

Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte*

Current public policies on mental health in South America: a state of the art

Políticas públicas de saúde mental em vigor na América do Sul: O Estado da Arte

Silvia Henao¹; Sebastián Quintero²; Jonathan Echeverri³; Jonathan Hernández⁴; Eliana Rivera⁵; Stephanie López⁶

¹ PhD. Antropología y Bienestar Social. Universidad de Antioquia. Correo electrónico: silviahenaohenao18@gmail.com

² Magíster en Psicología y Salud Mental. Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Correo electrónico: sebasquintero@gmail.com

³ Magíster en Filosofía. Corporación Universitaria Minuto de Dios - Uniminuto Bello y Universidad EAFIT. Correo electrónico: jonathantyche@gmail.com

⁴ Magíster en Epidemiología, Universidad CES. Correo electrónico: nathancalle@yahoo.es

⁵ Historiadora, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: eliana161@gmail.com

⁶ Gerente de Sistemas de Información en Salud. PREVIVA, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: stephanielopezg8@gmail.com

Recibido: 21 de julio de 2015. Aprobado: 02 de marzo de 2016. Publicado: 20 de mayo de 2016

Citación sugerida: Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(2): 184-192. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07

Resumen

Objetivo: presentar un Estado del Arte sobre el contenido de las políticas públicas de salud mental vigentes en Suramérica, con el propósito de establecer un panorama de los alcances y limitaciones de la normatividad sobre el tema en la región.

Metodología: Estudio documental de enfoque hermenéutico mediante el cual se interpretó y explicó las relaciones entre los contenidos de las políticas públicas de salud mental y el contexto de los países suramericanos. Para el análisis se incluyeron documentos normativos de los países, tales como Acuerdos, Resoluciones y Leyes. Igualmente, se utilizaron publicaciones académicas en el periodo comprendido entre 2003 a 2013, que posibilitaron la descripción y el análisis del tema de investigación. **Resultados:** países como Colombia, Argentina, Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Uruguay cuentan con disposiciones normativas vigentes (acuerdos, resoluciones

y leyes) que sustentan el contenido de las políticas públicas en materia de salud mental. Por otra parte, Chile, Bolivia y Venezuela fundamentan sus políticas en mecanismos administrativos (programas, planes y proyectos) sin apelar a la norma de obligatorio cumplimiento. **Conclusión:** la noción de salud mental que subyace a cada Política Nacional hace énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, desde una concepción positiva del bienestar que resalta el papel activo de los sujetos y poblaciones, las capacidades y libertades disponibles; sin embargo, los recursos, estrategias, acciones y metas están orientados sobre la base de un modelo biomédico que prioriza el diagnóstico y el tratamiento de trastornos mentales.

-----**Palabras clave:** salud mental, políticas públicas, evaluación, promoción, implementación, atención primaria en salud.

* Este artículo es resultado de una investigación financiada con el apoyo de la Estrategia de Sostenibilidad 2013-2014 del Comité para el Desarrollo de la Investigación, CODI, Universidad de Antioquia. Fondo de Apoyo Docente. El proyecto está inscrito en el Grupo de Investigación y Desarrollo Académico en Salud Mental GISAME, en la línea de Políticas, Redes y Servicios en Salud Mental. Facultad Nacional de Salud Pública.

Abstract

Objective: to present the state of the art regarding the content of the public mental health policies currently in force in South America in order to establish an overview of the scope and limitations of the regulations on the subject in the region.

Methodology: a documentary study with a hermeneutic approach explaining the relationships between the contents of the public policies for mental health and the context of the South American countries. For the analysis, we included normative documents of the countries, e.g. agreements, resolutions and acts. Similarly, academic papers from the period between 2003 and 2013 were included. These made it possible to describe and analyze the research subject. **Results:** countries such as Colombia, Argentina, Paraguay, Brazil, Peru, Ecuador and Uruguay have current regulations (agreements, resolutions

and acts) supporting the content of public policies in regards to mental health. On the other hand, Chile, Bolivia and Venezuela base their policies on administrative mechanisms (programs, plans and projects) without enforcing mandatory compliance.

Conclusion: the notion of mental health underlying each national policy emphasizes health promotion and prevention equally, and is based on a positive conception of well-being that highlights the active role of subjects and populations as well as the capabilities and liberties available. Nevertheless, their resources, strategies, actions and goals are based on a biomedical model that prioritizes the diagnosis and treatment of mental disorders.

-----**Keywords:** mental health, public policies, assessment, promotion, implementation, primary health care.

Resumo

Objetivo: apresenta um Estado da Arte sobre o conteúdo das políticas públicas de saúde mental em vigor na América do Sul, com o objetivo de estabelecer o panorama da abrangência e das limitações das normas sobre esta temática, na região.

Metodologia: estudo documental de abordagem hermenêutica que foi interpretado e explicou as relações entre o conteúdo das políticas públicas de saúde mental e do contexto dos países da América do Sul. Para a análise foram incluídos documentos normativos dos países, tais como acordos, resoluções e leis. Da mesma forma, publicações acadêmicas foram utilizados no período de 2003 a 2013, que permitiu a descrição e análise do tema de pesquisa. **Resultados:** países como a Colômbia, a Argentina, o Paraguai, o Brasil, o Peru, o Equador e o Uruguai têm disposições regulamentares em vigor (acordos, resoluções e leis) que suportam o conteúdo das políticas públicas

relacionadas com a saúde mental. Por outro lado, o Chile, a Bolívia e a Venezuela fundamentam as suas políticas em mecanismos administrativos (programas, planos e projetos), sem ter uma regra de cumprimento obrigatório. Concluindo, a noção de saúde mental que subjaz cada Política Nacional enfatiza na promoção da saúde e da prevenção da doença, partindo de uma concepção positiva do bem-estar, ressaltando a função ativa dos sujeitos e das populações, as capacidades e as liberdades disponíveis. Porém, os recursos, as estratégias, as ações e as metas estão orientadas sobre a base de um modelo biomédico, priorizando o diagnóstico e tratamento de transtornos mentais.

-----**Palavras-chave:** Saúde mental, políticas públicas, instrumento, avaliação, promoção, aplicação, atendimento primário em saúde.

Introducción

Las políticas públicas de salud mental constituyen un instrumento con el cual se puede mejorar la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano. Las políticas definen las metas a alcanzar, establecen prioridades, señalan las responsabilidades entre los diversos sectores y niveles involucrados, de acuerdo a las competencias señaladas por las normas, y definen las funciones de los diferentes actores y equipos, así como las actividades que deben desarrollar [1]; a su vez, focaliza la población a intervenir, segmenta las problemáticas a abordar y destina recursos para la intervención; establece mecanismos de control, seguimiento y evaluación del conjunto de acciones que las constituyen, en consonancia con las necesidades locales y con los lineamientos internacionales en materia de salud mental. En un sentido amplio la política pública es una directriz “emanada de uno o de varios actores públicos, que se

imponen de forma específica a la práctica social con el carácter de norma para el colectivo y que directa o indirectamente afectan su salud, no sólo favorable sino desfavorablemente” [2], dependiendo de la legislación de cada país, esta se expresa como acuerdo, resolución o ley. Esta investigación asume una perspectiva institucionalista, en la que se entiende la política pública como “una directriz que el Estado, considerado autoridad legítima del sistema social, impone al colectivo como manera de proceder frente a un asunto específico que ha sido reconocido como de interés público” [3]. En este horizonte, la política debe ser definida por una autoridad legítima, privilegiar el interés colectivo sobre el interés particular y consultar la voluntad de los involucrados. Además, tales disposiciones legales y jurídicas se expresan a través de mecanismos administrativos (programas, planes y proyectos); dispositivos ideológicos (propaganda, publicidad, información, educación) y sistemas de contratación [2, 4].

En la actualidad hay una creciente necesidad y demanda del medio social por proyectos de investigación e intervención en el campo de la salud mental, debido a la presencia de una alta prevalencia de trastornos mentales [5], en la cual eventos como los desastres naturales, la pobreza y la violencia tienen una repercusión psicosocial directa sobre las poblaciones [6].

En el año 2011 la Organización Mundial de la Salud (OMS) expuso en su Atlas de Salud Mental [7], que cuatro de cada cinco personas con trastornos mentales graves no recibe la atención sanitaria que es necesaria, situación que hace imperante el trabajo en atención y prevención en los países en vía de desarrollo, si bien los costos en términos económicos de los trastornos mentales en los países de Suramérica no han sido debidamente estudiados, algunas investigaciones realizadas desde Norteamérica muestran que estos podrían ser extremadamente elevados [8].

Por otra parte, pese a la prevalencia de los trastornos mentales, un 46% de los países suramericanos le asignan a la salud mental entre el 2 y el 5% del presupuesto sanitario, y un 30% le adjudican menos del 2% [9]. Dicha deficiencia presupuestal afecta especialmente a los grupos más vulnerables (niños, mujeres, adultos mayores, víctimas de desastres, poblaciones indígenas), quienes pocas veces encuentran respuestas adecuadas para sus necesidades específicas de atención en salud mental [8].

La OMS, desde la primera década del siglo XXI ha incrementado su apoyo en los procesos de reforma que se vienen presentando en Suramérica en el campo de la salud mental, hecho que se ha evidenciado en las resoluciones del Consejo Directivo, en donde se estimula a los países miembros a desarrollar programas nacionales de salud mental y a modernizar la legislación y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y sus respectivas familias [10]. Los gobiernos están en el deber de formular e implementar políticas públicas en materia de salud mental, en las que se puedan establecer programas para la prevención y el tratamiento de las enfermedades mentales con mayor prevalencia poblacional, con el fin de mejorar la calidad de vida y el desarrollo humano de las comunidades.

Desde un punto de vista político y administrativo, la información obtenida a través de la realización de un estado del arte podrá ser utilizada por organizaciones gubernamentales y ONG para determinar la operatividad de las políticas públicas en salud mental teniendo en cuenta las realidades del contexto latinoamericano, resultado que servirá de soporte en la reforma o formulación de nuevas políticas. El presente estado del arte procura dar respuesta a: ¿cuál es el contenido de las políticas públicas de salud mental vigentes en

Suramérica, en cuanto a su estructura conceptual y normativa, así como sus alcances y limitaciones de la normatividad sobre el tema en la región?

Metodología

Tipo de estudio y enfoque de comprensión

La investigación que se propone es un estado del arte sobre las políticas públicas de salud mental en Suramérica. En este caso, se recupera y trasciende reflexivamente el acumulado de documentos normativos sobre políticas públicas de salud mental en la región suramericana, asumiendo una postura crítica frente a lo que se ha hecho y lo que falta por hacer [11]. Por lo tanto, este se enmarca en las investigaciones documentales de enfoque hermenéutico, dada la finalidad de conocer y apropiarse de la realidad para disertarla y problematizarla [12], mediante la interpretación y explicación de las relaciones existentes entre los contenidos de las políticas públicas de salud mental y el contexto.

Para Gadamer la “interpretación empieza siempre con conceptos previos que tendrán que ser sustituidos progresivamente por otros más adecuados. [...] Aquí no hay otra objetividad que la convalidación que obtienen las opiniones previas a lo largo de su elaboración” [13]. Esta anticipación de sentido, en lugar de ser un obstáculo para la comprensión hermenéutica, es su condición de posibilidad, puesto que es la que permite una primera orientación, una guía, que habrá de contrastarse en el camino de indagación [14].

Las fuentes de información utilizadas tuvieron los siguientes criterios de exclusión según el tipo de documento:-

- Documentos normativos: proyectos de reforma de políticas públicas en salud mental; políticas públicas de salud mental sin vigencia; mecanismos administrativos como planes nacionales, programas y proyectos de salud mental, expedidos por los gobiernos de los países estudiados; así como políticas públicas de salud mental presentes en Guyana, Guyana Francesa y Surinam. Estos fueron obtenidos de la página oficial de los gobiernos en Suramérica. En algunos casos se envió una solicitud de información al Ministerio de Salud de cada país o en su defecto a investigadores que han trabajado el tema o habitan el lugar de interés. Igualmente, se ejecutó una pesquisa en la página oficial de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre evaluaciones de políticas públicas en Salud Mental.
- Documentos académicos: publicaciones en revistas no indexadas; artículos, ensayos e investigaciones que no estén enfocadas en el

periodo de estudio comprendido entre 2003 y 2013; y material audiovisual, trabajos de grado, tesis, ponencias informales, reseñas, memorias y cartas al editor relacionados con el tema. Los artículos y ensayos académicos se ubicaron en las bases de datos electrónicas adscritas a la Universidad de Antioquia (Lilacs, PubMed, Science Direct, Scielo, Ebsco y Dialnet).

Como instrumento de análisis de la información se construyó una matriz para comparar el contenido de las políticas públicas utilizando las categorías propuestas por Gómez [3], las cuales se describen a continuación:

- Conceptualización de salud mental.
- Objeto: es una situación calificada como problema que tiene un interés público. También, una necesidad no resuelta que afecta los intereses de la comunidad e implica formularla y caracterizarla desde la perspectiva del bien común. Y es compleja su definición porque los problemas no existen por sí mismos, sino cuando la comunidad los valora como una situación contraria a sus intereses comunes.
- Objetivos: son la expresión anticipada de los resultados esperados y se formulan como la descripción de una situación futura favorable en donde se ha logrado solucionar el problema. Algunos objetivos suelen ser cuantificables y reciben el nombre de metas. Es importante no confundir estos con el medio para lograrlo y en los estados de derecho deben privilegiar el interés público.
- Población blanco: una política es el reflejo de los intereses de grupos diferentes, por eso debe precisar a qué grupos pretende privilegiar. La población objeto es el grupo que experimentará los efectos de la medida, ésta debe caracterizarse en términos operativos (prácticos).
- Recursos: en una política pública son el conjunto de personas y medios físicos, técnicos, económicos y tecnológicos que se requieren para ejecutar las actividades previstas, producir resultados y alcanzar objetivos
- Principios: dan sentido, coherencia y viabilidad a los argumentos y a la decisión.
- Estrategias y acciones: en una política pública son el medio que se plantea para lograr los objetivos.
- Metas: son aquellos productos o servicios que se espera lograr, expresado en unidades y discriminado por cada eje o línea de política establecida.

Otro instrumento utilizado fue una guía de análisis documental para los artículos y ensayos con los siguientes componentes: referencia bibliográfica, resumen, citas relevantes, palabras clave, y nivel de pertinencia de la fuente (alta, media o baja pertinencia).

Plan de análisis de la información

El plan se enfocó en las cinco etapas descritas por Hoyos para el abordaje documental [15]: 1. Preparatoria: en esta etapa se rastreó y ubicó el material documental, tanto fuentes primarias como secundarias pertinentes para la investigación de acuerdo a los criterios establecidos, además, se agrupó y organizó la información a partir de las categorías de contenido en una matriz. 2. Descriptiva: se realizó una descripción de la información a partir de las fuentes primarias (documentos normativos) 3. Constructiva: se identificaron limitaciones y vacíos en las políticas públicas de salud mental revisadas 4. Interpretativa: se establecieron conexiones y comparaciones al interior de las unidades de análisis proporcionando hipótesis que se interpretaron de acuerdo al contexto de las políticas públicas. 5. Extensión: esta etapa se caracterizó por la formalización escrita de los resultados obtenidos que fueron plasmados en la redacción del informe final de investigación.

Resultados

En la segunda mitad del siglo xx y principios del XXI, Colombia, Paraguay, Ecuador, Argentina, Uruguay, Brasil y Perú elaboraron una política pública de salud mental, situación que obedece a un contexto mundial, donde las organizaciones internacionales de salud (OPS y OMS) y los Estados Nacionales empiezan a reconsiderar la salud mental como un derecho. Este avance se evidencia en la primera década del año 2000 cuando la OPS apoya los procesos de reforma que se venían presentando en Suramérica en el campo de la salud mental, estimulando a los países a desarrollar programas nacionales de salud mental y a modernizar la legislación y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y sus familiares [16].

A continuación se describen los principales hallazgos obtenidos en las categorías de análisis: concepto de salud mental, objeto, objetivos generales y específicos, población blanco, recursos económicos, humanos y materiales, principios, metas, estrategias y acciones.

Al estudiar el contenido de estos documentos normativos, entre los principales hallazgos se identifican los siguientes: en primera instancia, no todas las políticas de salud mental de los países suramericanos tienen concepto de salud mental, hecho que es relevante por ser una categoría que transversaliza todo el contenido y, a su vez, permite identificar el enfoque de intervención asumido de dichas políticas. Cumplen con lo anterior: Colombia, Paraguay, Brasil, Ecuador y Perú; por ejemplo, la política pública de salud mental

colombiana conceptualiza la salud mental como aquella “capacidad” que poseen las personas y los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, la cual posibilita el logro de metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común [17, 18]; por su parte, en la política pública de Paraguay y Brasil, la salud mental implica la equidad de oportunidades, se define como un “derecho”; mientras que la política de Perú toma el concepto de salud mental como un “estado dinámico” en el cual se integra lo biológico con lo social, y en Ecuador se plantea como un “estado de bienestar subjetivo” que favorece desarrollar todas sus potencialidades psíquicas, trabajar de forma productiva, y contribuir al bienestar colectivo [19-22].

Los documentos normativos que expresan la política de Argentina y Uruguay no exponen de forma explícita el concepto de salud mental que guía todo el lineamiento y las intervenciones [23, 24]. Por lo general, las nociones de salud mental se incorporan en los documentos a partir de concepciones preestablecidas por organismos internacionales. Es decir, se hace uso por ejemplo de la concepción que ofrece la OMS y luego se establece en las políticas como un punto de referencia a seguir [25, 26].

En cuanto al objeto, Paraguay intenta superar el modelo hospital céntrico–manicomial, proponiendo un abordaje comunitario de la salud mental, mientras que Brasil menciona frecuentes casos de muertes y denuncias por malos tratos en los manicomios judiciales y Ecuador fundamenta sus problemáticas en la coexistencia de patologías propias de la modernidad con enfermedades de los países en desarrollo, mientras que Perú describe que la falta de equidad en el acceso a los servicios de salud es su dificultad [19-22]. Cabe aclarar que los demás países no cuentan con la categoría objeto en su documento normativo.

La política de Colombia presenta los siguientes objetivos: 1). Promover la Salud Mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental; 2). Mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases [17]. Mientras tanto en Paraguay el objetivo principal de la política pública de salud mental está centrado en el goce del grado máximo de salud mental que se pueda lograr para toda la población. Capacidad que viene proporcionada por las condiciones de afrontamiento de las adversidades y por el acceso a condiciones individuales y colectivas de buena calidad de vida [19]. La política de Perú establece solo objetivos específicos, mientras que Ecuador, Uruguay y Argentina no postulan ni objetivo general ni específicos [21, 22].

Colombia y Ecuador no discriminan en detalle la población blanco en sus políticas de salud mental. En Perú, los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos mayores, y grupos nativos, constituyen la población objetivo, dado que han sido afectados por la violencia política y desastres [17, 22]. En Paraguay se establece

como población blanco toda la comunidad y Uruguay busca consolidar un modelo de atención a la salud mental abierto y de base comunitario. La política de Argentina y Brasil no describe la población blanco [19].

En cuanto a recursos humanos, económicos y materiales, las políticas públicas de salud mental de Perú y Colombia plantean que quienes tienen mayor contacto con la población son los profesionales y técnicos del primer nivel de atención, además, se cuenta con agencias de cooperación externa y el instituto de Salud Mental [17, 19, 21, 22]. Por otra parte, no se especifica el porcentaje de recursos económicos aportados de acuerdo al periodo de mandato, rubro que se debe fijarse en los planes para la asignación y distribución de los recursos públicos a los diferentes sectores, de modo que se garantice la materialización de las acciones de cada documento [2]. Colombia, en la Ley 1616, describe como recurso humano a los equipos interdisciplinarios conformados por: Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia ocupacional, Terapia psicossocial, Medicina general, entre otras especialidades. A su vez, se mencionan las asociaciones de profesionales. Los países de Paraguay, Ecuador, Uruguay, Brasil y Argentina en sus políticas públicas no describen el recurso humano, material y económico necesario para llevar a cabo las acciones en salud mental [17, 21, 22].

En las políticas públicas vigentes de salud mental de los países de Paraguay, Perú y Ecuador se evidencian principios de integralidad y de equidad, mientras que el principio de universalidad es común en los países de Perú y Paraguay. La participación y el respeto por los derechos humanos son relevantes en Ecuador y Perú, pero solo en este último se evidencian los principios de solidaridad, responsabilidad compartida y autonomía; y solo Ecuador tiene en cuenta los principios de descentralización, desconcentración, calidad y oportunidad [19, 21, 22]. En los textos de las políticas de salud mental de Colombia y Brasil no se explicita ningún principio [17, 20].

En cuanto a estrategias y acciones, se encontró que en países como Colombia, Perú y Paraguay tienen tal contenido; por ejemplo, Colombia dispone de las siguientes estrategias: 1). Fortalecer la promoción de la Salud Mental; 2). Prevenir y detectar precozmente los trastornos mentales en todos los entes territoriales; 3). La reorientación en la prestación de servicios en Salud Mental; 4). Establecer la calidad y equidad como principio fundamental de la atención; 5). Coordinación de la gestión intra e intersectorial; 6). Prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas; 7). Establecer mecanismos de seguimiento, control y evaluación. Igualmente, describe las siguientes acciones: 1). Promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos; 2). Control de los trastornos psiquiátricos; 3). Aspectos psicossociales de salud y

desarrollo humano; 4). Vigilancia epidemiológica [17]. En Paraguay, la política está orientada por la Estrategia Promocional de la Equidad en Calidad de Vida y Salud, conformada por el conjunto de acciones dirigidas a promover la autonomía de las personas, el desarrollo pleno y digno de las mismas en el ámbito social, político y económico [21]. Las estrategias establecidas por el Perú son: 1). Gestión y rectoría en salud mental; 2). Integración de la salud mental en la concepción de la salud; 3). Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes; 4). Promoción de la salud mental, desarrollo humano y ejercicio de ciudadanía; 5). Concertación multisectorial de la salud mental; 6). Creación de un sistema de información en salud mental; 7). Desarrollo de los recursos humanos; 8). Planificación, monitoreo, evaluación y sistematización de acciones en salud mental. 9. Participación de usuarios y familiares en la prevención y atención de salud mental [22].

Por otra parte, solo Colombia establece metas a corto, mediano y largo plazo, entre las cuales se plantea que el 100% de los afiliados al sistema de seguridad social en salud tendrán acceso a la atención en salud mental, que un 50% de los entes territoriales de salud a

nivel departamental tendrán una dependencia en salud mental, que el 10% del presupuesto total en salud a nivel nacional y territorial será destinado al desarrollo de actividades de Salud Mental, y se realizará una evaluación de la Política Nacional de Salud Mental [17]. Por otro lado, Paraguay establece las siguientes metas a corto plazo: 1. Indiferencia cero para el sufrimiento mental sin asistencia ni acompañamiento a lo largo del curso vital, para las situaciones de riesgo de suicidio no identificadas ni protegidas, para la violencia en todas sus formas contra niñas y niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos, para los factores de riesgo del uso, abuso y dependencia de drogas legales e ilegales, incluyendo tabaco y alcohol, para la falta de ofertas asistenciales para el tratamiento de personas con trastornos por uso de sustancias adictivas, para las hospitalizaciones psiquiátricas crónicas y/o innecesarias, a las condiciones infrahumanas de la hospitalización psiquiátrica, a la discapacidad en todas sus formas por causas prevenibles y a la falta de oportunidades para la vida independiente de las personas con discapacidad. La política pública de salud mental de este país no cuenta con metas a mediano y largo plazo [21], mientras que

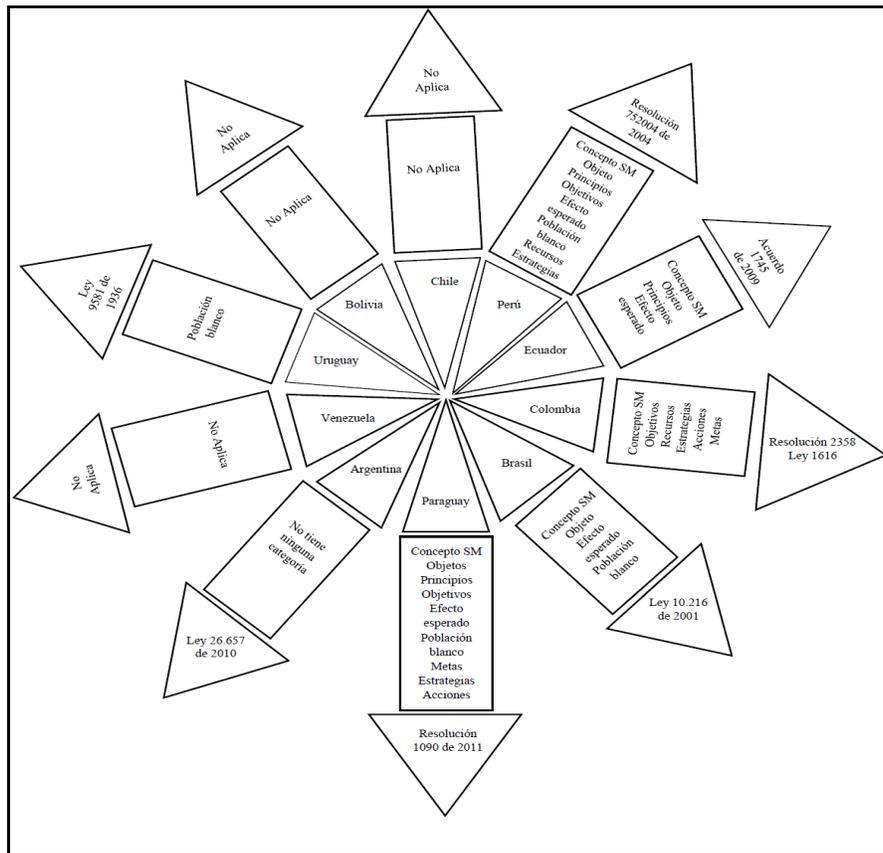


Figura 1. Países de Suramérica con política pública en salud mental y contenido de las políticas
Fuente: matriz de análisis, elaboración propia.

los países de Ecuador y Perú no instituyen metas a corto, mediano y largo plazo [19, 22].

Las anteriores categorías permiten evidenciar que la mayoría de los países de Suramérica cuentan con una política pública de salud mental, propósito que obedece a las directrices dadas por la OMS al enunciar que “los gobiernos están en el deber de formular e implementar políticas públicas en materia de salud mental” [23]. No obstante, existen países suramericanos que expresan sus políticas en materia de planes, programas y proyectos de intervención sin asumir un documento normativo de obligatorio cumplimiento, como sucede en el caso de Chile, Bolivia y Venezuela.

En relación con los documentos de carácter normativo que han sido identificados, en la siguiente figura aparecen los países de Suramérica que actualmente cuentan con una política nacional vigente o no, y sus contenidos.

En síntesis, el conjunto de elementos disponibles para llevar a cabo las acciones planteadas en una política pública son las categorías de contenido expuestas anteriormente: concepto de salud mental, objeto; objetivos generales y específicos; población blanco; recursos económicos, humanos y materiales; principios; estrategias, acciones y metas. Se identificó que de los siete países suramericanos con política de salud mental, Perú y Paraguay son los que cumplen con la mayoría de categorías de contenido, Argentina no cumple con ninguna categoría y Colombia, Paraguay, Perú, Brasil, Uruguay y Ecuador cumplen con el contenido de: concepto de salud mental, objeto, objetivos, población blanco; y dejan de lado las categorías: recursos económicos, humanos y materiales; principios, estrategias, acciones y metas.

Discusión

Los resultados obtenidos revelan que entre los diversos marcos normativos de los países de Suramérica, ya sea a través de acuerdos, resoluciones o leyes, existe una relación directa entre la conceptualización de salud mental y su objeto, en tanto que de esto depende su accionar y la formulación de sus objetivos. Es decir, la forma en que un país comprende o explica la salud mental determina el objeto de interés a intervenir. Además, no todos los países cuentan con una definición explícita de salud mental.

Lo anterior se identifica en países como Paraguay, que entiende la salud mental desde el tratamiento de los trastornos mentales [19], mientras países como Perú y Argentina se proponen sensibilizar a gran parte de sus ciudadanos buscando desmitificar y ampliar la cobertura y calidad [21, 23].

En lo que se refiere a los recursos, se identifica que aun cuando existen falencias en relación con la

infraestructura, al recurso humano y económico, se busca priorizar el tratamiento de los trastornos mentales en la población adulta, y su prevención en la población adolescente, trabajando desde la Atención Primaria en Salud (APS), para cubrir las dificultades de inequidad y mejorar los condicionantes de la salud [17-23].

En la política pública de salud mental del Perú se expresa la situación de pobreza que vive gran parte de la población, la cual está condicionada por la inequidad, afectando la calidad de vida, la mortalidad, la nutrición, y el acceso a los servicios de salud; factores que actúan como barreras para el desarrollo humano, concebidos como estresores psicosociales y desencadenantes de una serie de problemas de salud mental, que se constituyen en una carga social creciente. Además de los problemas mencionados, los sistemas de planificación, evaluación y seguimiento de las intervenciones son insuficientes y poco articulados. En el desarrollo de la política pública no se convocó para la planificación estratégica a todos los actores del sistema de salud, lo cual posibilitaría que la salud mental fuese un eje transversal. Con respecto a los instrumentos, en Perú se encuentra una carencia para el uso de protocolos estandarizados y culturalmente diseñados, hecho que ha sido un obstáculo en la construcción de un sistema de vigilancia epidemiológica y de información en general sobre la salud mental en el país, desagregado según variables de género, edad y grupos de procedencia [21].

Por otra parte, si bien la Política de Salud Mental de Ecuador señala el respeto a los derechos humanos de los pacientes, en la práctica no ha existido una evaluación de lo que acontece en los distintos servicios de salud en relación con los derechos humanos y de igual manera no se han ejecutado acciones de formación al personal de salud sobre este tema. A grandes rasgos, la problemática planteada por la política de salud mental ecuatoriana acoge aspectos de financiamiento de los servicios de salud mental porque la mayoría de recursos dispuestos se orientan al intervencionismo, es decir, a los hospitales psiquiátricos. Aunque la organización de los servicios de salud está a cargo del Ministerio de Salud Pública, estos servicios no están organizados de manera regionalizada y en forma equitativa de acuerdo a las necesidades de la población, siendo evidente una concentración de estos en las grandes ciudades del país como son: Quito, Guayaquil y Cuenca.

Mientras que en Paraguay se identifica que el personal de atención primaria de la salud tiene poca formación en salud mental, déficit que es una barrera para que los individuos con trastornos mentales reciban una atención diferencial, además, los vínculos intersectoriales son insuficientes requiriendo de apoyo legislativo o financiero para abordar las problemáticas de esta población; el acceso a los servicios de salud

mental es desigual a lo largo del país. Aunque hay disponibilidad de medicación psicotrópica, solo una minoría de la población tiene acceso gratuito a esta. Ahora bien, existen políticas y planes de salud mental pero los recursos financieros no se consideran en estos.

En Brasil, aunque hay una legislación sólida en salud mental, el país se beneficiaría de un documento oficial sobre su política pública, así como de un informe anual con información sobre tendencias en los servicios de salud mental, gastos y acciones futuras a adoptar por la Dirección Nacional de Salud Mental [27].

En el caso de Argentina la política de salud mental emerge a partir de reconocer la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas. Además, la política de salud mental en Argentina denomina al paciente objeto de intervención: “personas con padecimiento mental”. En esta no se habla de tratamientos sino de “procesos de atención”. Por lo cual la problemática reconocida radica en la necesidad de acciones de atención primaria en salud, el resguardo ético de la atención por la baja calidad administrativa y la baja producción de información sanitaria.

En el caso de Colombia, sólo se podrá tener la certeza del cumplimiento de la política de salud mental si respondió asertivamente a las problemáticas de salud que actualmente enfrenta el país, al reconocer las necesidades que en materia de salud mental tienen los niños y los adolescentes, la población desplazada y las víctimas de la violencia.

Los países que hasta la fecha no disponen de los lineamientos establecidos por la OMS para sus Políticas Públicas de Salud Mental son Venezuela y Bolivia, es por esto que se hace necesario discutir algunos asuntos que pueden ayudar a comprender el porqué de esta ausencia de rigurosidad y recepción de dichos lineamientos y sugerencias.

Venezuela es uno de los países que si bien no cuenta con unas políticas públicas en salud mental, dados los lineamientos de la OMS, sí cuenta con un Plan de Salud Mental, que aunque no ha sido lo suficientemente respaldado por los agentes gubernamentales sí ha prevalecido gracias al interés y dinamización de la población, quienes han constituido asociaciones privadas que han desarrollado acciones de promoción de la salud mental, algunas de ellas reciben escasos fondos del Estado [28]. Esto puede obedecer a múltiples factores, que los gobiernos de turno no han contraído un compromiso explícito para invertir en la salud mental como parte integral de una política de fortalecimiento y regeneración del Estado.

Bolivia, dentro de su marco normativo tiene algunas leyes incipientes que tratan de subsanar el problema de no contar con una política pública de salud mental, pero que van en relación con los problemas de discapacidad, drogadicción, consumo de alcohol, entre otros. Se consigna que Bolivia es el país que menos invierte en la salud mental, con solo un 0,2% del presupuesto anual. Asimismo, se reconoce que el 25% de la población boliviana ha padecido por lo menos una vez en su vida un trastorno mental o más, lo que se traduce en que 1 de 4 bolivianos debe tener cobertura en atención primaria en salud [29].

En definitiva, el análisis de contenido de políticas públicas en salud mental no puede perder de vista los demás componentes que la hacen posible, como los procesos ideológicos y administrativos; los actores de la política pública; los efectos obtenidos y el contexto que permite el surgimiento, la aplicación y la estabilidad de la política. El estado del arte constituye un punto de partida que permite reconocer la forma pública y social de comprender la salud mental como un asunto de interés en Suramérica.

Conclusiones

En el diseño de las Políticas Públicas de Salud Mental en Suramérica se encontró que algunos países no tomaron en su totalidad las categorías de contenido para orientar las acciones de acuerdo a los lineamientos de la OMS y OPS.

El contenido de las políticas públicas de salud mental varía en función de las características poblacionales y socioeconómicas de cada país. En algunos casos existe un especial interés por diseñar e implementar mecanismos administrativos que adquieren cada vez una mayor especialización y complejidad temática, como se presenta en Chile, Bolivia y Venezuela, que prescinden de un documento normativo de carácter nacional, ya sea un acuerdo, resolución o ley, que establezca lineamientos generales de salud mental en toda la región del respectivo país.

La noción de salud mental que subyace a cada política nacional hace énfasis en la promoción de la salud, con la misma importancia de la prevención, sobre una concepción del bienestar que resalta el papel activo de los sujetos y poblaciones, las capacidades y libertades disponibles. Sin embargo, los recursos, estrategias, acciones y metas están orientados sobre la base de un modelo biomédico que prioriza el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Además, la noción habitualmente es importada de los planteamientos oficiales de la OMS.

Referencias

- 1 Taborda MC. Consideraciones generales para delinear políticas públicas en salud mental [Internet]. [Consultado 2012 Nov 03]. Disponible en: http://reneclasesuniminuto.wikispaces.com/file/view/2.+Consideraciones_Generales_Políticas_Publicas_Salud_Mental.pdf
- 2 Agudelo Vanegas N A, Zea L E, Gómez Arias R D, Martínez Ruiz O, Rodríguez Ospina F L, González E R, Gestión de políticas públicas y salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. [Consultado 2015 Enero 26]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3091/309125498001/index.html>.
- 3 Gómez Arias R. Manual de Gestión de Políticas Públicas y Salud - Cap. 4: Aspectos Operativos. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2011. P.56-66. Disponible en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/814/Archivos_Modulo_3/Material_Basico/Gomez_RD_manual_politicas_cap_4_Aspectos_operativos.pdf. Fecha de consulta: 26 de enero 2015
- 4 Gómez Arias R. ¿Cómo se analiza una política pública? Una introducción al tema. En: Seminario Políticas Públicas y Salud; Medellín 2003. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2003. p. 1-26.
- 5 Ahumada C. Política social y reforma de salud en Colombia. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2006.
- 6 Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Fleiz-Bautista C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003; 26 (4): 1-16.
- 7 Organización Mundial de la Salud OMS. Mental Health Atlas 2011 [Internet]. [Consultado 2012 Nov 03]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44697/1/9799241564359_eng.pdf
- 8 Rodríguez J, Barrett T, Narváez S, Caldas J, Levav I, Saxena S. Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. Rev. Panam. Salud Pública. 2007; 22 (5): 348-357.
- 9 Caldas de Almeida JM. Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Dic. 2007; 71 (2): 111-116.
- 10 Organización Mundial de la Salud OMS. The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope [Internet]. [Consultado 2012 Nov 03]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
- 11 Galeano M, Vélez O. Estado del Arte sobre fuentes documentales en investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000.
- 12 Londoño O, Maldonado L, Calderón L. Guía para construir Estados del Arte. Bogotá: International Corporation of Networks of Knowledge; 2014.
- 13 Gadamer H. Verdad y método I. Salamanca: Sígueme; 1993.
- 14 Bermudez J. La historicidad de la comprensión en la hermenéutica de Gadamer. Revista Filosofía UIS 2012; 11 (1): 45-70.
- 15 Hoyos C. Un modelo para la investigación documental. Guía teórico-práctica sobre construcción de estados de arte. Medellín: Señal Editorial; 2000.
- 16 Organización Panamericana de la Salud OPS. La reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, DC:OPS; 2007 [Internet]. [Consultado 2012 Nov 03]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20salud%20mental.pdf>
- 17 Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 2358 de 1998, julio 23, por la cual se expide la política de salud mental. Bogotá: El Ministerio; 1998.
- 18 Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1616, enero 21, por medio del cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso; 2013.
- 19 Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución 1090 de 2011, octubre 6, por la cual se aprueba el manual de normas y procedimientos en la atención de salud mental; y se dispone su implementación y aplicación en todos los establecimientos de salud dependientes del ministerio de salud pública y bienestar social. Asunción: El Ministerio; 2011.
- 20 Brasil. Congreso de Brasil. Ley 10.216, abril 06. Brasil: Congreso; 2001.
- 21 Perú. Ministerio de Salud. Resolución 075-2004, enero 28, por la cual se aprueba lineamientos para la acción en salud mental. Lima: El Ministerio; 2004.
- 22 Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo 01745 de 1999, octubre 21, por la cual se expide la política de salud mental que señala los principios rectores de las acciones. Quito: El Ministerio; 1999.
- 23 Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.
- 24 Organización Mundial de la Salud OMS, Organización Panamericana de la Salud OPS. Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental en Uruguay [Internet]. [Consultado 2013 Jul 12]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/uruguay_who_report.pdf
- 25 Restrepo DA, Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30 (2): 202-211.
- 26 Lopera Echavarría JD. Salud mental y sabiduría práctica. Un intento de integración y aproximación conceptual. Tes. Psic. 2012 ene-jul; 7: 60-75.
- 27 Organización Mundial de la Salud OMS, Organización Panamericana de la Salud OPS. Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental en Brasil [Internet]. [Consultado 2013 Jul 12]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf
- 28 Álvarez Cabrera N. La Situación Venezolana y las Recomendaciones de la O.M.S para mejorar la Salud Mental. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología. 2004 Dic; 50 (103): 30-34.
- 29 Organización Panamericana de la Salud OPS. WHO-AIMS: Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe [Internet]. [Consultado 2014 Jun. 07]. Disponible en: <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>