



chos en el país, que no cuentan ni con las instalaciones ni con los insumos necesarios.

¿Tienen lo mismo quienes acceden a un servicio privado de primer nivel o quienes tienen que atenderse en los pequeños hospitalitos dispersos en la República que no han podido certificarse?

Una atención de la salud igualitaria lo será cuando quienes buscan atención reciban lo mismo en los buenos servicios públicos y en los buenos privados.

El que haya servicios iguales para todos no es una exigencia ilusa. Muchos países del mundo lo han logrado; para ello se necesita que la inversión en salud del Estado se acerque a 8% ideal del PIB y no a 3% que hoy existe. Ésta es la inversión que hoy hace el Estado en servicios públicos de atención a la salud. Para demostrar con hechos que hay una política de Estado en materia de salud, debería incrementarse en varios puntos esta inversión. Por ello es urgente que las Cámaras logren una mejoría de las condiciones

económicas del país. Un Estado más rico y la fuerza de la iniciativa privada mexicana, que apoyando, no sufriendo al sector público, pueda impulsar el crecimiento económico y la productividad del país. Salud y educación pública son motores del desarrollo; incrementadas éstas por una mejor inversión pública pueden crear un círculo virtuoso.

Los postulados de Alma Ata a casi 20 años no se han cumplido en México. Aún así las condiciones de salud de los mexicanos han mejorado en los últimos cincuenta años (mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, vacunación universal, etc.). Esto se debe menos a los esfuerzos de una política definida por el Estado y en mayor proporción al maravilloso crecimiento de las ciencias médicas.

Invertir en salud y educación pública serán, sin duda, inversiones que promoverán el desarrollo de México.



El desarrollo de la política de salud mental en América Latina

R. D. ALARCÓN

Profesor y vicedirector del Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta, Facultad de Medicina, Emory University, Atlanta, Estados Unidos.

S. A. AGUILAR-GAXIOLA

Profesor, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Naturales, California State University.

Introducción

América Latina está integrada por 22 países –los dos más poblados de los cuales son Brasil y México– que ocupan la zona andina, el Cono Sur, Centroamérica y el área conocida como Caribe latinoamericano. Los organismos internacionales políticos y de salud consideran también que otros países caribeños, como Barbados, forman parte de la región. La mayoría de estos países son políticamente independientes desde hace menos de doscientos años; sólo unos cuantos llegaron a ser naciones

soberanas en las primeras décadas del siglo xx. En 1999 la población total de todos estos países era de casi 600 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento de cerca de 40% en los últimos 30 años.^{1, 2} Casi tres cuartas partes de la población se han instalado en áreas urbanas, mientras que los grupos indígenas se han reducido a menos de 10% del total. En términos nominales 90% de la población es católica, si bien resulta notable el vigoroso crecimiento de otras denominaciones cristianas. La región está compuesta por un mosaico multiétnico y multirracial, con características



sociales, económicas, políticas y culturales únicas, que han producido diferencias marcadas en lo tocante a salud y desarrollo económico.

La expectativa promedio de vida en la región se acerca a los 63 años; las mujeres viven unos cuatro años más que los hombres. Sin embargo hay dos tendencias encontradas. Por un lado, el descenso de la tasa de mortalidad en algunas áreas –que refleja la reducción de la mortandad infantil y de la prevalencia de enfermedades infecciosas– ha elevado la expectativa de vida hasta los 71 años. Por otro, las muertes relacionadas con enfermedades cerebrovasculares, homicidios y cirrosis han aumentado más de 50% en los últimos 15 años, sobre todo en los países caribeños no latinoamericanos y en la zona de los países andinos y Centroamérica. El aumento de muertes violentas, especialmente en la población masculina, rebasa los años de vida potenciales perdidos debido al cáncer y las infecciones gastrointestinales.²

Este artículo describe el desarrollo de una política de salud mental en los países latinoamericanos; se concentra en los datos publicados en revistas arbitradas, así como en los cambios legislativos y su aplicación. Presenta una breve historia del desarrollo de las políticas en materia de salud mental, y analiza la base y los detalles prácticos de su realidad actual.

La situación actual en materia de salud mental

En un estudio comparativo de la morbilidad de desórdenes mentales (Levav *et al*) calcularon que a finales de los ochenta había 88.3 millones de personas a las que se les habían diagnosticado trastornos de estado de ánimo, ansiedad y abuso de sustancias, esquizofrenia y deterioro cognoscitivo perceptible como consecuencia del abuso de drogas y alcohol.² Esto representaba un incremento de 48.1% en un periodo de 15 años, equivalente a 28.7 millones de casos nuevos, con algunas variaciones notables, como por ejemplo un aumento de 69.8% de los casos de esquizofrenia en México, frente a 53.1% en el resto de América Latina y el Caribe. Se pudo observar la misma tendencia en lo referente al deterioro cognoscitivo y los trastornos de ansiedad.

Siempre han escaseado los recursos humanos para los programas de salud mental en América Latina. Los programas de formación en psiquiatría producen menos de seiscientos graduados por año, algunos de los cuales tienen una capacidad técnica limitada y una preparación poco adecuada. Menos de 10% de

los psiquiatras latinoamericanos dedican tiempo a actividades de docencia.^{1, 3} Otros especialistas en salud mental –posiblemente muchos de ellos– no consiguen empleo adecuado y terminan por escoger una segunda carrera o por ejercer de manera limitada. Los equipos multidisciplinarios, la sectorización, los servicios comunitarios y los programas de atención primaria tienen niveles de éxito variables.^{3, 4}

Hay entre 130 y 140 mil camas psiquiátricas, aproximadamente entre 10 y 15% del total, distribuidas en unos seiscientos hospitales y mil clínicas de consulta externa. Entre los más de 300 mil médicos, hay 11 mil psiquiatras con diversos niveles de aptitud; 80% de los mismos se concentran en áreas metropolitanas con alta densidad de población (más de 100 mil habitantes). La participación comunitaria ha seguido un patrón irregular, debido sobre todo a las restricciones económicas y el conocimiento limitado en materia de salud mental.

Hay cuatro sectores principales que suelen asumir la responsabilidad de la atención de la salud mental en los países latinoamericanos. El sector público, encabezado por los departamentos de salud mental de las secretarías de salud (de los cuales hay en este momento unos 19) que se caracteriza por una importante falta de apoyo financiero en los presupuestos gubernamentales.¹ Se menciona frecuentemente el sistema de seguridad social, pero éste cubre desde 10% de la población en algunos países hasta 55% en México.

En la última década el sector privado ha experimentado un crecimiento significativo. A diferencia de lo que ocurría antes, alcanza ahora a un gran segmento de la población, aunque la cobertura de salud mental es muy desigual. El sector caritativo ha perdido terreno en muchos países debido a la aparición de tendencias que consideran que la salud es un derecho, antes que una expresión de la compasión pública. Por último, el sector folclórico, aunque está definido de manera vaga y es fuente de continua controversia, encarna los sistemas informales de atención que resultan sumamente difíciles de evaluar.^{5, 6}

Los hospitales psiquiátricos son más que nada instalaciones públicas para albergar a un gran número de pacientes crónicos, indigentes y otras personas institucionalizadas. Se han multiplicado las clínicas privadas, al tiempo que han disminuido las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. Las clínicas para pacientes externos han aumentado, aunque se destacan por su ausencia los hospitales y



los programas de tratamiento con actividades recreativas y ocupacionales que se hacen cargo de los pacientes sólo durante el día, sin internación.^{1, 7} Si bien durante el último decenio la mayoría de los países de la región aumentaron sus gastos relacionados con la salud, los presupuestos globales en materia de salud se han deteriorado debido a la crisis económica. Los gastos relacionados con salud en los países latinoamericanos varían entre 3.1% del producto interno bruto (PIB) en Perú y 9.5% del mismo en Argentina, con un promedio de 6.2% en la región.⁸ La asignación de recursos con fines de salud mental es notablemente menor.

Breve historia de la política de salud mental en América Latina

En América Latina existe una tradición significativa de investigación epidemiológica de alta calidad.⁹⁻¹¹ Dos seminarios sobre Salud Mental en América, convocados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que se celebraron en Cuernavaca (México) y Buenos Aires (Argentina) en 1960 y 1963, respectivamente, fueron las primeras expresiones oficiales de interés en el desarrollo de una política de salud mental por parte de organizaciones internacionales. En 1968 se llevó a cabo en San Antonio, Texas (Estados Unidos), la primera Conferencia de Salud Mental de América. El *Bulletin of The Pan American Health Organization* dedicó números monográficos a la salud mental en 1976 y 1985, y destacó otras actividades, como el Seminario de Perspectivas de Salud Mental en América Latina que se realizó en Cali (Colombia) en 1978, la reunión del Grupo Asesor del Programa Regional de Salud Mental de la OPS en Panamá, en 1985, y la del Grupo de Trabajo sobre Atención Primaria y Salud Mental en América, en Washington, D. C., en 1980. La Declaración de Alma Ata (1978) fortaleció el mensaje y el impacto de estas actividades.¹²⁻¹⁴

La década de los noventa se inició favorablemente en 1990 con la Declaración de Caracas.^{15, 16} Ésta hacía hincapié en la atención primaria a la salud mental dentro de los sistemas locales de salud, y en una provisión adecuada de recursos y programas. Promovía también una reducción del papel dominante de los hospitales mentales tradicionales, a cambio de una importancia más definida de la comunidad. Asimismo, pugnaba por una legislación que garantizara el respeto de los derechos humanos y la promoción de las organizaciones comunitarias

para la asistencia a las personas con alguna enfermedad mental. Una Conferencia Internacional sobre Salud Mental en América, auspiciada por la Sociedad Norteamericana de Psiquiatría Hispana, celebrada en Nueva York en 1997,¹⁷ presentó las inquietudes de las poblaciones de origen hispano en Estados Unidos y América del Norte que, en términos de atención a la salud mental, experimentaban condiciones similares a quienes vivían en América Latina.

La Década del Cerebro, patrocinada por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, y el Año de la Salud Mental, decretado en 1997 por las Naciones Unidas, sentaron las bases para una reunión del Consejo Directivo de la OPS en Washington, D. C. en 1998. En esta reunión se instó a los Estados miembros, por primera vez en veinte años, a formular planes nacionales que atendieran e incrementaran los recursos destinados a los programas de salud mental como componente integral de reformas a gran escala de sus sistemas generales de salud.¹⁸ El documento final de esta reunión recomendaba “intensificar el apoyo a los esfuerzos por reorientar los servicios de salud mental de un enfoque institucional a otro comunitario.” Aconsejaba inclinarse por incluir los servicios de salud mental “en todos los seguros de salud o planes de pago y en todos los programas de servicios de atención a la salud”, con especial énfasis en el manejo de los trastornos afectivos y psicóticos, así como de la epilepsia. La resolución comprometía también a los países a crear programas que promoviesen el desarrollo psicosocial de los niños, a diseñar cursos en las escuelas de salud pública para preparar a los estudiantes a fin de manejar programas de salud mental, y tratar de promover una legislación que protegiese los derechos humanos de las personas con discapacidad mental. Se reconocía que la reforma y la mejora de los servicios de salud mental eran un tema de gran importancia para los esfuerzos cooperativos entre los sectores público y privado.

Bases para la política de salud mental

El aumento de la morbilidad psiquiátrica en el siglo XXI tendrá repercusiones importantes para el desarrollo social de los países latinoamericanos, así como para la planeación y provisión de los servicios de salud. La complejidad de los factores psicosociales y el desencadenamiento de los trastornos de salud mental exige que se establezcan políticas claras para



la prevención, la educación y la rehabilitación.^{2, 4, 5} La ampliación de los servicios puede basarse no sólo en el crecimiento demográfico sino también en el aumento de las tasas de prevalencia. Si bien los trastornos afectivos pueden elevarse menos que la esquizofrenia, el alcoholismo o la ansiedad, el envejecimiento de la población y factores tales como las deficiencias nutricionales y las enfermedades infecciosas incrementarán la carga de los trastornos que provocan afectaciones cognoscitivas. Además, las diferencias en lo relativo a crecimiento económico, desarrollo industrial, poder de compra de la población y acceso a la información tendrán efecto sobre la salud mental.^{10, 11}

El hecho de reconocer el valor fundamental de la salud mental en la valoración global de la salud pública –está bien documentada la eficacia de los programas de prevención y tratamiento emanados de la salud pública basada en la población– reducirá el descuido de las cuestiones de salud mental en la política pública.^{19, 20} La aparición de movimientos de consumidores y familias, la valoración de la salud mental a lo largo de toda la vida, la protección de la confidencialidad y el reconocimiento de factores culturales son otras bases para el desarrollo de una política progresiva de salud mental, que también debe tener costos-beneficios.²¹⁻²³

Las definiciones bien fundadas son tan importantes como cualquier otro componente de la política de salud mental. No sólo resulta fundamental la definición apropiada de salud mental, servicios de salud mental, organismos de salud mental y enfermedad mental. También deben definirse con claridad programas, servicios directos, receptores, actividades, incapacidades o inhabilitación funcional y otros conceptos. En el escenario burocrático los límites entre uno y otro pueden perder precisión.²⁴ Esto se aplica especialmente a los esfuerzos por integrar los componentes psicosociales y biomédicos en la presentación, valoración e implantación de la política. En América Latina el trabajo intersectorial sigue representando un problema. La integración entre la atención primaria y la atención general de la salud en el nivel del hospital y de la comunidad tiene que basarse en opciones racionales con respecto a las necesidades locales, los recursos disponibles y la eficacia de las soluciones propuestas. Para una evaluación continua de las medidas propuestas son elementos de importancia los indicadores cuantitativos y cualitativos, los indicadores de discapacidad y la

medición de las secuelas de daños producidos por factores y condiciones psicosociales adversos.^{16, 22}

La cuantificación de la “carga de la enfermedad” ha dado por resultado el desarrollo de años de vida ajustados a la incapacidad (AVAI), para expresar los años de vida perdidos por muerte prematura y los años vividos con una incapacidad de gravedad y duración específicas.^{20, 25} Esto demostró que, de las diez principales causas de incapacidad en todo el mundo en 1990, medidas en años vividos con una incapacidad, cinco eran condiciones psiquiátricas: depresión unipolar, uso de alcohol, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo. Estas condiciones no se restringían de ninguna manera a los países con una economía de mercado establecida. El uso de alcohol es la principal causa de incapacidad masculina, y la décima para las mujeres, en las regiones desarrolladas. Es también la cuarta causa de incapacidad de varones en los países en desarrollo. Otra causa importante, como los accidentes automovilísticos, puede implicar también trastornos de salud mental. El uso de alcohol representa casi 10% de la carga total de enfermedades y lesiones en América Latina y el Caribe, cifra que sólo es rebasada en las regiones desarrolladas del mundo.^{2, 20}

Según las proyecciones, para el año 2020 las tres condiciones que representarán las principales causas de carga de enfermedad serán los padecimientos cardíacos, la depresión y los accidentes automovilísticos. Se calcula además que en las dos próximas décadas la depresión aguda llegará a ser la condición principal en términos de carga global de salud para América Latina y, para las mujeres, en el mundo entero. Se pronostica que en el mismo periodo se elevarán la violencia, que ocupa ahora el lugar 19, y el suicidio, que está en el 17.

El desarrollo actual

En 1986, Alarcón¹ evaluó el estado presente de la política y las organizaciones de servicio en materia de salud mental en catorce países latinoamericanos. Analizó también la investigación epidemiológica, los recursos humanos, las necesidades y limitaciones. Llegó a la conclusión de que faltaba una política coherente en materia de salud mental, debido a una variedad de factores, entre los cuales destacaba la pequeña parte del presupuesto asignada a los programas de salud mental. Se señaló una brecha entre la magnitud de los problemas de salud mental



en la región y los recursos humanos y materiales, y se cuestionó la disposición de los gobiernos y los organismos oficiales para hacer frente a los problemas. Se consideraron importantes la prevención, la promoción de la salud, la formación y la adopción de criterios objetivos y realistas para la formulación de estrategias y evaluación.

En 1994 la OPS publicó una serie de experiencias latinoamericanas con programas de atención psiquiátrica a la comunidad.²⁶ Se compararon experiencias de Argentina, Brasil, Cuba, República Dominicana y Venezuela, con diferentes programas de salud mental en el nivel de país, ciudades, estados, pequeñas comunidades o barrios. En el estado de Mérida, Venezuela, por ejemplo en núcleos urbanos, se llevaban a cabo acciones de promoción y prevención primaria bajo la dirección de equipos de salud básica y con el apoyo de grupos comunitarios, maestros y parientes de los pacientes. Se amplió la cobertura a los cinco distritos del estado, la formación de personal auxiliar era eficaz, y mejoró el manejo de varios centenares de pacientes. Se pasó revista a los mecanismos de coordinación, así como a las redes de referencia y contrarreferencia. La participación de la universidad local y el pago por parte de los pacientes contribuyeron frente a las limitaciones presupuestales impuestas por el gobierno.

Esta experiencia contrasta con la de Cuba, donde la política nacional favorecía una amplia cobertura comunitaria en el nivel secundario de prevención. Los tres ejemplos cubanos que se presentaron se centran en programas basados en hospitales en diferentes partes de la isla. Pero quedaba claro que la proyección comunitaria del trabajo hospitalario daba por resultado un menor número de internaciones, la ampliación de acciones con pacientes externos, la atención en el entorno familiar, la integración de los pacientes a la fuerza de trabajo y el desarrollo de programas de educación profesional continua.

El municipio de Santos, en Brasil, reestructuró sus servicios psiquiátricos sobre la base de la opinión pública, la voluntad política y la colaboración entre los pacientes y sus familias. La clausura del hospital local fue parte del plan. Una opinión pública bien informada y la actuación de los activistas hicieron posible ampliar los servicios y recibir alrededor de 10% del presupuesto total de la ciudad, cifra poco frecuente, e inédita en América Latina.

Un ejemplo de un sistema que sigue las normas de procedimiento sin una intervención excesiva de las

autoridades es el establecimiento de redes sociales en la municipalidad de Medellín, Colombia.¹⁷ Una buena base teórica, reforzada por una traducción adecuada de documentos clínicos clave, permitió la publicación de un manual concebido como herramienta preventiva y como contribución para minimizar los riesgos en las dinámicas de las interacciones sociales. Al mismo tiempo, el reconocimiento de contextos culturales y la contribución de personas y de la comunidad entera propiciaron conciencia social, organización y una actividad social, cultural y política sostenida. Los programas de atención y prevención para diferentes grupos de edad reflejaban asimismo las realidades clínicas y sociales del lugar.

También otros países latinoamericanos han realizado esfuerzos serios por desarrollar una política racional de salud mental. En Brasil se ha dado un amplio debate en torno a una iniciativa legislativa que respondía, en parte, a una gran movilización de consumidores, la primera de ese tipo en la región. El Ministerio de Salud de Perú le ha asignado al Instituto Nacional de Salud Mental la tarea de desarrollar, coordinar y monitorear campañas nacionales de educación pública y de difusión de información técnica. El gobierno de la provincia de Río Negro, en Argentina, también ha desarrollado un conjunto innovador de acciones, que son seguidas de cerca por legisladores, organizaciones de salud mental y el público, y que podría llegar a ser un modelo para el resto del país.

Programas nacionales México y Chile

Los planes nacionales de salud mental recientemente difundidos en México y Chile son, hasta ahora, los mejores ejemplos del uso de indicadores más completos y de bases científicas y técnicas, tal como lo propusieron la OMS y Murray y López.²⁰

México

El sector privado hizo una considerable contribución para valorar la situación de salud en el país antes de la presentación del programa de salud mental por parte de la Secretaría de Salud. Tradicionalmente la salud mental no se consideraba parte de la salud pública debido a la existencia de otras prioridades en materia de salud, a la falta de conocimiento sobre la verdadera magnitud de los problemas de salud mental y a un enfoque complejo que involucraba la



intervención de otros sectores, además del de la salud pública. Entre los documentos fundamentales preparatorios para el cambio de directrices figuraba un informe presentado por la Fundación Mexicana para la Salud en 1995,²⁸ que dio inicio a un debate muy constructivo. Introdujo principios básicos para el mejoramiento de la salud, elementos para un análisis de la situación en materia de salud en relación con la carga de enfermedad inminente, y una propuesta estratégica, con recomendaciones apropiadas para reformar el sistema.

El informe señala que México es uno de los países con menos camas hospitalarias por habitante en toda la región, y con un número insuficiente de profesionales; por ejemplo, sólo tiene 87 psiquiatras calificados, uno por cada 40 mil personas en el grupo de edad de 65 años. Otro dato importante era que si el sistema de seguridad social seguía creciendo a la tasa promedio que mantenía desde 1943, no llegaría a cubrir al 100% de la población sino hasta el año 2030. Se documentaba que en 1991 México perdió 12.8 millones de AVAI debido a mortalidad prematura e incapacidades. La carga de enfermedad fue mayor entre hombres que entre mujeres, mayor también en las áreas rurales, y afectó significativamente a los grupos de edad de la niñez y la adolescencia. Para los varones entre los 15 y los 44 años la desagregación por causas específicas ubicaba a la cabeza de la lista las lesiones por accidentes automovilísticos y el homicidio. La violencia, entonces, se unía a otras condiciones no comunicables, como los padecimientos cardiovasculares, los problemas neuropsiquiátricos y las enfermedades del tracto digestivo. El consumo excesivo de alcohol era el principal factor de riesgo para la salud, y representaba el 9% de la carga de enfermedades.²⁸

El sector público federal proporcionaba sólo 2.76% del PIB para gastos de salud, aproximadamente lo mismo que el sector privado. El informe señalaba que los principales objetivos de la reforma eran la equidad, la calidad y la eficiencia, y proponía desarrollar un sistema universal de salud que resultase comprensivo, anticipatorio, accesible, descentralizado, eficiente, racional y de alta calidad. Es interesante señalar que, pese a esta impresionante compilación de datos, los servicios esenciales propuestos en la cobertura universal²⁹ incluían programas de salud pública contra el uso de alcohol y tabaco, pero no programas de extensión comunitaria, ni tan siquiera servicios clínicos orientados específicamente hacia los padecimientos mentales y

los programas de salud mental, a menos que en el apartado genérico titulado “Tratamiento de las principales enfermedades no transmisibles” se incluyesen estos padecimientos. Se proponía que el gobierno debía gastar más en los servicios de salud y educación en general. Las encuestas de opinión pública en torno a los principales métodos medios para resolver los problemas del sistema de salud, sin embargo, demostraron que 58% de la gente pensaba que eso tenía que lograrse mediante una reorganización del sistema existente, mientras que sólo 39% sugería una mayor asignación de dinero.

México tiene un vasto marco legal relativo a las cuestiones de salud y salud mental. Los objetivos son promover un desarrollo psicosocial saludable de diferentes grupos de población y reducir los efectos de los trastornos psiquiátricos y de conducta. Esto debería lograrse por medio de intervenciones graduales y complementarias, acordes con el nivel de atención, y con la participación coordinada de los sectores público, social y privado en los niveles municipal, estadual y nacional. Las líneas estratégicas toman en cuenta la formación y calificación de los recursos humanos, el crecimiento, la rehabilitación y la regionalización de las redes de servicio en materia de salud mental, la formulación de directrices y la evaluación. Se toman en consideración todos los grupos de edad, así como subpoblaciones específicas (grupos indígenas, mujeres, niños de la calle, poblaciones en zonas de desastre) y otras prioridades estatales y regionales.

Los trastornos psiquiátricos específicos a los que se dará prioridad son la esquizofrenia, la depresión aguda, la demencia senil, la epilepsia y otros; entre los problemas psicosociales, se indican también las adicciones y la violencia. Las principales estrategias para alcanzar todos esos objetivos eran la descentralización de los recursos, el desarrollo de nuevos modelos de atención, la adecuación de los equipos básicos de salud, el reforzamiento de la atención primaria y el impulso de la participación social. El plan prevé los riesgos de limitar o fragmentar la ejecución de las acciones propuestas. Pide la convergencia de los diferentes sectores de la sociedad civil para hacer posible el programa de salud mental y perfeccionarlo a fin de mejorar la salud y el bienestar de la población.

Chile

El resultado de un esfuerzo largo y sostenido por



parte de un equipo de profesionales, con la colaboración de funcionarios gubernamentales, tecnócratas y organismos comunitarios, es un plan de salud mental que reconoce el derecho a la salud. Sustenta la política a seguir sobre la base de una alta prevalencia de enfermedades mentales, costos sociales y económicos altos, demanda de servicios no satisfecha, evidencia de la efectividad y, en materia de costos, las medidas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, así como las carencias en la provisión de salud mental en comparación con lo que toca a los demás servicios de salud. Otros factores de influencia fueron algunas experiencias nacionales exitosas y el amplio consenso de usuarios, parientes y profesionales. Se hizo especial hincapié en las áreas de cobertura, la reducción de las tasas de suicidio, la efectividad de entre 50 y 80% de los tratamientos psicosociales y farmacológicos de la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la adicción al alcohol y la utilización de los servicios generales de salud. Se establecieron como prioridades los trastornos de desarrollo y déficit de atención, estrés postraumático, depresión y ansiedad, esquizofrenia, Alzheimer y otras demencias, y dependencia de alcohol, tabaco y drogas. Se diseñaron estrategias para el desarrollo de recursos humanos y el empoderamiento de los usuarios y sus familiares, con la meta última de alcanzar cobertura universal, alta calidad y apoyo financiero total. Se plantearon también criterios de calidad, focos técnicos, apoyo organizacional y marcos de referencia administrativos que estimulaban los equipos multidisciplinarios y proponían los recursos necesarios.^{30, 32}

El plan era atractivo desde muchos puntos de vista gracias a que contaba con un sustento bibliográfico importante y una estructura de información y programática bien organizada.³³ Hasta el clima político parece favorable, a la luz de los recientes acontecimientos del país. No obstante, el cuadro que presenta los datos sobre recursos no incluye enfermeras, trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales y recreativos, y no se mencionan los administradores de casos. Si bien resulta evidente la participación de las instituciones y las organizaciones, los aspectos financieros del plan, tanto en el sector público como en el privado, apuntan a la necesidad de aumentar los recursos presupuestales para la salud mental.

Se establecen intervenciones para la promoción, la prevención y la educación, pero no se mencionan

programas de formación, disponibilidad de personal ni resultados del impacto del programa. Lo mismo puede decirse del sistema nacional de psiquiatría forense, cuya composición ideal se presenta en el informe. Se propugna la consolidación de los servicios disponibles y la incorporación de otros nuevos que incluyen redes no tradicionales de organizaciones no gubernamentales, grupos de autoayuda y otros. El alcance de las intervenciones de salud mental es amplio y está bien concebido, aunque no se mencionan específicamente las necesidades culturales y espirituales. En lo que se refiere al trabajo comunitario, hay una tendencia a adoptar el enfoque psiquiátrico intensivo que propone el modelo de Wisconsin.³⁴ No se hacen explícitos los algoritmos y las líneas directrices de la práctica para la atención de pacientes con depresión o esquizofrenia, aunque la tendencia parece clara. Por último, si bien se reconoce que el número de consultas disponibles no satisface la demanda, el informe menciona también que el número de individuos con acceso a los servicios ha sido insuficiente. En la atención primaria sólo una pequeñísima minoría de los pacientes hace consultas por razones psicológicas, pero el informe no se ocupa de la aptitud clínica de los profesionales de la atención primaria ni de la relación costo-eficiencia de los servicios especializados. El rasgo más importante del documento es la seriedad con la cual el grupo de trabajo se ocupó de su labor, y los marcos de referencia que proporcionan un panorama mucho más claro de las actuales realidades de la salud mental en Chile.

Conclusión

El uso de nuevos indicadores para la valoración del impacto global de la salud mental de la región latinoamericana ha demostrado servir de catalizador para los países, a fin de que actualicen o vuelvan a desarrollar su política de salud mental. La breve presentación histórica y demográfica de la realidad de diversos lugares de América Latina muestra una diversidad de intervenciones en diferentes países durante las últimas décadas, debida a estímulos internos o al trabajo de organismos internacionales, así como del sector privado y el no gubernamental. No obstante, estos cambios en la política sobre salud mental han mostrado resultados desiguales. Persiste una cantidad de problemas antiguos y de dificultades estructurales para poner en práctica la política y la legislación sobre salud mental. Los ejemplos más



notables son la escasez de recursos financieros y humanos, así como las dificultades sociales, políticas y culturales para la aplicación de las leyes. Se destacan por su ausencia los programas de formación, así como una presentación de las necesidades y los planes de investigación.³⁵

Pese a ello, en varios países de América Latina hay signos alentadores y avances favorables hacia la formulación de nuevas políticas basadas en datos epidemiológicos empíricos, y de la recuperación de la iniciativa para movilizar a los aliados políticos y públicos. Una señal positiva es el interés que han demostrado los gobiernos de algunas naciones latinoamericanas, y las acciones conducentes a participar en la encuesta Mundial de Salud Mental 2000 (OMS 2000), una “gran iniciativa de la OMS que se propone obtener datos empíricos” y que ayudará a los gobiernos a decidir cuál es la mejor manera de manejar la creciente carga de trastornos mentales en más de veinte países de todo el mundo. El propósito de estas encuestas es conseguir cálculos objetivos de la prevalencia de trastornos mentales, las incapacidades asociadas y los patrones de tratamiento. Otros objetivos son: 1) valorar la carga global de los trastornos mentales; 2) determinar los factores psicosociales de riesgo y los correlatos de los trastornos mentales, con especial atención a los efectos de un estatus social desventajoso; 3) establecer patrones de utilización de salud mental y, 4) identificar barreras modificables a la búsqueda de ayuda. Desde una perspectiva de políticas de salud, los datos generados por las encuestas OMS 2000 proporcionarán información básica sobre la prevalencia y la carga de los trastornos mentales, que podrá ser usada a fin de planear una política de salud por parte de los países latinoamericanos que participen.³⁷ A su vez, esos datos permitirán que los responsables de planear la política de salud calculen los costos sociales de tratar o no tratar los trastornos mentales, y que dirijan el diseño, la implantación y el resultado de las intervenciones para aumentar el acceso a la atención. Deberá evaluarse sistemáticamente el nuevo conocimiento de los indicadores de eficiencia que ayudarán a los responsables a definir y monitorear mejor las necesidades en lo tocante a salud mental, así como a asignar racionalmente los recursos.^{38, 39} Resulta deseable un informe periódico de la salud mental en las naciones de América Latina, y de la participación comunitaria, la integración de servicios y el uso racional y eficiente de recursos. Una política comprensiva de salud como parte de la legislación de desarrollo social tiene que reflejar el compromiso sincero de los responsables por tomar en serio la salud mental y atender las necesidades de salud mental de los 600 millones de personas que viven en la región.

La transparencia y eficacia en el manejo de los recursos públicos permitirá al gobierno gasto e inversión con mejores resultados; por eso los diputados federales aprobaron reformas sobre administración y buen gobierno que, además, permitirán a los ciudadanos conocer el manejo de sus impuestos.

