

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

José Miguel Caldas de Almeida¹

Forma de citar

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 Publica. 2005;18(4/5):314-26.

RESUMEN

La entrada en el nuevo milenio coincidió con el inicio de una nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Esta nueva fase ha impuesto nuevas prioridades e inspirado nuevas estrategias de cooperación técnica a escala internacional. En el presente artículo se mencionan las características principales de las primeras fases de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe, se discuten los factores que llevaron a la fase iniciada en 2001 y se describen las estrategias y acciones de cooperación técnica desarrolladas por la Organización Panamericana de la Salud para enfrentar los desafíos surgidos en la etapa actual de la reforma. Además, se exponen algunas reflexiones sobre las perspectivas de la cooperación internacional en este campo, así como las ventajas de establecer un programa regional para la reforma de los servicios de salud mental que facilite el trabajo conjunto de los gobiernos y de las organizaciones internacionales en un plan de acción con objetivos definidos. Se recomienda aprovechar la celebración del decimoquinto aniversario de la Declaración de Caracas para lanzar un plan de acción regional que dé un nuevo impulso a la reforma de los servicios de salud mental.

Palabras clave

Salud mental, reforma en atención de la salud, América Latina, región del Caribe.

La llegada del nuevo milenio coincidió con un punto de viraje en el proceso de reforma de los servicios de salud mental en el mundo y, particularmente, en América Latina y el Caribe. Esta nueva fase de la reforma nació de la conjugación de diversos factores, como el

conocimiento más riguroso de la magnitud y la carga de los trastornos mentales, la disponibilidad de nuevos tratamientos de eficacia comprobada y una mayor participación de los usuarios en la atención de la salud mental. Como resultado, se han establecido nuevas prioridades y se ha decidido poner en marcha nuevas estrategias y acciones en las escalas local, nacional e internacional.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), que en las últimas dé-

cadadas ha llevado a cabo numerosas actividades de cooperación técnica con los países de América Latina y el Caribe para reformar los servicios de salud mental, reformuló sus estrategias de cooperación técnica en esta área para responder a las necesidades de los países en esta nueva fase.

En el presente artículo se mencionan las características principales de las primeras fases de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina

¹ Unidad de Salud Mental y Programas Especializados, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third St., NW, Washington, D.C. 20037, Estados Unidos de América. Correo electrónico: caldasaj@paho.org

y el Caribe, se discuten los factores que llevaron a la fase iniciada en 2001 y se describen las estrategias y acciones de cooperación técnica promovidas por la OPS para enfrentar los desafíos propios de la etapa actual de la reforma. Además, se exponen algunas reflexiones sobre las perspectivas de la cooperación internacional en este campo, así como las ventajas de establecer un programa regional para la reforma de los servicios de salud mental, que facilite el trabajo conjunto de los gobiernos y las organizaciones internacionales en un plan de acción con objetivos definidos.

LA PRIMERA FASE DE LA REFORMA

La reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe se inició hace más de 40 años y ha contado con innumerables iniciativas, tanto en el ámbito nacional como regional (1).

Los primeros pasos en este proceso se dieron a inicios de la década de 1960 bajo la influencia del movimiento de psiquiatría comunitaria que se llevó a cabo en los Estados Unidos de América, de las experiencias de la reforma de los servicios de salud mental en Europa y de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la reorganización de los servicios de salud mental (2). Las primeras iniciativas internacionales sobre políticas y servicios de salud mental en las Américas fueron los seminarios organizados por la OPS en Cuernavaca (1960) y Buenos Aires (1963). Los participantes en estas reuniones recomendaron estrategias alternativas al hospital psiquiátrico tradicional; sin embargo, los conceptos de políticas y programas de salud mental no fueron debatidos en toda su profundidad (2).

En 1969, la OPS organizó en Viña del Mar, Chile, una reunión sobre la administración de servicios de salud mental en la que por primera vez se recomendó establecer servicios y programas en la comunidad. Siete años después se analizó en Caracas el estado de la enseñanza de las disciplinas relacionadas con la salud mental en las escuelas de salud pública, especialmente la capaci-

tación de los profesionales, y se promovió el trabajo en salud mental desde la perspectiva de la salud pública. A estas reuniones les siguieron otras que abrieron el camino a la colaboración para el desarrollo de servicios en la comunidad.

A escala nacional, este período se caracterizó por la puesta en marcha de numerosas experiencias de servicios y programas de salud mental comunitaria. Sin embargo, aunque en algunos casos, como en Nicaragua, estas experiencias formaron parte de un programa nacional de salud mental, por lo general eran experiencias limitadas de alcance local. A pesar de la falta de recursos y del escaso apoyo político, algunas de estas iniciativas tuvieron un impacto importante en la sociedad y ayudaron a diseminar los que entonces eran los nuevos conceptos sobre la salud mental comunitaria. Como ejemplo de experiencias exitosas se pueden mencionar el proyecto de salud mental del barrio Santa Eduvigis, en Tegucigalpa, Honduras; la experiencia de atención psicosocial de Ciudad Sandino, Nicaragua; el proyecto de salud mental de Curundú, Panamá; y el programa de salud mental de Santa Catarina, en Brasil (2). En la mayoría de los casos, los proyectos ejecutados en esta fase tenían carácter experimental, se basaban en la cooperación intersectorial y dependían en gran medida de la presencia de un líder y de un apoyo político y administrativo circunstancial. A pesar de su carácter efímero, algunos de estos proyectos demostraron que los servicios comunitarios daban una respuesta más efectiva a los problemas de las poblaciones que los servicios basados en hospitales psiquiátricos. Como refiere González en su excelente revisión de esta fase de la reforma (2), gracias a estos proyectos "lo que había que demostrar quedó demostrado" y la prioridad pasó a ser el establecimiento de programas nacionales y provinciales descentralizados.

LA SEGUNDA FASE DE LA REFORMA

La Declaración de Caracas, adoptada en la Conferencia sobre la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en

América Latina (3), realizada en esa ciudad entre el 11 y el 14 de noviembre de 1990, marcó el inicio de la segunda fase de la reforma y constituyó un paso decisivo en el establecimiento de programas nacionales y provinciales descentralizados. Esta declaración propuso integrar la atención de la salud mental en la atención primaria y en los sistemas locales de salud y expuso la necesidad de abandonar el concepto de que el hospital psiquiátrico debe ser el eje central del sistema de atención psiquiátrica. De acuerdo con la Declaración, la asistencia psiquiátrica se debe brindar en servicios basados en la comunidad, con capacidad para garantizar una atención accesible, descentralizada, integral, participativa, continuada y preventiva. Otro aspecto fundamental de la Declaración fue la importancia que otorgaba a la protección de los derechos humanos y civiles de las personas con problemas de salud mental, acorde con la legislación moderna.

Para aplicar los principios consagrados en Caracas, la OPS promovió la Iniciativa de Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina (3-5), en la que tomaron parte las divisiones de salud mental de los países participantes en la Conferencia con la colaboración de instituciones europeas. Los objetivos de esta iniciativa de cooperación técnica eran transformar la atención que se brindaba en los hospitales psiquiátricos, desarrollar servicios en la comunidad y mejorar los sistemas de información relacionados con la salud mental. Mediante esta iniciativa se promovieron actividades de investigación y talleres de entrenamiento en salud mental comunitaria para profesionales, y se brindó asistencia técnica para la revisión de la legislación y la movilización de recursos locales, regionales e internacionales. Como resultado, en muchos países se adoptaron medidas para reformar sus servicios de salud mental, se formularon políticas nacionales de salud mental y se establecieron legislaciones nacionales en esa materia de acuerdo con los principios expuestos en la Declaración de Caracas.

En la década de 1990 también se registraron importantes avances científicos en diversas áreas, como la biología

molecular, la rehabilitación psicosocial y los servicios de salud mental, que permitieron mejorar la comprensión de las enfermedades mentales y desarrollar nuevos programas y tratamientos. Estos avances ayudaron a extender las medidas recomendadas en la Declaración de Caracas, facilitaron la adopción de nuevas políticas de salud mental y promovieron la creación de servicios y programas innovadores en diversas localidades.

En algunos países —como Chile, Cuba, El Salvador, Guatemala y Panamá—, los servicios de salud mental se integraron en la atención primaria y en otros —como Argentina, Brasil, Belice y Jamaica— se llevaron a cabo con éxito algunas experiencias de servicios de salud mental en la comunidad. Las reformas realizadas en la provincia de Río Negro, en Argentina (6), y en la ciudad de Santos, en Brasil (7), merecen una referencia especial por haber creado un sistema de servicios en la comunidad con un fuerte componente de rehabilitación psicosocial y la participación activa de los usuarios. Los programas de rehabilitación psicosocial y el proceso de reestructuración de los hospitales psiquiátricos avanzaron con éxito en varias localidades, por ejemplo, en Campinas, Brasil (8), y en Hidalgo, México (9). En algunos países de la Región se aprobaron legislaciones relacionadas con la salud mental y mejoró la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

La cooperación internacional desempeñó un importante papel en el progreso alcanzado. La OPS, con la colaboración de instituciones y expertos de varios países, garantizó el apoyo técnico continuado a la reforma en América Latina y el Caribe. Entre las entidades que han colaborado con la OPS en este esfuerzo se destacan los servicios de salud mental de Trieste y de la región de Emilia Romagna, así como el Instituto Mario Negri, todos de Italia, y los servicios especializados de las comunidades autónomas españolas de Andalucía, Asturias y Galicia y de la ciudad de Madrid.

A finales de la década de 1990, sin embargo, se fue haciendo evidente que

los progresos alcanzados eran insuficientes para cubrir la brecha existente entre la atención brindada a la población y la atención que podría brindarse si se aplicaran los tratamientos e intervenciones disponibles. A pesar de todos los esfuerzos a escala nacional e internacional, las medidas tomadas no eran suficientes para recuperarse del retraso histórico que había en la atención psiquiátrica y para lograr los cambios indispensables. La Resolución CD40.R19, aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en 1997 (10), constituyó una de las primeras llamadas de atención sobre la necesidad urgente de redoblar los esfuerzos para llevar los servicios a la comunidad y de establecer legislaciones que protejan los derechos de los enfermos mentales. Además, se constató la urgencia de llevar a cabo simultáneamente estrategias que dieran respuesta a los nuevos desafíos surgidos, tales como incluir los problemas de salud mental en los planes de seguros de salud y desarrollar programas de salud mental infantil.

Preocupaciones y recomendaciones semejantes se reiteraron en varios documentos de alcance nacional e internacional. Entre los que tuvieron mayor impacto se destaca el informe presentado por el Director de Sanidad de los Estados Unidos de América (11), por los datos científicos que presentó en favor de la necesidad de reformar los sistemas y servicios de salud mental y el libro *Salud mental en el mundo* (12), publicado por la OPS, por el análisis que hace de la situación de la salud mental en los países en desarrollo y los argumentos científicos que respaldan la reforma de los servicios en estos países.

LA NUEVA FASE DE LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La reforma en el mundo

La nueva fase de la reforma de salud mental se inició formalmente en 2001 con la decisión histórica de la OMS de dedicar a la salud mental varias de sus grandes iniciativas de alcance mundial ese año. Esto llamó la atención de los

especialistas y autoridades de todo el mundo hacia la necesidad de hacer de la salud mental una de las prioridades de la salud pública y de cambiar radicalmente la forma tradicional de comprender los problemas de salud mental y de responder a ellos. El lema del Día Mundial de la Salud Mental en 2001 “Sí a la atención, no a la exclusión” expresaba la prioridad que se quería dar a la reforma de los servicios y cómo esta es indisoluble de la lucha contra la discriminación y el estigma.

Para alcanzar estos objetivos, la OMS presentó en su Informe mundial sobre la salud en el mundo 2001 (13) 10 recomendaciones que conformaron un plan de acción que cada país debía aplicar según sus necesidades específicas y las características de su sistema de atención sanitaria.

Las iniciativas de la OMS en 2001 contribuyeron a que se conocieran mejor la magnitud y el impacto de las enfermedades mentales en el mundo. Gracias a los avances de la epidemiología psiquiátrica, se demostró que entre 10 y 15% de la población mundial sufría enfermedades mentales; 20% de los enfermos que buscaban atención en los centros de atención primaria tenían una o más enfermedades mentales, muchas veces sin diagnóstico; y una de cada cuatro familias tenía al menos un miembro con algún trastorno mental o de comportamiento (13). La metodología para evaluar los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y los estudios sobre la carga mundial de las enfermedades permitieron por primera vez cuantificar 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 demostraron que la carga de las enfermedades mentales fue muy subestimada durante mucho tiempo.

Si además se toma en consideración la discapacidad, las enfermedades mentales constituyen el 12% de la carga global de las enfermedades en el mundo y el 24% de esa carga en la Región de las Américas (13). La depresión representa una gran parte de esa carga en el mundo y la primera causa de discapacidad en las Américas (14).

La contribución de los trastornos mentales a la discapacidad causada por enfermedades es enorme y la depresión unipolar, el alcoholismo, la esquizofrenia y los trastornos bipolares se encuentran entre las 10 enfermedades que más contribuyen a la discapacidad en la Región. Aunque la esquizofrenia —la enfermedad más estrechamente asociada con el surgimiento de los hospitales psiquiátricos— tiene una prevalencia relativamente baja, es la principal causa de discapacidad en personas entre 15 y 44 años de edad y reduce la esperanza de vida en cerca de 10 años (13).

La comprensión de los trastornos mentales y los tratamientos e intervenciones de eficacia comprobada han aumentado de forma considerable en los últimos años. Los tratamientos y las intervenciones disponibles en la actualidad posibilitan que cerca de 60% de las personas con depresión se recuperen de su enfermedad; 60% de las personas con trastornos relacionados con el abuso de sustancias reduzcan su consumo; 73% de las personas con epilepsia vivan sin crisis convulsivas, y 77% de las personas con esquizofrenia vivan sin recaídas (13). Estas cifras demuestran que cuando se dispone de servicios habilitados para garantizar una atención moderna e integral en salud mental, se puede disminuir mucho la carga de los trastornos mentales. Como muestran los resultados de la encuesta de salud mental realizada por la OMS (15), una gran parte de la población no tiene acceso a estos servicios. Según estudios realizados en México, más de 80% de las personas con trastornos mentales no reciben tratamiento alguno (16). La constatación de esta brecha y del impacto de los trastornos mentales llevó a la OMS a movilizar esfuerzos adicionales para establecer nuevas estrategias dirigidas a desarrollar políticas, servicios y legislaciones, indispensables para responder adecuadamente a los problemas esenciales de salud mental.

La reforma en las Américas

La OPS y los países de la Región han participado activamente, tanto en las

iniciativas promovidas a escala mundial como en iniciativas regionales y nacionales.

En septiembre de 2001, el Consejo Directivo de la OPS analizó la situación de la atención de la salud mental en la Región a partir de los resultados preliminares de la primera encuesta regional, realizada en el marco del proyecto ATLAS (17). De acuerdo con esos datos, 70% de los países de la Región contaban con una política nacional de salud mental y 80% tenían planes de acción nacionales, más de 70% de los cuales se establecieron después de 1990 (17). La proporción de países de la Región que tenían una legislación específica de salud mental aumentó de 22% en 1990 a 30% en 2001. Estos datos demuestran que, en lo referente a la formulación de políticas, planes y leyes, las iniciativas promovidas durante la década de 1990 permitieron avanzar considerablemente.

Sin embargo, los avances en la prestación de servicios fueron menores. En la mayoría de los países, los hospitales psiquiátricos seguían siendo la estructura básica del sistema de salud mental. Más de 70% de los países tenían menos de 20% de las camas de psiquiatría en hospitales generales. Aunque 70% de los países contaban con servicios en la comunidad, en la mayoría de los casos se trataba de experiencias locales que abarcaban solo una pequeña parte de la población necesitada. En 30% de los países, los medicamentos esenciales no estaban al alcance de los pacientes de atención primaria (17). A pesar de los avances en el reconocimiento de la importancia de los problemas de salud mental, el presupuesto de salud mental era aún exiguo en la mayoría de los países de la Región, pues en 30,7% de ellos se asignaba a la salud mental menos de 2% del presupuesto sanitario, en 46,2% se le destinaba entre 2 y 5% y solo en 23,1% de los países se le asignaba más de 5%.

El análisis de esa situación demostró que, a pesar de los avances logrados en la reforma de los sistemas de salud mental en los países de América Latina y el Caribe, seguía habiendo importantes deficiencias, tanto en términos de la accesibilidad de los servicios como de

su calidad. Aunque un número considerable de países había formulado políticas y planes nacionales de salud mental —lo que representaba sin duda un avance importante—, el grado de aplicación de esas políticas y planes era aún insuficiente en muchos de ellos.

Si bien en algunos países de América Latina y el Caribe se implementaron experiencias innovadoras de gran calidad y creatividad —como los mencionados casos de Campinas, Hidalgo y Río Negro—, estas se limitaron por lo general a localidades concretas y no tuvieron impacto a escala nacional. Las únicas excepciones fueron: Chile, donde el plan nacional de salud mental se puso en marcha de forma sistemática y exitosa en todo el país (18); Brasil, donde desde hace varios años existe una política nacional de salud mental coherente que abarca una buena parte del país (aunque es desigual en los distintos estados) (7); y Cuba, donde existe una política nacional de integración de la salud mental en la atención primaria (19).

En la mayoría de las poblaciones de América Latina y el Caribe, los servicios de salud mental continuaron centrados en los hospitales psiquiátricos tradicionales, es decir, en instituciones con características de manicomio y frecuentemente localizadas en zonas aisladas de la comunidad. Aunque la atención de la salud mental ha empezado a integrarse en la atención primaria en prácticamente todos los países, esta integración ha sido muy lenta y parcial. En 2001, los servicios de salud mental en la comunidad aún eran poco frecuentes y el número de unidades de internamiento psiquiátrico en los hospitales generales era muy reducido.

En resumen, la situación en los países de América Latina y el Caribe al inicio de la nueva fase de la reforma se puede resumir de la siguiente forma:

- políticas, planes y legislación: progreso significativo en la formulación, pero bajo nivel de implementación
- salud mental en atención primaria: cobertura muy limitada y falta de capacitación de los profesionales
- desarrollo de servicios en la comunidad: algunos avances, general-

mente en un ámbito local o provincial; deficiencias en la integración y coordinación

- integración de la salud mental en el sistema general de salud: insuficiente en la mayoría de los países
- derechos humanos: progresos significativos.

El análisis de la situación de la salud mental en la Región llevó al Consejo Directivo a aprobar una resolución (20) que insta a los Estados Miembros a:

- unir los esfuerzos nacionales para ejecutar las políticas y los planes de salud mental en el marco de la reforma del sector de la salud mediante el fortalecimiento de las unidades de salud mental en los ministerios de salud y la movilización de los recursos necesarios
- promover estrategias encaminadas a lograr que la atención de la salud mental se desplace de los hospitales psiquiátricos a la comunidad, con el objetivo de integrar la salud mental en la atención primaria y de trasladar las unidades de hospitalización para pacientes agudos a los hospitales generales
- promover activamente la puesta en práctica de programas de rehabilitación psicosocial, haciendo hincapié en la vivienda, la formación profesional y el empleo
- fortalecer el desarrollo de servicios y programas específicos para satisfacer las necesidades específicas de las mujeres, los niños, los ancianos, los refugiados, las víctimas de desastres y las poblaciones indígenas.

En la resolución del Consejo Directivo de la OPS en 2001, los gobiernos de la Región se comprometieron a unir esfuerzos en favor de la implementación de la reforma de los servicios de salud mental y se definieron con claridad los objetivos prioritarios de las reformas propuestas.

Se trata sin duda de objetivos muy ambiciosos, cuya materialización no depende exclusivamente de los gobiernos, sino también de la colaboración que se logre establecer entre los diversos actores involucrados en la atención

de la salud mental, tanto a escala nacional como internacional. Por ello, la OPS invitó a representantes de todos los gobiernos de la Región, de varias organizaciones internacionales (Organización de los Estados Americanos, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros), de centros de investigación, de asociaciones profesionales y de los usuarios y sus familiares, a participar en una conferencia convocada para crear nuevas alianzas y promover nuevas formas de cooperación. El objetivo de estas alianzas es impulsar la implementación de las políticas y los planes de salud mental de conformidad con los principios establecidos en la Declaración de Caracas y las recomendaciones contenidas en la Resolución CD43.R10 del Consejo Directivo de la OPS de 2001 (20).

La Conferencia Regional Salud Mental en las Américas: Asociándonos para el Progreso (21) permitió definir las áreas prioritarias de cooperación internacional y presentar las bases de nuevas iniciativas destinadas a promover la cooperación en esas áreas, especialmente en la difusión de la información, la generalización de las buenas prácticas, la capacitación de los profesionales y miembros de la comunidad y el aumento de la capacidad de investigación.

LA COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS EN LA NUEVA FASE DE LA REFORMA

De acuerdo con las recomendaciones y resoluciones del Consejo Directivo y de la Conferencia Regional y aprovechando la dinámica creada en los eventos mundiales y regionales realizados en 2001, el programa de salud mental de la OPS definió en 2001 sus áreas prioritarias de cooperación técnica en el área de la salud mental:

1. recolección y disseminación de información
2. diseño y aplicación de intervenciones y programas efectivos en función del costo, dirigidos a la prevención y control de los trastornos mentales que provocan mayor dis-

capacidad y a satisfacer las necesidades específicas de los grupos más vulnerables

3. elaboración y aplicación de legislaciones nacionales de salud mental y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales
4. fortalecimiento de las capacidades nacionales para desarrollar políticas y servicios de salud mental
5. promoción de investigaciones aplicadas a los servicios de salud mental.

La meta principal del programa original de salud mental —el fortalecimiento de las capacidades nacionales para desarrollar políticas, planes y programas de salud mental— no ha sufrido variaciones. Sin embargo, el enfoque prioritario se ha desplazado del desarrollo a la implementación de esas políticas, planes y programas de salud mental, que es donde los países mostraron mayores debilidades durante la década de 1990. La puesta en práctica de una política y un plan nacionales de salud mental es una tarea de gran complejidad que exige apoyo político y la participación de muchas y muy diversas áreas técnicas. La experiencia de la década pasada demostró que uno de los mayores obstáculos encontrados por los países para reestructurar los servicios de salud mental fue la dificultad para lograr los recursos técnicos indispensables.

La información es indispensable para combatir el estigma que implica padecer un trastorno mental y para realzar el valor de la salud mental, conocer las necesidades de las poblaciones e identificar las insuficiencias en la atención. Sin información no es posible movilizar aliados en favor de la reforma, planear los cambios necesarios o realizar su seguimiento. La creación y generalización de intervenciones eficaces y rentables son componentes fundamentales de la reforma de salud mental. La puesta en marcha y la ejecución de la reforma exige tomar decisiones, pero esto no es posible si no se conocen los costos y la eficacia de las diferentes opciones. Los grupos vulnerables (niños, mujeres y víctimas

de desastres, entre otros) tienen necesidades específicas y es esencial saber cuáles son los servicios y programas que mejor pueden responder a esas necesidades.

Como se ha mencionado anteriormente, la elaboración de una legislación específica está indisolublemente unida a la reforma de los servicios de salud mental. Sin embargo, esta se debe complementar con medidas de protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental, como son la participación de los usuarios y sus familiares y la utilización de mecanismos de seguimiento de los derechos humanos con la participación de organizaciones internacionales.

La capacitación ha sido siempre un componente básico de la reforma. Según el enfoque seguido para elaborar y poner en práctica las políticas y los planes de salud mental, se deben privilegiar las acciones que fortalezcan la capacidad de los países de implementar planes nacionales y administrar los servicios de salud mental. De forma similar, se ha dado una clara prioridad a las investigaciones sobre la epidemiología y los servicios, ya que esos resultados se necesitan para elaborar nuevas políticas y poner en marcha nuevos servicios.

Con respecto a las estrategias de cooperación técnica en las condiciones específicas de la nueva fase de la reforma, es necesario profundizar en algunas de ellas. La primera de estas estrategias estuvo dirigida a fortalecer las unidades de salud mental en los ministerios de salud, ya que estas estructuras se desactivaron durante la década de 1990 en numerosos países de América Latina. En muchos casos, las unidades de salud mental se integraron en las divisiones de promoción de salud, lo que les dejaba poco poder operativo y las mantenía totalmente separadas de los servicios. Sin poder de decisión, con reducida capacidad técnica y sin posibilidades de influir en la organización y el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos y de los otros servicios de salud mental, la capacidad de estas unidades para coordinar y emprender un proceso de reforma era prácticamente nula. Por esa

razón, el Programa de Salud Mental de la OPS estableció como una prioridad estratégica reestablecer y fortalecer las unidades de salud mental en los ministerios de salud.

Otra estrategia que se privilegió fue la de aprovechar las sinergias posibles entre países con características y problemas similares mediante acciones de colaboración subregional. Esta decisión se debió también a la necesidad de garantizar una mayor continuidad y proximidad en la cooperación técnica brindada a los países. Para alcanzar este objetivo se creó el cargo de asesor subregional para América Central, decisión que, como se explicará más adelante, tuvo un impacto muy positivo. Además, se decidió aprovechar las ventajas de la cooperación entre países y explorar las posibilidades que ofrecían los mecanismos ya existentes en la OPS para financiar proyectos entre dos o más países.

A finales de la década de 1990 comenzó la cooperación entre la OPS y la Organización de los Estados Americanos (OEA) en el área de la salud mental y de los derechos humanos. Las perspectivas promisorias de esta colaboración permitieron diseñar una estrategia, dirigida a proteger los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, que se ha revelado como una de las más eficaces de toda la reforma de salud mental. Esa estrategia promovió la incorporación de las normas internacionales en las legislaciones nacionales de salud mental y la utilización de los mecanismos de seguimiento de los derechos humanos y de influencia sobre los gobiernos. Estas acciones, apoyadas tanto por la OEA como por otros organismos internacionales, favorecieron y promovieron la reforma de los servicios de salud mental. También en este caso, los resultados obtenidos han demostrado que se trata de una estrategia muy eficaz con enormes posibilidades de éxito.

Finalmente, se acordó fortalecer la capacidad de investigación de los servicios de salud mental en los países de la Región como una de las estrategias esenciales de la reforma. Esta decisión se basó en la idea de que la existencia

de grupos capaces de realizar investigaciones en los servicios es una condición indispensable para poder crear una cultura abierta a las preocupaciones sobre la eficacia de los servicios. Además, los grupos de investigación son de gran importancia para garantizar un seguimiento adecuado y la evaluación de las reformas.

A continuación se describen las iniciativas y acciones que se llevaron a cabo en el marco de las estrategias mencionadas y en las que de forma u otra participan todas las áreas de cooperación técnica.

Recopilación y diseminación de la información

El primer objetivo en esta área estratégica es recolectar información sobre los trastornos mentales en la Región para conocer con mayor exactitud la magnitud de la carga que representan y para cuantificar las necesidades de las poblaciones. Para alcanzar este objetivo, la OPS promovió la participación de cinco países de América Latina en la Encuesta Mundial de Salud Mental y les prestó el apoyo técnico necesario a partir de un núcleo localizado en el Instituto de Psiquiatría de México. Dos países ya terminaron la encuesta —México y Colombia—, mientras que Brasil y Costa Rica se encuentran en la fase inicial del estudio y Perú está por concluirlo.

Los primeros resultados del estudio realizado en México demostraron la importancia que tiene este tipo de investigaciones para la reforma de los servicios. Además de confirmar la elevada prevalencia de los problemas mentales y de ayudar a conocer la frecuencia de los diferentes tipos de trastornos, el estudio permitió constatar la enorme brecha existente en el acceso a los servicios de salud mental: menos de 20% de las personas con trastornos mentales diagnosticados habían tenido contacto con los servicios de salud en los 12 meses previos al estudio (16).

El segundo objetivo fue obtener datos sobre las políticas y los servicios de salud mental disponibles en la Región. Para ello se llevaron a cabo di-

versas iniciativas subregionales y nacionales. Por ejemplo, el Foro de Políticas de Salud Mental de los Países Centroamericanos, México y el Caribe Hispano (22) permitió actualizar la información sobre la situación de la salud mental en cada país; mediante el Proyecto ATLAS-América Latina se recopiló y analizó la información específica y detallada sobre la prestación de servicios de salud mental en los países de América Latina; y el proyecto Análisis de la Situación en el Caribe Anglófono, ejecutado con la colaboración de la Universidad de Dalhousie, Halifax, Canadá, estableció un diagnóstico de los servicios de salud mental en esta área. Una de las iniciativas nacionales de mayor impacto fue la Evaluación de los Servicios de Salud Mental en la República Mexicana (23), un estudio promovido por la OPS y la OMS con la colaboración de varios expertos internacionales que proporcionó al Gobierno de México los datos necesarios para definir la política nacional de salud mental. En 2005, en colaboración con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, de la OMS, se inició un estudio sistematizado de los sistemas nacionales de salud mental en varios países mediante la encuesta realizada con el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (WHO-AIMS). El estudio ya se completó en Paraguay, se terminará en Uruguay, El Salvador, Guatemala y Nicaragua a finales de 2005 y se encuentra en fase inicial en Brasil y México.

La recolección de los datos necesarios depende en gran parte de la existencia de sistemas adecuados de información. Por esta razón se inició un proyecto de colaboración con la Universidad McGill de Canadá que debe ayudar a crear un sistema de información sobre la salud mental en dos países del Caribe (Barbados y Santa Lucía).

Prevención y control de los trastornos mentales

Depresión. Los estudios epidemiológicos han demostrado la elevada prevalencia de la depresión en América La-

tina. La prevalencia media a lo largo de la vida de los trastornos depresivos, calculada mediante encuestas comunitarias en varios países latinoamericanos, es de 13,5% (24). En estos países, los trastornos depresivos unipolares son los que más aportan a la carga de morbilidad (14). No obstante, a pesar de la frecuencia y de la repercusión de los trastornos depresivos, la mayoría de las personas afectadas no tienen acceso a un tratamiento (16).

A fin de llamar la atención acerca de la importancia de los problemas relacionados con la depresión y reducir la prevalencia de la depresión no tratada, la OPS presentó a finales de la década de 1990 el programa Conocer y Enfrentar la Depresión, con los siguientes objetivos: a) aumentar los conocimientos generales sobre la depresión, sus síntomas y consecuencias y los tratamientos disponibles; b) luchar contra los conceptos erróneos que dificultan el uso adecuado de los servicios de salud mental y promover las actitudes que facilitan referir a los pacientes a estos servicios; y c) fortalecer la capacidad de los profesionales de la salud para reconocer y tratar los trastornos depresivos.

El programa preveía intervenciones dirigidas a los pacientes, sus familiares, la comunidad, el sistema de salud, los medios de difusión y las autoridades políticas. Para lograr los objetivos se trabajó en tres direcciones:

1. producir materiales didácticos específicos
2. divulgar información sobre el reconocimiento y el tratamiento de la depresión mediante las redes existentes
3. entrenar a profesionales y miembros clave de la comunidad en la detección y el control de la depresión.

Se elaboraron y probaron módulos de adiestramiento para los médicos generales y el personal de enfermería. También se probaron materiales específicos para fortalecer la capacidad de los miembros clave de la comunidad (líderes religiosos, grupos de mujeres y empleados de las peluquerías) en la detección de personas con depresión y

su referencia a los servicios correspondientes. Como parte del programa se organizaron campañas de sensibilización dirigidas a los centros de trabajo, las instituciones públicas y a la población en general.

Los resultados obtenidos demostraron que los módulos de adiestramiento para el personal de enfermería y empleados de las peluquerías fueron eficaces y ayudaron a detectar pacientes con depresión y derivarlos a los médicos generales. Aunque no fue posible cuantificar los cambios en el grado de estigmatización y de utilización de los servicios por parte de las personas con depresión, los primeros resultados de este programa indican que se pueden promover cambios en las actitudes negativas hacia la depresión y mejorar la utilización de los servicios de salud. La próxima fase del proyecto consiste en probar en tres países de América Latina los módulos y otros materiales de capacitación elaborados en Panamá.

Trastornos mentales graves. 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 que participan 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 (25). 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 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, basada en las pruebas científicas actualmente disponibles 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.

Epilepsia. La epilepsia es una enfermedad muy frecuente en América Latina y el Caribe, donde cerca de cinco millones de personas la padecen (26). A pesar de su elevada prevalencia y del bajo costo de su tratamiento, entre 80 y 98% de estos enfermos no reciben el tratamiento adecuado (26). Debido al peso social de esta enfermedad, la OPS se unió a la Campaña Mundial contra la Epilepsia —promovida por la OMS y la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE)—, dirigida a mejorar la aceptación de esta enfermedad, facilitar su prevención y viabilizar su tratamiento en América Latina y el Caribe.

Los objetivos del programa de la OPS en el área de la epilepsia son:

- crear normas técnicas para la identificación, educación y tratamiento de las personas con epilepsia en los servicios de atención primaria
- evaluar la eficacia del tratamiento de las diversas formas de epilepsia aplicado por los médicos de atención primaria
- desarrollar un programa de educación continuada sobre epilepsia para profesionales de atención primaria
- promover un programa educativo en la comunidad para aumentar el conocimiento de la población sobre la epilepsia.

En los últimos años se ha avanzado notablemente en el cumplimiento de estos objetivos y se han realizado estudios para cuantificar la prevalencia de la epilepsia tratada y no tratada y eva-

luar el estigma asociado con la enfermedad. En Argentina y Brasil se elaboraron y probaron módulos de entrenamiento para profesionales de la salud (médicos y personal de enfermería) y profesores. En Cuenca, Ecuador, se validó el Manual para la Detección Temprana y el Tratamiento de la Epilepsia, elaborado en el marco del programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Por su parte, el éxito del proyecto demostrativo ejecutado en Campinas, Brasil, permitió al gobierno brasileño poner en práctica en todo el país algunas de las estrategias aplicadas en esa localidad.

El próximo paso consiste en movilizar los recursos necesarios para poner en marcha un programa regional que permita divulgar ampliamente las estrategias y experiencias implementadas en los últimos años.

Intervenciones dirigidas a grupos vulnerables

Niños y adolescentes. En el pasado se ha subestimado considerablemente la atención de la salud mental de niños y adolescentes, lo que ha llevado a la carencia casi total de políticas y servicios de salud mental para estos grupos de la población en América Latina y el Caribe (solo Cuba y Costa Rica cuentan con políticas nacionales de salud mental específicas para niños y jóvenes). Esta situación es inaceptable, especialmente si se tiene en cuenta que cerca de 20% de los niños y adolescentes sufren de trastornos que exigen el apoyo o la intervención de los servicios de salud mental (27).

En 2001 se definieron dos objetivos esenciales en esta área: apoyar el desarrollo de políticas y servicios de salud mental para niños y adolescentes y promover una red de investigadores interesados en este tema. Hasta el momento no se ha logrado avanzar lo suficiente en el cumplimiento del primer objetivo, sin embargo, en el área de la investigación se creó la Red de Proyectos de Investigación sobre Desarrollo Infantil Precoz y Salud Mental Infantil para América Latina y el Caribe, con la cola-

boración de las universidades de Harvard y Columbia, de los Estados Unidos de América, y de centros de investigación de Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y Jamaica. Esta red creó una excelente dinámica de trabajo y ha organizado varias conferencias y proyectos, algunos de los cuales se encuentran actualmente en fase avanzada de ejecución. Es necesario continuar apoyando estas iniciativas y, al mismo tiempo, recuperar el tiempo perdido en la formulación y aplicación de políticas y servicios específicos. La reciente publicación de un manual elaborado por la OMS sobre políticas y servicios de salud mental para niños y adolescentes (27) puede ayudar a hacer que se logren los objetivos que aún quedan pendientes.

Víctimas de desastres. Los desastres, tanto los naturales como los provocados, se han convertido en un problema no solo de carácter social y económico, sino también sanitario por las consecuencias que acarrea a grandes conglomerados de personas. La OPS ha trabajado en el desarrollo de estrategias y planes dirigidos a proteger la salud mental en situaciones de desastres, especialmente durante el último decenio. Se debe destacar la participación directa de los expertos en el escenario de las catástrofes, como parte de su apoyo y cooperación durante las situaciones de emergencia. Algunos de los ejemplos más notables son la asistencia brindada para paliar los daños provocados por el huracán Mitch que azotó América Central en 1998, los deslaves ocurridos en Venezuela en 1999, y los terremotos que sacudieron El Salvador en 2001, así como para aliviar las consecuencias del conflicto armado en Guatemala (a partir de 1997) y Colombia (desde 2002) y el incendio del supermercado Icuá Bolaños en Asunción, Paraguay, en 2004, entre otras intervenciones.

En 2002 se publicó el libro *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias* (28) con un ordenamiento claro de los elementos básicos necesarios para la atención de la salud mental en situaciones de emergencia. Esta obra ha sido ampliamente distribuida en los países de la Región y ha

resultado de gran utilidad para el diseño de planes específicos en esta materia. Como parte de la estrategia seguida y con la cooperación técnica brindada por la OPS, en los países centroamericanos se diseñaron, discutieron y pusieron en marcha planes nacionales de salud mental en situaciones de desastres.

Actualmente se diseñan nuevas metodologías para la atención de la salud mental en situaciones catastróficas y se fortalece un grupo de expertos que se podría movilizar rápidamente ante situaciones de emergencia. Como parte de este esfuerzo se publicará próximamente un manual de técnicas y procedimientos para el control de los problemas de salud mental en situaciones de desastres y emergencias.

Como consideración final se debe destacar que las consecuencias psicosociales de los desastres son el reflejo de la tragedia que viven las poblaciones afectadas por estos sucesos traumáticos. Afortunadamente en los últimos 15 años, los gobiernos y la propia sociedad han adquirido plena conciencia de la necesidad de abordar el componente de la salud mental de manera organizada y responsable en los casos de desastre.

Salud mental y derechos humanos

En 2001, la Unidad de Salud Mental y Programas Especializados y el Área de Asuntos Jurídicos, ambos de la OPS, iniciaron actividades conjuntas para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con trastornos mentales. En el marco de esta iniciativa, que entre 2001 y 2003 contó con la colaboración del Gobierno de Suecia, se llevan a cabo acciones a partir de los mecanismos existentes para la protección de los derechos humanos y de las normas internacionales específicas para la salud mental (29, 30).

Entre las actividades más importantes realizadas en esta área se encuentran los talleres de capacitación sobre los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con trastornos mentales. Estos talleres han

difundido las normas internacionales y regionales en esta materia entre funcionarios y profesionales de los ministerios de salud y educación, las defensorías de derechos humanos, las procuradurías generales, las administraciones municipales, las comisiones nacionales de derechos humanos, los hospitales psiquiátricos y generales, los departamentos de policía y las autoridades penitenciarias. En los talleres también han participado jueces, abogados, enfermeros, miembros de las asociaciones de familiares, de los consejos nacionales de personas con discapacidades, de organizaciones de usuarios y de trabajadores de la salud pública, entre otros.

Un cambio inesperado y sin precedentes en las iniciativas llevadas a cabo por algunos organismos especializados, como la OPS, ha sido la colaboración técnica con organizaciones regionales e internacionales de derechos humanos, tales como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de la OEA, encargada de vigilar el cumplimiento de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de otros tratados regionales sobre este tema. Ambas organizaciones han organizado actividades de capacitación sobre salud mental y derechos humanos en Argentina, Barbados, Belice, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Santa Lucía. Como resultado de estos talleres, la OPS logró establecer en ocho países comités técnicos que se encargan de formular y revisar las legislaciones nacionales sobre salud mental de conformidad con los lineamientos internacionales de derechos humanos; facilitó el empoderamiento de las organizaciones de usuarios en siete países (Argentina, Belice, Chile, Nicaragua, Panamá, Perú y República Dominicana) mediante la aplicación de mecanismos internacionales de derechos humanos; capacitó a 780 personas de 17 países, de las cuales 300 trabajaban en el campo de la salud pública; y participó en la revisión de las políticas de salud mental de siete naciones (Belice, Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá y Para-

guay). Además, apoyó el establecimiento de defensorías de derechos humanos en ocho países (Argentina, El Salvador, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú) que ya han iniciado sus actividades de protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental y en algunos casos realizan visitas de oficio a las instituciones especializadas.

La OPS y la CIDH han colaborado también en otras acciones sin precedentes, tales como la organización de audiencias formales para elaborar recomendaciones sobre el derecho de las personas con trastornos mentales a la salud y otros derechos humanos conexos y la formulación de estándares regionales sobre derechos humanos y salud mental. La OPS ha brindado asesoría técnica a la CIDH durante sus visitas a instituciones de salud pública, en la evaluación de informes específicos nacionales o individuales y en el análisis acerca de la reclusión y la restricción de la libertad de personas con trastornos mentales. Esta colaboración ha contribuido a transformar las prácticas y políticas nacionales de salud mental en el contexto de los servicios de salud pública.

La colaboración entre la OPS y los organismos internacionales y regionales de derechos humanos constituye un precedente muy importante en el área del derecho internacional que ya ha producido algunos resultados relacionados con la reforma de los servicios de salud mental. La CIDH ha solicitado "medidas cautelares" o "medidas de urgencia" para hacer que los estados cumplan con su obligación específica de proteger la vida y la integridad física de las personas detenidas en instituciones de salud mental bajo condiciones insatisfactorias (30).

Desarrollo de políticas y servicios

El objetivo de las iniciativas de cooperación técnica de la OPS en materia de salud mental es fortalecer la capacidad de los países para implementar políticas correctas y ofrecer servicios adecuados. Para ello, además de las acciones promovidas en las áreas men-

cionadas, 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 han realizado en coordinación con el Proyecto de Políticas y Planes de Salud Mental: Atendiendo a las Necesidades y Mejorando los Servicios (31), 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/). Las políticas, los planes y los programas de salud mental, la organización de los servicios y de los recursos humanos y la formación de profesionales de salud mental son algunos de los temas abarcados por este proyecto. 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 dos talleres de entrenamiento para personas responsables de unidades nacionales de salud mental (uno 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. En estos momentos, la OPS está promoviendo un curso de enseñanza a distancia en el que se espera utilizar estas guías.

A pesar de haberse logrado experiencias excelentes que han llevado al establecimiento de servicios innovadores de salud mental en América Latina y el Caribe, esa información no se ha divulgado adecuadamente, por lo que la OPS ha iniciado —en colaboración con la Universidad de Harvard, Estados Unidos— un proyecto de divulgación de esos resultados. A finales de 2005 se publicará un tomo en el que se expondrá lo logrado en Argentina, Belice, Brasil, Chile, Cuba, Jamaica, México y Santa Lucía (32).

El desarrollo de iniciativas subregionales 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 países². La creación del puesto de asesor subregional de salud mental para América Central y el Caribe hispano en 2003 demostró las excelentes perspectivas que abre la cooperación en esta área y permitió coordinar y darles seguimiento sistemático a los proyectos de cooperación técnica. Por ello se crearán a principios de 2006 un puesto de asesor subregional para América del Sur y otro para el Caribe anglófono.

Uno de los aspectos más innovadores de la Iniciativa de Reestructuración

de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina llevada a cabo en la década de 1990 fue la asignación de consultores regulares 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 en la nueva fase de la reforma, aunque con algunos cambios. Por un lado, gracias al incremento de las capacidades técnicas de algunos países de América Latina y el Caribe, las consultorías dependen cada vez más de expertos latinoamericanos y caribeños formados en el propio proceso de reforma. Por otro lado, 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 llevar un seguimiento adecuado de su evolución.

En los últimos años se 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 lograron experiencias exitosas, por ejemplo, en Barbados y Santa Lucía se mejoró el hospital psiquiátrico y se crearon alternativas en la comunidad; en Belice se está trabajando en el cierre del hospital y en la mejora del sistema comunitario; en Guyana 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. Además, 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 y el gobierno federal decidió que el seguro popular de salud cubriera el tratamiento de los trastornos mentales; en Paraguay se lleva a cabo un proceso con características inéditas que se basa en la utilización de los derechos humanos como instrumento de cambio en los servicios, y a la vez se avanzó en la solución de los problemas más graves del hospital y se procura llevar esos servicios a la comunidad; en Perú se evaluó el

² 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, con Cuba, la República Dominicana y Panamá; un proyecto sobre servicios en la comunidad, con El Salvador, Guatemala y Nicaragua; y dos proyectos para la elaboración y aplicación de políticas y legislación de salud mental, con países del Caribe anglófono.

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; 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.

Investigaciones sobre los servicios

Las investigaciones son cruciales para mejorar los servicios de salud mental. Sin embargo, los estudios relacionados con este tema encuentran grandes obstáculos en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, principalmente por la falta de recursos y de una infraestructura apropiada. Por esta razón, en la resolución de la conferencia Salud Mental en las Américas: Asociándonos para el Progreso se señala la necesidad de fortalecer la capacidad de investigación en América Latina y el Caribe como una de las prioridades en la nueva fase de la reforma (21). Para dar seguimiento a esta recomendación, la OPS —en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos de América y centros de investigación de ese país, Canadá, América Latina y el Caribe— presentó en 2002 una nueva iniciativa dirigida a mejorar la capacidad de investigación de los países de América Latina y el Caribe y producir la información científica necesaria para desarrollar políticas y servicios de salud mental basados en pruebas científicas. Los objetivos iniciales de esa iniciativa fueron:

- crear una red de instituciones latinoamericanas y caribeñas que puedan funcionar como centros de excelencia para las investigaciones en

el campo de la salud mental, en particular las relacionadas con los servicios y la salud pública

- patrocinar proyectos de investigación adaptados culturalmente y dirigidos a evaluar las necesidades de atención, servicios y programas en salud mental
- promover la difusión de la información científica relacionada con la salud mental en América Latina y el Caribe.

En 2002 y 2003 se realizaron dos reuniones —en Puebla, México, y Washington, D.C., Estados Unidos, respectivamente— en las cuales se estableció formalmente la Red de Investigación en Servicios de Salud Mental de América Latina y el Caribe y se aprobó como plan de acción entrenar investigadores jóvenes de América Latina y el Caribe en temas relacionados con los servicios de salud mental, ejecutar tres proyectos de investigación multicéntricos y crear una biblioteca virtual sobre la salud mental.

El entrenamiento propuesto se inició en 2004 con una conferencia realizada en Río de Janeiro, Brasil, en la que participaron 30 jóvenes investigadores de varios países de América Latina y el Caribe e investigadores de los centros que formaban parte de la Red³. Esta conferencia, patrocinada por el NIMH y el Instituto de Neurociencias, Salud Mental y Drogodependencia (INMHA) de Canadá, se convocará de nuevo en 2006 y 2007. Sus resultados fueron muy positivos por su contribución a mejorar los conocimientos de los participantes y a establecer nuevas redes y proyectos de cooperación. Uno de los proyectos aprobados, en el que participan varios centros de la Red y el financiamiento de agencias canadienses, tiene como objetivo estudiar el estigma que implican las enfermedades mentales.

Igualmente se iniciaron otros dos proyectos multicéntricos —uno sobre el tratamiento de la depresión en servi-

cios de atención primaria y otro sobre el tratamiento de enfermos mentales graves en la comunidad— con la participación de instituciones de los Estados Unidos, América Latina y el Caribe. El tema de los costos de las intervenciones para prevenir y tratar los trastornos mentales es sumamente importante en la fase actual de la reforma de los servicios; sin embargo, no se cuenta con suficientes datos específicos para América Latina y el Caribe. Por esta razón, la OPS ha promovido —en cooperación con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, de la OMS— un estudio sobre la relación entre la eficacia y el costo de las intervenciones para tratar la depresión, la esquizofrenia y el alcoholismo en países de América Latina. Esta iniciativa, que cuenta con el apoyo del NIMH, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y de centros de investigación de Chile y México, se ejecuta actualmente en esos dos países y se extenderá posteriormente a otras naciones.

A finales de 2005 se iniciarán otros cinco estudios sobre los servicios de salud mental que se seleccionaron mediante un concurso convocado en mayo de 2005 por el Programa de Subvenciones de Investigaciones de la OPS. Estos estudios contarán con un presupuesto modesto, pero se espera que contribuyan a mejorar el conocimiento y la capacidad de investigación en América Latina y el Caribe.

CONSIDERACIONES FINALES

La nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental ha abierto nuevas perspectivas y ha renovado las esperanzas de mejorar la atención de la salud mental en el mundo y, en particular, en América Latina y el Caribe. Al mismo tiempo, se han revelado nuevas dificultades e impuesto nuevos desafíos, tanto a escala nacional como internacional. Para responder a esos desafíos, en los últimos años se han presentado diversas iniciativas, como las recogidas en el informe de la comisión establecida por el presidente de los Estados Unidos de América en 2002 para transformar la atención de la

³ Las universidades de São Paulo (Brasil), Concepción (Chile), Medellín (Colombia), Brown, Nueva Jersey, Fresno y California-Los Angeles (Estados Unidos), McGill y Dalhousie (Canadá) y West Indies (Jamaica); la Escuela de Salud Pública de Chile; y el Instituto de Psiquiatría de México.

salud mental (33) y el plan de acción aprobado en la Conferencia Ministerial Europea sobre Salud Mental celebrada en 2005 (34).

La OPS viene promoviendo —en estrecha colaboración con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, de la OMS— varias iniciativas y proyectos con el objetivo de adecuar su contribución a las necesidades de la reforma de los servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe. La integración de la Unidad de Salud Mental de la OPS en el Área de Tecnologías y Servicios en 2003 es una muestra de la importancia prioritaria que se le confiere al tema de la reforma de los servicios de salud mental y ha contribuido a focalizar la cooperación técnica de esa unidad en la reforma. Además, la creación de un puesto de asesor subregional para la salud mental en América Central y la decisión de crear en breve dos puestos más —uno para América del Sur y otro para el Caribe anglófono— demuestran la decisión de la OPS de aumentar su capacidad técnica para apo-

yar la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe.

La eficacia de este apoyo depende en gran medida de la cooperación que se pueda establecer entre entidades muy diversas (gobiernos, asociaciones de profesionales, usuarios y familiares, centros colaboradores de la OMS y la OPS, bancos, agencias de investigación, universidades, organizaciones internacionales y asociaciones no gubernamentales, entre otras). La OPS ha buscado reforzar la cooperación con todas ellas con el objetivo de crear nuevas alianzas. Gracias al trabajo de estos actores se han registrado avances en muchos países. Sin embargo, se deben redoblar los esfuerzos para crear las alianzas y sinergias necesarias. El conocimiento científico sobre las necesidades de las poblaciones y la eficacia de los servicios en América Latina y el Caribe puede desempeñar un papel preponderante en este campo. Los resultados científicos también pueden ayudar a elevar la conciencia de la importancia de los problemas de

salud mental y aumentar la participación en la reforma de algunos sectores, como la psiquiatría académica.

En el momento en que se publica este artículo se cumplen 15 años de la Declaración de Caracas, lo que será celebrado con una conferencia regional sobre la reforma de los servicios de salud mental. Esta conferencia, convocada por la OPS y el Gobierno de Brasil para noviembre de 2005, en Brasilia, tiene como objetivos proporcionar un espacio para la reflexión sobre el proceso de reforma llevado a cabo desde 1990 y discutir un plan de acción regional que defina con claridad los objetivos, las estrategias y las acciones que se deben tomar en los próximos años. Esta será, sin duda, la mejor forma de celebrar la Declaración de Caracas de 1990 y de ayudar a cumplir sus objetivos originales.

Agradecimientos. El autor desea expresar su reconocimiento a Jorge Rodríguez y Javier Vásquez por su valiosa colaboración en la elaboración de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Alarcon RD, Aguilar-Gaxiola SA. Mental health policy developments in Latin America. *Bull World Health Organ.* 2000;78(4):483-90.
2. González Uzcátegui R. Salud mental en la comunidad en América Latina. Ejemplo de Programas. En: Levav I, ed. *Temas de salud mental en la comunidad.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992. Pp. 291-312.
3. 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.
4. Levav I, Restrepo H, Guerra de Macedo C. The restructuring of psychiatric care in Latin America. A new policy for mental health services. *J Public Health Policy.* 1994;15(1):71-85.
5. Levav I, González R, Saraceno B. La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. *Psiquiatría Pública.* 1996;8:207-15.
6. 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).
7. Alves DN, Valentini W. Mental health policy in Brazil. En: Morral PA, Hazelton M, eds. *Mental health policy: international perspectives.* London: Whurr; 2002.
8. 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).
9. 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).
10. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD40.R19 del Consejo Directivo 1997. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1997.
11. U.S. Department of Health and Human Services. *Mental Health: a report of the Surgeon General.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.
12. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1997.
13. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* Gineva: Organización Mundial de la Salud; 2001.
14. Organización Panamericana de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud.* Washington, D.C.: OPS; 2003.
15. World Health Organization, World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, an unmet need for treatment of mental health disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *J Am Med Assoc.* 2004; 291(21):2581-90.
16. 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.
17. Organización Panamericana de la Salud. *Salud mental. Documento presentado en la 43.ª Reunión del Consejo Directivo.* Washington, D.C.: OPS; 2001. (Documento CD43/15).

18. Chile, Unidad de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2001.
19. 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.
20. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD 43.R10 del Consejo Directivo 2001. Washington, D.C.: OPS; 2001.
21. Organización Panamericana de la Salud. Informe Final de la Conferencia Salud Mental en las Américas: Asociándonos para el Progreso. Washington, D.C.: OPS; 2001. (Documento OPS/HPP/HPM/02.01).
22. 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).
23. 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.
24. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo Anduaga J, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 18(4/5): 229–40.
25. 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).
26. Sander JW, Shorvon SD. Epidemiology of epilepsies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996;61:433–43.
27. World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: WHO; 2005.
28. Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington, D.C.: OPS; 2002.
29. Vásquez J, Caldas de Almeida JM. Salud mental y derechos humanos. *Atopos*. 2004;2: 45–56.
30. Hillman A. Protecting mental disability rights: a success story in the Interamerican Human Rights System. *Human Right Brief*. 2005;12:25–8.
31. 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.
32. 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).
33. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final report. Rockville, MD: DHHS; 2003. (Publication No. SMA-03-382).
34. World Health Organization. Mental Health Action Plan for Europe. Facing the challenge, building solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. (EUR/04/5047810/7).

Manuscrito recibido el 20 de septiembre de 2005. Aceptado para publicación el 26 de septiembre de 2005.

ABSTRACT

Technical cooperation strategies of the Pan American Health Organization in the new phase of mental health services reform in Latin America and the Caribbean

The beginning of the new millennium coincided with the start of a new phase in the reform of mental health services in Latin America and the Caribbean. This new phase has imposed new priorities and prompted new technical cooperation strategies at the international level. This piece points out the main characteristics of the first phases in the reform of mental health services in Latin America and the Caribbean, discusses the factors that led to the phase that started in 2001, and describes the strategies and the technical cooperation activities of the Pan American Health Organization to deal with the challenges that have arisen in the current stage of reform. The piece also considers the prospects for international cooperation in this field, as well as the advantages of establishing a program for the reform of mental health services in the Americas that would contribute to the combined efforts of governments and international organizations in an action plan with defined objectives. The piece recommends taking advantage of the celebration of the 15th anniversary of the Declaration of Caracas in order to launch an action plan that gives new impetus to mental health services reform in the Americas.

Key words

Mental health, health care reform, Latin America, Caribbean region.

Things don't change; people change.

Henry David Thoreau,
U. S. writer and thinker (1817–1862)