

George A. O. Alleyne
Director, PAHO ·
13 de junio de 1996

POLÍTICAS DE SALUD Y SALUD MENTAL
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**
(Ciudad de Panamá, Panamá)

Señora Ministra, señoras y señores, esta es la primera oportunidad que tengo de dirigirme a un grupo experimentado de especialistas y profesionales de la salud mental. Según el programa de la reunión, el principal tema de los debates ha sido la evaluación de la iniciativa para reestructurar la atención psiquiátrica, que seguramente habrá incluido el análisis de algunos aspectos concretos de interés particular para los psiquiatras y expertos en salud mental. No obstante, deseo aprovechar esta ocasión para ampliar el debate y describir algunos de los problemas de salud más apremiantes de la Región, así como sus factores determinantes, para luego iniciar un diálogo sobre el lugar que ocupa la salud mental y el papel que pueden desempeñar ustedes y las instituciones a las cuales pertenecen.

La salud en nuestra Región puede describirse aplicando diferentes criterios. El tradicional es el que utiliza indicadores de mortalidad como valores sustitutivos y se apoya en la tasa de mortalidad infantil, por ejemplo, o utiliza la esperanza de vida de una cohorte como una medida de su posible exposición a los peligros mortales. La mortalidad infantil, en prácticamente todos los países, ha venido descendiendo constantemente y hay países en desarrollo que se jactan de presentar tasas de mortalidad infantil casi tan bajas como las de los países más desarrollados. Nuestros datos muestran tasas de mortalidad infantil para América Latina de aproximadamente 45 por 1000 nacidos vivos, cifra que con certeza es más baja que las de Asia o África. Estas cifras promedio, por impresionantes que puedan parecer a primera vista, esconden el hecho de que todavía mueren aproximadamente 500.000 lactantes al año. En los últimos diez años, en la Región de las Américas se ha observado un aumento en la esperanza de vida de aproximadamente 12,5 años: el mayor aumento corresponde a América Latina, seguida por el Caribe, y el menor a Canadá y los Estados Unidos.

Podríamos también abordar la situación de la salud describiendo los avances en el control de enfermedades, haciendo hincapié en las infecciosas. Gracias a los enormes esfuerzos realizados por los países, han transcurrido casi cinco años sin ningún caso de poliomielitis en las Américas. Gracias a un ataque concertado sobre el sarampión, se han logrado considerables reducciones en el número de casos. Si bien hace apenas cinco años hubo casi 250.000 casos de sarampión, en 1995 se

* **Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.**

** **Reunión de Evaluación de la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (IRAPAL)**

notificaron solo 6.300. El tétanos neonatal está a punto de desaparecer. En cuanto al cólera, aunque parece que se hubiese vuelto endémico, los casos mortales son asombrosamente pocos. Por otro lado, se han logrado adelantos impresionantes en relación con una enfermedad que es peculiarmente americana; en efecto, como resultado de un esfuerzo mancomunado de los países del Cono Sur, todo parece indicar que la enfermedad de Chagas va a ser eliminada, y su incidencia ya ha bajado en 70% en los últimos cinco años. En la Argentina, por ejemplo, la seropositividad se ha reducido a una cuarta parte del 4,8% notificado en 1982.

También podríamos describir logros en lo referente a la tecnología médica avanzada que se utiliza en nuestros países. En la mayoría de ellos podemos encontrar el equipo más moderno de imagenología; además, la cirugía reconstructiva más compleja se practica en muchos lugares de los que se clasificarían como países en desarrollo.

Estos adelantos son el resultado de la dedicación de muchos trabajadores de salud, que merecen nuestro reconocimiento, pero a la vez ocultan algunos de los problemas muy graves que presentan los sistemas de salud de los países y, lo que es más importante, colocan en desventaja a un gran número de nuestros ciudadanos. Estos problemas son consecuencia de los cambios acumulados y su gravedad se intensifica por aquello que podemos predecir con cierta certeza.

La Región de las Américas es un verdadero mosaico desde el punto de vista de las transiciones demográficas y epidemiológicas, pero en general podemos aceptar que se producen algunos de los cambios secuenciales de la población en cuanto a estructura por sexo y por edad que propondría la teoría general. No obstante, aunque podamos observar el envejecimiento gradual de la población y los problemas de salud que son de prever al prolongarse la vida, en muchos países todavía hay un inmenso rezago en cuanto a malnutrición y enfermedades infecciosas, especialmente entre los niños. Pero, al mismo tiempo, nuestros países están teniendo que afrontar enfermedades nuevas y emergentes o incluso reemergentes, tales como el SIDA y la tuberculosis. La rapidez con que ahora se puede viajar también nos acerca potencialmente a las enfermedades infecciosas de otros continentes, como el síndrome hemorrágico causado por el virus Ébola.

De modo análogo, nuestros sistemas de salud tienen que contender con un déficit acumulado, lo que se refleja con mayor agudeza en la poca cobertura. Es imposible ser precisos en nuestra definición y, por lo tanto, en la medición de la cobertura; pero algunas pruebas parciales demuestran que son numerosas las personas que no tienen acceso inmediato a la atención sanitaria más básica. Los sistemas de salud están aun más recargados debido al envejecimiento de la población, al aumento del número de personas, a las consecuencias de la degradación del medio ambiente y al aumento de la demanda de atención por una población que cada vez con mayor frecuencia hace valer sus derechos.

Todos los problemas acumulados y los emergentes se ven acentuados por el panorama social de la Región, y la característica más resaltante de ese panorama es la inequidad que impera. Hay inequidad entre los países y dentro de ellos, y por todas partes se escucha un clamor cada vez más sonoro que pide la equidad en la salud, así como en otros terrenos. No es sólo la pobreza absoluta lo que causa preocupación, sino también el hecho de que la inequidad entre los grupos es alarmante y las Américas tienen la triste fama de ser la Región del mundo donde la inequidad es mayor. Dentro de los países pueden señalarse diferencias considerables en la situación sanitaria entre las

poblaciones del campo y las urbanas; y dentro de las ciudades, las diferencias son abismales entre las zonas ricas y las pobres.

Esta búsqueda de la equidad no es nada nuevo. Casi todos los movimientos de reforma de todo el mundo aspiran a que haya equidad entre los diferentes grupos de población. El llamamiento a los ciudadanos para que participen más en las nuevas democracias de la Región es otro factor que ha contribuido al aumento de la toma de conciencia sobre la inequidad y la injusticia social que se manifiesta en mala salud. Dicho sea de paso, me llama mucho la atención que esos llamamientos en pro de la equidad y los intentos por medir la inequidad hayan prestado tan poca atención a la salud mental.

Permítanme examinar con ustedes algunas de las posibles soluciones; pero antes de hacerlo es pertinente aclarar los aspectos conceptuales de la equidad en materia de salud. Acepto en principio que es más comprensible abordar la equidad en relación con los servicios ofrecidos o prestados. En ese sentido, es posible esbozar tres posibles situaciones en las cuales la equidad se define en función de la igualdad. Puede haber igualdad en la prestación de servicios o igualdad en el acceso, pero esa igualdad depende más de los servicios que de la población que los utiliza. Puede haber igualdad de utilización en el sentido de que no existe ningún obstáculo social al uso de los servicios. Finalmente, puede haber igualdad en cuanto a los resultados porque los servicios obtienen resultados similares para personas con necesidades similares. Esto último es muy difícil de lograr puesto que el resultado depende mucho de las características intrínsecas del usuario de los servicios.

La búsqueda de la equidad sustenta casi todos los esfuerzos de reforma del sector de la salud emprendidos aquí y en otros lugares, y observamos que casi todos los países de las Américas están llevando a cabo algún tipo de reforma del sistema sanitario. Si bien es cierto que se están aplicando varios modelos, es digno de mención que va surgiendo un marco de referencia básico para llegar a un sistema equitativo. Cabe señalar que, a pesar de las afirmaciones en el sentido de que el sistema sanitario debe ocuparse de todas las necesidades de los individuos en materia de salud —desde la promoción, prevención y curación hasta la rehabilitación— es evidente que la mayor importancia se asigna aún a los servicios de atención personal curativa.

Es posible distinguir dos criterios principales aplicados al proceso de reforma. En primer lugar, se acepta que debe haber una definición más clara de la forma de organizar los servicios. Por organización quiero decir la definición de los actores principales y de sus funciones y competencias. Por lo tanto, se prevé, por ejemplo, que en el sistema reorganizado el ministerio de salud intervendrá en el desarrollo de sistemas, la formulación de políticas y la reglamentación de la naturaleza y alcance de los servicios en un sentido amplio, y que cada vez se encargará menos de la prestación directa de servicios. En los casos de propuestas más innovadoras, la prestación real de los servicios está a cargo de grupos que tal vez compitan para ofrecer esos servicios. No obstante, el ministerio seguirá velando por que cada ciudadano tenga acceso a un conjunto básico mínimo de servicios que resolverá los problemas más comunes que surjan.

El segundo criterio es el atinente al financiamiento de los servicios, para lo cual hay una amplia gama de mecanismos que fundamentalmente obtienen recursos del sector público o de gastos concretos sufragados por individuos. Estos individuos pueden representar a una persona o a alguien que hace aportes en su nombre, como por ejemplo su empleador. Esta es una versión

bastante simplificada de lo que suele ser una descripción muy complicada del proceso de reforma sanitaria en las Américas.

Si en esta etapa intentara describir a grandes rasgos las tendencias de la política pública en el marco de lo que acabo de mencionar, diría que la orientación general es mantener la integridad sectorial y concentrarse en aquellos aspectos de la salud vinculados principalmente con los servicios de asistencia sanitaria. La política pública se ve impulsada por la tendencia general de reexaminar la función del Estado y del sector público, y por la toma de conciencia sobre el costo de prestar dichos servicios. Las políticas también reciben la influencia de las percepciones de quienes las formulan con respecto a las exigencias de un público que decide la elección o el nombramiento de esos funcionarios. No resulta sorprendente, pues, que gran parte de la política esté guiada por las necesidades percibidas de los sectores de la población que más se hacen escuchar. Además, en algunos casos se plantea un gran dilema acerca de cómo pueden satisfacerse estas necesidades y, al mismo tiempo, encauzar los servicios a fin de lograr un mayor grado de equidad. Este dilema suele excluirse de los criterios aplicados a la reforma del sector sanitario.

Acaso más importante que la reforma sanitaria sea la necesidad de que el público perciba de otra forma la función y la importancia de la salud. Se ha condicionado al público en general a pensar en la salud solo cuando no la tiene. La mala salud es lo que despierta la preocupación del público, y aunque haya cierta percepción mal definida del valor positivo de la salud como un estado de *ser*, esto nunca llega a cristalizar en algo que suscite o sostenga el debate público y tenga repercusiones sobre la política pública.

Con todo, en fecha reciente ha surgido un movimiento, que cada vez cobra más intensidad, para colocar a la salud en el contexto del desarrollo humano. Creemos, y hemos sostenido con argumentos, que si por desarrollo humano entendemos la posibilidad de que los seres humanos tengan la oportunidad de disfrutar de las mejores opciones que ofrece la vida, entonces hay cinco aspectos básicos que contribuyen a ese desarrollo. Ellos son la salud, el crecimiento económico, un medio ambiente sin riesgos, la educación y un conjunto de disposiciones sociales que yo llamo *libertades de la gente*. En otros foros he descrito con mayor detalle la naturaleza de estos aspectos.

La gente y los políticos que ésta elige tienen que entender que su bienestar y, en última instancia, el bienestar del Estado dependen de la interacción de estos cinco aspectos. La salud contribuye al crecimiento económico y viceversa. La educación y la salud están vinculadas, y ya no se discute la interacción entre la salud de un pueblo y su entorno físico.

Es igualmente importante que haya una comprensión clara de los factores determinantes y de los espacios de producción de la salud. El trabajo pionero de Lalonde y sus colegas estableció el concepto de campos de salud que todos ustedes conocen; mas Lalonde no abordó la importancia de los espacios en los cuales las personas interactúan en favor de la salud. El papel de la familia ha sido fundamental, pero sostengo que ella, por importante que sea, no es el único espacio. Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud ha venido promoviendo el concepto de municipios saludables como uno más de los espacios importantes, además de seguir identificando otros, como las escuelas y los centros de trabajo.

El municipio saludable, por ejemplo, representa el espacio definido políticamente en el cual los diversos actores políticos se agrupan para determinar los enfoques aplicables a los problemas cuyas repercusiones son negativas para la salud y, en el mejor de los casos, para fomentar activamente las acciones conducentes a resultados de salud positivos. En este contexto se toman medidas de carácter intersectorial, a menudo sin tener conciencia de que son intersectoriales, y se hace hincapié en el problema y no en los medios para resolverlo. Es aquí donde la comunidad reconoce los diversos recursos que son necesarios para la promoción y el mantenimiento de la buena salud.

La familia, en su calidad de la más perdurable de todas las instituciones sociales, es otro espacio sumamente importante en virtud de la amplia gama de edades y experiencias que interactúan en su seno. El movimiento en pro de la familia como una institución más democrática favorece las acciones recíprocas entre sus miembros para promover la salud. Creemos que es en estos espacios donde pueden aplicarse los principios básicos de la promoción de la salud y donde adquiere mayor significado y contexto el concepto de una política pública saludable.

Pero el aspecto que reviste mayor importancia para ustedes es la manera en que los diversos factores que he descrito pueden vincularse con la política pública en el ámbito de la salud mental. Espero que perdonen mi temeridad al hacer algunas observaciones a los expertos, pero lo hago convencido de que a menudo los profesionales están tan inmersos en sus propias especialidades que no ven las relaciones más amplias que existen.

He pensado con frecuencia que hay muchas razones por las cuales la salud mental no se considera como parte integral de la salud pública. Ello obedece no solamente al desarrollo histórico de la salud pública, cuyo objetivo fundamental era la eliminación de enfermedades. Quizás una de esas razones sea la falta de indicadores de mortalidad sencillos y concretos que puedan servir como una guía accesible para medir el éxito de las intervenciones de salud mental. No hay un equivalente de la mortalidad infantil en la salud mental, y por paradójico que parezca, es muy difícil encontrar otro indicador que sea tan preciso como la muerte.

Otra posibilidad es que quizás la enormidad del problema asombra a los responsables de las políticas y no ha habido una vía de acceso sencilla para empezar a abordarlo. Cuando leí la publicación sobre *Salud Mental Mundial* presentada recientemente en las Naciones Unidas, no pude menos que quedar atónito por la magnitud de los problemas, y como todos bien sabemos, la gran magnitud de un problema puede paralizarnos e impedir que actuemos.

Pero a un nivel más práctico, me he preguntado si el ámbito de la salud mental no se beneficiaría del tipo de enfoque adoptado por Lalonde; es decir, definiendo más claramente los campos de la salud mental. La reflexión de Lalonde puso de relieve la función de los servicios y el hecho de que estos eran los principales consumidores de recursos, mientras que otros factores determinantes tenían mayor incidencia en la salud.

Quizás el reconocimiento por parte de ustedes de la función de los servicios es lo que condujo originalmente a la iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica. También creo que la Declaración de Caracas, firmada por ustedes, ha sido decisiva y les ha facilitado un punto de mira para la acción en un ámbito concreto en el cual pueden lograrse resultados cuantificables. Espero que el análisis de los logros alcanzados cinco años más tarde, revele que el centro de interés de la

atención psiquiátrica realmente se ha desplazado al entorno extramuros y que los especialistas en salud mental cada vez se consideran más a sí mismos como profesionales que no se limitan a prestar sus servicios solo en las instituciones psiquiátricas tradicionales. Esto, por necesidad, exige cambios sustanciales en la capacitación y la ampliación de la red de profesionales de salud mental.

Pero, por encima de todo, para que ocurra un cambio en la orientación de la política hay que contar con el apoyo activo de una amplia gama de instituciones. En este sentido, voy a describir muy brevemente algunos de los enfoques adoptados y aplicados en la Organización Panamericana de la Salud. Muchos de ustedes habrán visto el documento presentado a nuestros Cuerpos Directivos sobre el programa de salud mental en la OPS. Ese documento de política explicaba la naturaleza de los problemas a los que debe hacer frente la Región y examinaba las bases para la acción.

El propósito de presentar el programa era aumentar la visibilidad de las acciones de promoción y prevención en salud mental, por medio de, entre otras medidas, la formulación de políticas y la elaboración de planes nacionales de salud mental incorporados a los de salud y desarrollo social; asegurar la inclusión de la atención de salud mental en la canasta básica de servicios de salud; apoyar la reestructuración de la atención psiquiátrica en todo el conjunto de acciones que ésta implica, incluyendo la reorientación de los servicios, la adecuación legislativa y la capacitación de recursos; fortalecer la capacidad gerencial de las divisiones y departamentos de salud mental, o establecerlos si no existieran; y facilitar el desarrollo de cuadros técnicos líderes y de programas innovadores.

No obstante, pienso que tenemos que hacer mucho más. Vamos a hacer un mayor esfuerzo para que el Día Mundial de la Salud Mental sea conmemorado debidamente, con el tipo de materiales y mensajes que lleguen a todos los niveles de nuestra población. Nos proponemos aunar esfuerzos para abordar el problema de la adicción a sustancias nocivas que perjudican considerablemente a la salud: me refiero concretamente al tabaco, el alcohol y las drogas. Estoy convencido de que estas adicciones deben abordarse en conjunto y algunos de los métodos fundamentales que se apliquen deben concentrarse en los grupos más vulnerables, orientando nuestras acciones a los espacios que he mencionado. El grupo más vulnerable es el de los adolescentes, y tenemos que aprender a usar técnicas que permitan la participación de ellos en la formulación de los programas que van a beneficiarlos. No presupongo que estos enfoques vayan a abarcar todos los otros problemas de salud mental, pero me impresiona la magnitud del daño a la salud que ocurre en este ámbito y me siento optimista en cuanto a la posibilidad de lograr algunos resultados concretos y útiles.

Voy a terminar tocando el tema de lo conveniente que sería lograr algunos resultados. Suele decirse que la falta de progreso en uno u otro terreno se debe a la ausencia de voluntad política, pero cada vez me parece menos válido este argumento para justificar la inacción. La voluntad política no es una entidad abstracta, sino una acción manifiesta de la interacción de múltiples fuerzas complejas, y nosotros, en el sector de la salud, tenemos la responsabilidad de velar por que quienes ejercen la voluntad política estén informados. También debemos velar por que se presenten políticas y planes adecuados a quienes toman las decisiones. Además, debemos procurar tener promotores de nuestros intereses en lugares estratégicos que ayuden a darle forma a la opinión pública para que, a su vez, esta influya en la política pública. Esto es valioso para la salud mental y para todos los

otros asuntos que son motivo de inquietud para el público. Basándome en el entusiasmo y la dedicación que he observado en este grupo de especialistas, confío en que no van a faltarnos promotores que se hagan oír.

R:\speeches\1996\048S-96