

Día Mundial de la Salud Mental-2014

10-octubre-2014

Sede de la OPS, Washington, DC

Sala B, 10.00 am-12.00 m

Presentación del Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020

Muy brevemente en función del tiempo, voy a intentar darle una mirada general al Plan y permitirme algunas reflexiones. El Plan de Acción en Salud Mental, como ya se ha dicho, fue aprobado apenas la semana pasada. Hoy tenemos a su disposición un resumen ejecutivo y el documento completo esta accesible en línea. En las próximas semanas lo estaremos diseminando por diferentes vías en la Región y lo más importante convirtiéndolo en una herramienta de trabajo en los países.

Debo decir en primer lugar, que la OPS enfatiza y está comprometida con la necesidad de actuar para reducir la carga que significan los trastornos mentales y debidos al uso de sustancias psicoactivas, y para mejorar la capacidad de los Estados Miembros de responder a este reto creciente. El Plan de Acción es, precisamente, la respuesta técnica y política en las Américas.

Pero quiero subrayar que la implementación del Plan es una responsabilidad compartida de los gobiernos, los trabajadores de la salud, la academia, la sociedad civil, las comunidades y las familias, con el apoyo de la comunidad internacional. Como parte de este esfuerzo, debemos fortalecer la colaboración para la acción colectiva; se necesita un compromiso de todos los socios y partes para responder a esta necesidad acuciante de salud pública.

La salud mental se relaciona con el desarrollo. Los trastornos mentales y la pobreza interactúan en un ciclo negativo: los problemas de salud mental reducen la capacidad de las personas de aprender y de ocuparse de sus economías, y la pobreza a su vez aumenta el riesgo para desarrollar trastornos mentales y reduce la capacidad de acceso a los servicios de salud.

El número de personas afectadas, la discapacidad asociada y el hecho de que existen tratamientos eficaces disponibles, recalca la importancia de abordar esta problemática en los sistemas de salud, asegurando que el componente salud mental se integra en los servicios generales de salud.

El Plan destaca 4 hechos clave:

1. Salud mental es una parte integrante de salud; en efecto, no hay salud sin salud mental.
2. Salud mental es más que la ausencia de los trastornos mentales.
3. Salud mental está determinada por factores socioeconómicos, biológicos y ambientales.
4. Existen estrategias e intervenciones costo-efectivas de salud pública e intersectoriales para promover, proteger y recuperar salud mental.

Las consideraciones fundamentales del análisis de la situación usadas como la base para el desarrollo del Plan Regional de Acción en Salud Mental son:

Como mencionó el Dr. Becerra, una revisión de los estudios epidemiológicos más relevantes ejecutados en AL&C muestra una prevalencia de 12 meses para todos los trastornos mentales de entre 18,7% y 24,2%. En términos de carga y prevalencia, la depresión continúa ocupando la principal posición, y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres.

Los trastornos debidos al uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas son un problema creciente en términos epidemiológicos y con gran impacto social; sin embargo la brecha de tratamiento es muy alta y no se dispone de los servicios adecuados para afrontar esta situación.

La transición demográfica que está viviendo la Región es un reto que deben afrontar los servicios de salud mental. Los trastornos mentales y neurológicos en los adultos mayores, como la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y la depresión, contribuyen significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles. En las Américas, la prevalencia de demencia en las personas de más de 60 años oscila entre 6,46 % y 8,48%.

La brecha de tratamiento, es decir la proporción de personas con trastornos mentales que no reciben tratamiento en servicios de salud, es muy alta, se estima alrededor del 65%.

En las Américas, 65.000 personas mueren por suicidio cada año. La tasa de suicidio ajustada según la edad, por 100.000 habitantes, es de 7,3 (11,5 hombres y 3,0 mujeres). El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de 20 a 24 años, y la cuarta en los grupos de edad de 10 a 19 y 25 a 44.

En nuestra Región la violencia constituye un importante problema socio-sanitario. La violencia contra las mujeres afecta a 1 de cada 3 mujeres, lo que da lugar a múltiples consecuencias para la salud, que van desde la depresión hasta la muerte, incluyendo el suicidio.

En términos de políticas, planes, legislación y organización de servicios:

- En ALC sólo seis países y territorios no cuentan con políticas y planes de salud mental. Por el contrario, sólo ocho países tienen leyes específicas de salud mental actualizadas.
- 73% de los países destina entre 1 y 5% del presupuesto de salud a la salud mental. Por otro lado, de los veintisiete países con hospitales psiquiátricos, veinte destinan más del 50% del presupuesto de salud mental a dichas instituciones; y catorce de esos veinte destinan más del 80%.
- La organización de los servicios de salud mental no es homogénea en ALC. Mientras algunos países han puesto en práctica modelos de servicios basados en la comunidad. Sin embargo, muchos otros aún tienen un sistema altamente centralizado, donde la respuesta está concentrada en los hospitales psiquiátricos. En AL&C más del 80% de las camas psiquiátricas se encuentran en hospitales psiquiátricos.

- El papel de la atención primaria en el ámbito de la salud mental es limitado, aunque la situación está cambiando gradualmente.
- En lo referente a los recursos humanos, hay una gran disparidad entre los países. El principal problema es la distribución desigual en términos geográficos y la concentración en los hospitales psiquiátricos.
- En muchos países los datos de SM son de difícil acceso y a veces inexistentes.

No obstante los enormes desafíos y problemas que enfrentamos, cuando nos detenemos y damos una mirada hacia atrás, nos percatamos de cuanto hemos avanzado en la Región; por ejemplo si comparamos la situación de 1990 (cuando la Declaración de Caracas) con el estado actual, la diferencia es enorme; sin dejar de reconocer que aún queda un importante camino por recorrer. En muchos países se han desarrollado experiencias exitosas e innovadoras. Entre otros vale la pena mencionar: *a)* varios Estados Miembros han continuado con procesos sostenibles de reducción de las camas en hospitales psiquiátricos, mediante alternativas de servicios ambulatorios descentralizados; *b)* en los últimos años se ha trabajado en la integración del componente de salud mental en la atención primaria de salud; y *c)* hay numerosos países que han aprobado o están en el proceso de elaboración de leyes de salud mental que incorporan los instrumentos internacionales de derechos humanos y los más actuales estándares técnicos.

Pero a mí, personalmente, me gusta ejemplificar con lugares y datos concretos. Creo que nos da aliento y nos demuestra que si podemos hacerlo. Veamos algunos ejemplos rápidos que no son los únicos:

En Brasil:

- Los CAPS están presentes en 1,118 ciudades del Brasil, con 1,620 unidades, dando así cobertura a 60% de la población. En el año 2001 el país contaba con 295 CAPS y una cobertura de 21% de la población.
- El número de Residencias Terapéuticas ha aumentado conforme con el ritmo de reducción de las camas, de 85 en el año 2002 a 570 en el 2010.
- En la década pasada las camas psiquiátricas se redujeron de 51,000 a 36,000

En Chile:

- Las unidades de hospitalización psiquiátrica en HG crecieron de 8 en 1990 a 25 en el 2011.
- Entre el 2000 y 2011 las camas psiquiátricas de larga estadía en hospitales psiquiátricos se redujeron de 1,169 a 312; mientras que las camas en residencias comunitarias protegidas crecieron de 488 a 1,437.

En Panamá:

- El Hospital Psiquiátrico Nacional redujo sus camas de más de 1,000 a menos de 200, en dos décadas, a la vez que se descentralizaban los servicios de SM.

En Cuba:

- Ha desarrollado una red de CCSM, cercanos a los 200 que cubren todos los Municipios del país.

En Belice:

- Un país pequeño con pocos recursos especializados, donde se realizó una total y exitosa reforma de su sistema de salud mental.

Podemos decir: Esa es la reforma en acción. Si se puede.

Pasemos al Plan de acción, propiamente dicho:

El Plan de acción recoge la experiencia alcanzada en nuestro continente y expresa el compromiso de los gobiernos. Se delimita un período de 6 años para su ejecución (2015-2020). El Plan se basa en una visión general de la Región; sin embargo, persisten diferencias marcadas entre los países y aun dentro de un mismo país. Por esta razón, debe existir flexibilidad en la implementación.

El Plan tiene como Fin: Promover el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales y por uso de sustancias, ofrecer atención, intensificar la rehabilitación y promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias para reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad.

El Plan de Acción se fundamenta en cuatro enfoques transversales: género, equidad, etnicidad y derechos humanos. Y consta de cuatro líneas de estrategias de acción, para guiar a los Estados Miembros:

1. Formular e implementar políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental.
2. Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, y en particular los servicios de salud mental, a fin de proporcionar en el ámbito comunitario una atención integral y de calidad.
3. Elaborar e implementar programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental, y de atención a los problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias, con particular atención al ciclo de vida.
4. Fortalecer los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones.

El Consejo Directivo aprobó el *Plan de acción sobre salud mental*, y dice textualmente la Resolución: “su aplicación en el contexto de las condiciones propias de cada país para responder a las necesidades actuales y futuras en el campo de la salud mental”. La Resolución insta a los Estados Miembros a que, entre otras cosas:

- incluyan la salud mental como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud;
- fortalezcan los marcos legales y su aplicación para proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales;

- apoyen la participación de la sociedad civil;
- promuevan el acceso universal y equitativo a una atención de salud mental con base comunitaria;
- continúen los esfuerzos para evolucionar del modelo centrado en los hospitales psiquiátricos hacia uno de base comunitaria donde se integre el componente de salud mental en la atención primaria de salud y en los hospitales generales, y se establezcan servicios de salud mental descentralizados y cercanos a la población;
- consideren el fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud mental;
- impulsen iniciativas intersectoriales para la promoción de la salud mental;
- emprendan intervenciones específicas para la prevención del suicidio;
- reduzcan la brecha de información existente en el campo de la salud mental;
- fortalezcan las alianzas.

Finalmente un mensaje final clave:

El gran reto que hoy enfrentamos es la brecha de tratamiento. Derribar las barreras de acceso a los servicios dentro de una política de cobertura universal es la clave, y esto pasa por la integración de la salud mental en los servicios generales de salud.

El Plan de Acción tiene el compromiso político de los gobiernos y el apoyo de la OPS para su implementación; pero está abierto, otros interesados pueden unirse. Y el momento de actuar es ahora.