

En 1948, la Primera Asamblea Mundial de la Salud propuso la creación de un “Día Mundial de la Salud”. Desde 1950 éste se ha celebrado el 7 de abril de cada año. El objetivo de este día es que en todo el mundo se tome conciencia de un tema de salud específico y se inicien actividades relacionadas con ese tema, considerado prioritario.

En el Día Mundial de la Salud, desde 1995, se publica el Informe Anual sobre la Salud en el Mundo, considerada como una de las publicaciones más importantes de la OMS. Cada año el Informe combina una evaluación experta de la salud global, con las estadísticas pertinentes al tema. El propósito de este Informe es proporcionar a los países, a las agencias, a las organizaciones internacionales y a otras entidades, la información necesaria para la toma de decisiones políticas y económicas. El Informe también se ofrece a una audiencia mayor, como las universidades, hospitales de enseñanza, escuelas de medicina, periodistas y público en general. Cualquier persona con un interés profesional en los temas de salud internacional tiene acceso a este Informe.

El primero, en 1995, se refirió al efecto de la pobreza y a la influencia que tiene en cada etapa de la vida humana, las brechas entre los países pobres y los ricos, y entre aquellos que tienen acceso y los que no lo tienen, al cuidado de la salud. En el Informe se describen los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud para estrechar esta brecha en la salud mundial.

Los Informes Anuales han abordado diferentes tópicos de salud como las enfermedades infecciosas, la salud materno-infantil, entre otros. En 2001, el Informe Anual abordó la Salud Mental; de éste rescataremos algunos aspectos relacionados con el tema de este año.

El Informe sobre la Salud en el Mundo del 2006, “Colaboremos por la salud”, está dedicado al desarrollo y al fortalecimiento de los recursos humanos, los cuales son la base de cualquier sistema de salud. Incluye una evaluación de la crisis actual en los trabajadores de la salud y hace propuestas ambiciosas para resolver este problema. El informe muestra que es preciso invertir más recursos en la fuerza laboral del área de la salud y traza un plan a diez años para tratar de resolver la crisis.

De acuerdo al Informe, faltan casi 4.3 millones de médicos, parteras, enfermeras y trabajadores de la salud en general. Esta carencia es más grave en los países más pobres especialmente en los países subsaharianos en África, donde se requieren más médicos. En esta parte del mundo hay cuatro de cada 100 médicos y ahí hay una cuarta parte de la carga mundial de la enfermedad. En Cuba existen seis médicos por cada 1,000 habitantes, en Haití hay uno por cada 4,000 ciudadanos.

También en el tipo y número de trabajadores de salud mental a través del mundo hay una amplia disparidad. La mediana del número de psiquiatras varía desde 0.06 por 100,000 habitantes, en los países con pocos recursos, a 9 por 100,000 en los países con recursos elevados. Para las enfermeras psiquiátricas la mediana va de 0.01 por 100,000 a 33.5 por 100,000. En casi la mitad del mundo hay menos de un neurólogo por millón de personas, la situación para los que proporcionan cuidado a los niños y adolescentes es todavía peor.

Se deben implementar acciones para la formación de recursos humanos en salud, y movilizar políticas e intervenciones en los países, a fin de aumentar en cantidad y calidad a los trabajadores de salud.

Para el desarrollo de un plan se deben tomar en cuenta todas las etapas de la carrera del trabajador de la salud, desde que entran al entrenamiento, empiezan a trabajar y se retiran, el Informe propone un plan de acción de diez años en el cual los países pueden construir sus propias fuerzas de salud con apoyos globales.

Modelos de atención y recursos humanos

En el Informe de Salud 2001, “Salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”, se menciona que la salud mental ha sido dejada de lado por mucho tiempo, a pesar de que es crucial para el bienestar de los individuos, de las sociedades y de los países. Se propuso el apoyo a políticas para asegurar que el estigma y la discriminación se eliminen, y que tanto la prevención como el tratamiento sean efectivos.

Las diez acciones propuestas fueron:

1. Proporcionar tratamiento en el primer nivel de atención.
2. Hacer los medicamentos psicotrópicos disponibles.

* Facultad de Medicina, B. Universidad Autónoma de Puebla. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

3. Dar atención en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, familias y consumidores.
6. Establecer políticas nacionales.
7. Desarrollo de recursos humanos.
8. Involucrarse con otros sectores.
9. Monitorear la salud mental de la comunidad.
10. Apoyar más la investigación.

Estas recomendaciones han implicado un cambio importante en el modelo de atención a la salud mental. Se establece un continuo desde la atención que se proporciona directamente en la comunidad, hasta la que se proporciona en centros llamados de “alta especialidad”. Con este cambio de paradigma en la atención a la salud en general, y a la salud mental en particular, es claro que la formación de recursos humanos tiene que adaptarse a estos nuevos modelos.

De manera ideal, el continuo en la atención de la salud mental sería (WHO, 2006):

1. Autocuidado.
2. Atención informal en la comunidad.
3. Atención de salud mental a través de los servicios de atención primaria.
4. Servicios de salud mental en la comunidad y servicios de Psiquiatría en los hospitales generales, y
5. Servicios de especialistas en psiquiatría.

Los profesionales que se requieren son diversos: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas. Los voluntarios y los grupos de autoayuda son recursos potencialmente valiosos.

En Ghana, en 1999, la Organización Mundial de la Salud, lanzó un proyecto piloto de tres años en el que se prepararon voluntarios seleccionados de sus comunidades para identificar y seguir a personas en sus comunidades que tuvieran trastornos mentales. El gobierno actualmente ha adoptado el proyecto y se está extendiendo a otros distritos. Es importante reconocer que el cambio hacia el cuidado basado en la comunidad no tiene que dejar de lado el otro final del continuo: el cuidado con especialistas y subespecialistas.

En muchas partes del mundo la carencia crítica de especialistas es una limitación mayor en el modelo del cuidado continuo. La falta de especialistas, como psiquiatras, significa que la atención con frecuencia no está disponible. Los psiquiatras tienen un papel crucial en el manejo y tratamiento de personas con trastornos mentales complejos, en proporcionar supervisión continua y apoyo para los no especialistas que trabajan en el campo de la salud mental; en la enseñanza y en el entrenamiento de otros profesionales de la salud mental.

El cambio del cuidado basado en el hospital hacia el cuidado basado en la comunidad y el nuevo énfasis en las aproximaciones multidisciplinarias significan cambios en las políticas del estado para proporcionar servicios de atención a la salud. Estos cambios representan desafíos para los administradores, trabajadores de la salud y agencias regulatorias. Los administradores necesitan implicarse activamente con los trabajadores de la salud, escuchar sus requerimientos y proponer reformas para la atención y nuevas formas de trabajar basadas en la evidencia. El desafío para los trabajadores de la salud es ver los cambios como una oportunidad para un mayor aprendizaje, desarrollo personal y profesional, sin dejar de lado el interés legítimo en cuanto al estatus personal y el ingreso.

El equipo de especialistas en salud mental, idealmente, debe incluir profesionistas médicos y no médicos, como psiquiatras, médicos no psiquiatras (médicos generales, neurólogos y otros especialistas), psicólogos, enfermeras psiquiátricas, trabajadores sociales psiquiátricos, terapeutas ocupacionales, y otros grupos como sacerdotes y curanderos tradicionales. Los practicantes de la medicina tradicional son la principal fuente de asistencia para casi el 80% de los habitantes de áreas rurales en los países en vías de desarrollo. No es raro que sean el primer contacto del paciente para recibir atención a la salud, suelen ser los primeros en identificar los casos y pueden facilitar las referencias y proporcionar consejo, monitoreo y seguimiento.

Recursos humanos y salud mental en México

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en los últimos 12 meses, las personas con un trastorno mental reportan una prevalencia de 11.7% en el uso de cualquier servicio de atención a la salud (especialistas en salud mental, médicos generales, médicos con otras especialidades y otros recursos, incluidos los de la medicina tradicional). De los sujetos que reportaron dos trastornos (19.4%) y de los que reportaron 3 y más trastornos (11.2%), reportaron haber acudido a un servicio de atención a la salud. Esto quiere decir que sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención, uno de cada cinco con dos trastornos o más y uno de cada diez con tres o más trastornos (Medina Mora y cols., 2003).

Independientemente de un estudio más a fondo que permita conocer las causas de esta poca atención que se da a las personas con trastornos mentales, un primer paso es revisar el estado de los recursos humanos que proporcionan esta atención en México.

Los recursos humanos para la atención a la salud pueden ser evaluados tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo. En esta revisión sólo comentaremos algunos de los indicadores básicos cuantitativos ya que la evaluación de la calidad no está estandarizada para los diferentes tipos de trabajadores de la salud mental.

En México, para una población total de 105 699 000 habitantes, la distribución global de trabajadores de la salud en el año 2000, fue como sigue (WHO, 2006):

<i>Trabajadores de salud</i>	<i>Número</i>	<i>Densidad por 1000 habitantes</i>
Médicos	195,897	1.98
Enfermeras	88,678	0.90
Dentistas	78,281	0.79
Farmacéuticos	3,189	0.03

En cuanto a parteras no hay registro.

El número de enfermeras psiquiátricas por 100,000 habitantes en México, es de 0 a 1 (Informe 2001).

En la UNAM, el Curso de Especialización en Psiquiatría se inició a principios de los 50. Hasta esa fecha, los médicos generales con inclinación hacia la psiquiatría se preparaban para la práctica de la especialidad asistiendo por un tiempo variable a los pabellones del antiguo manicomio de La Castañeda, al lado de médicos más experimentados.

Para 1976 había en el país aproximadamente 507 psiquiatras, la mayor parte de ellos en las grandes ciudades. Este número de especialistas era notoriamente insuficiente, por lo que se anticipaba que aumentaría la demanda de adiestramiento en psiquiatría.

En 1988 habían egresado 1108 psiquiatras y se calculó en 1.5 por 100 000 habitantes. Sin embargo, de acuerdo al Atlas de la Organización Mundial de la Salud (2005) en México, el número de psiquiatras por 100 mil habitantes entra en la categoría de 0 a 1 por 100 000 habitantes (De la Fuente y cols. 1988).

Resolviendo el problema

En el Informe del 2001 se describió que los trastornos mentales y conductuales constituyen el 12% de la carga global de la enfermedad y el gasto en salud para la atención de estos trastornos, en la mayoría de los países, es menos del 1% de su gasto total en salud. También en este informe se estableció que en los países en vías de desarrollo, la falta de especialistas y trabajadores en salud con el conocimiento y las habilidades para el manejo de los trastornos mentales y de la conducta es una barrera importante para proporcionar tratamiento y cuidado. Si la atención a la salud va a avanzar, deben invertirse tiempo y energía en la evaluación del número y tipo de profesionales que se requieren en los años venideros.

Con la integración del cuidado de la salud mental en el sistema general de salud, la demanda de médicos generales con entrenamiento en salud mental está aumentando y la de especialistas disminuirá, aunque se requiere una masa crítica de especialistas en salud mental para tratar y prevenir efectivamente estos trastornos.

Tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, la curricula médica necesita actualizarse para asegurar que los médicos que se están graduando tengan las habilidades para el diagnóstico y el tratamiento de las personas que tienen un trastorno mental. Esto entraña la integración de la psiquiatría en la enseñanza básica y clínica del pregrado. Recientemente Sri Lanka expandió la duración del entrenamiento en psiquiatría e incluyó la evaluación de estos conocimientos en la educación de los médicos.

El qué enseñar y cómo enseñar ha sido revisado por Alarcón (2004).

Otros profesionales de la salud como las enfermeras y los trabajadores sociales, requieren entrenamiento para comprender los trastornos mentales y las opciones de tratamiento disponibles.

Todos los cursos deben de incorporar la aplicación de estrategias psicosociales basadas en evidencias y en el desarrollo de habilidades en las áreas de administración, desarrollo de políticas y métodos de investigación.

En el Instituto Nacional de Psiquiatría, desde 1977 se preparan trabajadores sociales psiquiátricos. Casi todos los egresados de este curso permanecen en el Distrito Federal, en tanto que casi 50% de los estados de la República no cuentan con ningún trabajador social psiquiátrico, y en los demás el número de ellos es insuficiente para poder influir significativamente en la población. Se ha estimado que para satisfacer la demanda de este personal sería necesario que por lo menos se formaran 200 trabajadores sociales psiquiátricos al año, durante los próximos 10 años (Vargas y Hernández, 1997).

En la mayoría de los países en vías de desarrollo se requiere que aumente y mejore el entrenamiento de los profesionales de salud mental, que proporcionarán cuidado especializado y que apoyarán los programas de atención primaria. La mayoría de estos países carecen de un adecuado número de especialistas en salud mental.

En los países en vías de desarrollo las oportunidades de educación superior no siempre están disponibles y el entrenamiento a menudo se hace en otros países, esto generalmente no ha conducido a resultados satisfactorios ya que muchos médicos que se entrenan fuera de su país no regresan y consecuentemente su experiencia se pierde en otra sociedad. Esto necesita ser evaluado y trabajado a largo plazo a través de implementar centros de excelencia para el entrenamiento y la educación dentro de los países. Una vez entrenados, a estos profesionales debe animárseles a que permanezcan en sus países en posiciones en las que se haga mejor uso de sus habilidades. Este desarrollo de recurso humano es especialmente necesario para países con pocos recursos. Aunque los que proporcionan el cuidado de atención primaria son los más útiles para el cuidado inicial, se requiere que los especialistas proporcionen un rango más amplio de servicios.

Conclusiones

La adopción de un sistema de atención a la salud basado en la comunidad, requiere de una redefinición del papel de todos los que proporcionan el cuidado. Un trabajador de salud en general, ahora tiene la responsabilidad adicional de identificar y manejar los trastornos mentales y conductuales en la comunidad. Esto incluye la identificación y la intervención primaria para los trastornos y los problemas relacionados con el uso del tabaco, del alcohol y otras drogas.

La redefinición de los roles debe ser explícita a fin de asegurar que las nuevas responsabilidades se adopten con mayor facilidad. También se requiere entrenamiento en las habilidades necesarias para llevar a cabo las nuevas funciones y las responsabilidades. Indudablemente el cambio de roles traerá problemas de poder y control y éstos van a actuar como barreras al cambio. Por ejemplo, los psiquiatras perciben y se resisten a su pérdida de poder cuando a otros trabajadores de la salud, con menos experiencia, se les da la autoridad para manejar los trastornos mentales. Sin embargo es claro que el psiquiatra de una institución puede proporcionar entrenamiento y supervisión cuando es trasladado a la comunidad.

Si bien es cierto que la atención a la salud mental en México no es óptima, el desarrollo de recursos humanos y la investigación, tanto en epidemiología psiquiátrica como en servicios, tiende a modificar el panorama y a promover cambios en las políticas de atención a la salud mental.

La meta es que los diferentes grupos de personas involucradas en la atención a la salud mental trabajen juntos hacia el cuidado total y la integración de los pacientes en la comunidad.

Referencias

1. Alarcón RD. La revolución didáctica en psiquiatría: retos y posibilidades en América Latina. *Salud Mental* 27(1):1-10, 2004.
2. De la Fuente R, Díaz A, Fouilloux C. El programa de salud mental de la Facultad de Medicina, UNAM. *Salud Mental* 10(3):3-8, 1987.
3. De la Fuente R, Díaz A, Fouilloux C. La formación de psiquiatras en la República Mexicana. *Salud Mental* 11(1):3-7, 1988.
4. Medina Mora ME, Borges G, Lara Muñoz MC y cols. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 26(4):1-16, 2003.
5. Vargas BE, Hernández MN. La formación de trabajadores sociales en el campo de la psiquiatría y la salud mental. *Salud Mental* 20(2):48-54, 1997.
6. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Ginebra, 2001.
7. World Health Organization. The World Health Report 2006. Working Together for Health. Ginebra, 2006.
8. World Health Organization, Mental Health Atlas, Ginebra, 2005.