

WHO-AIMS

**INFORME SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL
EN AMÉRICA DEL SUR
MEDIANTE EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
DE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL
(IESM-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD)**

**ARGENTINA, BRASIL, BOLIVIA, CHILE, ECUADOR,
PARAGUAY, PERÚ Y URUGUAY**



INFORME SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL EN AMÉRICA DEL SUR Mediante el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (IESM-Organización Mundial de la Salud)

Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay

Índice

Agradecimientos	3
Presentación	4
Introducción	5
Métodos y procedimientos	8
Información socio-demográfica	9
Resultados	11
Sección 1. Política y marco legislativo	11
Sección 2. Servicios de salud mental	17
Sección 3. Salud mental en la atención primaria	23
Sección 4. Recursos humanos	25
Sección 5. Educación del público y vínculos con otros sectores	31
Sección 6. Monitoreo e investigación	33
Conclusión	35
Recomendaciones	36
Referencias	42

Agradecimientos

Argentina: Miguel Escalante, Enrique Stein, Liliana Urbina.

Brasil: Sergio Baxter Andreoli, Francisco Cordeiro, Pedro Gabriel Delgado, Karime de Fonseca Porto, Jair Mari, Mario Dinis Mateus, Alfredo Schechtman, Renata Weber y a los Ministerios e instituciones que técnica y financieramente apoyaron la tarea.

Bolivia: Ana Julia Carrasco, Miriam Luisa Rocha Caetano, Héctor Pérez Vargas, Mario Sánchez, Carlos Dipp, Gilma Pereira Guillen, Rodolfo López, Patricia Tapia, Tatiana Salinas, Francis Venegas y a los ministerios e instituciones que técnica y financieramente apoyaron la tarea.

Chile: Alberto Minoletti, Patricia Narváez, Cecilia Cañete, Angélica Caprile, Paula Fernández, Alfredo Pemjean Gallardo, Patricia Jiménez, Katya Muñoz, Vilma Ortiz, Cristian Palma, Andrea Poblete, Irma Rojas y a los ministerios e instituciones que técnica y financieramente apoyaron la tarea.

Ecuador: Enrique Aguilar, Dimitri Barreto Vaquero, María Fernanda Dillon, Saúl Pacurucu, Carlos Rojas, Ana Tello y a los ministerios e instituciones que técnica y financieramente apoyaron la tarea.

Paraguay: Néstor Giralá, Nora Gómez, Carmen di Tore, Mirta Mendoza, Martín Moreno, Norma Cáceres, Mercedes Brizuela, Cesar Escobar, Marcela Aguilera, Carlos Berton, Aníbal Garcete Tello y a los ministerios e instituciones que técnica y financieramente apoyaron la tarea.

Perú: Teobaldo Espejo, Manuel Escalante, Aitor Castillo, Jaime Jiménez, Rita Uribe, Edgard Bellido, Illary Ramirez y a los ministerios e instituciones que técnica y financieramente apoyaron la tarea.

Uruguay: Héctor Puppó, Isabel de Lima, Lizardo Valdés, Ángel Gines, Lilian Castiglione, Osvaldo do Campo Tello y a los ministerios e instituciones que apoyaron la tarea.

Organización Panamericana de la Salud: Jorge Rodríguez, José Miguel Caldas de Almeida, Hugo Cohen, y a Edith Baca; Dora Caballero junto a los responsables por el Programa de Salud Mental de las Representaciones

Organización Mundial de la Salud: Shekhar Saxena, Jodi Morris, Thomas Bennet, Benedetto Saraceno, Mark Van Ommeren y Antonio Lora.

Presentación

El Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS), frecuentemente conocido por su sigla en inglés WHO-AIMS, tiene como objetivo la recolección sistemática de información sobre el estado de los programas y servicios de salud mental. El instrumento fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) promovió y colaboró activamente con los países para su aplicación y análisis de los resultados en América Latina y el Caribe.

La información fue recogida por cada país y ha sido consolidada por subregiones. En la actualidad están disponibles dos informes subregionales (de los países de América Central y la República Dominicana y el Caribe Inglés), mientras que este tercer informe comprende ocho de los 10 países sudamericanos: Argentina (con 10 de sus 24 provincias), Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Solo dos países aun deben realizar el estudio, Colombia y Venezuela. Cabe señalar que los datos de este informe corresponden a los años en los cuales se produjo la recopilación (éstos aparecen mencionados en cada informe de país).

Los informes de país han permitido a las autoridades de salud y demás actores nacionales (vg, usuarios, familias, universidades y otros) conocer más profundamente el estado del sistema de salud mental. Este conocimiento permitió - y permite - una toma de decisiones basadas en la evidencia, así como también orientó y - orienta - la formulación e implementación de la colaboración técnica de Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud . De otra parte, los informes consolidados por subregiones tienen como propósito permitir a cada país analizar y comparar el estado de su sistema con el de naciones vecinas y ganar así una perspectiva adicional a la lograda por medio del análisis nacional.

Habiendo tomado conocimiento de los datos recogidos y el análisis realizado, las autoridades nacionales del sector salud, los técnicos y demás partes involucradas de cada país se encuentran en mejores condiciones para identificar necesidades y prioridades, así como cuáles cambios son necesarios en su sistema de salud mental.

Este informe subregional concluye con las recomendaciones que hiciera el documento presentado al 49º. Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud reunido en setiembre-octubre de 2009 y aprobado por todos los Estados-Miembros y por la Conferencia Regional que tuviera lugar en Panamá en noviembre de 2010. Esto no debe constituir motivo de sorpresa, ya que esas recomendaciones tuvieron como base, entre otros, los resultados del estudio IESM-OMS en los países, con el propósito de orientar las acciones tendientes a mejorar el sistema de salud mental en todos sus componentes.

Merecen un especial agradecimiento todos los que trabajaron y se esforzaron para obtener datos, muchas veces dispersos en varias instancias, y organizarlos sistemáticamente en los informes de país. En especial, nuestro reconocimiento debe llegar a los ministerios de salud que no vacilaron en mirarse al espejo y a afrontar los hallazgos de la evaluación, no siempre satisfactorios.

Dr. Jorge J. Rodríguez
OPS /OMS, Washington DC

Introducción

La región sur de las Américas, comúnmente conocida como América del Sur, comprende un total de 13 países, de los cuales nueve fueron colonizados por España: Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela; uno por Portugal: Brasil; uno por el Reino Unido: Guyana; uno por Francia: la Guyana francesa; y uno por los Países Bajos: Surinam. Con excepción de la Guyana francesa, que es parte de los territorios de ultramar de Francia, la mayoría son independientes desde el siglo XIX y los dos restantes, Guyana y Surinam, desde el siglo XX. Los idiomas hablados en esos países, no obstante la existencia de muchas otras lenguas que aun hoy son habladas por los pueblos indígenas, son resultado de su historia colonial.

Mientras que todos los países mencionados son miembros de Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud, incluida la Guyana francesa, ésta no es parte integrante de la Organización de Estados Americanos (OEA). Tres países, Guyana, Guyana francesa y Surinam, tienen una filiación caribeña (el primero y el último citados son miembros del CARICOM o *Caribbean Community*), por eso no se harán mas consideraciones sobre ellos en este documento (consultar con ese propósito, el informe sobre el Caribe inglés en el sitio respectivo de la web de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud).

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=445&Itemid=1106&lang=en

En América del Sur no han habido guerras entre los países desde el comienzo del siglo XX, excepto por muy limitadas y breves acciones bélicas, producto de aun no resueltas disputas de fronteras. En cambio, tuvo lugar una cruenta guerra entre Argentina y el Reino Unido por la posesión de las islas Malvinas, que amén de muertos dejó una población de ex combatientes argentinos traumatizados, la cual es objeto de programas especiales de atención psicosocial.

Conflictos políticos y sociales salientes tuvieron lugar durante los regímenes militares en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay en las últimas décadas del siglo XX, que han dejado heridas y cicatrices psicológicas en la sociedad y en individuos (en oportunidades, profundas) producidas por muertes, secuestros, persecuciones y exilio. Por otra parte, otros países, Colombia y Perú, estuvieron afectados por acciones de violencia interna, las cuales aun prosiguen en Colombia. Esta situación de violencia generó y, dada su continuación, aun hoy causa efectos en la salud mental de las poblaciones involucradas.

No obstante las condiciones difíciles en todos esos ámbitos y las marcadas disparidades en todos los sectores (economía, trabajo, educación, vivienda, salud y otros) entre y dentro de los países, es posible afirmar que en América del Sur se han producido progresos en esos sectores, que continuaron en la primera década del siglo XXI – no obstante una severa crisis económica que la afectara a comienzos del mismo. Asimismo, es de recordar que desde hace varios años los países cuentan con sistemas democráticos de gobierno, lo cual ha creado un ambiente de estabilidad institucional. Este informe no abunda en esos determinantes sociales, excepto por su expresión en el estado del sistema de salud mental. Cabe recordar que éstos son esenciales para tener una apreciación más completa de este informe. Para completar la información sobre la situación económica, social, política, cultural y sanitaria de América del Sur se refiere al lector a las distintas publicaciones, algunas periódicas, de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud , las cuales se encuentran accesibles en el sitio web

www.who.int/es , así como a estudios publicados por otros organismos regionales, tales como la OEA www.oas.org/es, el Banco Interamericano del Desarrollo www.iadb.org y otros, que también poseen un sitio particular en la web.

Datos epidemiológicos psiquiátricos: Las bases epidemiológicas para formular la respuesta del sistema de salud mental a las necesidades de las poblaciones sudamericanas están facilitadas por la existencia de datos comunitarios recientes provenientes de países como Brasil, Chile, Colombia y Perú.

Para todos los países de América Latina y el Caribe la carga de los trastornos neuropsiquiátricos son relativamente altos, 22.2 % del total de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). En relación a todos los trastornos neuropsiquiátricos, los más altos son los trastornos depresivos unipolares (13.2%) y los producidos por el uso excesivo del alcohol (6.9%). Estos son datos agregados de todos los países de la América del Sur y de las otras regiones, excepto Canadá y EE. UU. (1)

Para evaluar cabalmente la información antes citada, es necesario considerar que esas necesidades distan de reflejarse en las demandas satisfechas. En efecto, la brecha del tratamiento es abrumadora. Por ejemplo, en cuanto a las psicosis no afectiva, encuestas epidemiológicas realizadas en Brasil y Chile informaron una brecha del 58% y del 46.3%, respectivamente, y en cuanto al abuso/dependencia del alcohol, la brecha llega en esos informes a 53.3% y 84.6%, respectivamente (1).

Datos epidemiológicos sobre el suicidio: Los datos publicados por Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud con referencia a los años 2000-2004 comprendían tasas no ajustadas y ajustadas por edad. En América del Sur, excluyendo a Brasil, las tasas respectivas eran de 6.7 y 6.3. Las tasas respectivas de Brasil eran de 5.2 y 5.3 En Uruguay se registraron las tasas más altas de la subregión, 16.0 y 13.6.

Todas las tasas antes mencionadas son por 100.000 habitantes (2).

Estado de las investigaciones en salud mental: Aun considerando los estudios antes citados, en cuanto a su número, temas abordados y países donde se llevaran a cabo, las investigaciones realizadas son insuficientes, como se informa en este documento y, en más detalle, en un estudio relativamente reciente del Foro Mundial para la Investigación de la Salud/Organización Mundial de la Salud (3). Huelga señalar que las respuestas a las necesidades de sus poblaciones por parte de los sistemas de salud mental de los países evaluados estarían mejor guiadas por investigaciones de los servicios.

Cumplimiento de las resoluciones de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud en relación a salud mental: Los países sudamericanos, incluidos los que no fueran evaluados en esta oportunidad, han suscripto en los marcos de las reuniones de los Consejos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud de los años 1997, 2001 y 2009, tres resoluciones cuya completa adopción conducirían a reformas profundas en los sistemas de salud mental. El propósito de esas reformas es, últimamente, ofrecer una mejor respuesta a las necesidades de la población, en consonancia con las convenciones internacionales y regionales de derechos humanos en salud mental y las evidencias científicas registradas en la literatura (4).

Este informe permite constatar que algunas o muchas de las reformas se reflejan en progresos parciales de mayor o menor grado que un número de países han realizado, y que se hicieran antes y después del ejercicio de evaluación del sistema de salud mental. Los resultados se recogen en este documento así como en los informes por país disponibles en el sitio web de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud www.who.int/es

Las acciones de reforma del sistema de salud mental se hacen aun mas claras y factibles merced a las recomendaciones provistas en la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental, que fuera adoptada en la reunión del 49o. Consejo Directivo, en setiembre-octubre del 2009. Esas orientaciones fueron subsecuentemente hechas operativas en cinco áreas estratégicas en el documento “Marco de referencia para la implementación de la Estrategia Regional de Salud Mental”, las cuales fueran discutidas por representantes de casi la totalidad de países de la región de las Américas (Panamá, noviembre 2010) (4).

Es de esperar que el cuerpo de información ahora disponible, sumado al conjunto de convenciones internacionales suscriptas y a la voluntad política expresada en la Resolución del 49º. Consejo Directivo, los países sudamericanos – junto con los demás de la Región – construyan, reformen y fortalezcan sus sistemas de salud mental para, como se señalara antes, puedan responder mas cabalmente a las necesidades identificadas en los diagnósticos de situación.

Métodos y procedimientos

El Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-Organización Mundial de la Salud), también conocido por sus siglas en inglés *WHO-AIMS*, fue desarrollado para que los países, particularmente los de bajo o medianos ingresos, pudieran efectuar ejercicios sistemáticos de monitoreo y evaluación de sus sistema de salud mental. El primero que fuera efectuado (e informado individualmente por parte de cada uno de los ocho países sudamericanos que utilizaron el IESM-Organización Mundial de la Salud) sirve de línea basal para apreciar los cambios que se produjeran como resultado de la ulterior implementación de políticas y programas destinados a mejorar el sistema, o en su defecto, para apreciar la ausencia de cambios o los deterioros que se produjeran en los componentes del sistema.

La Organización Mundial de la Salud ha definido como sistema de salud mental “al conjunto de estructuras y actividades cuyo propósito principal es promover, mantener o restaurar la salud mental y prevenir los trastornos mentales”. Las áreas que cubre el IESM-Organización Mundial de la Salud fueron derivadas de las 10 Recomendaciones para mejorar la atención en salud mental que fueron parte del Informe Mundial del 2001 (5), a saber:

1. Proveer tratamiento de los trastornos mentales en la atención primaria;
2. Asegurar la disponibilidad de los medicamentos psicotrópicos;
3. Prestar atención en la comunidad;
4. Educar al público;
5. Involucrar a las comunidades, familias y usuarios;
6. Establecer políticas nacionales, programas y legislación;
7. Desarrollar los recursos humanos;
8. Establecer vínculos con otros sectores;
9. Monitorear las acciones de salud mental en la comunidad; y
10. Apoyar nuevas investigaciones.

Esas 10 Recomendaciones fueron agrupadas para su evaluación por el IESM-Organización Mundial de la Salud en seis secciones:

1. Política y marco legislativo;
2. Servicios de salud mental;
3. Salud mental en la atención primaria;
4. Recursos humanos;
5. Educación sanitaria y vínculos con otros sectores; y
6. Monitoreo y evaluación.

A su vez, esas seis secciones fueron desagregadas en 28 subsecciones y éstas, en 155 apartados.

El IESM-Organización Mundial de la Salud se puede aplicar en la totalidad del país, en provincias o estados o en regiones de extensión mas limitadas. Este informe representa el consolidado de ocho países que informan sobre el nivel nacional y uno, Argentina, sobre 10 de la totalidad de 24 provincias que conforman el país, conjuntamente con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En todos los países se designaron responsables de la recolección de la información, los cuales fueron apoyados técnicamente por el personal local de las Representaciones de Organización

Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud , el funcionario subregional en salud mental de Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud y los funcionarios de salud mental de las oficinas centrales de Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial de la Salud . Es importante destacar que en todos los países contribuyeron con información y en el análisis de los resultados distintas instancias gubernamentales, así como organizaciones profesionales y diversos colectivos de la sociedad civil. (Cada informe de país registra las personas e instituciones que colaboraran en este esfuerzo). Esta movilización de recursos permitió recopilar información que, por lo general, no se encontraba disponible en el nivel central y validarla mediante un proceso de socialización de la misma y de participación activa de las partes involucradas en el análisis.

Los resultados de las evaluaciones de los ocho países fueron obtenidos o publicados en: Argentina, 2007; Bolivia, 2008; Brasil, 2007; Chile, 2006; Ecuador, 2008; Paraguay, 2006; Perú, 2008; y Uruguay, 2006. Con excepciones, que se indican en el texto, los datos extraídos para este informe consolidado provienen de esos años.

Información socio-demográfica

La población de América del Sur sobrepasaba los 392,5 millones en el 2009 y constituía en ese año el 5.8% de la población mundial. (Estas cifras incluyen Guyana, la Guyana francesa y Surinam, países comúnmente incorporados a la región del Caribe, como se indicara antes).

La población de los ocho países donde se aplicara el IESM-Organización Mundial de la Salud llegaba a más de 302 millones. Otros datos, porcentajes de la población de niños y jóvenes, de la población indígena, la alfabetización y el estado de pobreza, así como sobre la esperanza de vida se detallan en el Cuadro N° 1 y los gráficos N° 1 y N° 2.

Cuadro N° 1: Datos sociodemográficos de los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud

PAÍS	POBLACIÓN	POBLACIÓN < DE 15 AÑOS %	POBLACIÓN INDÍGENA %	ESPERANZA DE VIDA, AÑOS	ALFABETIZACIÓN %	POBLACIÓN EN ESTADO DE POBREZA %
ARGENTINA (1)	38.592.150	28.3	S/D (3)	H: 70.6 M: 78.1	S/D(2)	33.8
BOLIVIA	9.354.000	38.0	62.00	H: 64 M: 67	86.70	64.0
BRASIL	188.078.227	25.8	S/D	H: 67.9 M: 75.5	H: 88.4 M: 88.6	22.0
CHILE	16.134.219	25.7	4.60	78.5	98.50	16.9
ECUADOR	13.408.270	33.0	25.00	H: 72 M: 78	H: 94 M: 91	25.0
PARAGUAY	5.200.000	37.0	1.70	H: 68.7 M: 74.7	H: 94 M: 91.5	RURAL: 43.4 URBANA: 39.8
PERÚ	28.220.764	31.1	45.00	H: 70.8 M: 69.1	H: 96 M: 89	52.0
URUGUAY	3.439.000	24.0	< 1.00	H: 71.7 M: 79	H: 97.3 M: 98.1	32.1

(1) Población de las 10 provincias estudiadas: 8.039.404

H: hombres M: mujeres

(2) S/D Sin datos

Gráfico N° 1: Población comparativa de los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud

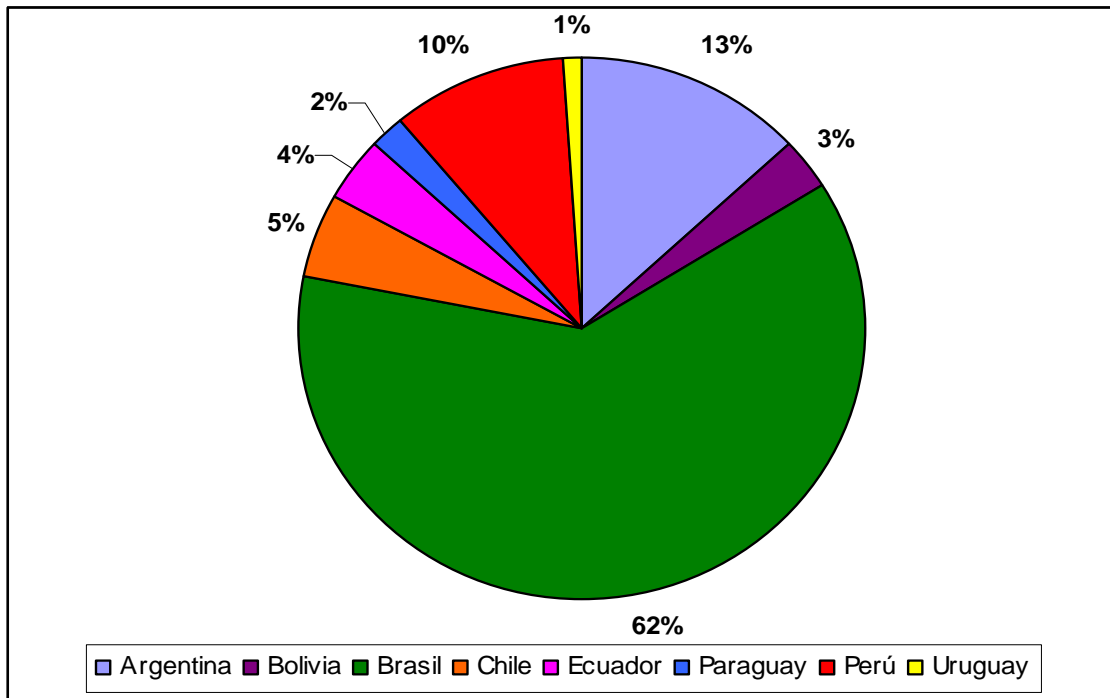
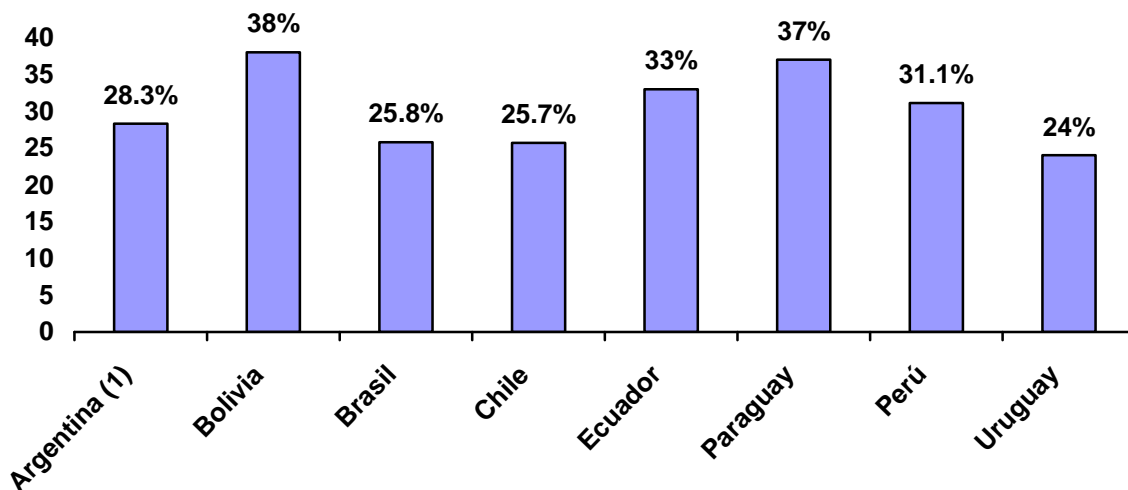
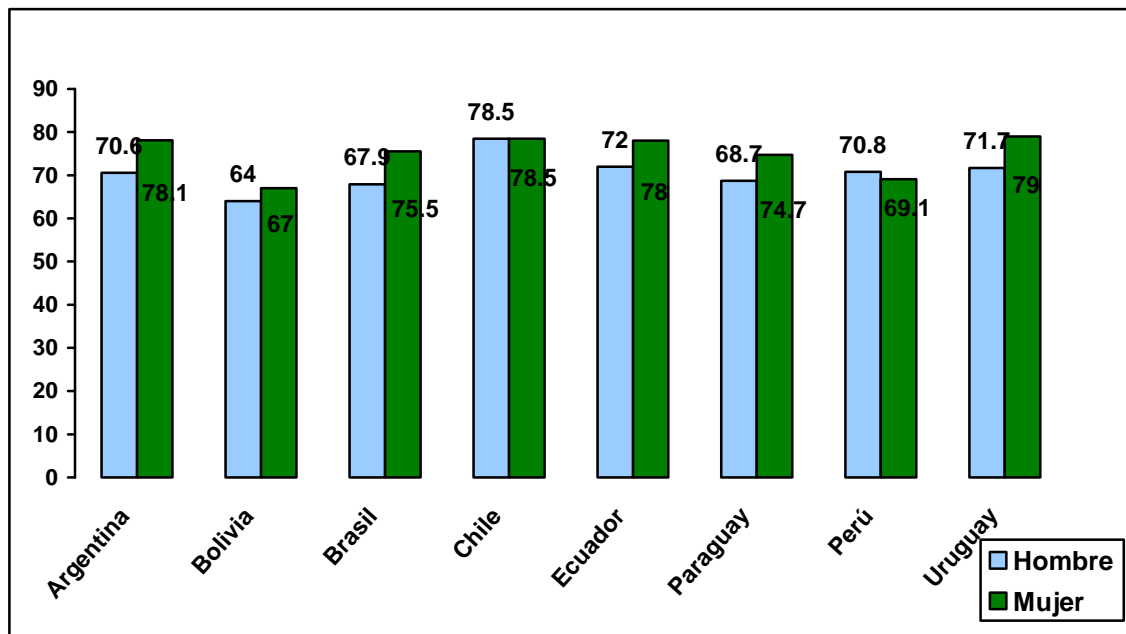


Gráfico N° 2: Población de 15 años y menos de los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud



(1) Población de las 10 provincias estudiadas

Gráfico N° 3: Esperanza de vida en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud



Resultados

Sección 1. Política y marco legislativo

Por medio de esta sección del IESM-Organización Mundial de la Salud se evaluaron distintos aspectos relacionados con el estado de la legislación, la política y el plan nacional de salud mental en los ocho países antes citados. En este informe se darán cuenta de los hallazgos realizados al respecto y se harán breves comentarios sobre los mismos.

Legislación. Dos de los ocho países han formulado nuevas leyes. La más reciente es la de Argentina, adoptada en el año 2010, enmarcada dentro del modelo comunitario de atención en salud mental y guiada por principios de celoso respeto por las convenciones internacionales y regionales de los derechos humanos de las cuales el país es signatario. Con anterioridad, Brasil, en el año 2001, adoptó una legislación totalmente coherente con ese modelo y esos principios.

Por el contrario, ninguno de los demás seis países contaba, con una ley “particular” sobre salud mental, es decir con una ley que agrupara todos los aspectos relacionados con el área. Sin embargo, en relación a cuatro de los países se deben hacer algunas salvedades que se detallan seguidamente:

En Chile, la deficiencia es suplida en parte por el Reglamento de Internación en Establecimientos Psiquiátricos, año 2001;

En Ecuador, la Ley Orgánica de Salud, año 2006, contaba con artículos relevantes que de manera directa o indirecta se referían a aspectos de salud mental, así como dos capítulos específicos sobre uso/abuso de sustancia y violencia;

En Perú, el artículo 7 de la Constitución Política establece derechos que protegen la salud de las personas con discapacidad mental, mientras que la Ley General de Salud reconoce diversos derechos de las mismas, incluyendo al consentimiento informado y a un tratamiento digno; y En Uruguay, la ley particular de salud mental es de antigua data, 1936, a tal punto que a los objetos de este informe este país ha sido agrupado con los otros que aun carecen de una moderna legislación.

Surge claramente de este breve resumen que existe un déficit en materia de legislación. La importancia de ésta ha sido enfatizada por el Informe Mundial de la Salud, 2001, de la Organización Mundial de la Salud (5), como instrumento clave para mejorar la atención de salud mental en los países.

Política nacional de salud mental. La situación es dispar: en cuatro países, Argentina (al nivel nacional), Bolivia, Brasil y Chile, no existía política específica recogida en un documento único. Sin embargo, en relación a Chile y Brasil es pertinente hacer algunos agregados. En Chile, la política, que no fuera objetivada en un documento único, encontraba expresión en su Plan Nacional de Salud Mental (ver luego). En Brasil sucedía algo análogo, al incorporarla implícitamente en una serie de programas que tendían a incorporar los principios de la Declaración de Caracas (1990) al asegurar los derechos ciudadanos; al buscar la superación del hospital psiquiátrico; al asegurar que la hospitalización no constituía la única oferta de la atención; y al construir una red que aseguraba el acceso a la atención con eficiencia y eficacia.

Los otros cuatro países informaron contar con un documento que explicitaba la política nacional. En dos, su formulación era reciente, en Paraguay, del 2002, y en Perú, del 2004. Pero, en relación a los otros dos cabe notar el prolongado tiempo transcurrido desde la formulación. En Uruguay, la política había sido formulada con mucha anterioridad, 1986, mientras que en Ecuador databa de 1999.

Es importante notar también que no siempre las respectivas políticas existentes en el papel, habían sido elaboradas o confirmadas por los gobiernos en ejercicio, lo cual, presumiblemente, les restaba autoridad y factibilidad a su implementación plena.

Política nacional de salud mental y salvaguarda de los derechos humanos (DDHH). Esta actividad fue informada por los países como más vibrante y actualizada que la resumida anteriormente relacionada con los aspectos técnicos de la política de salud mental. Por lo menos, esta caracterización se refiere en cuanto al discurso. Esto, probablemente, es resultado de un aumento de conciencia en distintas capas de la sociedad sobre el tema, y de una mayor acción en cuanto a la abogacía. Sin embargo, ese discurso no siempre se ha traducido en acciones específicas. Esta observación debe entenderse no como crítica a la primera actividad mencionada (discurso) sino a la necesidad de incrementar las segundas (traducción en acciones concretas, además de la abogacía). En todo caso, se puede concluir del informe que existe un visible despertar del tema de los derechos humanos en los ocho países evaluados.

Los resultados del informe IESM-Organización Mundial de la Salud permitieron dividir a los países en *Grupo I*, en el cual la letra de las políticas y planes se acompañaba de algunas acciones concretas en el campo de los DDHH (tales como capacitaciones para el personal de los servicios e inspecciones de las instituciones) y *Grupo II*, en el cual esas actividades fueron informadas como o muy escasas o nulas, incluso cuando existía un organismo como la Defensoría del

Pueblo o similar, dado que no asumía responsabilidad por los DDHH en el área de la salud mental..

Grupo I: En Argentina, se informó sobre una activa participación de ONG en acciones de abogacía junto a la Secretaría Nacional de Derechos Humanos y el Ministerio de Justicia de la Nación (Comisión Asesora del Gabinete de Ministros). Estas tuvieron un papel descollante en la adopción de la nueva Ley de Salud Mental (sancionada en el 2010, fecha posterior a la aplicación del IESM-Organización Mundial de la Salud en las 10 provincias).

En Brasil, se informó que una comisión nacional tenía la facultad de inspeccionar las diversas actividades de las instituciones psiquiátricas, hasta decretar su cierre en caso de violaciones persistentes a los DDHH. El tema de los DDHH era del mayor objeto de atención por parte del personal de las instituciones psiquiátricas que se definían como alternativas al hospital psiquiátrico – en este último la atención prestada por el personal era menor;

En Chile, se estableció en el 2001 una comisión nacional, cuya función consistía en proteger a las personas con enfermedades mentales, y comisiones regionales, con responsabilidades semejantes. Además, se llevaban a cabo actividades de capacitación en DDHH con cobertura relativamente alta. Estas y otras actividades en este rubro contrastaban con la rara frecuencia de inspecciones *in situ*;

Perú contaba – y cuenta- con una muy activa Defensoría del Pueblo cuyas acciones e impacto fueron altamente visibles como resultado de los hallazgos de las inspecciones efectuadas en las instituciones psiquiátricas y de los informes que produjo y que se distribuyeron ampliamente.

Grupo II. En Bolivia, si bien existía la figura del Defensor del Pueblo, éste no tenía facultad para supervisar o inspeccionar las instituciones psiquiátricas, situación análoga a la que informara Ecuador y, en parte, Paraguay. Pero en este país tuvo lugar un desarrollo muy especial, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos impuso medidas cautelares como resultado de violaciones que fueran identificadas en el hospital psiquiátrico de la ciudad capital, lo cual se tradujo en medidas de corrección aún no completadas. También fueron limitadas las actividades de salvaguarda de los derechos humanos informadas por Uruguay, no obstante la existencia del “Inspector General del Psicópata”, que contaba con diversas facultades, incluyendo las de escuchar denuncia de violaciones.

Plan nacional de salud mental (PNSM). La existencia del PNSM y su implementación en los ocho países no era uniforme. En efecto, por un lado, hubo países que informaron que contaban con un PNSM como documento singular. Por el otro, había países, que aun en ausencia de un PNSM, desarrollaban acciones de salud mental (por ejemplo, programas), las cuales podrían haber sido parte integral del PNSM de haber estado formulado.

Un examen comparativo del informe reveló también que la cobertura de los tópicos mencionados en el PNSM era dispar. Por otra parte, no obstante las orientaciones de Organización Mundial de la Salud, el examen del informe reveló que excepcionalmente el PNSM pareciera haber sido producto de una consulta amplia entre todos los sectores involucrados. Lo habitual es que el PNSM era un documento elaborado por el equipo técnico del ministerio de salud. A continuación se provee una escueta síntesis de la información provista por los ocho países:

Argentina, aun en el año 2010 el país no contaba con un PNSM;

Bolivia, por su parte, había formulado un PNSM – pero sin haber llegado a implementarlo;

Brasil no contaba con un PNSM como tal, sin embargo, existían programas en curso (que el informe nacional detallaba) que podrían ser conceptualizados como desagregaciones parciales de

un PNSM. Estos programas resultaban, tal como es el caso del PNSM, de un análisis de los diagnósticos de situación y de claras orientaciones políticas (no explicitadas en un documento único, ver antes). En estas formulaciones habían participado un colectivo amplio que se expresó (y expresa) en conferencias nacionales periódicas, las cuales convocan a múltiples delegados de todos los estados del país;

Chile había formulado en 1999 su PNSM (y de Psiquiatría), con una variedad de tópicos que resultaron de un proceso de análisis participativo. El informe IESM-Organización Mundial de la Salud del país en relación al PNSM es exhaustivo e ilumina críticamente sus alcances y limitaciones en cuanto a los aspectos cubiertos, como así también a su grado de implementación; Ecuador formuló su PNSM, que cubría 12 áreas de acción. El PNSM, que se basó en la política de salud mental aprobada en 1999, no establecía ni los recursos asignados a las acciones del plan ni tampoco explicitaba las fuentes de financiamiento;

Paraguay había revisado su PNSM en el 2003;

Perú había adoptado su PNSM en el 2003. Este cubría varias áreas de acción y aludía a la diversidad cultural que caracteriza la población del país y a las necesidades respectivas de los distintos grupos; y

Uruguay, había adoptado su PNSM en 1986. Subsecuentemente, se le hicieron actualizaciones parciales, pero sin explicitar su financiación. Además, es de notar que su implementación había sido limitada.

Cuadro N° 2. Existencia de legislación de salud mental, política de salud mental y plan nacional de salud mental como documentos separados en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud

PAÍS	LEGISLACIÓN	POLÍTICA	PLAN NACIONAL
ARGENTINA	SI (1)	NO	NO
BRASIL	SI	NO	NO
BOLIVIA	NO	NO	SI
CHILE	NO	NO	SI
ECUADOR	NO	SI	SI
PARAGUAY	NO	SI	SI
PERÚ	NO	SI	SI
URUGUAY	NO	SI	SI

(1) En el 2010 al nivel país.

Financiación. Es redundante señalar que sin financiación adecuada tanto la política como el PNSM y los programas que se derivan de éste son letra muerta, y las posibilidades de realizar las acciones – incluso las consensuadas por todas las partes involucradas – no son posibles. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que las decisiones que se concretan en la financiación no pueden

estar dictadas por la historia, por cuanto ésta, por ejemplo, no puede tomar en cuenta la carga contemporánea de la enfermedad mental, las modificaciones que se han operado en las necesidades de las poblaciones, ni la existencia de acciones preventivas primarias o promocionales que han surgido de modernos estudios. No obstante, estas consideraciones – que son, o deberían ser, del dominio de los tomadores de decisión en actual de la salud pública – no se han trasladado a la práctica, si bien algunos países informaron que el campo de la salud mental había obtenido mejores asignaciones presupuestarias. En efecto, de la lectura de los informes de los países surge que, por lo general, la proporción asignada a salud mental, con todas las dificultades para estimarla precisamente ya que puede ser parte de asignaciones de otros sectores, refleja claramente la baja prioridad que el erario público otorga a la salud mental de la población en su escala de valores.

El porcentaje del presupuesto específico para salud mental del total del presupuesto de salud oscilaba en los años en los cuales se aplicara el IESM-Organización Mundial de la Salud del 0.2% al 7%.

La magra asignación a salud mental (con la excepción de Uruguay, 7%) estaba además afectada por la asimetría en la asignación del presupuesto. En efecto, con la excepción de Chile, una proporción mayoritaria, con una mediana del 66% estaba asignada a los hospitales mentales. En Uruguay la proporción llegaba al 98%. Esta marcada asimetría conspiraba claramente – y de mantenerse - con las Resoluciones adoptadas por los mismos países en el seno de las reuniones del Consejo Directivo de Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, por las cuales apoyaron el desarrollo de programas de atención basados en la comunidad.

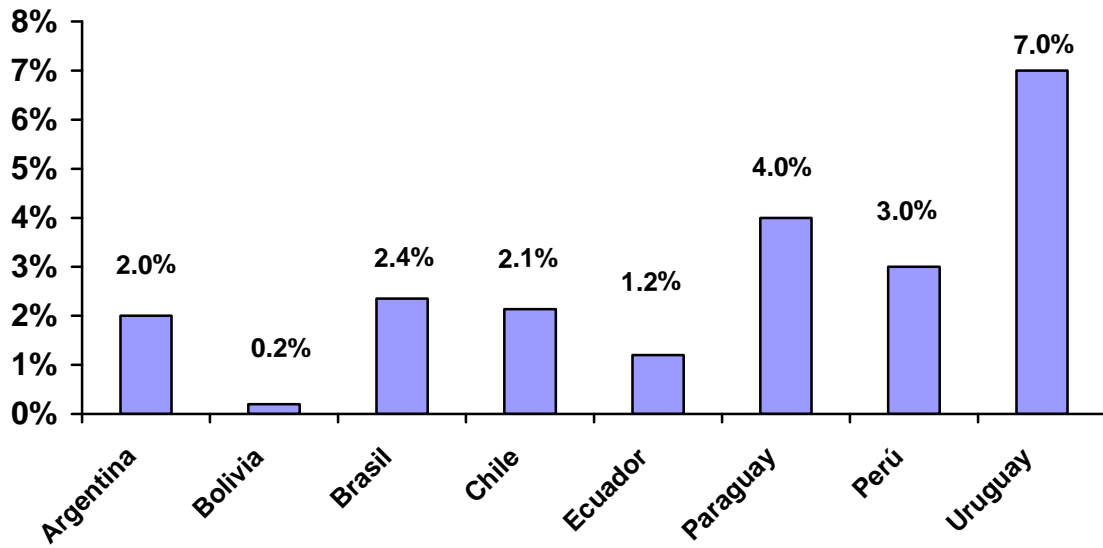
Cuadro N° 3: Porcentaje del presupuesto específico asignado a salud mental del total del presupuesto de salud y proporción del mismo asignado a los hospitales mentales en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud. En %

PAÍS	PROPORCIÓN DEL PRESUPUESTO DE SALUD DESTINADO A SALUD MENTAL	PROPORCIÓN DEL PRESUPUESTO DE SALUD DESTINADO A LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS
ARGENTINA (1)	2.0	RANGO: 9-88; PROMEDIO: 65.0
BOLIVIA	0.2	S/D (2)
BRASIL	2.35	49.0
CHILE	2.14	33.0
ECUADOR	1.2	59.0
PARAGUAY	1.0	84.0
PERÚ	3.0	98.0
URUGUAY	7.0	72.0

(1) Comprende 10 de las 24 provincias estudiadas

(2) S/D, sin dato.

Gráfico N° 4: Proporción del presupuesto de salud asignado a específicamente a salud mental en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud. En %



Sección 2. Servicios de salud mental

Esta sección se refiere al tipo de organización de la atención de salud mental y a la existencia de medidas de protección de los derechos humanos.

Organización de los servicios de salud mental. El componente al cual alude este apartado se refiere a la existencia en los países de una instancia al nivel ministerial reconocida como conductora central o coordinadora de las acciones de salud mental tanto de programación como de ejecución, monitoreo y evaluación. (Estas dos últimas suelen estar ausentes dada la debilidad de los sistemas de información, ver luego, y la falta de tradición de las mismas). En rigor, buena parte de su papel cuando se recogieran los datos era de carácter normativo.

Seis de los ocho países informaron que contaban con una figura de conducción a nivel central la cual recibía denominaciones diferentes, como departamento, división, programa u otro. La denominación diferente revela el hecho que no todos los países habían otorgado igual jerarquía a esa figura central en el organigrama ministerial, lo que probablemente restaba la capacidad de influir en las decisiones ministeriales. Es importante destacar que no todas esas unidades contaban con un número suficiente de personal técnico que pudiera cubrir todas las áreas de responsabilidad y competencia.

Argentina (desde el año 2010), Brasil y Chile eran visibles excepciones. Estos países informaron que su conducción central estaba, al contrario de otros países, bien posicionada dentro de sus ministerios y contaba con oportunidades crecientes de poder influir. Bolivia y Paraguay informaron no contar con una instancia de nivel central con las funciones antes descritas.

No obstante la existencia de una política general del sector salud que promovía la descentralización de las funciones de conducción, incluso para el sistema de salud mental, se puede concluir de la lectura de los informes de los ocho países que era limitado el grado de descentralización completa y efectiva de las funciones de conducción. Claras excepciones lo constituían Argentina y Brasil, donde la existencia de provincias (en Argentina) o estados (en Brasil) la posibilitaban.

Dispositivos de atención ambulatoria. Los ocho países contaban con dispositivos de atención ambulatoria, pero diferían en relación a algunos parámetros basados en la información cuantificada. En esta sección se consideran dos de esos parámetros donde las diferencias eran marcadas:

- Las tasas de personas tratadas en los dispositivos. Las tasas evidenciaron un rango muy amplio. Este se extendía de 213 a 1272 por 100.000 habitantes; y
- El porcentaje de niños/as y adolescentes atendidos en esos dispositivos. El rango se extendía del 6.1% al 13.0%.

También eran diferentes los informes por país sobre la distribución por diagnósticos. Mientras en unos países se ofrecía atención a personas con trastornos psicóticos, en otros la proporción más alta era la dedicada a los usuarios con trastornos neuróticos o situacionales.

Por el contrario, había mayor similitud en relación al promedio de contactos por usuario, que era de alrededor de 3.0. También había similitud en cuanto a la disponibilidad de por lo menos un

psicofármaco por grupo de los llamados esenciales (la última versión de la Lista de los Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud puede encontrarse en el siguiente sitio web: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>. Pero, a juzgar por el informe detallado de Chile, es probable que existiera una diferencia al interior del tipo de dispositivo de salud mental. Así es que el porcentaje de dispositivos con suficientes medicamentos oscilaba en Chile del 65% al 100%. Información análoga no fue provista por todos los países, no obstante su importancia.

En síntesis, consecuente con los procesos de reforma en la atención, casi todos los países informaron procesos de extensión de la cobertura y de cambio en el tipo de dispositivos ambulatorios. Por ejemplo, en Brasil coexistía una modalidad clásica con una de creación más reciente, el Centro de Atención Psicosocial (CAPS), caracterizada por un número mayor de actividades comunitarias. Perú informó que unidades de atención al maltrato infantil se habían incorporado a un número de servicios. Otros países habían incluido atención domiciliaria en su oferta de atención, pero este servicio era aun de naturaleza incipiente.

Centros de atención diurna. En el proceso de reforma del sistema de salud mental, los centros de atención diurna se tornan importantes componentes de la oferta de servicios de salud mental. No obstante esa importancia, en pocos (o más precisamente, en casi ninguno) de los países estaban desarrollados, aunque en algunos (Brasil y Chile) estaban expandiéndose.

Los datos que se informan acá muestran que existía una disparidad marcada a juzgar por el rango de las tasas de atención proporcionadas por los países. Estas oscilaban de un mínimo de 0.92 (en Paraguay) a un máximo de 61.0 (en Brasil) por 100.000 habitantes. Un país (Ecuador) aun no contaba con centros – si bien dos de sus hospitales mentales comenzaban un servicio de ese tipo– mientras que otro país (Perú) no proporcionó información.

En síntesis, los países en su conjunto no estaban ofreciendo esta modalidad de atención, la cual puede evitar hospitalizaciones a tiempo completo y la posibilidad de disminuir los riesgos de exclusión de la persona internada, particularmente cuando la admisión es en un hospital mental.

Los centros de atención diurna sobre los cuales informaron los países tienen dos modalidades, una dirigida a la atención curativa y la otra a la rehabilitación. No solo el sector Ministerio de Salud administra esos centros sino que, como sucede con frecuencia en rehabilitación, las ONGs surgen como las agencias únicas o las más importantes que son proveedoras de atención.

Unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria. Esta modalidad es clave en el proceso de reforma del sistema de salud mental, en virtud de que ofrece una alternativa altamente calificada para la atención de trastornos mentales severos, incluso los psicóticos, por fuera del hospital psiquiátrico. En efecto, todos los países informaron que entre las personas atendidas en estos dispositivos proporciones relativamente altas tenían diagnósticos como esquizofrenia.

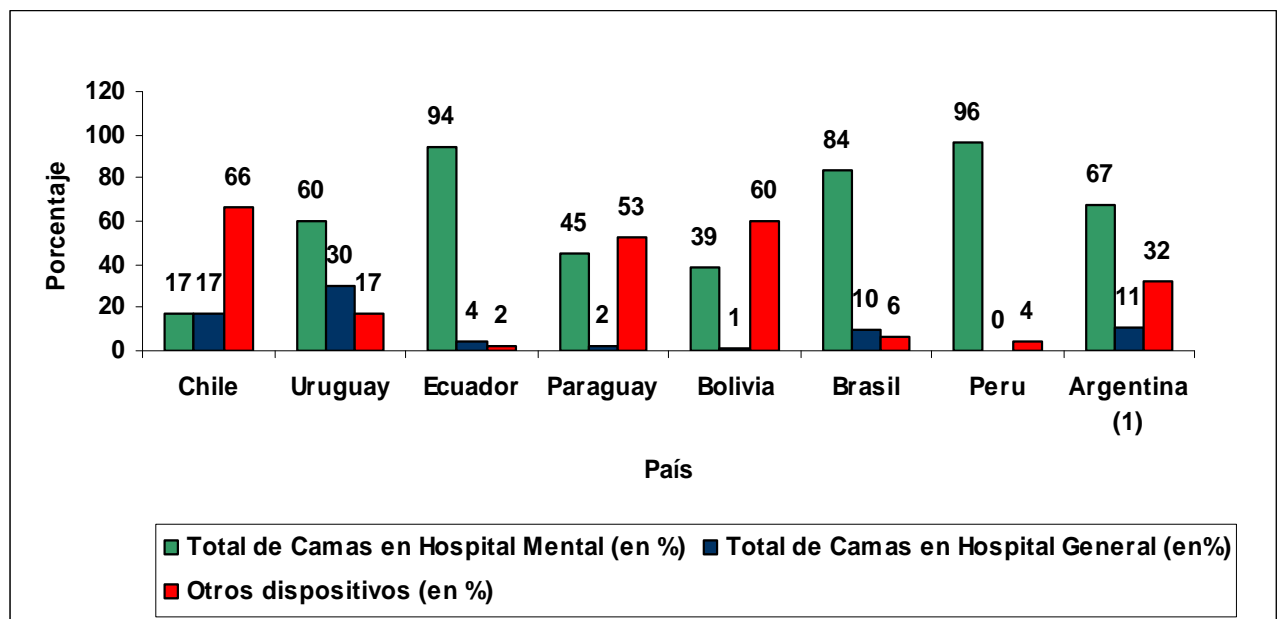
Un detalle común a algunos países lo constituía el hecho que la internación en el hospital general podía efectuarse no solo en una unidad especializada sino que en otros servicios, como neurología o clínica médica, si es que ésta no existiera. En todo caso, la estadía no era mayor de 40 días, en los países que informaran ese dato. Esta relativa brevedad previene problemas secundarios que son producto de internaciones prolongadas. Además, y ésta es una información importante de destacar por cuanto constituye un componente esencial en esta modalidad de

atención, todas las instituciones poseían por lo menos un medicamento psicotrópico de cada grupo de drogas esenciales.

No obstante la importancia antes señalada de la internación en esos dispositivos, siete de los ocho países informaron tasas muy diferentes en la oferta de plazas. Las tasas oscilaron del 0.26% al 17.0% por 100.000 habitantes, lo cual alerta a la falta de uniformidad de la oferta y la posible subutilización de esta modalidad de atención comunitaria.

En relación a esta modalidad también se informó que el sector privado tenía un papel importante como proveedor de atención. Por ejemplo, en Chile, el número de camas en los hospitales generales del sector público era de 397, mientras que en las clínicas privadas el total era algo más del doble, 886.

Gráfico N° 5: Porcentaje Total de Camas



(1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas.

Hogares y residencias comunitarias. En parte, una desinstitucionalización bien programada implica la posibilidad de reacomodar a las personas externadas en dispositivos comunitarios cuando las opciones del retorno al seno familiar dejaron de ser posibles. En efecto, la desinstitucionalización requiere desarrollar ofertas diferentes cuya naturaleza dependerá de factores locales, v.g., de infraestructura, de personal y del grado de aceptación social. Ver como ejemplo de un programa el denominado Vuelta a Casa, en el Brasil (4).

Tres países, Ecuador, Perú y Uruguay, no informaron sobre la disponibilidad de esta modalidad de rehabilitación (posiblemente, porque no estuviera desarrollada en el país). En otro país, Bolivia, las oferta de plazas o no existen o son muy limitadas, y en consecuencia este dispositivo no fue identificado por los informantes. En contraste, Brasil y Chile informaron que esta modalidad de atención estaba en franca expansión. En Brasil las plazas llegaron a 2.1 y en Chile a aun más, a 5.0, ambas por 100.000 habitantes.

En esta modalidad de servicios, las ONGs juegan un destacado papel, por lo menos en Chile, donde de los 85 hogares y 18 residencias protegidas, el 65% eran administradas por ONGs y el 22% por familiares. En Paraguay, todas las plazas, 1,1 por 100.000 habitantes estaban administradas por una congregación religiosa.

Hospitales psiquiátricos. Grandes diferencias fueron identificadas entre los países en cuanto a los distintos componentes evaluados (por ejemplo, el número de camas por 100.000 habitantes), Esto es una clara indicación que la atención provista por el hospital mental es más el producto de la tradición y de la historia del país, de dinámicas locales, de políticas basadas en ideologías asistenciales y/o de existencia de recursos alternos antes que el resultado de una planificación racional. Los resultados mostraron que en un grado importante los hospitales actuaban como residencias antes que como instituciones proveedoras de intervenciones activas.

A continuación se mencionan algunas de las diferencias en los indicadores evaluados:

Disponibilidad de camas del total de los hospitales psiquiátricos, el rango informado fue de 1.2 a 34.9 por 100.000 habitantes. Mas precisamente de 0.0, por lo menos en una provincia argentina (Río Negro). La mediana estimada es de 9.6 por 100.000 habitantes.

En relación al promedio de estadía, el rango fue de 61 a 141 días; y con referencia a las personas internadas por más de 10 años, el rango del porcentaje oscilaba entre el 4.0% al 49.0%.

El elemento común en todos los países en cuanto a este dispositivo lo constituía la disponibilidad de psicofármacos en todos los hospitales psiquiátricos.

Cuadro N° 4. Aspectos seleccionados de la atención de los hospitales psiquiátricos en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud

PAÍS	CAMAS POR 100.000 Habitantes (*)	USUARIOS POR 100.000 Habitantes	PROMEDIO DE ESTADÍA EN DÍAS	ESTADÍA de MÁS DE UN AÑO %	PORCENTAJE OTROS SERVICIOS	DESCENSO EN CAMAS
ARGENTINA (1)	17	S/D	21-275	S/D	28.0	-2.0 %
BOLIVIA	9.6	34	74.0	19.0	69.0	S/D (2)
BRASIL	27.2	9	65.3	21.0	14.0	-27,0
CHILE	9.1	S/D	117.3	49.0	100.0	-22,0
ECUADOR	12	113	141.0	64.0	0.0	-3,0
PARAGUAY	7.8	S/D (2)	61.0	4.0	100.0	(+8,0)
PERÚ	4.0	S/D (2)	S/D (2)	44.0	S/D (2)	(+12,0)
URUGUAY	34.9	S/D (2)	S/D (2)	S/D (2)	S/D (2)	-25,0

(1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas. La información se refiere al promedio.

(2) S/D, sin dato

(*) Mediana: 9.6

Establecimientos forenses, para las personas con discapacidad intelectual y para aquellas que abusan de sustancias. Este área compuesta de la evaluación del IESM-Organización Mundial de la Salud agrupa tres tipos de establecimientos, no obstante sus diferencias. El Cuadro N°. 5 resume la escasa información proporcionada y la limitada oferta de los servicios. De la lectura de los informes de cada país y del cuadro es evidente que en cuanto a estos establecimientos, el número de plazas existentes diferían marcadamente entre los países. Por ejemplo, Uruguay, con

una población menos numerosa, tenía 191 plazas forenses mientras que Perú, con una población mayor, contaba con $\frac{1}{4}$ de las mismas. La limitada oferta es, muy probablemente, una expresión de la baja prioridad otorgada a ese tipo de servicio, a pesar que la población en las cárceles es de alto riesgo psiquiátrico. Lo mismo se podría decir de los servicios para la atención de los otros trastornos – discapacidad intelectual y abuso de sustancias - que conllevan alta comorbilidad psiquiátrica.

Cuadro N° 5. Número de plazas en instituciones forenses, para las personas con discapacidad intelectual y para aquellas con abuso de sustancias en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud

PAÍS	PLAZAS FORENSES	PLAZAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	PLAZAS PARA PERSONAS CON ABUSO DE SUSTANCIAS
ARGENTINA (1)	150	450	
BOLIVIA	0	181	1276
BRASIL	3677	S/D (2)	S/D (2)
CHILE	86	1923	1226
ECUADOR	42	160	S/D
PARAGUAY	45	386	
PERÚ	42	S/D (2)	S/D (2)
URUGUAY	191	2 RESIDENCIAS	6 RESIDENCIAS

- (1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas. La información se refiere al promedio.
 (2) S/D, sin datos.

Derechos humanos e igualdad. Los datos recogidos por los países en este apartado, y que son detallados en el Cuadro N°.6, son reveladores de la situación, tanto por la ausencia de datos sobre las admisiones involuntarias, tema de alta importancia en cuanto a la salvaguarda de los derechos humanos de las personas hospitalizadas. La ausencia de información es igualmente preocupante en virtud que conspira contra la posibilidad de monitorear las condiciones de la prestación de atención, como así también en relación de la generalizada inequidad medida por la concentración de los hospitales en las ciudades y la adecuación cultural de los servicios.

Cuadro N° 6: Derechos humanos en relación a la atención hospitalaria en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud. En %.

PAÍS	ADMISIONES INVOLUNTARIAS (%)	CONTENCIÓN FÍSICA (%)	CONCENTRACIONES EN CIUDADES (%)	INEQUIDADES
ARGENTINA (1)	20.0	2-5	90.0	SI
BOLIVIA	S/D (2)	S/D (2)	100.0	NO
BRASIL	S/D (2)	S/D (2)	100.0	SI
CHILE	5	10-12	100.0	SI
ECUADOR	S/D (2)	S/D (2)	100.0	SI
PARAGUAY	S/D	S/D		S/D(2)
PERÚ	S/D (2)	2-6	100.0	SI
URUGUAY	S/D (2)	11-20	77.0	S/D(2)

- (1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas. La información se refiere al promedio.
 (2) S/D, sin datos

Sección 3. Salud mental en la atención primaria

Capacitación en la atención de salud mental para el personal de atención primaria.

Este apartado cubre el porcentaje de la carga horaria total en el pregrado dedicado a salud mental para el personal de medicina, enfermería y de otros/as; y el porcentaje de ese mismo tipo de personal que trabaja en los servicios de atención primaria y que durante el año evaluado recibieran por lo menos dos días de actualización en la materia. Con excepciones en algunos aspectos, los resultados son insatisfactorios en cuanto distan de ser conmensurables con los problemas mentales/psicosociales que la población de la atención primaria trae a los servicios respectivos.

El Cuadro N° 7, aparte de proveer datos que permiten llegar a las observaciones hechas en el párrafo anterior, también revelan aspectos importantes por omisión. En efecto, la ausencia de información provista por los países es preocupante, ya que señala la necesidad de asegurar la recolección de información en cuanto esta es básica para las acciones de abogacía frente a los distintos sectores (vg., servicios generales de salud, universidades) que están conjuntamente involucrados con el sector de salud mental en las acciones de capacitación, así como para el eventual monitoreo y evaluación de los programas establecidos, a reforzarse o a establecerse.

Cuadro N° 7. Formación y actualización en salud mental para el personal de APS en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud. En %

PAÍS	FORMACIÓN			ACTUALIZACIÓN		
	MÉDICOS/AS	ENFERMEROS/AS	OTROS/AS	MÉDICOS /AS	ENFERMEROS/AS	OTROS/AS
ARGENTINA (1)	4.0	3.5	1.0	28.0	23.0	42.0
BOLIVIA	2.0	2.0	2.0	6.0	5.0	0.0
BRASIL	3.0	7.0	S/D (2)	5.0	10.0	10.0
CHILE	2.0	5.0	3.0	2.3	S/D	19.0
ECUADOR	4.6	2.0	S/D	13.3	16.6	26.0
PARAGUAY	2.0	4.0	S/D	0.3	0.0	0.0
PERÚ	10.0	6.0	S/D	S/D	S/D	S/D
URUGUAY	2.0	12.0	S/D	0.0	0.0	0.0

(1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas. La información se refiere al promedio.

(2) S/D Sin dato

Integración del componente de salud mental en la atención primaria de la salud (APS).

La integración, según fuera informada por los ocho países, era, por lo general, limitada: Todos los países menos uno (Uruguay) tenían un protocolo de tratamiento para los problemas de salud mental o psicosociales. Igualmente se informó, por un lado, que su disponibilidad oscilaba en los centros de APS de casi ausente a casi completa o completa, y, por el otro, que su uso no era conocido a cabalidad por el personal. Obviamente, ambas piezas de información restaban valor al hecho que el país contaba con ese protocolo de atención.

Las referencias a los servicios de salud mental eran escasas, incluso donde los mecanismos de referencias estaban establecidos. El rango de los servicios de APS que referían a los servicios especializados se extendía de cero al 70-85%. También se informó como ausente o escasa la interacción entre los servicios de APS con profesionales de salud mental o con para profesionales.

Por otra parte, los datos comparativos permiten concluir que Chile tenía un grado de integración que era visiblemente mayor que en los demás países, incluso con usuarios y familiares, no obstante que los informantes de ese país expresaron parcial insatisfacción por cuanto la integración no era completa.

Prescripción de psicofármacos en APS. Dos piezas de importante información surgieron del ejercicio de evaluación: por un lado, en ningún país el/la profesional de enfermería puede prescribir psicotrópicos. En cambio, todos los médicos están facultados para hacerlo, si bien en algunos países lo hacían con ciertas restricciones (por ejemplo, en Brasil en relación a los nuevos antipsicóticos, presumiblemente por sus altos costos).

La segunda pieza de información importante provista se refería a la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, los cuales no estaban disponibles en la totalidad de los centros de APS. Los países informaron que el rango oscilaba entre mínima disponibilidad a satisfactoria (pero sin alcanzar al 100%, excepto en Chile en un tipo de centro), a saber:

- En Argentina, 10 de las 24 provincias del país que fueron evaluadas, tenían disponible un psicofármaco esencial en casi todos los centros de APS;
- En Brasil, solo del 21% al 50% de los centros disponían de un psicotrópico por clase toda vez que el centro contaba con un médico, pero en ninguno de los centros que no contaban con un médico;
- En Bolivia, los informantes aclararon que no se pudo obtener el dato;
- En Chile, del 63% al 90% disponían de por lo menos un psicotrópico esencial. El porcentaje dependía del tipo de centro;
- En Ecuador, el informe dice: “la gran mayoría de los centros de APS no disponían en sus instalaciones y de forma permanente de psicofármacos”;
- En Paraguay, el informe dice: “casi todos los centros con un médico cuentan con un psicofármaco por clase”;
- En Perú, el informe del país dice: “son pocos los centros – menos del 20%”; y
- En Uruguay, del 1% al 50% contaban con un psicofármaco de los esenciales.

Sección 4. Recursos humanos

Cantidad de recursos humanos en la atención de salud mental. La información que proveyeron los países sobre los recursos humanos en la atención de salud mental requiere un análisis detenido por parte de las partes involucradas, por cuanto los recursos humanos constituyen una pieza central en la posibilidad de desencadenar íntegramente el proceso de reforma que el Consejo Directivo de Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud suscribiera en tres oportunidades desde la Declaración de Caracas en 1990.

En relación a los/as psiquiatras, existe una variación muy marcada entre los países en cuanto a la tasa por 100.000 habitantes. El rango oscilaba entre 1.06 a 19.36.

La pregunta que se plantea frente a los datos recogidos es si es posible proveer una atención de calidad con recursos humanos limitados y distribuidos de manera desigual, o, como alternativa, qué tipo de acomodaciones debe hacerse en la red de atención a fin de proveer el cuidado especializado que se requiere. Por otra parte, donde se informara, una proporción importante (excepto en Brasil) de este recurso humano trabajaba tanto en el sector privado como en el público, lo que probablemente causaba la reducción de los esfuerzos disponibles para atender las necesidades de las poblaciones donde éstas son mayores.

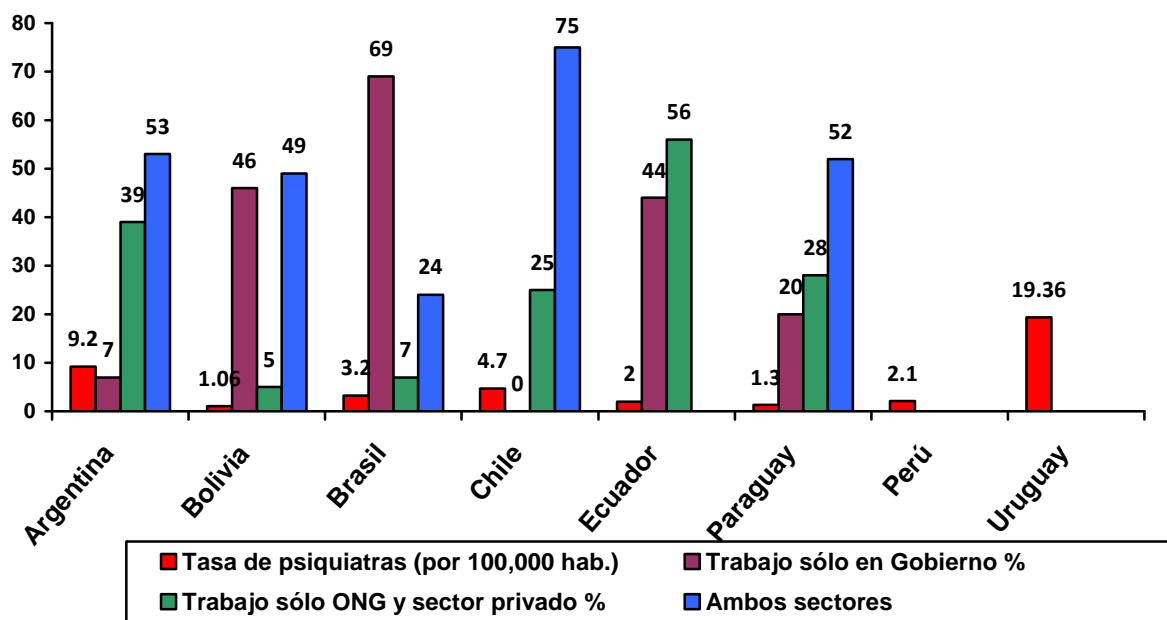
Cuadro N° 8: Tasas de psiquiatras por 100.000 habitantes y lugares de trabajo en % en los ocho países de América de Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud

PAÍS	TASA	TRABAJO SOLO EN GOBIERNO %	TRABAJO SOLO ONG Y SECTOR PRIVADO %	AMBOS SECTORES %
ARGENTINA (1)	9.20	7.0	39.0	53.0
BOLIVIA	1.06	46.0	5.0	49.0
BRASIL	3.20	69.0	7.0	24.0
CHILE	4.70	0.0	25.0	75.0
ECUADOR	2.00	44.0	56.0	S/D
PARAGUAY	1.31	20.0	28.0	52.0
PERÚ	2.10	S/D (2)	S/D	S/D
URUGUAY	19.36	S/D	S/D	S/D

(1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas. La información se refiere al promedio.

(2) S/D Sin datos

Grafico N° 6: Lugares de trabajo de los psiquiatras en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud . En %



En relación al personal de enfermería, la tasa por 100,000 habitantes no superaba a la de los psiquiatras y distaba de ser uniforme, oscilaba de 0.34 a 1.94.

En relación al personal de psicología, la información provista por IESM-Organización Mundial de la Salud reveló tasas relativamente altas en cinco de los ocho países. Esta realidad plantea un problema importante, dado que los recursos en enfermería son tan exiguos y otro tanto en asistencia social, qué roles supletorios los/las profesionales de psicología podrían asumir en el ámbito comunitario?

Cuadro N° 9: Profesionales en áreas diversas de la salud mental (excepto psiquiatría) en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud. Tasas por 100.000 habitantes

PAÍS	ENFERMERÍA	PSICOLOGIA	TRABAJO SOCIAL	TERAPIA OCUPACIONAL	OTROS
ARGENTINA (1)	S/D	106	11	1.00	S/D
BOLIVIA	0.34	0.46	0.25	0.20	1.43
BRASIL	1.69	10.19	1.08	1.95	S/D (3)
CHILE	1.70	12.30	1.70	3.10	7.50
ECUADOR (2)	0.94	1.34	0.40	0.12	3.85
PARAGUAY	1.58	28.94	0.29	0.08	2.56
PERÚ	1.94	1.78	0.05	0.00	3.06
URUGUAY	0.69	3.12	1.36	0.11	S/D

(1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas. La información se refiere al promedio.

(2) Solamente sector público.

(3) S/D, sin dato

Capacitación de profesionales de salud mental. Los datos informados revelaron que los profesionales de salud mental graduados con inmediata anterioridad a la realización de IESM-Organización Mundial de la Salud serían insuficientes para llenar los déficits identificados (ver Cuadro N°10). En tres de los ocho países (Argentina, Uruguay y Chile, en ese orden) solo las tasas correspondientes de los/as profesionales de psicología eran altas, mientras que las de enfermería, trabajo social y terapia ocupacional eran bajas.

Cuadro N° 10: Profesionales en áreas diversas de la salud mental y en medicina general graduados en salud mental en el año precedente al estudio en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud. Tasas por 100.000 habitantes

PAÍS	PSIQUIATRÍA	ENFERMERÍA	MEDICINA GENERAL	PSICOLOGÍA	TRABAJO SOCIAL	TERAPIA OCUPACIONAL
ARGENTINA (1)	3.02	2.37	6.40	11.23	2.37	S/D
BOLIVIA	0.06	4.80	10.88	0.00	0.00	0.00
BRASIL	0.08	S/D	5.07	0.59	S/D	0.49
CHILE	0.21	0.08	4.00	1.92	0.14	0.38
ECUADOR	0.06	0.08	9.41	S/D	S/D	S/D
PARAGUAY	0.06	S/D	4.54	0.23	0.00	0.00
PERÚ	S/D (2)	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
URUGUAY	0.35	S/D	6.36	11.08	S/D	S/D

(1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas. La información se refiere al promedio.

(2) S/D Sin dato

Capacitación continuada y en servicio impartida durante un mínimo de dos días. Una estrategia posible que los países podrían emplear para disminuir los déficits indicados arriba es proveer capacitación post-grado (en servicio, continua) para todos los profesionales de salud mental y a hacerla durante dos días como mínimo. En el estudio se identificó este ítem en relación a años precedentes a la realización de la evaluación. El IESM-Organización Mundial de la Salud escogió tres parámetros de medida (detallados de I a III a continuación). Todos ellos se consideran como esenciales en la atención curativa y de rehabilitación.,

I. En relación a la capacitación sobre los medicamentos psicotrópicos, el rango registrado osciló en los/as profesionales de psiquiatría del 13.0% al 44.0% - pero tres países no informaron sobre este dato; en el personal de enfermería, del 6% al 27% - pero cuatro países no informaron; y en el grupo agregado de los/las profesionales de psicología/trabajo social/terapia ocupacional los porcentajes oscilaron de 0.0% a 7.0% - pero cinco países no informaron.

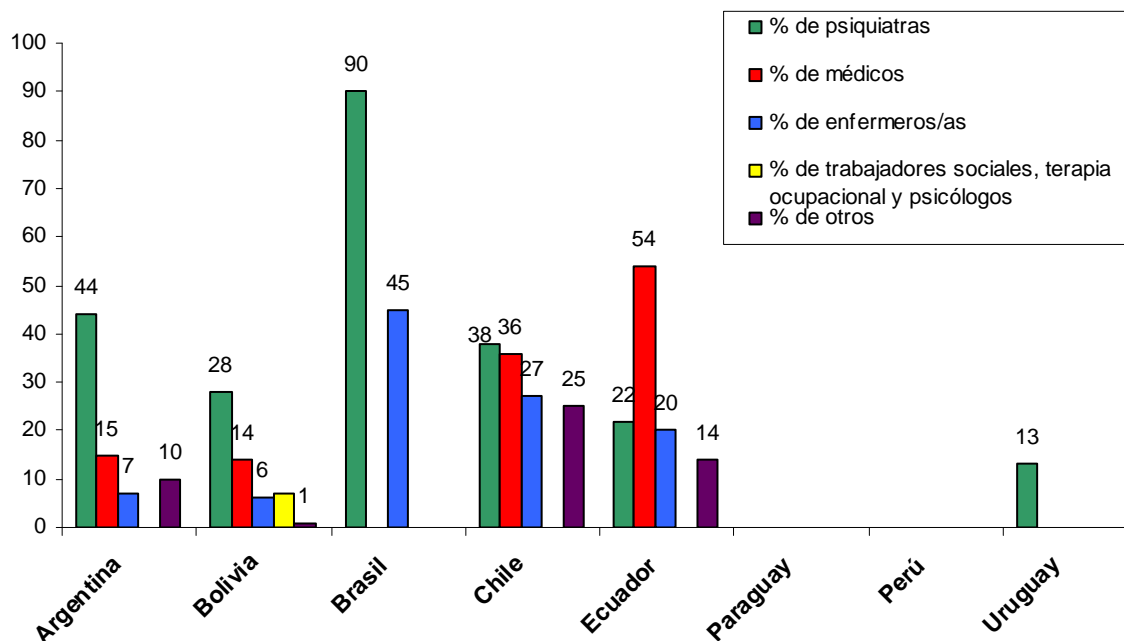
Cuadro N° 11. Profesionales de salud mental que recibieron capacitación en servicio durante un mínimo de dos días en el uso de psicotrópicos en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud. En %

PAÍS	PSIQUIATRAS	MÉDICOS /AS	ENFERMEROS/ AS	TRABAJO SOCIAL, OCUPACIONAL Y PSICOLOGÍA	TERAPIA	OTROS/ AS
ARGENTINA (1)	44.0	15.0	7.00	0.00		10.00
BOLIVIA	28.0	14.0	6.00	7.00		1.00
BRASIL	S/D (2)	S/D	S/D	S/D		S/D
CHILE	38.0	36.0	27.00	S/D		25.00
ECUADOR	22.0	54.0	20.00	0.00		14.00
PARAGUAY	S/D	S/D	S/D	S/D		S/D
PERÚ	S/D	S/D	S/D	S/D		S/D
URUGUAY	13.0	S/D	S/D	S/D		S/D

(1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas. La información se refiere al promedio.

(2) S/D Sin dato

Gráfico N° 7. Profesionales de salud mental que recibieron capacitación en servicio durante un mínimo de dos días en el uso de psicotrópicos en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud. En %.



II. En relación a la capacitación sobre intervenciones psicosociales, los porcentajes subieron en comparación al ítem anterior, pero la falta de información permaneció estable.

Cuadro N° 12: Profesionales de salud mental que recibieron capacitación en servicio durante un mínimo de dos días en intervenciones psicosociales en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud. En %.

PAÍS	PSIQUIATRÍA	MEDICINA	ENFERMERÍA	TRABAJO SOCIAL, TERAPIA OCUPACIONAL Y PSICOLOGÍA	OTROS/AS
ARGENTINA (1)	40.0	28.0	18.00	37.00	57.00
BOLIVIA	32.0	0.0	0.00	14.00	0.00
BRASIL	S/D (2)	S/D	S/D	S/D	S/D
CHILE	21.0	15.0	34.00	16.00	24.00
ECUADOR	7.0	25.0	11.00	24.00	5.00
PARAGUAY	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
PERÚ	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
URUGUAY	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D

(1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas. La información se refiere al promedio.

(2) S/D Sin dato

III. En relación a la capacitación en salud mental infantil los hallazgos fueron análogos a la capacitación sobre intervenciones psicosociales (ver ítem II).

Cuadro N° 13: Profesionales de salud mental que recibieron capacitación en servicio durante un mínimo de dos días en salud mental infantil en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud. En %.

PAÍS	PSIQUIATRÍA	MEDICINA GENERAL	ENFERMERÍA	TRABAJO SOCIAL, TERAPIA OCUPACIONAL Y PSICOLOGÍA	OTROS/AS
ARGENTINA (1)	20.0	26.0	17.00	36.00	23.00
BOLIVIA	47.0	18.0	32.00	14.00	0.00
BRASIL	S/D (2)	S/D	S/D	S/D	S/D
CHILE	13.0	25.0	9.00	8.00	5.00
ECUADOR	3.0	17.0	23.00	8.00	2.00
PARAGUAY	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
PERÚ	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
URUGUAY	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D

(1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas. La información se refiere al promedio.

(2) S/D Sin dato

Los datos comparativos que se detallan en los cuadros respectivos son preocupantes. Surge de esa lectura que en ninguno o en casi ninguno de los países se están preparando profesionales especializados altamente capacitados; que la capacitación post-gradado no estuvo generalizada de manera de incluir a todas las profesiones; que no obstante la relativa alta proporción de la

población joven en los países (ver Gráfico N° 2), la capacitación post-grado sobre salud mental infantil y del adolescente casi no estuvo contemplada en la programación post-grado. Pero véase un dato importante adicional, y este es la ausencia de información provista en relación a esos tres parámetros esenciales de la capacitación, déficit que sin duda requiere corrección.

Asociaciones de usuarios y familiares. Las 10 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud hechas en el 2001 (5) fueron cuidadosamente formuladas con el propósito de mejorar el estado de los sistemas de salud mental en los países. Una de esas 10 recomendaciones se refiere a la necesidad de promover y sostener el involucramiento de los usuarios de los servicios y los familiares en los distintos aspectos del sistema. Cabe preguntarse, entonces, en cuánto esta recomendación se ha puesto en práctica en los ocho países de América del Sur que realizaron el IESM-OMS?

El resultado que se obtuviera del estudio ha sido muy heterogéneo. Por un lado, la información provista indicó que era más frecuente la existencia de asociaciones de familiares que las de usuarios. No obstante la necesidad de apoyo financiero para realizar sus acciones, solo en dos países (Brasil y Chile) el gobierno, apoyó financieramente a esas organizaciones.

Por otra parte, era más activo el papel de los usuarios y familiares en cuanto a políticas y programas que en cuanto al grado de interacción que tenían con los servicios, que se extendía desde ausente a limitada. A continuación se presentan algunos datos por país:

En Argentina, las asociaciones de usuarios y familiares, cuyo número de miembros no se conoce, han cumplido un papel muy activo en la reciente adopción de la ley nacional de salud mental. En ciertas provincias son igualmente activas y en una, Río Negro, interactúan con los servicios;

En Bolivia, el movimiento de usuarios y familiares es muy limitado. Solo del 1% al 20% de los establecimientos psiquiátricos interactuaban con estas asociaciones;

En Brasil, las asociaciones presentan una modalidad particular, muchas son mixtas. Es decir, sus miembros comprenden usuarios, familiares y profesionales de la salud mental. Estas asociaciones tienen alta visibilidad en los niveles de formulación de políticas y programas pero su interacción con los establecimientos psiquiátricos era limitada. El país informó que los miembros de estas asociaciones llegan a 3780 usuarios y 1432 familiares y tienen una importante participación en el denominado “movimiento nacional de lucha antimanicomial”;

En Chile, las asociaciones de usuarios y familiares contaban con 8000 miembros cada una. La interacción con los establecimientos era limitada;

En Ecuador, la asociación de familiares recién se constituía y buscaba apoyo del gobierno y de Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. No había una asociación similar de usuarios;

En Perú, existían siete asociaciones de familiares con escasa interacción con los establecimientos (un máximo de 20% de éstos interactuaban); y

En Uruguay, no habían asociaciones de usuarios en cambio habían varias de familiares.

Se informó también que las ONGs tenían un papel activo en el sistema de salud mental - pero solo en una minoría de países.

Sección 5. Educación del público y vínculos con otros sectores

Campañas de educación y concientización sobre salud mental. Todos los países informaron que se realizaron campañas, pero solo dos - Brasil y Ecuador - de los ocho poseían un organismo coordinador. Por lo general, los grupos abordados en las campañas fueron el público en general, las mujeres, los niños/as y adolescentes y los grupos profesionales. En dos países, los sobrevivientes de traumas fueron también la audiencia a la cual se dirigieron las campañas. Los temas abordados incluyeron, especialmente, el uso de sustancias y las conductas violentas.

Cuadro N° 14: Acciones de educación pública en salud mental en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud

PAÍS	EXISTENCIA DE ORGANISMO COORDINADOR	PÚBLICO AL CUAL DIRIGIDO	FUERA	TEMAS CUBIERTOS	CAMPAÑAS EDUCATIVAS
ARGENTINA (1)	5 PROVINCIAS	GENERAL, ADOLESCENTES	Niños/AS,	SALUD MENTAL, TRASTORNOS MENTALES	SI
BOLIVIA	NO	GENERAL, ADOLESCENTES	Niños/AS,	DROGAS, VIOLENCIA	SI
BRASIL	SI	GENERAL, ADOLESCENTES	Niños/AS,	S/D	SI
CHILE	NO	GENERAL, MUJERES	Niños/AS,	ESTIGMA, MALTRATO, VIOLENCIA DOMÉSTICA	SI
ECUADOR	NO	S/D		S/D	S/D
PARAGUAY	NO	GENERAL, PROFESIONALES	MUJERES,	S/D	SI
PERÚ	SI	GENERAL, NIÑOS/AS, ADOLESC	MUJERES,	VIDA SALUDABLE	SI
URUGUAY	NO	S/D (2)		ALCOHOL, TABACO, DROGA	SI

(1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas.

(2)S/D, Sin dato

Disposiciones legislativas y financieras para las personas con trastornos mentales. Las disposiciones informadas sobre empleo y vivienda y sobre antidiscriminación fueron escasas (un país incluso hizo notar que la existencia de la disposición no se tradujo en la práctica) y de alcances diferentes entre los países. El Cuadro N° 15 detalla la insuficiencia de las mismas.

Cuadro N° 15: Existencia de disposiciones legislativas referidas a empleo, vivienda y medidas de antidiscriminación en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud

PAÍS	EMPLEO	VIVIENDA	ANTIDISCRIMINACIÓN
ARGENTINA (1)	NO	4 PROVINCIAS	NO
BOLIVIA	SI	NO	S/D (3)
BRASIL	NO	NO	SI
CHILE	NO	SI	S/D (3)
ECUADOR	SI	SI	SI
PARAGUAY	NO	NO	S/D (3)
PERÚ	SI (2)	SI (2)	SI
URUGUAY	SI	NO	S/D (3)

(1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas.

(2) Existen pero no se cumplen

(3) S/D, Sin dato

Vínculos con otros sectores. Esta es otra recomendación de las 10 que la Organización Mundial de la Salud propusiera para mejorar la atención de salud mental (5). El estudio reveló que los vínculos con otros sectores eran limitados, excepto con otras instancias del propio sector salud y, aunque menos, con el sector educación. Esta insuficiencia en la vinculación con otros sectores cobra la mayor importancia por diferentes razones, por ejemplo, en la atención de los problemas mentales se requiere de la participación de otros sectores – justicia, trabajo, vivienda, asistencia social y otros -. Pero hay más razones, de las cuales se citan acá solo tres, 1. los determinantes de los trastornos son multisectoriales, de ahí que la acción sobre ellos es responsabilidad de salud mental junto con otros sectores; dado el déficit de personal, tal como se viera antes, la acción conjunta con otros sectores puede llenar los vacíos actuales; y toda acción de abogacía se fortalece si salud mental reclutara aliados en el esfuerzo.

Surge, entonces, del examen de la información detallada en el Cuadro N° 16 que esta área requiere de la atención de los responsables por el funcionamiento del sistema de salud mental.

Cuadro N° 16: Vínculos del sector salud mental con otros sectores en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud

PAÍS	SALUD	EDUCACIÓN	JUSTICIA	TRABAJO	OTROS
ARGENTINA (1)	EN 3 PROVINCIAS	EN 3 PROVINCIAS	EN 3 PROVINCIAS	NO	EN TRES PROVINCIAS
BOLIVIA	SI	LIMITADO	LIMITADO	NO	NO
BRASIL	SI	SI	SI	SI	SI
CHILE	SI	LIMITADO	SI	SI	SI
ECUADOR	S/D (2)	LIMITADO	NO	S/D	S/D (2)
PARAGUAY	SI	LIMITADO	LIMITADO	NO	NO
PERÚ	SI	LIMITADO	LIMITADO	S/D	S/D
URUGUAY	SI	LIMITADO	SI	NO	S/D

(1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas.

(2) S/D Sin dato

Sección 6. Monitoreo e investigación

Sistema de información. Este es el ítem más difícil de consolidar de los informes de los ocho países. Paradójicamente, la información que se recogiera sobre el sistema de información fue parcial o ausente.

No obstante el déficit en los sistemas de información, que conspirara contra la recolección de los datos requeridos por el IESM-Organización Mundial de la Salud, es posible concluir que cierta información fluye de los niveles periféricos a los centrales. Esta se refiere a la enviada por los hospitales psiquiátricos al nivel central; lo cual, por lo general, es la regla en casi todos los países. Es menor la información que fluye de los hospitales generales y aun menor de los servicios ambulatorios. Cabe señalar que aun cuando la información fluye de esos tres tipos de servicios, no todos los datos mencionados en el IESM-Organización Mundial de la Salud son accesibles (ejemplo, sobre las hospitalizaciones involuntarias).

La conclusión más simple, y no por eso peca de ser menos correcta, que este componente del sistema de salud mental es deficitario y requiere la debida atención para poder ser corregido.

Cuadro N° 17: Cobertura de los sistemas de información por tipo de dispositivos de atención y grado de actividad en investigación en salud mental en los ocho países de América del Sur que aplicaran el IESM-Organización Mundial de la Salud. En %

PAÍS	HOSPITALES PSIQUIATRICOS %	HOSPITALES GENERALES &	SERVICIOS AMBULATORIOS %	GRADO ACTIVIDAD INVESTIGACIÓN DE EN
ARGENTINA (1)	100.0	60.0	40.0	BAJO-AUSENTE
BOLIVIA	100.0	100.0	100.0	BAJO-AUSENTE
BRASIL	100.0	100.0	S/D	ALTO
CHILE	80.0	100.0	81.0	ALTO
ECUADOR	100.0	0.0	100.0	BAJO
PARAGUAY	33.0	50.0	92.0	AUSENTE
PERÚ	s/d (2)	s/d	(s/d)	MEDIANO
URUGUAY	100.0	100.0	100.0	BAJO

(1) Comprende 10 de las 24 provincias argentinas.

(2) S/D, Sin dato

Investigación. Por lo menos cuatro países (Brasil, Chile, Perú y Argentina, en ese orden descendiente) realizaban investigaciones en salud mental sobre temas variados. Muchas de esas investigaciones han generado información que sirven de apoyo al desarrollo de programas y servicios. Los tres países mencionados primero gozaban (y gozan) de políticas explícitas o indirectas de fomento de la investigación, y en grado menor, Argentina. Los otro cuatro países, de los ocho evaluados, informaron que en ellos se lleva a cabo una actividad de investigación tímida, excepto por la promovida por la industria farmacéutica privada.

Conclusión

Cada informe de país concluye con comentarios y recomendaciones hechos por los mismos tendientes a mejorar el estado de sus sistemas de salud mental. En virtud de que en este informe consolidado se hicieron comentarios relativos a cada componente, los párrafos dedicados a la conclusión es breve.

IESM-OMS está orientado a evaluar, por lo menos en parte, el estado de la implementación de las 10 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (5). Estas fueron hechas después que expertos examinaron el estado de salud mental en el mundo y se las concibió como instrumentos factibles que pudieran llevar al mejoramiento del sistema y de la atención.

La lectura de este informe consolidado de los ocho países permite concluir que el grado de desarrollo de las seis grandes áreas investigadas (e informadas en las respectivas secciones) es dispar entre los países. El hecho que un país ha logrado desarrollar un área específica le plantea a los demás países que aun no la desarrollaran la pregunta: por qué no?. Y, lo mas importante aun, cómo lograrlo? (Eso opera a la manera de un estándar.) Por ejemplo, en este documento se detalla cuales son los (pocos) países que cuentan con una ley específica y actualizada de salud mental. La importancia de una ley es un tema que huelga ser discutida (6). Entonces, cuáles son las causas que explican por que el país no la tiene? Y cuáles son las estrategias que deben usarse para llegar a tenerla?. Por ultimo, el documento consolidado identifica al país o a los países que podrían colaborar en ese esfuerzo de virtud de la experiencia adquirida.

La lectura comparativa revela también igualdades, pero mucho de éstas de carácter deficitario. Un área deficitaria común que es altamente visible es la ausencia de información. Esta, como la brújula, indica donde se encuentra el sistema. Solo sabiendo donde se encuentra es posible plantearse adónde ir y si se está aproximando a destino (meta, en el idioma técnico).

Los hallazgos del IESM-OMS requieren respuesta. Para facilitarla este informe consolidado concluye con las recomendaciones hechas recientemente para mejorar el sistema de salud mental de los países de toda la Región por parte del Secretariado de Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. Esas recomendaciones, que fueron aprobadas por los Estados-Miembros en el Consejo Directivo 49 de Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (setiembre-octubre 2009), responden, justamente, a los resultados de la información recogida por el IESM-Organización Mundial de la Salud. A continuación se transcriben esas mismas según la formulación operativa que se les diera en el documento “Marco de referencia para la Implementación de la Estrategia Regional de Salud Mental”: Panamá, 2010 y Washington DC, 2011.

Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones, extraídas del reciente documento denominado Marco de Referencia para la Implementación de la Estrategia Regional de Salud Mental, consensado en la Conferencia que se llevara a cabo en la ciudad de Panamá en el mes de noviembre 2010 (4), tienen el propósito de mejorar las condiciones comunes halladas en el IESM-OMS realizado en los ocho países sudamericanos. Estas recomendaciones son objeto de mayor desarrollo en el documento mencionado. El lector se beneficiará de la lectura cuidadosa de las mismas.

Sección 1. Política y marco legislativo

Legislación

1. Abogar activamente a fin de que los gobiernos promuevan la legislación que garantice la atención de las personas con trastornos mentales y uso de sustancias tanto en el sector público como en el privado.
2. Realizar en los países que correspondieran las acciones necesarias en el plano nacional tendientes a formular o actualizar la legislación relacionada con la salud mental en todos sus componentes. Esas acciones implican que serán necesarias negociaciones con los poderes legislativo y ejecutivo, además de una fuerte abogacía con todos los actores implicados y con la propia sociedad.
3. Incluir en la legislación nacional las disposiciones de *la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, así como las de otros instrumentos internacionales referidos a los derechos humanos. Si fuera procedente, correspondería armonizar la legislación nacional para hacerla compatible con dichos instrumentos internacionales, en particular con el artículo 12 de la Convención antes citada, al igual que con las obligaciones que se refieren a la protección de la libertad personal, garantías judiciales y protección judicial (debido proceso en hospitales psiquiátricos).
4. Promover que los organismos encargados del cumplimiento de la ley, en especial el sistema judicial y grupos de abogacía independientes, asuman un papel decisivo para garantizar el cabal respeto de los derechos humanos, en los ámbitos nacional, provincial y local, como lo establece la Resolución del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud CD 50 R.8 sobre “La salud y los derechos humanos” (7).
5. Coordinar acciones pertinentes con las asociaciones de usuarios y familiares y otros actores de la sociedad civil.
6. Promover dentro del grupo o mecanismo de consulta-coordinación intra e intersectorial de salud mental el apoyo sea a la actualización de la legislación sea a lograr su reglamentación e implementación efectiva.
7. Asegurar que la legislación contemple la reglamentación sobre la disponibilidad y el uso racional de medicamentos.

Política

8. Apoyar de manera continua al grupo o mecanismo de coordinación intra e intersectorial en salud mental en sus acciones de abogacía en favor de la formulación y ejecución sostenida de la política en todos los niveles y áreas de acción de la salud mental (por ejemplo, atención comunitaria, desarrollo de recursos humanos, investigación, la salvaguardia de los derechos humanos de usuarios y familiares, etc.).
9. Abogar para que la política, además de reflejar la visión de las autoridades elegidas, también incorpore los avances científicos que se hayan producido.

10. Mejorar la coordinación entre los profesionales de la salud mental para lograr que sus propuestas, que se intenta sean incorporadas en las política nacional de salud mental, sean, dentro de lo posible, consensuadas y de fácil comprensión para los tomadores de decisiones.
11. Asegurar que la política nacional de salud mental sea fiel a la *Convención de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad* y otros instrumentos y estándares internacionales, así como a los principios generales y recomendaciones derivadas de las Resoluciones de los Cuerpos Directivos de Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (8, 9, 10).
12. Promover la formulación e implementación de políticas públicas sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol y el uso de sustancias psicoactivas, que se reflejen operativamente en el plan nacional de salud mental
Plan Nacional de Salud Mental (PNSM)
13. El Ministerio de Salud deberá contar con dispositivos específicos de salud mental, con personal suficiente y capacitado y con presupuestos adecuados para conducir eficazmente la implementación de todos los componentes del PNSM, asegurando la coordinación entre las acciones de salud mental y las del campo de las adicciones.
14. Examinar por parte del grupo o mecanismo de consulta y coordinación intra e intersectorial de salud mental, en particular usuarios, familiares y otros grupos de la sociedad civil, el grado en el cual el PNSM da respuesta operativa tanto a la política como a los resultados de los diagnósticos de situación efectuados. Para que esta actividad pueda hacerse a cabalidad se requiere del desarrollo de acciones de auditoría, monitoreo y evaluación de la ejecución del PNSM.
15. Analizar la asignación de recursos para dar satisfacción de manera equitativa a las necesidades y prioridades de los distintos grupos poblacionales, en especial de aquellos en situaciones especiales.
16. Estimar los recursos financieros y humanos necesarios para la ejecución apropiada del PNSM y de los programas desagregados.
17. Negociar la asignación de un presupuesto apropiado para las áreas de salud mental y adicciones.
18. Sensibilizar a los gobiernos para que asuman la responsabilidad de apoyar financieramente a los grupos de la sociedad civil, especialmente a usuarios y a familiares.
19. Planificar de manera que las asignaciones presupuestarias de salud mental sean destinadas en conformidad con el modelo comunitario de atención. La inversión en salud mental debe priorizar la atención primaria de la salud (APS), la red de atención comunitaria de salud mental y los servicios especializados ambulatorios y de internación en los hospitales generales. Esto implica modificar el esquema tradicional de asignación presupuestaria en el que los hospitales psiquiátricos consumen hasta 80-90% de la inversión en salud mental. Implica también establecer un mecanismo de monitoreo para controlar la posible descentralización y redistribución del presupuesto desde los hospitales psiquiátricos hacia el hospital general y los servicios comunitarios.

Sección 2. Servicios de salud mental especializados y en la atención primaria

1. Abogar por el cumplimiento de la *Declaración de Caracas*, los *Principios de Brasilia*, el *Consenso de Panamá* y la Resolución CD 49.R17: Estrategia y plan de acción sobre salud mental, aprobada por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud en 2009. Entre otras razones, esta Resolución fue adoptada por los Estados Miembros para evitar que se construyan nuevos hospitales psiquiátricos, o que se amplíen los existentes, y para asegurar que los hospitales generales tengan un número mínimo de camas destinadas a emergencias psiquiátricas y para adicciones.
2. Asegurar que la política y los planes de salud mental establezcan claramente la integración del componente salud mental en APS como la estrategia básica para satisfacer las necesidades existentes. Asignar a este componente los recursos necesarios para que pueda operar cabalmente.
3. Organizar los servicios formales y colaborar con los informales de tal manera que cada nivel pueda operar eficazmente.
4. Establecer y mantener un sistema de flujo de atención desde la comunidad (Vg., red de atención primaria) al nivel más especializado, incluyendo los servicios de salud mental en los hospitales generales y los servicios ambulatorios, y viceversa (referencia y contra-referencia) para lo cual es necesario formular las regulaciones necesarias.
5. Asegurar la provisión sostenida de psicofármacos esenciales.
6. Adoptar/adaptar los paquetes de intervención y la guía del *mhGAP* de la Organización Mundial de la Salud (11) al contexto nacional. Formar al personal de APS en su utilización para que puedan identificar, manejar o referir oportunamente los problemas prioritarios de salud mental.
7. Institucionalizar el tamizaje y la intervención breve para el consumo nocivo de alcohol como parte de los servicios esenciales de atención primaria, especialmente para mujeres embarazadas.
8. Reorientar la atención psiquiátrica para que sea provista por los servicios ambulatorios especializados en salud mental con el concurso de los agentes formales y no formales de la comunidad (Vg., servicios sociales y de auto-ayuda) de modo de crear un sistema integrado donde las personas que requieren seguimiento o mayor atención tienen acceso expedito a los servicios que necesitan.
9. Organizar una red de servicios especializados de salud mental con áreas de responsabilidad territorial definidas. De acuerdo con las características del sistema nacional de salud y de los recursos disponibles habrán de adoptarse las modalidades de servicios y dispositivos más apropiadas para el ámbito local.
10. Asegurar una interrelación sistemática entre los servicios ambulatorios comunitarios de salud mental y los equipos/centros de APS. Los equipos especializados deben visitar los centros de APS y asegurar apoyo, orientación y supervisión a los trabajadores de ese nivel.
11. Asegurar que la política de salud mental establece claramente que el país adopta la hospitalización breve (completa o parcial) de las personas con trastornos mentales en los hospitales generales, los cuales deberán disponer de capacidad técnica resolutive adecuada para su función. El plan de salud mental debe formular las acciones pertinentes para la implementación y desarrollo de esta modalidad de atención.
12. Asegurar la asignación de los recursos financieros y humanos necesarios para que pueda operar adecuadamente mediante la redistribución de los recursos existentes y la asignación de nuevas partidas y personal.
13. Asegurar que la política de salud mental incluya la desinstitucionalización como una estrategia esencial de la restructuración de la atención de salud mental, de manera que la población institucionalizada de los hospitales psiquiátricos tenga un plan individualizado que contemple su rehabilitación y reintegración social, así como el apoyo a sus familias.

14. Asegurar que el plan nacional de salud mental formule un programa amplio e integral de rehabilitación psicosocial, de carácter multisectorial y base comunitaria, con especial énfasis en las personas con trastornos mentales graves de larga evolución, mucho de los cuales pueden encontrarse en condiciones sociales y económicas desfavorables. Este programa debe asegurar el respeto de los derechos humanos; así como establecer una conexión firme con la red comunitaria de atención en salud mental y los demás sectores sociales involucrados.
15. Desarrollar servicios especializados para la atención de la salud mental de niños y adolescentes de acuerdo con las características del sistema de salud del país y los recursos disponibles. Estos servicios deben estar distribuidos de manera equitativa territorialmente para poder asegurar un apropiado sistema de referencia y contra-referencia desde los servicios especializados de salud mental;
16. Establecer un grupo intra e intersectorial que formule, asesore, coordine y supervise las acciones de salud mental infanto-juvenil. En este aspecto es de máxima importancia la participación del sector educativo
17. Definir una red de servicios forenses que ofrezca una apropiada respuesta a las necesidades del país en este campo, según la legislación nacional e internacional pertinentes, las características del sistema nacional de salud, los recursos disponibles y de común acuerdo con el sector judicial.
18. Establecer acuerdos o convenios entre los sectores de salud y justicia que regulen y definan los diferentes aspectos establecidos por la ley.
19. Asegurar que todas las instituciones penitenciarias del país dispongan de servicios de salud mental, a tiempo completo o parcial.
20. Reglamentar y protocolizar los internamientos involuntarios incluyendo el establecimiento de acciones de vigilancia, de acuerdo a la legislación (ley de salud mental u otra) existente, que debe responder a estándares internacionales.
21. Reglamentar y protocolizar las restricciones físicas y el aislamiento de las personas con trastornos mentales que son internados en servicios hospitalarios, unidades forenses o centros residenciales, incluyendo el establecimiento de acciones de vigilancia.

Sección 4. Recursos humanos

1. Establecer un grupo o mecanismo de coordinación intersectorial de todas las partes involucradas en la formación/capacitación de los RRHH en salud mental de pre y postgrado (Vg. ministerios de salud, educación y trabajo; universidades; asociaciones profesionales, organizaciones de usuarios) a fin de formular e implementar un programa integral de formación y capacitación, a ser actualizado periódicamente, para dar respuesta equitativa a las necesidades en salud mental.
2. Establecer procesos de articulación intersectorial “servicio-educación” para promover la revisión de los planes de estudio y la integración de valores, contenidos y prácticas de salud mental comunitaria en los programas de pregrado de enfermería, medicina, psicología, trabajo social y terapia ocupacional.
3. Promover la capacitación del personal especializado en salud mental infanto-juvenil.
4. Capacitar al personal de APS en la detección e intervención temprana de los trastornos mentales de la infancia y adolescencia, con la colaboración de los sectores de la educación y la asistencia social. Estos programas de capacitación podrán utilizar el paquete de intervenciones del *mhGAP* (11) y deberán ser coordinados por los servicios especializados de salud mental comunitaria.
5. Capacitar al personal de las unidades de salud mental en los hospitales generales.

6. Impulsar la capacitación de los grupos de usuarios y familiares de conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos y las recomendaciones que emergen de los mismos, y promover el fortalecimiento de sus redes.
7. Capacitar a los equipos de salud mental y en la atención primaria en el tratamiento eficaz de la dependencia y el uso nocivo de alcohol y otras drogas.

Sección 5. Educación sanitaria y vínculos con otros sectores

1. Establecer un grupo u organismo de coordinación y consulta nacional, con una amplia participación de actores involucrados en el tema de la salud mental (dentro y fuera del sector salud), para la formulación, implementación y monitoreo y evaluación de la legislación, política, PNSM y, cuando correspondiere, de programas específicos en áreas de la salud mental. De manera análoga establecer grupos de coordinación y consulta a nivel local. Ambos deben operar regularmente.
2. Diseñar e implementar programas que incluyan a las organizaciones de usuarios y familiares y a los organismos involucrados en la promoción y protección de los derechos humanos, dirigidos a disminuir y erradicar la estigmatización y la discriminación relacionadas con las personas que están afectadas por un trastorno o discapacidad mental. Estos programas deben estar dirigidos a diferentes grupos (Vg. escuelas, universidades, profesionales de la salud en general y de salud mental en particular, a los mismos usuarios de servicios y familiares, jueces, autoridades del gobierno central y municipal, y otros).
3. Asegurar que los servicios de salud mental brinden apoyo a usuarios y familiares en la lucha contra el estigma y la discriminación en la comunidad (12). Apoyar a organizaciones de la sociedad civil cuya misión es la protección de los derechos humanos de las personas afectadas de enfermedad o discapacidad mental, incluyendo las asociaciones de usuarios y familiares.
5. Establecer un mecanismo formal de cooperación sistemático y práctico con los medios de comunicación sobre temas relacionados con la salud mental y el uso de sustancias; y
6. Favorecer y estimular el establecimiento y fortalecimiento de las organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental y sus familias, promoviendo su autonomía (“empoderamiento”).

Sección 6. Monitoreo y evaluación.

1. Desarrollar y/o fortalecer una evaluación integral del sistema de salud mental en el país usando el instrumento IESM de la Organización Mundial de la Salud, que servirá como línea de base para poder realizar el seguimiento y monitoreo de los cambios.
2. Introducir indicadores del IESM en los procesos regulares del sistema de información en salud mental.
3. Apoyar el desarrollo de la investigación, en especial epidemiológica y de evaluación de servicios, de manera que genere información científica actualizada que permita a todas las partes incorporar nuevos conocimientos a su actividad regular.¹

Referencias para la reforma de los sistemas y servicios de salud mental en Sudamérica:

- Declaración de Caracas
- Informe Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2001
- Resoluciones del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, años 1997; 2001 y 2009
- Principios de Brasilia
- Programa Mundial de Acción en Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, 2008
- Salud Mental en la Comunidad Organización Panamericana de la Salud, 2010
- Marco de Referencia para la Implementación de la Estrategia Regional en Salud Mental, Organización Panamericana de la Salud, 2011

Referencias

- (1) Rodríguez JJ y cols. Salud mental en la comunidad. Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2009.
- (2) Organización Panamericana de la Salud, Mortalidad por suicidio en las Américas, Informe regional. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2009
- (3) Sharap P y cols. Capacidad de investigación en salud mental en países de bajo y medianos ingresos: Resultados de un proyecto de mapeo. Global Forum for Health Research y la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2007. (En inglés).
- (4) Organización Panamericana de la Salud, Marco de referencia para la implementación de la Estrategia Regional de Salud Mental. Panamá, 2010 y Washington DC, 2011.
- (5). Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la salud en el mundo. 2001. Salud mental - Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2001.
- (6) Organización Mundial de la Salud. Legislación sobre salud mental y derechos humanos. Ginebra, 2003.
- (7) Resolución del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud , CD 50 R.8
- (8) Organización Panamericana de la Salud. Resolución del Consejo Directivo CD40.R19. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1997.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. Resolución del Consejo Directivo CD43.R10. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud , 2001
- (10) Borneman T, Cabral de Mello M, Levav I, eds. World Health Organization: Ministerial round tables 2001. 54th World Health Assembly: Mental health. A call for action by world health ministers. Geneva: WHO, 2001
- (11) Organización Mundial de la Salud. *mhGAP*: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009
- (12) Arboleda-Florez J, Sartorius N, eds. Understanding the stigma of mental illness. Londres: Wiley, 2008. (En inglés).