nivel local.
- La salud mental en la APS es un proceso regular y de largo alcance, no solo un evento o una oferta de servicios puntual y temporal.
- La introducción del componente salud mental siempre tendrá un costo en términos económicos; se necesitará un mínimo de recursos financieros y humanos.

### **Una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y sus Estados miembros: Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental para la Región de las Américas**

El 49 Consejo Directivo de la OPS-OMS, en su sesión de setiembre del 2009, aprobó la «Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental»,<sup>1</sup> lo cual constituye un hecho histórico de gran magnitud. Significa que por primera vez los ministros de salud de todos los países del continente americano analizaron y aprobaron un programa de trabajo para mejorar la atención de salud mental. La Estrategia y Plan de Acción recoge la experiencia alcanzada en nuestra región y expresa un compromiso no solo técnico sino también político.

Se define como propósito fortalecer la respuesta integrada del sector de la salud mediante la ejecución de planes apropiados de promoción de la salud mental y de prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales y por abuso de sustancias, sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles.

El Plan de Acción Regional define cinco Áreas Estratégicas:<sup>1</sup>

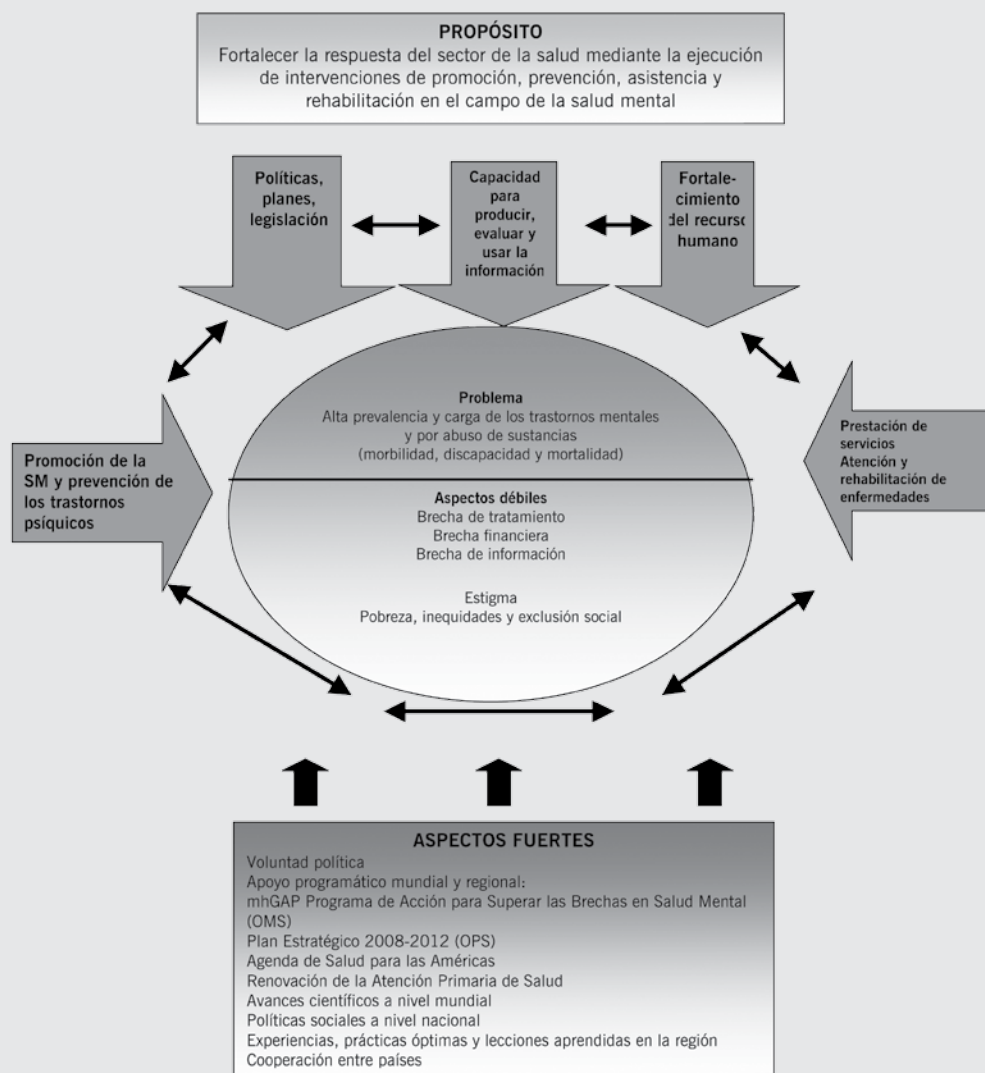
1. Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental.
2. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez.
3. Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de salud. Definición de condiciones prioritarias y ejecución de las intervenciones.
4. Fortalecimiento de los recursos humanos.
5. Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental.

También el documento identifica diez recomendaciones clave a los países:<sup>1</sup>

1. Formular o revisar e implementar el plan nacional de salud mental.
2. Promover la revisión y actualización del marco legislativo en materia de salud mental.
3. Evaluar el financiamiento actual dedicado a la salud mental, definiendo metas de corto, mediano y largo plazo.
4. Disponer de una instancia o mecanismo de coordinación intersectorial en materia de salud mental.
5. Definición y ejecución de actividades concretas —en el marco del Plan Nacional de Salud Mental— para la promoción y prevención centradas en la niñez y la adolescencia.
6. Revisar la organización de los servicios de salud mental y ejecutar los cambios requeridos, con énfasis en la descentralización y el fortalecimiento del componente salud mental en la atención primaria de salud.
7. Llevar a la práctica un conjunto de intervenciones esenciales dirigidas a enfermedades o trastornos mentales considerados como prioritarios en el contexto nacional.

8. Formular un programa de capacitación en salud mental basado en competencias para el abordaje de las necesidades, dirigido a trabajadores de la salud (en especial, los que cumplen tareas en atención primaria).
  9. Evaluar el sistema de salud mental (programas y servicios) aplicando la metodología estandarizada de la OMS, con un seguimiento cada cinco años, como mínimo.
  10. Fortalecer el sistema nacional de información sanitaria, para mejorar la recopilación y análisis regular de los datos básicos de salud mental.
- A continuación, el gráfico 1 ofrece una visión general de la Estrategia y Plan de Acción.

Gráfico 1 | Estrategia y Plan de Acción





## Consideraciones finales

Ningún sistema sanitario estará completo si no se atienden las necesidades psicosociales de la población. A pesar de ello, los problemas mentales han estado tradicionalmente rodeados de mito y las personas que los sufren son frecuentemente discriminadas y aisladas en hospitales psiquiátricos. Sin embargo, los trastornos mentales pueden afectar a cualquiera; el estrés y la depresión, por ejemplo, son comunes y altamente significativos en términos epidemiológicos. Los servicios de salud están obligados a abordar esta problemática de una manera totalmente diferente.

América Latina y el Caribe han recorrido un largo camino por la reestructuración de los servicios de salud mental, para salir del viejo modelo hospitalario asilar hacia otro de base comunitaria. Este ha sido, y todavía lo es en gran medida, el principal desafío que enfrentamos en el continente. Al evaluar los avances, desde una perspectiva histórica y tomando como punto de referencia la Declaración de Caracas (1990), resulta evidente que —a pesar de las limitaciones, deficiencias y desafíos que aún enfrentamos— se han producido logros importantes en la mayoría de los países en términos de reforma de los servicios y la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Hoy se dispone de mejores legislaciones, planes nacionales y una visión de un modelo comunitario de atención en salud mental vinculado a la Atención Primaria e integrado a la red de servicios. Asimismo, hay mayor conciencia por parte de los gobiernos y de la sociedad sobre la carga que significan los trastornos mentales, la brecha de tratamiento existente y el estigma que aún rodea a las personas con estos padecimientos.

El desarrollo del componente salud mental en la APS es esencial para un abordaje integral del proceso salud-enfermedad de la comunidad. Por un lado, está vinculado con la descentralización y reforma de los servicios de salud mental; por otro, con el entrenamiento del trabajador de APS para que este nivel pueda mejorar su capacidad resolutoria.

En 2009, los ministros de salud del continente adoptaron, en el marco del Consejo

Directivo de OPS, la Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental,<sup>1</sup> que marca de manera consensuada el camino hacia adelante en los próximos diez años; posteriormente, la Conferencia Regional de Salud Mental «20 años después de la Declaración de Caracas», celebrada en Panamá en octubre del 2010, emitió una declaración final que establece claramente un propósito: *La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020*.

<[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=1170&Itemid=940](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1170&Itemid=940)>.

## Referencias bibliográficas

1. **PAHO.** Strategy and Plan of Action on Mental Health / Resolution of the PAHO Directing Council (CD49.R17). Washington, USA; 2009. Disponible en: <[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=en)>. (Consulta: nov. 2011.)
2. **Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR et al.** No health without mental health. *Lancet* 2007; 370(9590):859-877.
3. **González R, Levav I (ed.).** Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Publicado por OPS/OMS (HPA/MND 1.91). Washington, DC; 1991.
4. **PAHO.** Declaración de Caracas. Caracas, 1990. Disponible en: <[http://devserver.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=274&Itemid](http://devserver.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=274&Itemid)>. (Consulta: nov. 2011.)
5. **PAHO.** Resolution of the PAHO Directing Council (CD40.R19). Washington, USA; 1997. Disponible en: <[http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd\\_40.htm#R19](http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_40.htm#R19)>. (Consulta: nov. 2011.)
6. **PAHO.** Resolution of the PAHO Directing Council (CD43.R10). Washington, USA; 2001. Disponible en: <[http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd\\_43.htm#R10](http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_43.htm#R10)>. y en: <[http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43\\_15-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_15-s.pdf)>. (Consulta: nov. 2011.)

7. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, 2001. Disponible en: <<http://www.who.int/whr/2001/>>. (Consulta: nov. 2011.)
8. **Rodríguez J, González R (ed.)**. La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Publicado en CD por la OPS-OMS. Washington, DC; 2007. Disponible en: <[http://www.ops-oms.org.pa/Lz\\_HAA/Doc/Agenda.pdf](http://www.ops-oms.org.pa/Lz_HAA/Doc/Agenda.pdf)>. (Consulta: nov. 2011.)
9. World Health Organization. mhGAP Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva; 2008. Disponible en: <[http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/index.html)>. (Consulta: nov. 2011.)
10. World Health Organization. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final (WHO/IER/CSDH/08.1). Versión en español publicada por la OMS. Ginebra; 2008. Disponible en: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)>. (Consulta: nov. 2011.)
11. **Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ y cols.** Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública 2005; 18 (4/5):229-40. Disponible en: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf>>. (Consulta: nov. 2011.)
12. **Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (ed.)**. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Publicación Científica y Técnica N.º 632. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
13. **PAHO**. Informe regional sobre el suicidio. Washington, DC; 2009. Disponible en: <<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Mortalidad%20por%20suicidio%20en%20las%20americas.pdf>>. (Consulta: nov. 2011.)
14. World Health Organization. Atlas Child and Adolescent Mental Health Resources. Global Concerns: Implications for the Future. Geneva: World Health Organization; 2005. Disponible en: <[http://www.who.int/mental\\_health/resources/Child\\_ado\\_atlas.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf)>. (Consulta: nov. 2011.)
15. **Benjet C**. Los trastornos mentales en niños y adolescentes en América Latina y el Caribe. En: Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Publicación Científica y Técnica N.º 632. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009, pp. 234-242.
16. World Health Organization. Salud mental y bienestar psicosocial del niño en situaciones de gran escasez de alimentos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006. Versión en español, OPS, 2009. Disponible en: <[http://www.infocom-ca.org.pa/files/Salud\\_mental\\_y\\_bienestar\\_psicosocial\\_del\\_ni%C3%B1o%5B1%5D\\_0.pdf](http://www.infocom-ca.org.pa/files/Salud_mental_y_bienestar_psicosocial_del_ni%C3%B1o%5B1%5D_0.pdf)>. (Consulta: nov. 2011.)
17. World Health Organization. Neurological Disorders, public health challenges. Geneva: WHO; 2006. Disponible en: <[http://www.who.int/mental\\_health/neurology/neurodiso/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/neurology/neurodiso/en/index.html)>. (Consulta: nov. 2011.)
18. **PAHO**. Plan of Action on the Health of Older Persons, Including Active and Healthy Aging. Document adopted at 49th. Directing Council (CD49/8 R15). Washington, DC; 2009. Disponible en: <[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=en)>. (Consulta: nov. 2011.)
19. WHO-UNFPA. Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Geneva: World Health Organization; 2009. Disponible en: <[http://who.int/reproductive-health/docs/mental\\_health\\_women\\_reprohealth.pdf](http://who.int/reproductive-health/docs/mental_health_women_reprohealth.pdf)>. (Consulta: nov. 2011.)
20. **Saraceno B, Funk M, Poznyak V**. Mental Health and Substance Abuse. In: International Encyclopedia of Public Health, First Edition (2008), vol. 4, pp. 365-374.
21. World Health Organization. Mental Health Atlas 2011. Geneva; 2011. Disponible en: <[http://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html)>. (Consulta: nov. 2011.)

Geneva: WHO; 2005. Disponible en: <[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/AIMS\\_WHO\\_2\\_2.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf)>. (Consulta: nov. 2011.)

- 22. Rodríguez J, Barret T, Narváez S, Caldas JM, Levav I, Saxena S.** Sistemas de Salud Mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 22(5):348-57. Disponible en: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n5/a08v22n5.pdf>>. (Consulta: nov. 2011.)
- 23. PAHO.** Country Reports WHO-AIMS. PAHO and WHO Web pages. Disponible en: <[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=445&Itemid=1106&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=445&Itemid=1106&lang=en)> y en: <[http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/en/index.html)>. (Consulta: nov. 2011.)
- 24. World Health Organization.** La introduc-

ción del componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS; 1990.

- 25. World Health Organization (WHO), World Organization of Family Doctors (Wonca).** Integrating mental health into primary care. A global perspective. Geneva: WHO and Wonca; 2008. Disponible en: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680_eng.pdf)>. (Consulta: nov. 2011.)