



Logros y dificultades en la implementación del Plan Nacional de Chile desde la perspectiva latinoamericana*

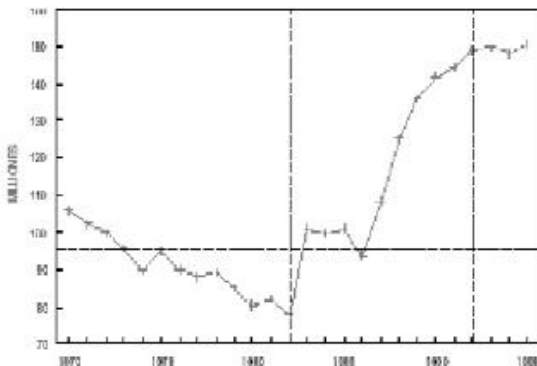
Dr. Hugo Cohen

OPS/OMS

Unidad de Salud Mental–Ministerio de Salud
Hogar de Cristo. Santiago de Chile

Marco general–Introducción

A manera de prólogo, quiero compartir brevemente con ustedes el análisis efectuado por la OPS (1) respecto al impacto de las reformas económicas y evolución de la pobreza en América Latina 1970–1995. En este trabajo se establece que crecieron la pobreza y las inequidades; un 20% de la población controla 80% de la riqueza.



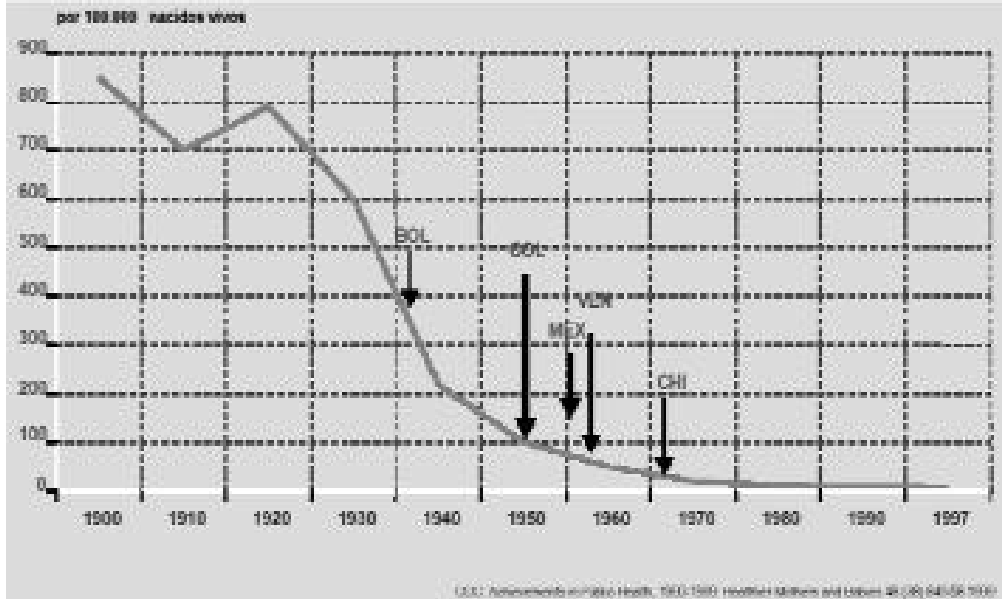
El estudio del IMPACTO DE LAS REFORMAS muestra la magnitud de la EXCLUSIÓN EN SALUD, la dimensión del problema:

- Población total de América Latina y el Caribe: 500 millones 27% de la población carece de acceso permanente a servicios básicos de salud (125 millones).
- 82 millones de niños no completan su esquema de vacunación.
- 152 millones de personas sin acceso a agua potable o saneamiento básico.
- 17% de nacimientos no son atendidos por personal capacitado.
- La mayoría de las muertes maternas e infantiles son por causas evitables.
- En USA 43 millones de personas (20%) carecen de protección en salud.

* Encuentro: Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social: Análisis y Propuestas. Santiago de Chile, noviembre 2004.

Como un ejemplo de las desigualdades en la región se puede presentar el siguiente gráfico que muestra la:

Mortalidad materna en usa y su relación con algunos países de América Latina



- Se observa que los países menos desarrollados tienen 84% de la población mundial. Estos consumen menos del 11% de los gastos mundiales en salud pero, sobrellevan el 93% de la carga de enfermedad.

En cuanto al CONTEXTO se visualiza:

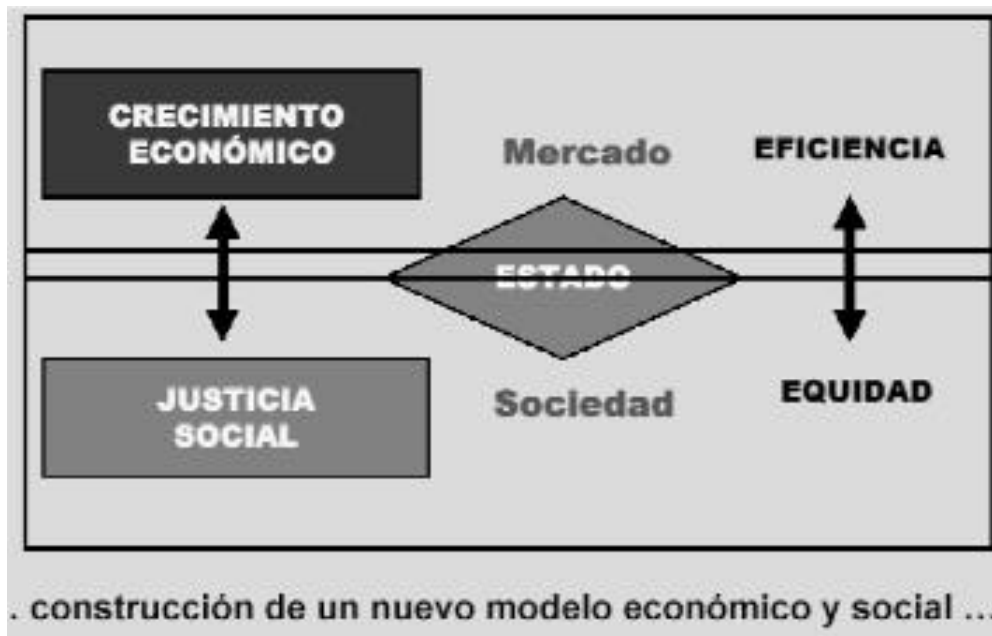
- Inestabilidad económica y social/Gobernabilidad débil.
- Transición demográfica/Incremento poblacional.
- Crecimiento de la pobreza y de la inequidad.
- Aumento del desempleo y crecimiento de la economía informal.
- En salud: crítica situación de la fuerza de trabajo (laboral, profesional, motivacional).
- Deterioro del Estado para cumplir su función rectora.
- Acumulación epidemiológica.
- Deterioro Ambiental.

En este marco la OPS-OMS propone para el período 2003 - 2007 las siguientes Líneas de acción y principios básicos

- VIGENCIA DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA
- REAFIRMACIÓN DE SALUD PARA TODOS
- EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
- LA SALUD COMO DERECHO SOCIAL
- EL RESCATE DE LA EQUIDAD Y LA SOLIDARIDAD
- IMPULSAR UNA NUEVA AGENDA
- REFORMAS SECTORIALES
- TENER EL MARCO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO
- COOPERACIÓN ENFOCADA AL PAÍS



Se promueve la PERSPECTIVA PARA UNA NUEVA POLITICA SOCIAL donde se produce un pasaje del énfasis en el crecimiento económico a la dimensión de justicia social; del mercado como principal regulador a la sociedad como actor principal destacando el rol del estado como escenario principal; el traslado del principio de eficiencia al de equidad como criterio rector. Queda claro entonces que estos cambios solo serán posible en la medida que se construya un nuevo modelo económico y social.



Situación actual de la salud mental en el mundo

La dimensión de los problemas en salud mental de las poblaciones es creciente. Se estima que hay 400.000.000 de afectados en el mundo. 1 de cada 5 jóvenes hasta los 15 años padecen. Esto representa 17.000.000 de jóvenes en América Latina y el Caribe.

Los problemas de salud mental representan cinco de las diez primeras causas de incapacidad en el mundo. Se considera que uno de cada cuatro habitantes de las grandes ciudades requieren o requerirán asistencia. Se estima que en el 2020, los trastornos de salud mental estarán dentro de las tres primeras causas de

morbilidad. Además se observa un aumento de los problemas de adicción, alcoholismo, así como un impacto creciente de la violencia en las ciudades. Se constata el incremento en las personas que padecen de depresión. (Se estima que durante el año 2000 se produjo 1 suicidio cada 40 segundos). Por otra parte, el aumento en la longevidad trae aparejado un incremento de los problemas de personas solas, así como de las demencias. Como un ejemplo en nuestro continente, en México, los problemas de salud mental están presentes dentro de las 5 primeras causas de muerte, representadas por los accidentes, violencia y cirrosis y es un factor determinante dentro de las 10 primeras causas de años de vida perdidos.



El contexto latinoamericano

Quisiera hacer algunos comentarios respecto al contexto latinoamericano: observamos que tal como lo señala la OMS para las distintas regiones, es prioritario saldar la brecha que existe entre las necesidades de las personas y los servicios existentes para satisfacerlas. Como ejemplo, puedo mencionar los resultados para México del estudio promovido por la OMS para los diversos continentes: **Mental Health 2000**.

El estudio es el primero finalizado en la región y fue hecho por la doctora Medina Mora y su equipo del Instituto Nacional de Psiquiatría. El mismo muestra que de 100 personas con tres o más síntomas severos, un 10% accede a alguna consulta en el ámbito de salud y de estos, un 50% aproximadamente llega a algún especialista. La proporción de estos que recibieron tratamiento adecuado es de alrededor de un 40%. Estos datos dan la dimensión de la enorme brecha que existe entre las necesidades de la población y los servicios que existen para resolverlas. Previo a este estudio, el Secretario de Salud del país había pedido a la OMS y a la OPS, una evaluación de los servicios y manifestado que la salud mental es uno de los rezagos históricos más importantes en las políticas de salud del país. Recientemente hizo pública la decisión de impulsar la reforma psiquiátrica en México.

El antecedente institucional histórico que es referencia para todos los países de la región, es la Conferencia de Caracas de 1990: *LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE*. En ella se promueve la sustitución gradual y progresiva de los hospitales psiquiátricos por servicios basados en la comunidad. Un año después se aprueba la resolución de la Naciones Unidas sobre los derechos de los enfermos mentales. Más recientemente, en el 2001, la OMS dedicó el año a la salud mental y en el respectivo informe mundial de la salud se

plantea la necesidad de saldar la brecha, bajo el lema: *sí a la atención, no a la exclusión!* Como consecuencia de esto se lanza la iniciativa GAP: *Global Action Plan*. En nuestros días, como resultado de esta secuencia de decisiones y avances se han editado los primeros manuales que abordan los aspectos prácticos para la creación y desarrollo de servicios basados en la comunidad: *Mental Health Policy and Service Guidance Package*.

Me han solicitado un análisis respecto a los logros y las dificultades en la implementación del plan nacional desde la perspectiva latinoamericana y lo primero que creo necesario efectuar es una felicitación por la tarea realizada así como un reconocimiento de la labor. A manera de resumen quiero destacar:

- Su orientación comunitaria y participativa
- La continuidad por 10 años
- El reconocimiento que se hace de necesidades y objetivos no resueltos aún.

La riqueza de la labor emprendida me impide comentarla en detalle en una hora así como hacer sugerencias en forma pormenorizada. Por otra parte debo ser muy cuidadoso y respetuoso en la valoración. Pienso que en salud mental comunitaria no es posible comparar experiencias y países dado que hay que tener en cuenta las diversidades culturales, históricas, sociales y políticas. Tal vez lo más adecuado sea comparar los países *con ellos mismos*; en vez de hablar de modelos, es más conveniente hablar de modos.

De todas maneras, podemos decir que existen dificultades y resistencias, denominadores comunes.

Está visto que son cuatro las principales que deben ser enfrentadas:



1. El estigma
2. La falta de actualización en la formación de los profesionales de la salud mental y de la salud en general.
3. La organización y gestión de los servicios
4. Los intereses económicos y la cultura asistencialista.

Algunos principios que sustentan las prácticas en salud mental comunitaria

Los servicios basados en la comunidad demostraron, de manera científicamente sustentada, que son los que mejor resuelven las necesidades de las personas con padecimiento mental. Como uno de los tantos ejemplos disponibles, podemos mencionar los trabajos de Goldberg donde nos muestra que de 100 personas con trastornos, 40% llega a la consulta. De estos, el 80% se resuelve en el 1^{er} nivel de atención (en tanto esté capacitado); y solo un 20 % entra al sistema de Atención Psiquiátrica. Lo interesante de sus trabajos es la constatación que de estos solo un 20% necesita más de 9 días de internación o sea el 0,5%. Se demuestra que la cama es un recurso relativo, menor, en lugar de ser el centro de los planes y programas. Otros trabajos interesantes son lo que observaron una disminución en un 75% de las recaídas en los pacientes cuyas familias recibieron apoyo en forma sistemática. En cuanto a los costos comparativos y relativos, podemos decir que en nuestra región aún en contextos de escasos fondos destinados a salud mental, en la actualidad, son muchos millones de dólares los que se destinan. Por cada paciente por mes, si se calcula el costo de la cama psiquiátrica que constituye el 95% de la inversión que hace el estado en salud mental, se gastan cientos o más de mil dólares. Ese mismo dinero se podría utilizar en prácticas y dispositivos mucho mejores y efectivamente rehabilitadores.

Además de la necesaria reorientación de los fondos, a nivel técnico es necesario producir cambios como, por ejemplo, el pasaje de un diagnóstico psicopatológico o biológico a uno territorial. Por otra parte hay que considerar que en salud mental comunitaria, el primer nivel de atención es el que requiere mayor complejidad, inteligencia, creatividad y disponibilidad de recursos.

Para saber cómo intervenir adecuadamente, conocer los recursos que son necesarios y establecer las estrategias más adecuadas, un estudio (2) en un medio rural del recorrido de las personas con un padecimiento es de gran ayuda: primero se acude al auto cuidado; cuando esto fracasa, se busca apoyo en la red social, si esto es insuficiente se acude al sistema etnomédico, y si persiste el padecimiento, recién entonces se llega al sistema de salud; de no haber solución en este, se apela a los especialistas de salud mental como última instancia.

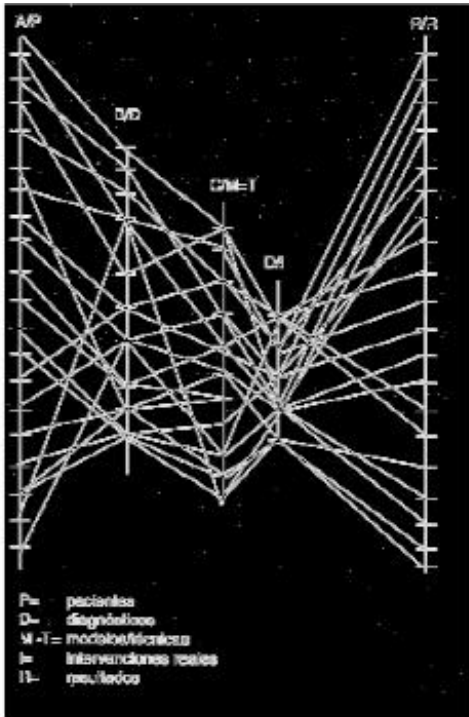
Evidentemente este *enfoque integral*, comúnmente conocido como. Bio-psico-social, tiene múltiples complejidades. Una de ellas es cómo expresamos esta integralidad a la hora de las prácticas en terreno. Esto es importante por que suele haber en muchos casos una disociación entre los enunciados y lo que hacemos en la cotidianeidad. Un buen ejemplo de ello es el trabajo en los hospitales generales o centros de salud donde los equipos de salud mental tienen un jefe médico y a los psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros se les asigna un rol secundario. La sola manera de aludir a ellos es muy gráfica: paramédicos!

El *trabajo en equipo* es una dimensión fundamental que refleja la concepción que tenemos de la labor profesional. Pero además, nos puede orientar a encontrar limitaciones o fortalezas que inexorablemente repercutirán en la labor de atención y en el trato que demos a los pacientes. Diversos trabajos muestran que el tipo de interacción interna que tienen los miembros



del equipo entre sí se expresará en la relación con los usuarios. Por ejemplo: será bastante difícil que se pueda promover la participación de la comunidad en programas a nivel local si en el ámbito del equipo de trabajo priman relaciones de tipo vertical o autoritarias.

Otra de las complejidades es la necesidad de contar con los *indicadores* que den cuenta de la labor comunitaria que se realiza así como de que exista un reconocimiento institucional que valide y reconozca la labor de salud que se hace en medios y con intervenciones poco habituales.



Continuando con la reflexión acerca de los indicadores que necesitamos en salud mental comunitaria, el ejemplo (3) de Ciompi es muy interesante en cuanto a cuáles son los *pilares* en que se debe basar la *práctica*.

El sostiene que *la motivación, las expectativas sobre el paciente; la pertenencia a un proyecto compartido; la calidad en las relaciones de trabajo* son variables más predictivas de una mejor evolución que las tradicionales (diagnóstico;

fármacos; técnicas psicoterapéuticas; etc.). Entonces, desde este punto de vista, es *más importante conocer sobre la vida del paciente y de la organización de los servicios que de la historia de la enfermedad*.

De nuevo surge la importancia del la práctica y el valor de lo actitudinal. Solo la construcción de nuevas respuestas a las necesidades de las personas permitirá generar una nueva demanda y así modificar las representaciones sociales de la locura.(4)

Algunas reflexiones sobre el plan chileno

Logros y avances:

Quiero detallar ahora algunos aspectos que a mi entender marcan una valoración positiva de la labor realizada:

- Existencia de un plan, su orientación, sistemática e implementación, así como la continuidad en el tiempo.
- La noción de participación como un recurso básico en su elaboración y en las instancias de construcción cotidiana.
- La propuesta de incorporar activamente en este proceso a los usuarios y los familiares estimulando la creación de asociaciones.
- La inclusión de la salud mental en las políticas de salud; la intención de involucrar a las ISAPRES; la decisión de extenderla a todo el país.
- La riqueza y diversidad de dispositivos y recursos creados.
- El aumento efectivo del presupuesto y su reorientación hacia los nuevos servicios que privilegian la accesibilidad.
- La priorización en la atención de la esquizofrenia; la depresión y las adicciones y el alcohol; la creación del PRAIS.



- El notable desarrollo y la concepción de la atención de las personas con depresión.
- El reconocimiento de la urgencia y la atención en el primer nivel como actividades prioritarias.
- Haber construido espacios para los trabajadores de la salud mental que posibilitan hablar de los miedos y la dictadura.
- Comienzo del registro personalizado de las prácticas.
- La preocupación y medición correspondiente respecto a la satisfacción del usuario.
- La mejora en la accesibilidad, la cobertura y la calidad.
- El criterio de apoyo para con los cuidadores, en especial a los Familiares.
- La disminución en el número de camas de los Hospitales Psiquiátricos.
- La decisión de promover una capacitación continua de los trabajadores de la salud mental.
- La valoración que se hace de la interacción efectiva con instancias sociales y comunitarias como, por ejemplo, el Hogar de Cristo.
- Basar las respuestas en las necesidades de las personas más que en las estructuras creadas.
- Avanzar en el proceso de accesibilidad y cobertura haciendo énfasis en la creación de servicios en hospitales generales que posibiliten disminuir la desigual distribución de las camas, concentradas todavía, en forma predominante, en los hospitales psiquiátricos.
- Extender y priorizar las actividades para una adecuada inserción de los nuevos servicios en los hospitales generales.
- Escaso abordaje de la urgencia en los hospitales generales.
- Necesidad de profundizar el proceso de coordinación entre los diversos servicios, dando preeminencia al territorio y sus usuarios como eje organizador de la tarea cotidiana.
- Enfatizar la coordinación única entre los diversos dispositivos de un territorio común, la realización de reuniones periódicas para reflexionar sobre las prácticas y decidir entre todos.
- Siempre es bueno recordar que la mejor prevención y promoción de la salud mental, es el desarrollo de servicios comunitarios que permitan la abolición de los hospitales psiquiátricos.

Observaciones y aspectos a reforzar:

- Avanzar en la concepción de que la red no son estructuras materiales sino personas que interactúan.
- Profundizar el trabajo en equipo: da la impresión de haber una predominancia de lo biomédico por sobre las otras disciplinas o saberes.
- Poder contar con al promedio de reinternación como una medida de la continuidad de los cuidados, la efectividad de los tratamientos y como expresión de necesidades no resueltas o no previstas originalmente.
- La nueva ley debería incluir las nuevas prácticas y los aprendizajes habidos. Debe ser entendida no como un punto de llegada sino como un paso más de un largo proceso.



- Las respuestas a los casos forenses debe basarse en la excepción y determinarse con el mayor carácter restrictivo posible.
 - Es llamativa la baja incidencia registrada del alcohol como problema de salud.
 - Prestar atención al aumento en la prescripción de anfetaminas a los niños, habría que investigar si se están haciendo los diagnósticos adecuados y si se están efectuando los estudios sobre sus causas profundas.
 - Avanzar en el criterio de plazas como medida de dispositivos, superando el de camas; es conveniente que las nuevas estructuras sean pequeñas: en salud mental *small is beautiful*.
 - Promover indicadores de trabajo en equipo y participación grupal; generar el reconocimiento institucional de las prácticas comunitarias.
 - Extender el apoyo a las instancias comunitarias que se hacen cargo del sostén de personas con padecimiento mental, incluyendo a las familias.
 - Actualizar periódicamente las guías y normas de acuerdo a los aprendizajes que generan las nuevas prácticas.
 - Efectuar las mediciones de efectividad de los fármacos incluyendo las variables del contexto.
 - Proseguir con un aumento gradual del presupuesto.
 - Formar operadores en salud mental.
2. los procesos son heterogéneos, cambiantes, no se dan de una vez; se debe respetar la diversidad y las particularidades locales y regionales.
 3. la dimensión de incertidumbre es un indicador positivo del proceso de cambio asumido.
 4. la prensa tiene los mismos prejuicios y temores que la población por lo que se debe destinar un trabajo específico con ellos para su sensibilización con las nuevas prácticas.
 5. los médicos deben redistribuir el poder, todos deben poder reconocer y valorar la diversidad de saberes: el de un indígena, una madre o un vecino. En salud mental comunitaria no hay un saber más importante que otro.
 6. también el trabajo en equipo no es algo dado sino una construcción cotidiana y compartida.

Algunas otras consideraciones:

Dado que estamos trabajando en un proceso de transformación cultural:

1. las prácticas innovadoras permiten reorientar los presupuestos. Es necesario *ver para creer*.

Reflexiones finales

En los sucesivos viajes a Chile he escuchado cierta preocupación con el burnt out en algunos trabajadores de la salud mental. En este aspecto me gustaría poner énfasis en lo correspondiente al *sentido* que tiene para la persona la tarea que realiza en forma cotidiana. Es evidente que los contextos actuales plantean enfrentar carencias de recursos y a veces hasta la falta del apoyo institucional necesario. Con nuestro protagonismo lo podemos cambiar, encontrar el sentido de la lucha en condiciones adversas nos aleja del síndrome del fusible quemado. En condiciones extremas como lo fueron los campos de concentración en la Alemania nazi, V. Frankl (5) nos enseñó que había quienes con 600 calorías diarias sobrevivían y era la posibilidad de sentir que decidían sobre sus actos, aunque fueran aparentemente hechos insignificantes, lo que los mantenía vivos. También aquellos que podían encontrar un sentido a su sufrimiento vivían más tiempo.

Lo importante en la vida no son las condiciones sino cómo las enfrentamos, decía Frankl.



Nietzsche planteaba que *quién tiene un para qué en la vida encontrará casi siempre el cómo*.

Así como con un paciente intentamos rescatar sus capacidades y potenciar sus habilidades, también debemos ser capaces de descubrir y ampliar los espacios que nos posibilitan transitar los caminos del cambio.

A. Sen decía que la posibilidad de crecer en la pobreza económica es dada por la posibilidad de intercambio que tengan las personas entre sí, de expresarse y participar políticamente.

Pero también, un reciente informe del PNUD (6) sobre la democracia en la región establece con claridad que:

La democracia actual es democracia electoral y plantea la necesidad de hacer efectiva una disminución de la inequidad y las desigualdades. Sabemos también que el modo en que los vulnerables (o vulnerados) son tratados e integrados a la sociedad, es uno de los indicadores más sensibles del nivel de democracia, pluralismo y tolerancia en la sociedad.

Solo cuando las necesidades se pueden satisfacer se convierten en derechos.

Para finalizar, en homenaje al Hogar de Cristo, quiero comentar una anécdota que me ocurrió hace un tiempo. En el 2002 tuve la

oportunidad de participar como disertante invitado en el evento *La ciudadanía e terapéutica*, organizado en Milán, Italia, por Caritas Ambrosiana. En el evento pude escuchar al cardenal Martini el que efectuó una cita de los santos evangelios en la que Jesús escuchaba a un vagabundo que en soledad, desvariaba sin rumbo, decía cosas incoherentes. Jesús se acerca a esta persona que estaba en harapos y entre las lápidas de un cementerio y le pregunta *come ti chiami* (cómo te llamas?) *Mi chiamo nessuno*, respondió (me llamo nadie). Jesús replicó: *chi sei?* (quién eres?), *sono leggione*, le responde (soy una legión, soy muchos). Entonces Jesús propicia su sanación entre otras cosas, haciendo que cientos de cerdos fueran sacrificados.

Cada uno podrá interpretar los múltiples sentidos de este pasaje bíblico. Yo en este caso, además de la dignificación que significa el acercarse a un abandonado y la identidad de persona que intenta darle al preguntarle su nombre y querer saber quién era, quisiera mencionar el hecho del sacrificio de los animales. Esto, nos enseñó el cardenal Martini, quiere expresar que para rehabilitar a una persona también es necesario un costo económico concreto que el estado, los gobernantes, deben proveer. El Cardenal trajo esta referencia creo como una enseñanza moral. Yo creo que también lo es como una enseñanza práctica de salud mental comunitaria.



REFERENCIAS

- (1) Dr. Oscar Feo "La salud publica en las Américas". Políticas y sistemas de salud. Desarrollo estratégico de la salud, OPS/OMS Washington, 2004.
- (2) Nelly Salgado y colaborad. "Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México". Salud publica de México / vol.45, no. 1, enero-febrero de 2003.
- (3) Benedetto Sarraceno "La liberación de los pacientes psiquiátricos"; Editorial Pax, México 2003.
- (4) Hugo Cohen "Principios de la salud mental comunitaria" conferencia Día Mundial de la salud mental, El Salvador, 2001.
- (5) V. Frankl "El hombre en busca de sentido"
- (6) PNUD: "La democracia en América latina, hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos" Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2004.




En la tos fuerte

En cualquier estado, en la congestión, en la disnea y en todas las afecciones de los órganos respiratorios, el JARABE BAYER DE HEROÍNA produce un efecto sorprendente, en casos en que otros medicamentos fracasan. El niño recobra el cansa.

La dolorosa irritación de la voz y la respiración discontinua en la primera noche.

Se siente más aliviado y aliviado. El estado general mejora con la calma del sueño tranquilo y reparador, particularmente antes que los accesos de tos, momentos de ansiedad, etc.

EL JARABE BAYER DE HEROÍNA está indicado especialmente en bronquitis, faringitis, laringitis, tos de los niños, resaca, a una laringe, influenza, etc.

Preparado en todas las farmacias y droguerías JARABE BAYER DE HEROÍNA, en el extranjero en todas las farmacias de CHAS. BAYER, S.A. - P.O. BOX 255, Cuba distribuido en colaboración de las Farmacias para de las.



**Jarabe Bayer
de Heroína**