

PUBLICADO POR LA
REPRESENTACION DE
OPS/OMS EN ARGENTINA



a su **salud!**

NUMERO ESPECIAL TEMATICO

NOVIEMBRE 2007

SALUD MENTAL | DERECHOS HUMANOS | JUSTICIA



COMITE EDITORIAL**Dirección**

Dr. José Antonio Pagés

Coordinación editorial general

Lic. Caty Iannello

Colaboración técnica

Dr. Hugo Cohen

Colaboración periodística

Lic. Maricel Seeger

Sr. Federico Farina

Colaboración administrativa

Sra. Susana Mazzitello

Diseño

Dis. Andrés Venturino

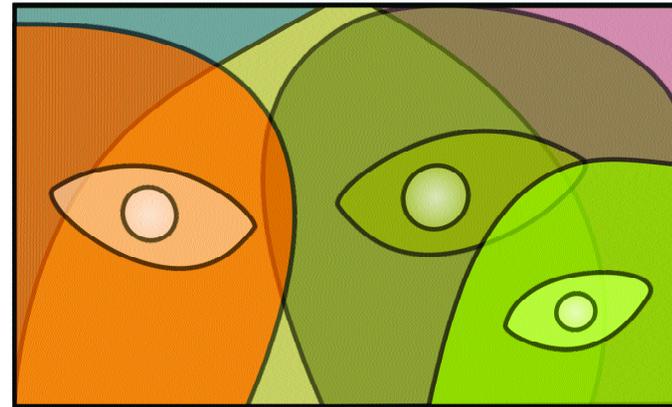
ISBN 1812-8912

A su Salud! es una publicación de distribución gratuita de la OPS/OMS en Argentina.

Sus comentarios pueden ser reproducidos total o parcialmente con sólo citar la fuente.

Para solicitar un número de **A su Salud!** o hacer comentarios debe dirigirse a: info@arg.ops-oms.org

Por buen camino	4
<i>Dr. José Antonio Pagés</i>	
La OMS exhorta a los países a proveer servicios de salud mental comunitarios	6
El encuentro hace a la fuerza: el ejemplo de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos	8
<i>Dr. Hugo Cohen</i>	
Un mapa federal de la Mesa de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos.....	10
Entrevistas	
Dr. Antonio Di Nanno	12
Coordinador de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación	
Dr. Leo Zavattaro	13
Director del Hospital Neuropsiquiátrico Cabred	
Lic. Susana Zelaya	13
Jefa del Departamento de Salud Mental, provincia de Chubut	
Lic. Victoria Martínez	14
Directora de Asistencia a Personas y Grupos Vulnerables de la Secretaría de Derechos Humanos	
Lic. María Jesus Estévez	15
Directora Salud Mental provincia de Mendoza	
Dra. Martha Piatigorsky	15
Presidente de la Red Internacional de lucha contra la Esquizofrenia	
Dr. Alejandro Morlchetti	15
Responsable del Departamento de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Instituto de Derechos Humanos, Universidad Nacional de La Plata, Maestría de Derechos Humanos	
Dra. Marta Susana Fariñas	16
Jueza del Tribunal de Familia Nº 1 de San Martín	
Lic. Ricardo Freddy Pinto	16
Director de Casa Medio Camino de Chaco	
Lic. Carmen Cáceres	17
Miembro de la Asociación por los Derechos en Salud Mental	
Dra. María Calvo	17
Coordinadora Salud Mental, provincia de Jujuy	
El Bolsón: un pueblo donde los pacientes también trabajan	18
Declaraciones que hicieron historia	
Declaración de Caracas	20
Principios de Brasilia	22
Foro de Autoridades de Salud Mental de los Países de América del Sur.....	26
Ley 2440, la pionera	28
Fuentes de información	34



C O N T E N I D O

3

El contenido de
A su Salud temático
refleja algunas experiencias
de nuestro trabajo
durante 2006-2007

Por el buen camino

4

La Declaración de Caracas, firmada en 1990 por los países de América Latina, indica que los recursos, cuidados y tratamientos para personas con trastornos mentales deben salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles. En ese camino, el gobierno argentino creó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, que integra áreas involucradas en la atención de los pacientes psiquiátricos.

El objetivo consiste en seguir los lineamientos del acuerdo firmado hace 17 años en Venezuela, que instaura la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, promoviendo el desarrollo de servicios de salud mental basados en la comunidad. Esto es, acabar con la estigmatización de las personas con trastornos mentales y propiciar su plena reinserción social.

Para eso, es fundamental que estas personas puedan acceder a los hospitales generales, así como a la atención primaria de la salud, como cualquier otra persona de su comunidad. Además, el sistema de atención psiquiátrica

debe tender a la inserción social del enfermo, con la creación de casas de medio camino que permitan la recuperación dentro de su contexto y en un ambiente cercano a su realidad.

De lo contrario, el encierro sólo facilitará el aislamiento de esa persona, que se sentirá diferente a los demás, por haber sido alejada de su propio medio. Esta conducta, además, abrirá paso a la discriminación y a un modo de vida distanciado de los derechos esenciales de cualquier ser humano.

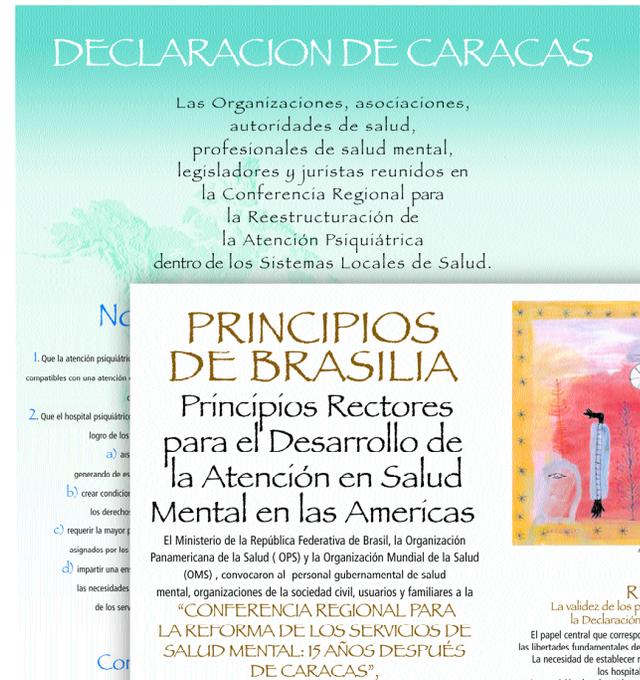
De hecho, estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzados como parte del Plan de Acción Global 2001, constatan que los trastornos mentales están hoy dentro de las cinco primeras causas de morbilidad y advierten que en 2020 la depresión, por ejemplo, será la segunda causa de incapacidad en las personas a nivel mundial.

Por este motivo, esta Mesa intersectorial trabaja desde hace tiempo en la aplicación de los conceptos que dan

forma a la Declaración de Caracas, reafirmados en la Declaración de Brasilia 2006, la cual marca el rumbo de los países de la región que promueven la Reforma Psiquiátrica. Se propone como camino para reducir la enorme brecha existente entre las personas con trastornos mentales y los servicios creados para su atención.

Con el ánimo de reflejar parte de su trabajo y de las experiencias que responden a estos lineamientos -presentados y reafirmados ante el Foro Sudamericano de Autoridades de Salud Mental convocado recientemente en el país- la OPS decidió desarrollar esta publicación que contiene entrevistas, artículos, legislación y una gran diversidad de datos referenciales. Se trata de información acorde a esta reestructuración en salud mental, que busca brindar tratamientos verdaderamente saludables a los pacientes psiquiátricos.

Dr. José Antonio Pagés
Representante en Argentina de la OPS-OMS



Para disminuir la exclusión social

La OMS exhorta a los países a proveer servicios de salud mental comunitarios

6

La Organización Mundial de la Salud afirma que estas prestaciones permitirán disminuir la negligencia y las violaciones a los derechos humanos que se producen frecuentemente en hospitales psiquiátricos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que existe una necesidad urgente de que los países provean “servicios comunitarios de salud mental” que permitan la disminución de la negligencia y las violaciones a los derechos humanos que se producen frecuentemente en hospitales psiquiátricos. Así lo expresó el director de Salud Mental y Abuso de Substancias de la OMS, Benedetto Saraceno, quien señaló además que estas prestaciones permitirán reducir la exclusión social.

En la actualidad, sólo unos pocos países han hecho un progreso adecuado en este área y en numerosas naciones el cierre de hospitales no ha sido acompañado por el desarrollo de estos servicios, dejando así un vacío en este segmento.

Hoy existen cerca de 54 millones de personas en el mundo con desórdenes mentales severos como esquizofrenia y desorden afectivo bipolar (enfermedad maniaco-depresiva), mientras unas 154 millones de personas sufren depresión. Además, las personas que viven en países en desarrollo están desproporcionadamente afectadas. De hecho, los desórdenes mentales incrementan su prevalencia en estos países como consecuencia de las condiciones persistentes de pobreza, la transición demográfica, los conflictos en estados frágiles y los desastres naturales.

Al mismo tiempo, más del 50 por ciento de los países en desarrollo no proveen ningún cuidado en la comunidad para las personas con estos trastornos. Estos desórdenes traen penurias no sólo a los usuarios, sino también a las personas que se ocupan de su cuidado, como los familiares, dada la falta de recursos de salud mental existente en estas naciones. Como resultado, el 90 por ciento de las personas con epilepsia y más del 75 por ciento de pacientes con un desorden depresivo mayor son tratados de modo inadecuado en estos países.

Apuesta a los centros primarios

“Este tema debería importar a todos porque demasiada gente con trastornos mentales no recibe Cuidado alguno. El desafío inmediato para los países de bajos recursos es usar los centros de atención primaria de la salud, a través de abordajes comunitarios que usen recursos de bajo costo, localmente disponibles, para asegurar el cuidado apropiado de estos trastornos”, afirmó Catherine Le Gales-Camus, asistente del director general de la Sección de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS.

En este sentido, consideró que “el desafío consiste en mejorar los sistemas de atención tomando modelos locales efectivos y diseminándolos a través del país”. Y en este marco, el Foro Global de la Salud Mental Comunitaria “expuso modelos que han sido efectivos en la atención de la salud mental en situaciones de pocos recursos”, resaltó.

Este espacio fue creado con el objetivo de proveer apoyo a todos aquellos interesados en promover servicios comunitarios de salud mental y el cuidado de personas con desórdenes mentales severos. El foro tuvo su primer encuentro global el 30 y 31 de mayo último en Ginebra, convocado por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS. Allí, usuarios, familiares, proveedores, organizaciones no gubernamentales y asociaciones de profesionales tuvieron la oportunidad de compartir información y recibir apoyo mutuo.

Alternativas viables

Con el objetivo de que las comunidades puedan mejorar las vidas de las personas con trastornos mentales y que les permitan ejercitar sus derechos a la detección y tratamiento, existen diversas opciones viables disponibles en la actualidad. La OMS recomienda integrar la atención de la salud mental dentro del sistema de atención primaria de la salud, rehabilitar en la comunidad a los pacientes que han tenido una larga estadía en el hospital psiquiátrico, implementar programas de antiestigma en las comunidades, iniciar intervenciones preventivas y efectivas en la población y asegurar la participación total y la integración de personas con trastornos mentales dentro de la comunidad.

Para implementar estas intervenciones efectivas, los gobiernos necesitan establecer políticas claras que articulen estas medidas y desarrollar planes sistemáticos con presupuestos dedicados y tiempos acordados. En este marco, la OMS provee apoyo técnico a los países en desarrollo que busquen dar estos pasos para hacer posible la atención de la salud mental comunitaria en sus territorios.



“El encuentro hace a la fuerza: el ejemplo de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos

8

Una de las preguntas que a veces se plantea es: ¿por qué, habiendo ya tantas prácticas con base científica en diversos países de distintos continentes, es tan lento el proceso de construcción de sistemas de salud mental basados en la comunidad?

Las respuestas que se intentan dar muestran variados motivos y razones.

La insuficiente o ausente coordinación entre sectores que hacen a una misma problemática se transforma frecuentemente en un lugar de conflicto en el que las partes se reclaman mutuamente, pero sin encontrarse en espacios comunes.

Esta dificultad se halla particularmente exacerbada entre el sector de salud mental y el de la justicia. Por lo general se transforma en mutuas recriminaciones que, en última instancia, además de frustrar a las partes, terminan perjudicando al paciente y su familia, alejando las posibilidades de respuestas criteriosas en beneficio de todos los sectores.

Como dijimos, no es el único obstáculo para una mejor atención que sea adecuada a las necesidades de la persona y su familia.

Las trabas para el desarrollo de servicios basados en la comunidad -esto es, la posibilidad de internación en hospitales generales, la capacitación de todo el personal de salud en nociones básicas de salud mental, la atención en el primer nivel, la disponibilidad de psicofármacos, el desarrollo de estructuras intermedias y la continuidad de los cuidados, entre otros aspectos- se sustentan también en:

1. los contextos sociales de inequidades e injusta distribución de la riqueza
2. la insuficiencia de los presupuestos destinados a la salud mental
3. la modalidad de gestión del sistema de salud
4. los insuficientes recursos humanos especializados; los bajos salarios del sector público o la falta de incentivos para trabajar en él
5. la falta de actualización en la formación de los profesionales especializados y la carencia de un enfoque de salud pública en su preparación
6. la resistencia a la descentralización de los recursos por parte de profesionales y trabajadores de los hospitales psiquiátricos
7. frecuentes iniciativas que dependen exclusivamente de intereses que generan lobbys del paradigma biomédico
8. la falta de integración de recursos no convencionales a la labor de los equipos de salud mental
9. el estigma y la discriminación
10. el escaso desarrollo de movimientos de usuarios y familiares
11. la carencia de prácticas intersectoriales*

Esta descripción, que no agota el análisis de los obstáculos para la transformación, tiene un fin práctico, quedando claro que todos los aspectos se relacio-

nan entre sí y son, frecuentemente, interdependientes.

Esta breve publicación intenta abordar específicamente aspectos de una labor intersectorial, demostrando que cuando hay voluntad y un cambio de actitud en los profesionales, se pueden generar procesos de encuentro, trabajo compartido e impulso de iniciativas en común; aún entre sectores confrontados por conflictos que no hallaban solución.

Actuar como puente entre las partes, facilitar los encuentros y colaborar en la permanencia de los espacios de intercambio es una de las funciones de la cooperación técnica y social de la OPS/OMS que hemos puesto en práctica.

Desde el ámbito de la salud y el de los derechos humanos fue necesario comprender que, si se pretende trabajar con la diversidad de los actores cotidianos que hacen a la salud mental de las personas e impulsar su integración, hay que incluir esa diversidad en el propio grupo de trabajo convocante. Se aprendió que llegar a acuerdos entre los distintos actores y sectores no es fácil pero es el único camino para salir del atolladero.

De esta manera se incluyeron en la Mesa Federal, junto a funcionarios del Ministerio de Salud y de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, profesionales de salud de nivel operativo y de conducción, usuarios, familiares, organizaciones de derechos humanos, jueces, forenses, funcionarios de las secretarías de Derechos Humanos provinciales y docentes universitarios, entre otros.

El resultado de casi dos años de trabajo se intenta reflejar en las próximas páginas. La sola continuidad de trabajo, la permanencia de los diversos actores y la permanente inclusión de nuevos protagonistas es, ya en sí mismo, un logro significativo. La riqueza que aportaron, por ejemplo, los grupos de ex combatientes o

familiares de detenidos y torturados, personal de policía o de servicios penitenciarios significó un nuevo desafío para el grupo, cuya heterogeneidad está siempre en desarrollo. Algunas de las iniciativas que entre todos se impulsaron se comentan en la publicación desde la opinión de varios de ellos.

La práctica concreta nos enseñó el camino: los problemas complejos requieren respuestas complejas.

Será necesario ahora, rescatando las experiencias y capacidades existentes, profundizar la labor avanzando en la conformación de mesas a nivel regional, provincial y local que hagan efectivo el cumplimiento de los derechos de ciudadanía de todas las personas sin discriminación alguna.

Un desafío que expresa la posibilidad de la construcción de un sistema de salud mental más justo para todos en Argentina.

Dr. Hugo Cohen

Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica OPS/OMS

* “Mental health awareness needs to be integrated into all aspects of health and social policy, health-system planning, and delivery of primary and secondary general health care”...

(Extracto de Global Mental Health; The Lancet, London, Septiembre 2007)

Lineamientos y objetivos

Un mapa federal de la Mesa de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos

10

Representantes de múltiples sectores participan de esta iniciativa en numerosas provincias de Argentina. Como parte de esta estrategia, se desarrollaron coloquios en seis de las siete regiones del país.

En el marco del desarrollo de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, unas 320 personas participaron de coloquios de dos días en seis de las siete regiones establecidas en Argentina. Representantes de los sectores de salud general, salud mental, Poder Judicial, miembros de las secretarías de Derechos Humanos, del área de Educación, organizaciones no gubernamentales, integrantes de la policía, de universidades, familiares y usuarios se reunieron en diferentes puntos del país con el objetivo de fortalecer esta iniciativa intersectorial en las distintas provincias. De hecho, 15 de los 24 distritos de la nación forman parte de una red informática que nutre de información a los actores que participan de esta propuesta.

Los coloquios se encuentran a tono con el propósito de la Mesa Federal, el cual consiste en promover y pro-

teger los derechos humanos de pacientes, familiares, profesionales y trabajadores de la salud mental, así como de todos los demás actores involucrados, desde una mesa de trabajo interministerial e intersectorial que represente a todos los agentes vinculados a la temática. En este escenario se analizan las situaciones particulares, se identifican las propuestas específicas y se evalúa su impulso desde el asesoramiento y el apoyo técnico, para su implementación a través de políticas públicas enfocadas desde la perspectiva de los derechos humanos.

La expresión federal de la Mesa Federal no sólo se refleja en los coloquios regionales, sino también en su organización y participación. Así, esta iniciativa es convocada por la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, la Secretaría de Derechos Humanos dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación y Dirección Nacional de Asistencia Directa a Personas y Grupos Vulnerables. Y también participan organismos gubernamentales de Salud Mental y Derechos Humanos de cada jurisdicción provincial y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, directores de algunos hospitales psiquiátricos y colonias monovalentes del país, miembros del Poder Judicial, un representante de las asociaciones de la sociedad civil especializadas en el tema y otro de usuarios y/o familiares de servicios de salud mental. El apoyo técnico y financiero se encuentra a cargo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) a través del asesor subregional de Salud Mental para Sudamérica, Hugo Cohen.

Líneas de acción

Al poner en marcha la Mesa, todos los sectores involucrados se propusieron promover una política pública en Salud Mental que incluya la perspectiva de derechos humanos como base ético-legal, impulsar transformaciones institucionales para la aplicación de Buenas Prácticas en Salud Mental, en función de las recomendaciones surgidas de los instrumentos internacionales en la materia.

Para eso, se acordó sensibilizar al ámbito judicial sobre la necesidad de profundizar en la protección y garantía de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, además de promover el respeto de los derechos de los profesionales y trabajadores del ámbito de la Salud Mental, sobre todo en lo que respecta a su salud laboral.

También coincidieron en la necesidad de proponer a nivel nacional estrategias de difusión sobre salud mental y derechos humanos, con énfasis en los temas de estigmatización y discriminación de las personas con padecimiento mental; formular diagnósticos de situación en estas áreas en todo el país, a nivel jurisdiccional y regional; y prestar asistencia técnica en el campo de formación de profesionales y técnicos universitarios en salud mental y derechos humanos, participando en eventos científicos y profesionales de carácter nacional en donde se incluya esta temática.

Puesta en marcha

Para el funcionamiento y pleno desarrollo de la Mesa, se creó entonces un esquema de encuentros que agrupa en regiones a los distritos provinciales, con el

objetivo de dejar reflejadas en todas las propuestas y líneas de acción, las especificidades y problemáticas locales en relación a la salud mental y los derechos humanos.

En este marco, se realizaron los Coloquios Regionales en el NOA (noroeste), NEA (noreste), Cuyo, Patagonia, provincia de Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires para promover el fortalecimiento de organizaciones locales y la conformación de mesas regionales de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos. Sólo resta concretar la región en el sector Centro del país.

En tanto, en las mesas regionales se promueve la producción participativa de diagnósticos de situación, las iniciativas tendientes a atender las problemáticas identificadas desde una estrategia interministerial e intersectorial y, por último, la transmisión a la Mesa federal de sus aportes y problemas para fortalecer la implementación de una política federal de salud mental, con enfoque de derechos.

Por su parte, la Mesa Federal se reúne con una frecuencia mensual, el tercer lunes de cada mes. Pero las vías de comunicación e intercambio son permanentes, a través de un foro virtual mediante el uso del correo electrónico.



Extraído del folleto Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, editado por la Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos

“A la gente le cuesta mucho aceptar la convivencia con personas con capacidades diferentes”

12

ENTREVISTAS

Antonio Di Nanno, coordinador de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación

El funcionario evidenció la importancia de luchar contra la discriminación de las personas con trastornos mentales. Sostuvo que es fundamental la participación de la justicia y los medios para propiciar un cambio.

“En Latinoamérica, a la gente le cuesta mucho aceptar la convivencia con personas con capacidades diferentes, no sólo en lo vinculado a salud mental, sino también en lo que respecta a las discapacidades”, afirmó el doctor Antonio Di Nanno, titular de la Unidad Coordinadora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación.

Para contrarrestar esta realidad, el funcionario consideró que es necesario un cambio en la mentalidad de las personas. Además, reconoció que desde el área que coordina son “absolutamente concientes de que necesi-

tamos una fuerte participación mediática y una campaña de marketing que nos permita luchar contra la discriminación y que tienda a generar en la gente un cambio de paradigma, acerca de que la locura no es peligrosa, sino que es un momento en la vida de las personas”.

En tanto, Di Nanno hizo hincapié en lo positivo que resulta trabajar junto a especialistas de otras áreas, como Justicia y Derechos Humanos. “Elaborar esta estrategia de acción conjunta con los distintos actores jurisdiccionales de salud mental nos va a permitir acercarnos a la Justicia y su accionar. Hemos conseguido, no sólo la participación del sector judicial, sino también de los medios”.

Además, destacó el funcionamiento de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, la cual “está dando sus frutos y generando nuevos aliados”. “Pensamos que el accionar de la Mesa está generando cambios, ya que hemos encontrado mucha gente del sector de la justicia que se acerca y participa de los debates, aportando soluciones enriquecedoras”, señaló.

La Mesa está integrada por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, el Ministerio de Salud de la Nación, la Organización Panamericana de la Salud, la Subsecretaría de Derechos Humanos del Gobierno de la Ciudad, las direcciones de Salud Mental de las provincias, directores de hospitales psiquiátricos, asociaciones de familiares, usuarios (pacientes) y voluntarios, y organizaciones no gubernamentales.

“Hay que ver a las personas con trastorno mental como ciudadanos”

Según la jefa del departamento de Salud Mental de Chubut, Susana Zelaya, la interacción entre este área y Justicia “permite tener en cuenta a los que padecen mentalmente como ciudadanos”. Y consideró que “el cuidado de estas personas no está únicamente vinculado a la internación, sino también a su calidad de vida”.

“Espero que haya continuidad en esta Mesa intersectorial, que podamos seguir contando con el aval y el impulso de una organización como la OPS para coordinar entre las autoridades de salud con otros ministerios”, concluyó la doctora Zelaya.

“Espero que la Mesa siga creciendo con objetivos concretos”

“La Mesa tiene hoy en día un peso distinto, al involucrarse los referentes de Derechos Humanos y Salud Mental de los municipios, además de algunos jueces y policías”, explicó el director del hospital Neuro-Psiquiátrico Cabred, Leo Zavattaro. Según el especialista, “la salud mental se fue desvirtuando con discursos desligados de la práctica”, por lo que es necesario que “las palabras se acompañen de acciones concretas”.

“Con este proyecto volví a sentir un gusto muy importante por el trabajo; recuperándome como profesional, y contagiando al equipo del hospital con proyectos, ideales, objetivos y resultados concretos”, resaltó.

“Las violaciones a los derechos afectan a la dignidad de los padecidos mentales”

14

Licenciada Victoria Martínez, directora de Asistencia a Personas y Grupos Vulnerables, de la Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

La funcionaria consideró que “hay mucha resistencia hacia las modificaciones en el área de Salud Mental por parte de las instituciones”. Sin embargo, confió en la voluntad política de los diversos actores involucrados para generar un cambio.

La directora de Asistencia a Personas y Grupos Vulnerables, Victoria Martínez, sostuvo que “al iniciar nuestra labor en 2003, el pedido que nos hace el secretario de Salud fue instalar una política pública que quede implementada más allá de nuestra gestión donde se pudiera trabajar con los derechos humanos de una manera integral, ya que las violaciones de estos derechos tenían consecuencias en las manifestaciones que hacen a la vida humana y sobre todo afectaban a la dignidad del hombre padecido mentalmente.”



Por otro lado, la integrante de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, explicó que “cuando hicimos contacto con el Ministerio de Salud, puntualmente con el doctor Antonio Di Nanno, (encargado del área de Salud Mental), él coincide con nuestro enfoque y comenzamos a impulsar un espacio de trabajo donde tratamos las dificultades concretas que encontramos a la hora de hacer transformaciones en las áreas de salud mental”. “Aquí notaremos que hay mucha resistencia al cambio por parte de los operadores de las instituciones, incluso resistencias gremiales, no solo profesionales o ideológicas”, subrayó.

En los últimos meses la intención de la Mesa fue trabajar conjuntamente en los coloquios del interior del país con el objetivo de transmitir el espíritu de política transformadora haciéndoles notar el interés y el respaldo nacional de las distintas áreas involucradas en el proyecto.

Para la funcionaria, la presencia de la OPS fue de “mucha utilidad” brindando asesoramiento técnico para consolidar la gestión y asistiendo en la integración de otros actores importantes.

“Nos parece fundamental apuntar a que se comprenda que la problemática del paciente afectado en su salud mental tiende a disminuir la valoración que tiene de sí mismo y la valoración que su entorno tiene de él, poniendo en juego su dignidad por las condiciones en que son atendidos y tratados”, concluyó la directora de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación.

“Logramos reunir a Justicia y Salud”

“A raíz de la prolongada permanencia de los pacientes judicializados en los hospitales neuropsiquiátricos de Mendoza, se comenzó en 2005 a trabajar con la Suprema Corte de Justicia en forma conjunta. A partir de ese acuerdo se logró desarrollar el Servicio de Evaluación y Orientación Judicial (SEOJ)”, explicó la directora de Salud Mental de esa provincia, María Jesús Estévez.

Según indicó la funcionaria, el SEOJ está integrado por profesionales del área de justicia y salud que cumplen la función de evaluar al paciente cuando llega al hospital, deciden su diagnóstico y orientación terapéutica. “La novedad de este acuerdo es que el sector de salud define las altas”, afirmó.

“El equipo es nuevo, por lo que requiere una mayor profundización y la incorporación de profesionales para que su efectividad sea adecuada”, advirtió Estévez.

“Los familiares también tienen derechos”

“Es muy importante que en cada país, ciudad y municipio haya grupos de familiares y que el Estado escuche sus necesidades. En la Mesa de Salud Mental nos dan voz y se empiezan a conocer las carencias y necesidades que tienen las familias de los padecidos mentales”, señaló Martha Piatigorsky, representante de la Organización Mundial de Familiares de Enfermos Mentales y presidente de la Red Internacional de Lucha contra la Esquizofrenia.

En este sentido, señaló que “es fundamental que a partir de estas experiencias los familiares tomen conocimiento de que gozan de derechos”. “Es fundamental que los familiares tengan información sobre la enfermedad para poder actuar convenientemente y sean instruidos con todas aquellas cosas que pueden solicitar. Esta información es a veces ocultada por los médicos porque la ignorancia les da poder”, advirtió.

“Hay que incorporar más actores del sistema judicial”

Para el especialista en Derechos Humanos y Legislación Internacional Alejandro Morlachetti el funcionamiento de la Mesa Federal de Salud Mental “se fortaleció bastante”, pero consideró que “habría que incorporar aún más actores del sistema de justicia, ya que es un punto central para recurrir lo menos posible a la internación de los usuarios”.

“Uno de mis objetivos es que en el sistema de justicia sean concientes y recurran a los instrumentos de derechos humanos en la formación de jueces y abogados”, explicó el consultor internacional. “Es muy importante además que la legislación en salud mental sea estandarizada en el país para poder acceder a una protección uniforme y que también tenga un mínimo de protección en el ámbito de los DDHH, acorde a los requerimientos internacionales”, sostuvo.

“Este no es sólo un problema del sector salud”

16

Según Marta Fariñas, Jueza del Tribunal de Familia Nº 1 del Departamento Judicial de San Martín, en la relación entre salud mental y Justicia “es necesario interactuar en un plano de igualdad y hacer hincapié en que éste no es sólo un problema del sector salud, sino que la solución pasa por otros niveles como la información, la inversión en capital social, la cohesión social y la resolución de la inequidad”. “Se requieren acciones positivas para remover los obstáculos y asegurar los derechos humanos consagrados en la Constitución”, advirtió.

“Es fundamental además el trato directo con otras disciplinas y sobre todo con los grupos de familiares, ya que posibilita la búsqueda de un lenguaje común y de acciones conjuntas”, opinó.

En este sentido, la jueza destacó que le interesa “ser visualizada como una efectora de esta nueva construcción intersectorial, y no como un instrumento negativo de control social en una sociedad con serios problemas

de distribución de la riqueza, como a menudo se expresa”.

La especialista resaltó la importancia de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos al sostener que permite “el conocimiento de las dificultades de cada operador y la identificación del objetivo por el que luchar”. De todas formas, consideró que “aún queda mucho por hacer para que el proceso de desmanicomialización sea sustentable”.

“Espero que se amplíe y sostenga la convocatoria (a la Mesa). No esperemos milagros pero no abandonemos la acción. Todavía queda mucho por hacer” para que el proceso de Reforma Psiquiátrica se mantenga de manera efectiva, concluyó esperanzada.

“Debemos analizar las problemáticas puntuales de cada región”

“Me parece interesante posibilitar el trabajo interdisciplinario dándole importancia a las diferentes opiniones de cada área y analizar las problemáticas de cada región puntualmente”, explicó el director de Casa Medio Camino de Chaco, Ricardo Pinto, al ser consultado sobre el funcionamiento de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos. Según el especialista, “además del Estado, algunos organismos o la comunidad misma pueden ayudar integrando a los padecidos mentales”.

“Espero que sigamos en contacto trabajando en red y que logremos una política que tenga apoyo y fuerza para resolver las necesidades de los usuarios en cada región de nuestro país”, resaltó.

“La presencia de funcionarios de primer nivel es un valor importante”

“La propuesta que se abre a partir de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos tiende a superar las habituales antinomias sectoriales y corporativas: muestra una clara intención de sumar diversos aportes para un mayor conocimiento de los problemas del sector y también de buscar colectivamente soluciones transformadoras”, explicó Carmen Cáceres, miembro de la Asociación por los Derechos en Salud Mental (Adesam). La especialista consideró un factor clave “la presencia de funcionarios de primer nivel, tanto a nivel federal como regional en los llamados Coloquios Regionales generados por la Mesa en todo el país”.

“Creo que darle continuidad a esta iniciativa hace que las problemáticas actuales en este campo puedan ser tomadas de manera articulada, precisamente integrando un área compleja en el que los abordajes y soluciones también tienen este carácter”, resaltó.

“La sociedad se debía este debate”

Para María Calvó, coordinadora de Salud Mental de Jujuy, en un primer momento, la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos “planteó el desafío de lograr una organización de envergadura en la provincia, que convocara a todos los sectores y que pusiera en agenda la temática”. “Como todo desafío también incluyó temores e incertidumbre, pero fue muy bueno hacerlo y la respuesta de la gente fue excelente. Creo que es un debate que la sociedad necesita y se debía. Luego quedó la satisfacción de haber logrado los objetivos propuestos”, detalló la funcionaria.

“Además, en la provincia se formaron redes y se reforzaron las ya existentes, requisito indispensable a la hora de asistir y mejorar la calidad de vida de las personas que sufren algún padecimiento mental y de sus familias”, señaló la coordinadora provincial.

En este contexto, resaltó que al involucrarse en el proyecto de la Mesa Federal pudo “comprender en profundidad la complejidad que tiene el tema y la necesidad de que se involucren todos los sectores necesarios, aportando su punto de vista y su perspectiva en la discusión y también las acciones necesarias para avanzar en el tema”.

Crearon una cooperativa

El Bolsón: un pueblo donde los pacientes también trabajan

18

Con el asesoramiento del Servicio de Salud Mental del hospital general de la zona, se desempeñan en la confitería de un polideportivo. El grupo también ganó la concesión del refugio de un cerro y abrió un bar en pleno centro.

"Había trabajado dos años en toda mi vida y ahora hace cinco que estoy desempeñándome acá. Me cambió mucho la vida; me dignificó", resume Pelusa, una de los 11 usuarios (pacientes) que atiende la confitería del polideportivo de El Bolsón, convertida años atrás en una cooperativa de trabajo. "El hecho de trabajar me integró a la sociedad. No me discriminan porque soy distinta", señala esta paciente psiquiátrica de 53 años, que forma parte de esta empresa social en la que también se desarrollan otras ocho personas que se encontraban sin empleo.

Esta iniciativa laboral, creada en 2001, cuenta con el acompañamiento y supervisión permanente y directo del Servicio de Salud Mental del hospital general de El Bolsón, en Río Negro. De hecho, surgió como un

proyecto de esta dependencia con el objetivo de "crear fuentes de trabajo para un grupo de personas que no tienen cabida dentro del complicado mercado laboral de Argentina y en particular de este pueblo". De todas formas, la confitería se sustenta de forma totalmente independiente y no cuenta con ayuda financiera del Estado ni de organismos donantes, según cuentan los propios socios de la cooperativa.

"Los sueldos se pagan de acuerdo a la cantidad de horas trabajadas. Y si sobra dinero se reparte entre todos", explica Marcelo Muscillo, socio de la cooperativa. De esta manera, todos los participantes están en un pie de igualdad en la ejecución y decisiones del proyecto porque las empresas sociales no tienen como característica sólo contratar personas marginadas, sino que todos los que allí trabajan, "sean parte", explicó Analía Broide, jefa del Servicio de Salud Mental del hospital. Incluso, la inexistencia de afán de lucro en la compañía repercute también en los precios de los productos.

Proyecto inclusivo

En el Servicio de Salud Mental -donde realizan el seguimiento de la empresa en forma voluntaria resalta que la iniciativa busca incluir a usuarios y vecinos con dificultades laborales."Yo no miro si los socios son usuarios o no; para mí son todos trabajadores por igual. Pero es importante esta integración para que los clientes puedan tener una aproximación diferente a la locura y que vean que las personas con trastornos mentales pueden producir en igualdad de condiciones y a veces mejor que otros", destaca Muscillo, encargado de coordinar las tareas en la confitería.

A la hora de elaborar el proyecto, el servicio hospitalario contó con el asesoramiento de una nutricionista para capacitar a los empleados en el manejo de alimentos, en la higiene en el ámbito de la cocina y en la confección de menús que impliquen una dieta balanceada, teniendo en cuenta que quienes suelen acudir a la confitería son jóvenes que asisten al polideportivo.

"Por eso, el objetivo de esta iniciativa también consiste en generar un espacio donde los adolescentes encuentren alguna alternativa de mejor uso del tiempo libre, además de brindar un espacio para que los alumnos de escuelas secundarias que viven en puntos alejados puedan permanecer en los horarios intermedios en que no tengan actividades", según reza en el proyecto que sentó las bases de la empresa.

Así fue como esta iniciativa tomó forma y creció a paso firme, al punto que en la actualidad también brinda servicios de catering para eventos y actividades especiales. "Ahora estamos haciendo la comida para todo un equipo que está filmando una película en El Bolsón", cuentan Marcelo y Pelusa. "Es un montón de trabajo, pero vale la pena", señalan.

Incluso, el proyecto fue merecedor de un galardón: en 2005 fue seleccionado en el sexto lugar, sobre 2000 trabajos presentados, se premió a los 10 mejores en el Concurso de Proyectos Juveniles, organizado por el Banco Mundial para iniciativas de desarrollo juvenil de Argentina, Uruguay, Paraguay y Chile.

En expansión

"Las personas que padecen sufrimiento mental no pierden por ello su capacidad para trabajar. De hecho,

con esta iniciativa los pacientes han dejado de verse a sí mismos como una carga para su entorno para pasar a entender que pueden ser personas útiles para sus familias y su comunidad, que pueden ser ciudadanos íntegros", indican desde el Servicio de Salud Mental.

Pero esos no fueron los únicos resultados a favor. A finales de 2005, el grupo tomó a su cargo un pequeño bar ubicado junto a la Feria Regional de El Bolsón, sin dudas, un lugar estratégico para cualquiera que haya pisado este pueblo alguna vez. "Allí trabajan unas cuatro personas y se suman otras cuando es temporada alta", explica Muscillo.

En tanto, en mayo de 2006 se realizó un concurso para la concesión del Refugio del Cerro Perito Moreno, con servicios de esquí y gastronomía. Y frente a otras tres ofertas, la cooperativa fue elegida por el Club Andino Piltriquitrón como concesionaria del refugio. "Allí trabajan dos personas de base y en temporada alta alcanzan a ser unas 20, entre usuarios y otras personas", detalla el socio de la cooperativa.

"Obviamente, el desafío es muy grande, los cambios deben ser permanentes y las cosas por mejorar son muchísimas. El compromiso de todos los integrantes de la cooperativa es enorme y eso es lo que nos ha permitido sobrevivir y crecer en los aspectos empresariales y humanos, partiendo de un punto inicial donde había pocas perspectivas a favor", sintetizó la doctora Broide. "Creo que esto es posible además gracias al compromiso militante de personas que han tomado la defensa de la dignidad de otros como bandera", subrayó.

Maricel Seeger

Las Declaraciones que hicieron historia

20

A continuación, se pueden hallar las Declaraciones de Caracas y Brasilia, que marcan los lineamientos de la Reforma Psiquiátrica en América Latina. Ambas sentaron un precedente clave para el desarrollo de las políticas más evolucionadas de Salud Mental en la región.

Declaración de Caracas

Reestructuración de la atención psiquiátrica

Adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Las Organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y

juristas reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

Notando,

1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;
2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados a:
 - a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,
 - b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,
 - c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental,
 - d) impartir una enseñanza insuficiente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

Considerando,

- 1) Que la Atención Primaria de Salud es la estrategia adoptada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y refrendada por los países miembros para la meta Salud para Todos en el Año 2000;
- 2) Que los Sistemas Locales de Salud (SILOS) han sido establecidos por los países de la Región para facilitar el logro de esa meta, por cuanto ofrecen mejores

condiciones para desarrollar programas basados en las necesidades de la población y de características descentralizadas, participativas y preventivas;

3) Que los programas de Salud Mental y Psiquiatría deben adaptarse a los principios y orientaciones que fundamentan esas estrategias y modelos de organizaciones de la atención de la salud.

Declaran

1- Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;

2- Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;

3- Que los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben:

a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,

b) basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados,

c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario;

4- Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:

a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales,

b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;

5- Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un mo-

delo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta Reestructuración;

6- Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual,

Instan:

A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.



PRINCIPIOS DE BRASILIA

Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas

22

El Ministerio de la República Federativa de Brasil, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocaron al personal gubernamental de Salud Mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares a la **“Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud mental: 15 años después de Caracas”**, los días 7-9 del mes de Noviembre del año 2005, con el fin de evaluar los desarrollos producidos desde 1990.

Los participantes de la conferencia destacan

Que la Declaración de Caracas surgió como resultado un análisis crítico del estado de la atención de Salud Mental en las Américas, que hacia ineludible su reforma;

Que la Declaración de Caracas consideró que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el Hospital Psiquiátrico y su reemplazo por alternativas

comunitarias de atención, y por acciones de salvaguarda de los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales; y

Que la Declaración de Caracas ha sido endosada por todos los países de la región de las Américas.

Notan

Que en los últimos 15 años se han producido en el nivel regional avances en la reestructuración de la atención psiquiátrica;

Que las Resoluciones de los Consejos Directivos de la OPS en 1997 y 2001 constituyen importantes apoyos a los principios de la Declaración de Caracas;

Que los Estados-Miembros de la OPS adoptaron en Septiembre del 2005 la Declaración de Montevideo, la cual contiene nuevas orientaciones sobre la Atención Primaria de Salud, tales como la creación de Sistemas Sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención; y

Que la OMS ha formulado principios rectores que orientan la reforma de la atención de Salud Mental a nivel global, los cuales fueron incluidos en el Informe Mundial de Salud Mental de 2001 y en otros programas e iniciativas.

Toman conocimiento

Que los principios esenciales de la Declaración están siendo implementados exitosamente en numerosos países de la Región;

Que con el transcurso del tiempo valiosas experiencias y lecciones se han acumulado tanto de éxitos como de obstáculos;

Que la Declaración de Caracas ha sido utilizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como un estándar para interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos legales en los informes relacionados con los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales;

Que existen experiencias exitosas en algunos países que sirven de referencia para la OMS en sus acciones globales, tales como la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil, que promueve la movilización cultural, la reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención; y la reforma en Chile, que prescribe la integración de la Salud Mental dentro de las redes de servicio de salud pública. Cabe destacar ejemplos adicionales, entre otros, la integración de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud y el desarrollo de servicios de Salud Mental Infante-Juveniles en Cuba; aspectos sobresalientes del “Modelo Nacional Miguel Hidalgo de atención en Salud Mental” cuyo desarrollo contempla importantes acciones de prevención, hospitalización breve y reintegración social en México; el desarrollo de servicios de Salud Mental basado en la utilización de enfermeras, calificadas en Belice y Jamaica; la atención a grupos vulnerables en El Salvador, Guatemala y Nicaragua; y el desarrollo de un sistema de salud mental descentralizado en Panamá.

PRINCIPIOS DE BRASILIA

Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas

El Ministerio de la República Federativa de Brasil, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocaron al personal gubernamental de salud mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares a la “CONFERENCIA REGIONAL PARA LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL: 15 AÑOS DESPUÉS DE CARACAS”, los días 7-9 del mes de noviembre del año 2005, con el fin de evaluar los desarrollos producidos desde 1990.

LOS PARTICIPANTES DE LA CONFERENCIA, DESTACAN

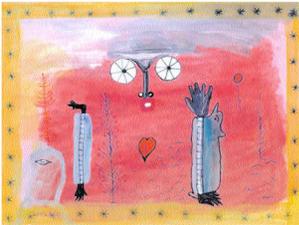
Que la Declaración de Caracas surgió como resultado de un análisis crítico del estado de la atención de salud mental en las Américas, que hacía inneluctable su reforma; Que la Declaración de Caracas consideró que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el hospital psiquiátrico y su remplazo por alternativas comunitarias de atención; y por acciones de salvaguarda de los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales; y Que la Declaración de Caracas ha sido emulada por todos los países de la Región de las Américas.

NOTAN

Que en los últimos 15 años se han producido en el nivel regional avances en la reestructuración de la atención psiquiátrica; Que las Resoluciones de los Consejos Directivos de la OPS en 1997 y 2001 constituyen importantes apoyos a los principios de la Declaración de Caracas; Que los Estados-Miembros de la OPS adoptaron en septiembre del 2005 la Declaración de Montevideo, la cual contiene nuevas orientaciones sobre la Atención Primaria de Salud, tales como la creación de sistemas sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención; y Que la OMS ha formulado principios rectores que orientan la reforma de la atención de salud mental a nivel global, los cuales fueron incluidos en el Informe Mundial de Salud Mental del 2001 y en otros programas e iniciativas.

TOMAN CONOCIMIENTO

Que los principios esenciales de la Declaración de Caracas están siendo implementados exitosamente en numerosos países de la Región; Que con el transcurso del tiempo valiosas experiencias y lecciones se han acumulado tanto de éxitos como de obstáculos; Que la Declaración de Caracas ha sido utilizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como un estándar para interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos legales en los informes relacionados con los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales; Que existen experiencias exitosas en algunos países que sirven de referencia para la OMS en sus acciones globales, tales como la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil, que promueve la movilización cultural, la reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención; y la reforma en Chile, que prescribe la integración de la salud mental dentro de las redes de servicios de salud pública. Cabe destacar ejemplos adicionales, entre otros, la integración de salud mental en la Atención Primaria de Salud y el desarrollo de servicios de salud mental infante-juveniles en Cuba; aspectos sobresalientes del “Modelo Nacional Miguel Hidalgo de atención en salud mental” cuyo desarrollo contempla importantes acciones de prevención, hospitalización breve y reintegración social en México; el desarrollo de servicios de salud mental basado en la utilización de enfermeras calificadas en Belice y Jamaica; la atención a grupos vulnerables en El Salvador, Guatemala y Nicaragua; y el desarrollo de un sistema de salud mental descentralizado en Panamá.



Maria do Socorro Soares 05/11/1992 - 05/03/2002 (de 10 años)
© Instituto Franco Bagnoli / Projeto Transmissão-SUFPA

REITERAN

La validez de los principios rectores señalados en la Declaración de Caracas con relación a:

El papel central que corresponde a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales; la necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren:

1. La provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo cuando sea necesario la admisión en hospitales generales;
2. La formulación de respuestas que prevengan el surgimiento de nuevas generaciones de personas enfermas afectadas por trastornos psiquiátricos de larga evolución y discapacidad psicosocial;
3. El establecimiento de vínculos sólidos con los servicios de Atención Primaria de Salud con alta capacidad resolutoria;
4. La participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental; y
5. La concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población.

Cabe subrayar que si mucho se ha avanzado, aún más debe ser hecho para cumplir las acciones pendientes derivadas de la Declaración de Caracas. Por ejemplo, continúa siendo excesivo el número de camas en los hospitales psiquiátricos y, por contraste, demasiado escaso el número de servicios alternativos en la comunidad. Además, aún es insuficiente la capacidad de documentación, monitoria y evaluación.

ADVIERTEN

Que los servicios de salud mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en estos quince años, tales como:

1. La vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis, que se ha incrementado notablemente;
2. El aumento de la morbilidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia;
3. El aumento de la demanda de servicios por parte de la vejez que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de alcohol; y
4. El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas.

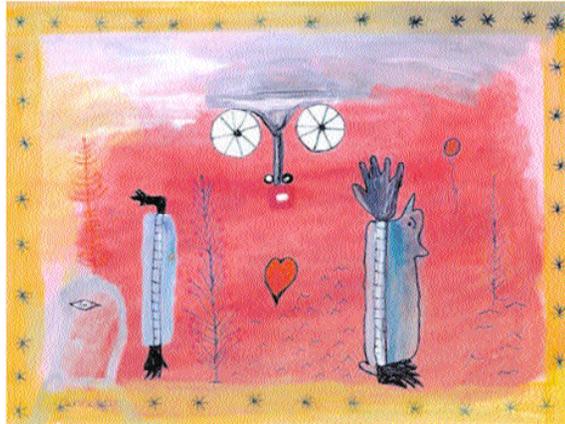
Por lo tanto,

LOS ALCALDADORES DE LA CONFERENCIA RESUELVEN ALINEAR ESFUERZOS A FIN DE:

1. Gestionar la realización de una Reunión Regional de Ministros de Salud que tenga como objetivo la formulación de un Plan de Acción Regional con metas definidas;
2. Continuar sensibilizando a las autoridades nacionales respecto a la necesidad imperiosa de aumentar la inversión en salud mental para afrontar la dramática carga de morbilidad y discapacidad generada por los trastornos mentales;
3. Recopilar, documentar y diseminar las experiencias de atención en salud mental, que hayan incorporado indicadores y estándares promovidos por la OPS y la OMS; y
4. Promover los programas de colaboración bi- y multilateral entre países para el desarrollo de servicios, capacitación e investigación.

Y LLAMAN A TODAS LAS PARTES INVOLUCRADAS A:

Continuar trabajando fríamente en la implementación de los principios éticos, jurídicos, técnicos y políticos incluidos en la Declaración de Caracas.



Maria do Socorro Santos (25/11/1952 - 05/03/2005) Sin Títul
© Instituto Franco Basaglia / Projeto Transversões-ESS/UFRJ

Reiteran

La validez de los principios rectores señalados en la Declaración de Caracas con relación a:

El papel central que corresponde a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales;

La necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren;

1. La provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de
2. crisis, incluyendo cuando sea necesario la admisión en hospitales generales;
3. La formulación de respuestas que prevengan el surgimiento de nuevas generaciones de personas enfermas afectadas por trastornos psiquiátricos de larga evolución y discapacidad psicosocial;

4. El establecimiento de vínculos sólidos con los servicios de Atención Primaria de Salud con alta capacidad resolutive;

5. La participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de Salud Mental; y

6. La concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población.

Cabe subrayar que si mucho se ha avanzado, aún más debe ser hecho para cumplir las acciones pendientes derivadas de la Declaración de Caracas. Por ejemplo, continúa siendo excesivo el número de camas en los hospitales psiquiátricos y, por contraste, demasiado exiguo el número de servicios alternativos en la comunidad. Además, aún es insuficiente la capacidad de documentación, monitoría y evaluación.

Advierten

Que los servicios de Salud Mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en estos quince años, tales como:

1. La vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis, que se ha incrementado notablemente;

2. El aumento de la mortalidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia;

3. El aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de alcohol; y

4. El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas.

Por lo tanto,

Los auspiciadores de la conferencia resuelven aunar esfuerzos a fin de:

1. Gestionar la realización de una Reunión Regional de Ministros de Salud que tenga como objetivo la for-

mulación de un Plan de Acción Regional con metas definidas;

2. Continuar sensibilizando a las autoridades nacionales respecto a la necesidad imperiosa de aumentar la inversión en salud mental para afrontar la dramática carga de mortalidad y discapacidad generada por los trastornos mentales;

3. Recopilar, documentar y diseminar las experiencias de atención en salud mental, que hayan incorporado indicadores estándares promovidos por la OPS y la OMS; y

4. Promover los programas de colaboración bi y multilateral entre países para el desarrollo de servicios, capacitación e investigación.

25

Y llaman todas las partes involucradas a:

Continuar trabajando firmemente en la implementación de los principios étnicos, jurídicos, técnicos y políticos incluidos en la Declaración de Caracas.



Ministério da Saúde

Secretaria Nacional de Segurança Pública

Ministério da Justiça

Secretaria Nacional Antidrogas

Gabinete de Segurança Institucional



Foro de Autoridades de Salud Mental en Sudamérica

Consideraciones Finales y Acuerdos

26

3 al 5 de septiembre del 2007

**Lujan, provincia de Buenos Aires, Argentina,
con la presencia de todos los países de Sudamérica**

1. Se destacaron como temas importantes y de interés para la subregión los siguientes: salud mental de la infancia y adolescencia; alcohol; violencia; atención primaria en salud mental; capacitación a médicos generales; articulación intersectorial entre salud mental, justicia y derechos humanos, incluyendo la formación de abogados expertos en derechos humanos y salud mental. La OPS evaluará la posibilidad de auspiciar talleres de trabajo en la subregión durante el próximo bienio sobre éstos y otros temas específicos de interés para los países, con el fin de impulsar la cooperación técnica.

2. Respecto a la promoción de iniciativas de capacitación, se deberán identificar las modalidades más adecuadas, destacando la necesidad de desarrollar las prácticas en servicios de base comunitaria y favorecer modalidades a distancia y/o semipresenciales.

3. Fortalecer las relaciones de intercambio de experiencias entre los países. Entre otros mecanismos se recomendó diseñar e implementar Proyectos de Cooperación Técnica entre Países, PCT (conocidos como TCC, por sus siglas en inglés). Se avanzó en compromisos para desarrollar un TCC entre Perú, Chile y Argentina y otro entre Brasil y Paraguay; habiendo otras alternativas que también podrían analizarse e impulsarse. El asesor subregional dará seguimiento a estos procesos. En especial, en el caso de Brasil, se evaluó las posibilidades de apoyo a otros países con incipiente desarrollo.

4. Priorizar la ejecución del WHO AIMS (Evaluación de los Sistemas de Salud Mental) en los países de la subregión, intentando concluir este proceso al 30 de junio de 2008. De finalizarse la evaluación de los sistemas de salud mental de todos los países sudamericanos en los tiempos propuestos, la OPS convocaría una reunión subregional para presentar y discutir las evaluaciones a finales del 2008.

5. La situación actual de los WHO AIMS es la siguiente:

- a. Han concluido: Chile y Paraguay
- b. Pendiente una última revisión y publicación: Brasil y Uruguay
- c. En proceso: Argentina, Ecuador y Perú
- d. A comenzar en las próximas semanas: Bolivia
- e. Pendiente 2008: Venezuela y Colombia

6. Apoyar la conformación de una red sudamericana de organizaciones de usuarios, familiares y voluntarios.

7. Evaluar por parte de la OPS y el Programa de Salud Mental de Chile la factibilidad de auspiciar un encuentro de organizaciones de usuarios y familiares en el segundo semestre del 2008.

8. Se acordó a nivel de los países efectuar gestiones para la posibilidad de incluir el componente de salud mental en el MERCOSUR

9. Se discutieron aspectos relacionados con la necesidad del fortalecimiento de la Enfermería en Salud Mental y el trabajo de la Red Regional. Es necesario identificar las iniciativas más adecuadas para ello.

10. Conformar este Foro de Autoridades en un Foro Permanente de Autoridades de Salud Mental. Esto favorecería la promoción de un proceso permanente de cambio para la construcción de sistemas y servicios basados en la comunidad; el intercambio entre los países; la articulación constante de personas e instituciones; mantener una actualización de la situación de los países en temas de interés común, entre otros aspectos.

11. Se acordó elaborar y distribuir un directorio con los participantes al Foro.

12. La Unidad Regional de Salud Mental de la OPS incluirá en la lista de distribución de su Boletín Electrónico a todos los participantes de la reunión.

13. El acta de la reunión con los principales acuerdos será enviada a todos los participantes.

14. La Argentina será el país encargado del seguimiento de los acuerdos hasta la realización de la próxima reunión del Foro, prevista en principio para fines del 2008 o comienzos del 2009.

15. No obstante la generación de una agenda queda abierta la posibilidad de nuevos acuerdos entre países.

27



Foro de Autoridades de Salud Mental en Sudamérica

3 al 5 de septiembre de 2007
Lujan, Buenos Aires



Organización
Panamericana
de la Salud
Organización Mundial de la Salud



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

La ley de Salud Mental de Río Negro se constituye como una pionera en el área, al promover la atención de los pacientes psiquiátricos en centros de salud generales y concibe la internación como último recurso terapéutico. Aquí, un detalle sobre la norma que se convirtió en un referente de la Reforma Psiquiátrica en el país.

Ley nro. 2440

SANCIONADA: 11/09/91
PROMULGADA: 03/10/91 -
DECRETO NUMERO 1466
BOLETIN OFICIAL: NUMERO 2909

**LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA
DE RIO NEGRO
SANCIONA CON FUERZA DE L E Y**

CAPITULO I - PRINCIPIO GENERAL

Artículo 1º.- La Provincia promueve un sistema de salud que atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas de cualquier edad con sufrimiento mental.-

Los establecimientos públicos y privados, los profesionales en el ejercicio privado de las ciencias de la salud relacionadas con la atención y tratamiento de las personas con sufrimiento mental, deberán cumplir el régimen establecido en la presente.-

Queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos, o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios individualizados en la presente Ley.-

La internación se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. En caso de ser imprescindible la internación, procederá con el objeto de lograr la más pronta recuperación y resocialización de

la persona debiendo procurarse en todos los casos que el tiempo de su duración se reduzca al mínimo posible.-

La internación implicará que se tienda permanentemente a lograr la externación de la persona y su tratamiento ambulatorio. La reinserción comunitaria de quien resulte internado deberá constituir el eje y causa de esta instancia terapéutica, teniendo en cuenta la singularidad de la persona humana, sus diversos momentos vitales y sus potencialidades de autonomía.-

La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta Ley y de todas las acciones que de ella se desprenden.-

Artículo 2º.- Las órdenes judiciales referidas a las personas mencionadas en el artículo anterior serán emitidas y cumplimentadas con estricto ajuste a la presente normativa.-

Artículo 3º.- La autoridad de aplicación de la presente Ley será el Consejo Provincial de Salud Pública. Previendo la reglamentación la descentralización operativa y funcional, sin que ello obste a la actividad conjunta a realizar con el Poder Judicial en los casos sujetos a la jurisdicción de éste último, los que se regulan específicamente.-

Artículo 4º.- El Poder Ejecutivo en el plazo de ciento veinte (120) días procederá a la reglamentación

de la Ley. Las distintas reparticiones, entes autárquicos o demás jurisdicciones administrativas involucradas en el proceso de promoción sanitaria y social de las personas alcanzadas por la presente normativa, formarán parte responsable en los niveles de acción, ejecución, programación, seguimiento y control que se definan en la reglamentación.-

En los casos de requerimientos judiciales todos los estamentos administrativos comprendidos en la promoción sanitaria y social, de personas con sufrimiento mental sujetas a la jurisdicción judicial, deberán disponer los medios que le sean solicitados en los plazos que terapéuticamente se establezcan y hayan sido receptados por la requisitoria judicial, de conformidad a lo establecido en la presente.-

Artículo 5º.- Se asegurará y procurará el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de las personas cuya promoción procura esta Ley con sus familiares directos y amistades. En los casos en que las personas con sufrimiento mental se hallaran bajo jurisdicción judicial gozarán de esta misma garantía salvo el caso en que terapéuticamente procediera un distanciamiento parcial y temporario, necesario en beneficio de la persona involucrada.-

Artículo 6º.- La promoción laboral y el trabajo de las personas alcanzadas por la presente Ley constituyen un derecho y un recurso terapéutico, por ende la Provincia garantizará la implementación de los medios adecuados para el acceso al trabajo, como uno de los factores esenciales tendientes a la recuperación de las personas con sufrimiento mental.-

CAPITULO II - EQUIPOS TERAPEUTICOS Y PROMOCIONALES

Artículo 8º.- Integrarán los equipos terapéuticos y promocionales los trabajadores de Salud Mental de la Provincia como responsables operativos. Estos coordinarán y ejecutarán las tareas necesarias con el conjunto de los agentes de Salud y demás miembros de la comunidad. La conducción de estos equipos terapéuticos se asignará por concurso.-

El Consejo Provincial de Salud Pública fijará dentro de sus pautas presupuestarias el recurso humano de enfermería, agentes sanitarios, técnicos y profesionales necesarios para el cumplimiento de los objetivos propuestos en la Ley, como así también su capacitación y actualización.-

Artículo 9º.- Los equipos deberán evaluar a las personas que se presentan con sufrimiento mental para determinar la estrategia terapéutica mas adecuada. Contemplan las situaciones en términos singulares para cada individuo y de acuerdo a sus diferentes mo-

mentos proponiendo tantas estrategias como necesidades plantee.-

Artículo 10º.- La Provincia desconoce como válido todo medio terapéutico, cualquiera fuere su naturaleza, destinado exclusivamente a obtener la estabilización, claustración o reclusión de las personas como fin en sí mismo, desvinculado del propósito social contenido en esta Ley.-

La Provincia garantiza a sus habitantes el acceso gratuito a las alternativas terapéuticas que en cada caso corresponda, asegurándose -a este respecto- el tratamiento igualitario de todas las personas, sin discriminaciones de ninguna naturaleza.

La autoridad de aplicación dispondrá el funcionamiento de lugares de rehabilitación y resocialización de pacientes en ciudades de la Provincia, a determinar por la reglamentación de la presente Ley.-

Artículo 11º.- Los recursos terapéuticos se deberán proveer, para su correcta efectividad, en el lugar habitual de residencia de la persona o en el más cercano. La familia, vecinos o amigos, familia sustituta, como toda otra expresión de la organización comunitaria son parte activa para la recuperación de la persona con sufrimiento mental.-

Su responsabilidad y rol específico se establecerán en la estrategia terapéutica para cada caso.-

Artículo 12º.- Para las personas con sufrimiento mental y sujetas a la jurisdicción judicial, se prevé la

creación de pequeños espacios por jurisdicción para la internación completa, cuando ésta resulte necesario y conforme lo establecen los artículos 1 y 13. Se deberá proveer a estos espacios de todos los recursos humanos y materiales necesarios así como específicos, debiendo encontrarse instalados los mismos en sitios adecuados para sus fines y funcionamiento.-

Artículo 13^o.- Además de lo preceptuado por la legislación de fondo vigente, la Provincia promoverá en los procesos judiciales la recuperación de las personas con sufrimiento mental sujetas a su jurisdicción para lo que el juez actuante dará intervención a tales fines a los equipos terapéuticos y medios que la autoridad sanitaria destine a tales efectos.-

Artículo 14^o.- Es deber de los jueces que ejerzan jurisdicción presente sobre las personas con sufrimiento mental, procurar la aplicación de todos los medios de terapia y promoción sanitaria y social que cree esta Ley y su reglamentación, a instancia del equipo terapéutico interviniente.-

Artículo 15^o.- A los fines de lo dispuesto en los artículos 13 y 14, los jueces con competencia en cada caso ordenarán la participación, auxilio y asistencia de los equipos terapéuticos, así como la de la autoridad de aplicación cuando las circunstancias lo requieran.-

El juzgado interviniente hará aplicar en cada caso la estrategia terapéutica aconsejada por el equipo y a solicitud de éste, o de la autoridad de aplicación, podrá requerir de los organismos involucrados en su

cumplimiento, todas y cada una de las acciones previstas para el logro de la estrategia de recuperación y promoción establecida.-

Artículo 16^o.- Los Asesores de Menores y Defensores Generales y Oficiales, además de las funciones que les asignan las leyes de forma y de fondo, en los procesos judiciales que afecten a personas con sufrimiento mental, tendrán directa participación en la tutela del cumplimiento de lo establecido en el artículo 13, interviniendo ante el juez a instancias del equipo terapéutico, la autoridad de aplicación o el integrante del Departamento Médico Forense Judicial para preservar los fines de esta Ley o restablecer los derechos conculcados que la misma crea en favor de las personas sujetas al tratamiento.-

El Departamento Médico Forense de cada circunscripción judicial, a través de sus integrantes y en la forma que determine el reglamento judicial, tomará contacto personal con aquellos internados a que alude el párrafo anterior.-

Artículo 17^o.- En los casos necesarios de internación de personas con sufrimiento mental el equipo terapéutico deberá, al elevar su dictamen al juez interviniente, aconsejar el respectivo plazo de internación.-

Artículo 18^o.- En el supuesto de la internación policial de urgencia conforme lo establece el artículo 482 del Código Civil, el director del hospital del lugar y la autoridad policial deberán dar aviso al juez competente, el cual convocará al equipo terapéutico del

área, en un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas, período durante el cual la persona quedará alojada en el ámbito hospitalario o en el lugar que la guardia hospitalaria preventivamente establezca, debiéndose garantizar los aspectos vinculados a espacio físico, recursos humanos y terapéuticos en general que para el caso correspondan.-

El plazo mencionado podrá extenderse hasta setenta y dos (72) horas en casos en que no hubiera equipo terapéutico en la localidad donde se encontrara alojado, dentro del mismo, el órgano de aplicación propondrá el equipo de salud responsable de su tratamiento.-

Las citadas autoridades procurarán la pronta y efectiva comunicación a los familiares, amigos o vecinos de la persona preventivamente internada.-

El juez actuante, con intervención del Ministerio Pupilar y del equipo terapéutico del área, en un plazo que no exceda de los siete (7) días de producida la internación deberá hacer efectivizar la estrategia terapéutica propuesta para el caso con los equipos y medios que prevé esta Ley y su reglamentación.-

En el caso de que los jueces penales deban disponer medidas de seguridad en los distintos supuestos que establece el artículo 34, inciso 1) del Código Penal, regirán idénticos principios que los enunciados en el anterior párrafo, en la medida que lo permita el estado de la causa.-

Artículo 19^o.- En estos casos y cuando correspondiera, todas las medidas cautelares y aún la promoción

del juicio de insania o inhabilitación, lo serán preservando el derecho inalienable de la persona con sufrimiento mental a ser sujeto de la instancia de promoción sanitaria social que prevé la presente Ley.-

Artículo 20^o.- Todo establecimiento asistencial público o privado que recibiera internación voluntaria de personas o a pedido de familiares, que pudieran estar alcanzadas por la presente Ley, deberán comunicar fehacientemente y por escrito dentro de las veinticuatro (24) horas o en el menor tiempo que permitan los medios disponibles, al Juzgado Civil o, en su ausencia, al Juzgado de Paz más cercano y a la autoridad de aplicación el hecho; a fin de que se garanticen la asistencia y promoción que se establece por la presente. A tal efecto y dentro de las veinticuatro (24) horas los juzgados comunicarán la novedad a la autoridad de aplicación.-

Artículo 21^o.- Las personas declaradas insanas o a las que se les hayan impuesto medidas de seguridad no podrán ausentarse de la Provincia sin autorización del juez de la causa, salvo supuestos de urgencia que deberán ponerse en conocimiento de los Ministerios Públicos o del juez interviniente con la mayor brevedad. En casos de plantearse disensos entre los representantes del enfermo o sus guardadores y las autoridades o profesionales encargados de la aplicación de esta Ley, o bien entre éstos, con tal motivo decidirá el juez sumariante respetando el derecho de defensa y el principio de certeza previa intervención del equipo terapéutico titular o el reemplazante en su caso. La interpretación de este artículo será restrictiva y se conferirá la autorización en consideración al bien del enfermo cuidando que el traslado no sirva para encubrir su extrañamiento.

to o para burlar las finalidades tutelares que se consagran en la presente Ley.-

Artículo 22º.- En el lapso de dos (2) años a partir de la promulgación de la presente el Poder Ejecutivo implementará las medidas necesarias a los fines de trasladar a la Provincia de Río Negro a todas aquellas personas con sufrimiento mental que estuvieran internadas por orden judicial fuera del territorio provincial.-

Artículo 23º.- Créase la Comisión Mixta para la promoción y evaluación permanente de la aplicación de la presente Ley integrada con representantes de los sectores intervinientes. Esta Comisión propondrá las enmiendas que estime adecuadas antes del 10 de diciembre de 1993.-

Artículo 24º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo y archívese.-

© 2006 - LEGISLATURA DE RÍO NEGRO -
Todos los derechos reservados

Principales documentos internacionales sobre Derechos Humanos

34

- **1) Convención Americana sobre Derechos Humanos**

<http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas3con.html>

- **2) Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales**

<http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas10pe.html>

- **3) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**

<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb3ccpr.html>

- **4) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**

<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb2esc.html>

- **5) Resolución de la OPS/OMS sobre derechos humanos y discapacidad**

<http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47.r1-s.pdf>

- **6) Resolución de la CIDH sobre los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales**

- **7) Convención de los Derechos del Niño**

<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sk2crc.html>

- **8) Normas Uniformes de las Naciones Unidas**

<http://www.discapitados.org.ar/body/normas.html>

- **9) Convención para la eliminación de la discriminación de la mujer**

<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/se1cedaw.html>

- **10) Principios para la protección de los enfermos mentales (ONU)**

<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/st2pppmif.html>

Recursos y fuentes de información

Organización Mundial de la Salud

Página de salud mental

http://www.who.int/topics/mental_health/es/

Publicaciones



Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, OMS, 2001.

En el informe se señala a la salud mental fundamental para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países. Se propugnan una serie de medidas requeridas para acabar con la estigmatización y la discriminación y asegurar la implantación de servicios de prevención y tratamiento

eficaces. Texto completo disponible en español en:
<http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>



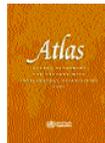
Mental health policy and service guidance Package.

Es una serie de 14 módulos interrelacionados, con guías técnicas, documentos y material de capacitación para apoyar a los países en los temas de salud mental, derechos humanos y legislación. El módulo introductorio describe el contexto global de la salud mental incluyendo el

contexto histórico y desarrollos recientes para comprensión, tratamiento y cuidado de las personas con padecimientos mentales. Los módulos están orientados a otros aspectos de la salud mental.

http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html

http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage2/en/index.html



Atlas de salud mental de la OMS: Recursos globales para las personas con discapacidades mentales. Ginebra, OMS, 2007.

Los recursos mundiales dedicados a las personas que sufren trastornos mentales y neurológicos son insuficientes para enfrentar la carga de necesidades en salud mental, y están distribuidos de manera desigual en el mundo. Una quinta parte de los 100 países citados en el estudio gastan menos del 1% de su presupuesto sanitario en salud mental, cuando la estimación de la OMS es del 13%.

Texto completo disponible en inglés en:

http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas_id_2007.pdf



Pratap Sharan, Itzhak Levav, Sylvie Olifson, Andrés de Francisco, Shekhar Saxena, eds. Research capacity for mental health in low- and middle-income countries: Results of a mapping project.

Geneva, World Health Organization & Global Forum for Health Research, 2007.

Informa sobre la situación de la investigación en salud mental de 114 países, con información de la literatura indexada en Medline y PsycINFO y no indexada (periódicos locales, documentos no publicados, actas de conferencias e informes). Mapea 10.000 artículos, 4.633 investigadores en salud mental y 3.829 personas del sector, información sobre la producción de investigación, prioridades y financiación.

Texto completo disponible en inglés en:

http://www.who.int/mental_health/MHRC_FullText.pdf



Atlas de enfermería en salud mental 2007. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007. Realizado en forma conjunta con el Consejo Internacional de Enfermeras. Compila información relevante en recursos en salud mental a nivel nacional de 177 países, áreas o territorios que cubren el 98.5% de la población mundial. Contiene información exhaustiva para ayudar a los países de bajos y medianos ingresos a evaluar y promover el rol de las enfermeras en salud mental, el informe intenta cubrir esta brecha.

Texto completo disponible en inglés en:

http://www.who.int/mental_health/evidence/nursing_atlas_2007.pdf



Hunt, Paul and col. **Neglected diseases: a human right analysis Social, Economic and Behavioural Research.** Special Topics No.6, Geneva, WHO, 2007.

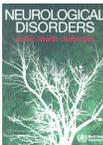
Releva las enfermedades desatendidas y señala la falta de acoplamiento entre las enfermedades y los derechos humanos desatendidos; señala cómo un acercamiento a los derechos humanos puede contribuir a la lucha contra enfermedades desatendidas.

http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/seb_topic6.pdf



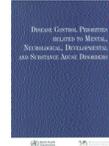
Mental health legislation and Human rights guidance package - WHO Resource book on mental health, human rights and legislation, Geneva, WHO.

La guía brinda información importante sobre estándares internacionales en derechos humanos relacionados con salud mental. Provee orientación sobre temas clave que los gobiernos necesitan considerar e incorporar en sus leyes nacionales de salud mental, tanto como estrategias para facilitar su desarrollo, adopción e implementación.



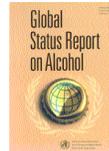
World Health Organization. Neurological Disorders: Public Health Challenges. Geneva, OMS, 2006

El informe provee información y consejería sobre las intervenciones en salud pública que se aplican para reducir la ocurrencia y consecuencias de los desórdenes neurológicos. La obra ofrece para los profesionales de salud pública y planificadores la oportunidad de evaluar la carga causada por estos desórdenes en cada país para poder abordar las acciones más apropiadas.



Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders. Geneva, WHO, 2006.

La publicación reproduce cinco capítulos de prioridades incluídos en la publicación Control de las Enfermedades en los Países en Vías de Desarrollo, en su edición de 2006. Las evidencias descritas en este informe tienen como objetivo contribuir a la reformulación de políticas, programas y a la reasignación de recursos para reducir morbilidad y la mortalidad causada por estos desórdenes.



Global status report on alcohol. Geneva, WHO, 2004.

Es una nueva edición del informe publicado en 1999, esta edición proporciona una actualización del papel del alcohol en la salud global y contiene los datos no encontrados en la edición anterior. El reporte intenta documentar qué se sabe sobre el consumo del alcohol entre los varios grupos de la población, el impacto del alcohol en la salud en el mundo y su prevención. Además, proporciona un cuadro del estado actual del conocimiento en alcohol y la salud, los datos que proporciona estimulan otros esfuerzos en documentar el grado del uso del alcohol, los problemas relacionados con el alcohol y de las políticas en Estados Miembros de la OMS.

Otras publicaciones sobre salud mental de la OMS están disponibles consultando en:

http://www.who.int/mental_health/resources/publications/en/index.html

Organización Panamericana de la Salud Página de salud mental

<http://www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=SPA&ID=148>

Publicaciones



Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias

Serie de Manuales y Guías sobre Desastres No.1, Washington, D.C., OPS, 2002

Es una guía práctica de planificación para actuar en el período crítico de una emergencia. Orientada al trabajo comunitario, promueve la coordinación entre las organizaciones que trabajan en el campo de la salud mental con enfoques, frecuentemente, diferentes.

Texto completo disponible en español en:

<http://www.paho.org/Spanish/DD/PED/SaludMental01.pdf>



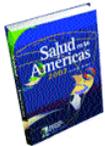
Rodríguez, Jorge, ed. Guía Práctica de Salud Mental en Casos de Desastres

Serie Manuales y Guías sobre Desastres No.7, Washington, D.C., OPS, 2006.

Guía práctica con procedimientos para identificar y manejar las manifestaciones psicológicas comunes que presentan las víctimas de los desastres. Dirigida a los trabajadores de salud en situaciones de emergencias.

Texto completo disponible en español en:

<http://www.paho.org/Spanish/DD/PED/GuiaPracticadeSaludMental.pdf>



Salud en las Américas 2007. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2007. Publicación Científica y Técnica No. 622.

Es un informe actualizado sobre la situación de salud en los 46 países de la Región y territorios de las Américas. Analiza los avances, obstáculos

los y desafíos de los Estados Miembros en sus esfuerzos para lograr una mejor salud para todos los habitantes del hemisferio. La obra aborda la salud como un derecho humano, tomando en cuenta los entornos de la persona y de la comunidad, y analiza los diversos factores críticos de orden biológico, social, cultural, económico y político que la determinan.

Texto completo disponible en español en:

<http://www.paho.org/hia/index.html>



Guía Internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias. Ginebra, OMS, 2000.

El documento tiene como objetivo ofrecer a los Estados Miembros de la OMS una guía informativa para la vigilancia epidemiológica que facilite la creación de políticas eficaces, incrementar las posibilidades de comparación de datos globales y regionales sobre el uso del alcohol y sus efectos adversos para la salud, a fin de mejorar la vigilancia y facilitar la investigación y la evaluación de riesgos. Apunta además a ofrecer una orientación práctica para desarrollar indicadores realistas y efectivos sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias para diferentes países con distintos niveles de recursos.



Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y salud de los pueblos indígenas. Washington, D.C., OPS, 2005.

La publicación es el resultado de las actividades del proyecto desarrollado en colaboración entre la OPS y Health Canadá, donde participaron Nicaragua, Bolivia, México, Panamá y Canadá. En una reunión celebrada en la ciudad de Panamá, en enero de 2005, se presentaron los avances de los estudios de caso, la situación de los pueblos indí-

genas y se discutieron recomendaciones para disminuir el impacto del alcohol en esa población.

Revista Lancet

Serie sobre Salud Mental Global, publicada por la revista The Lancet, Volumen 370, Número 9590, 8 de setiembre de 2007

Con la idea de lanzar una llamada de atención internacional, la prestigiosa revista The Lancet reunió una serie de artículos elaborados por especialistas de todo el mundo con el propósito de dar a conocer las deficiencias que existen en torno a la salud mental, además de incentivar tanto a políticos como donantes y profesionales para que ofrezcan más ayudas en la lucha contra estas enfermedades.

Texto completo disponible en inglés en:

http://www.thelancet.com/online/focus/mental_health/collection

38

Vínculos asociados al tema salud mental



Información bibliográfica en Argentina en Biblioteca Virtual en Salud – Argentina

<http://www.bvs.org.ar>

Información bibliográfica de la Región de las Américas en Biblioteca Virtual en Salud

<http://regional.bvsalud.org>



Información bibliográfica de la Región de las Américas en Biblioteca Virtual de Salud y Desastres

<http://helid.desastres.net/>



SciELO - Biblioteca Científica Electrónica en Línea. Contiene 515 títulos de revistas científicas en texto completo gratuito de la Región de las Américas, Portugal y España.

<http://www2.scielo.org>



El Portal de Evidencias de la `Biblioteca Virtual en Salud`

(BVS) promueve el uso de la información de mejor evidencia para apoyo en la toma de decisiones en la atención y gestión de la salud, así como en el proceso de desarrollo de nuevos estudios basados en evidencias. <http://evidencias.bvsalud.org>



Campus Virtual en Salud Pública

El CVSP es una red de personas e instituciones con el propósito de facilitar la gestión de información y comunicación, para desarrollar competencias individuales y capacidades institucionales en Salud Pública. <http://www.campusvirtualsp.org>



Mental health Improvements for Nations Development: The WHO MIND Project

Towards concrete changes in people's daily lives

Los desórdenes mentales y neurológicos, como la depresión, la esquizofrenia, la epilepsia, el abuso a sustancias, entre otros, causan inmenso sufrimiento a las personas que los padecen y amplían su vulnerabilidad pudiendo llevarlos a una vida de pobreza, de discriminación y violación de sus derechos humanos, con la negación de las oportunidades básicas para ser ciudadanos.

Las 4 áreas temáticas de WHO MIND



Acción en los países: países trabajando

El objetivo de la OMS en su trabajo con los países es reducir la brecha en el tratamiento, permitiendo a más personas con padecimientos mentales recibir tratamiento efectivo y el cuidado que ellos y sus familia necesitan para hacer sus vidas productivas en la comunidad.



Políticas, Planes y Desarrollo de servicios: integración para mejores servicios

Las políticas en salud mental y los planes de acción son importantes porque ellos coordinan, a través de una visión común, todos los programas y servicios relacionados a la salud mental. Sin este tipo de organización, los desórdenes mentales son tratados de manera ineficiente y fragmentada.



Salud mental, derechos humanos y legislación, ciudadanos negados: incluyendo a los excluidos.

Mucha gente con desórdenes mentales está expuesta a una amplia gama de violaciones en

derechos humanos, tanto en las instituciones psiquiátricas como en la comunidad. La legislación y los derechos humanos son recursos para monitorear las condiciones de la salud mental en instituciones y terminar con las violaciones.



Salud mental, pobreza y desarrollo: la salud mental, base para el desarrollo

A través del tratamiento y la prevención de desórdenes mentales se puede reducir la mortalidad prematura, mejorar las altas y los problemas físicos crónicos, reducir la violencia y los daños y mejorar el desarrollo social y económico.

Representación de OPS/OMS en Argentina

Marcelo T. de Alvear 684 4º piso (C1058AAF) Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel. (005411) 4319-4200 / [Http://www.ops.org.ar](http://www.ops.org.ar)



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

