

## Extender la Reforma por Medio de Nuevas Acciones de Salud Mental

Extending the Reform by means of new mental health actions

*Itzhak Levav*<sup>2</sup>

Mirarse en el espejo con una actitud autocrítica es una rara cualidad, especialmente por una docente, gestora y activista profundamente involucrada con la Reforma Psiquiátrica del Brasil durante largo tiempo. El tiempo, tiene razón la autora, ha llegado y un autoexamen se facilita desde una posición de fortaleza. En efecto, la Reforma Psiquiátrica en Brasil ha tenido señalados éxitos, positivos para el país y constituye un modelo para muchos países en las Américas y aun fuera del continente. Probablemente pocos países en la Región han desarrollado mejor en acciones los principios de la Declaración de Caracas.

Anna Pitta señala esos éxitos, entre otros, en cuanto a legislación, la promoción de los derechos humanos, los cambios culturales, el doble involucramiento de los usuarios y familiares, la extensión de los servicios curativos, la inclusión de la rehabilitación psicosocial en los programas de salud mental. En síntesis, un conjunto de logros, muchos de ellos únicos en las Américas. Brasil es líder, pero a juzgar por este artículo, la agenda de la Reforma sigue sin concluirse.

Errado estaban quienes pensaban que con el cierre de los manicomios la Reforma, no obstante su importancia, había logrado su objetivo, que su razón de ser estaba satisfecha. Justamente la respuesta a la desafiante pregunta de la autora si la Reforma ha perdido fuerzas se basa en el reconocimiento que la agenda está lejos de haberse completado.

Veamos.

En el 2007 Brasil aplicó el instrumento conocido como IESM OMS, por su sigla en castellano y WHO AIMS, en inglés, para evaluar el esta

---

<sup>2</sup>Ministerio da Saúde de Israel. uncho levav@yahoo.com

do de su sistema de salud mental en el país<sup>1</sup>. No obstante los progresos hechos y otros que si guieran haciéndose en los cuatro últimos años de esa evaluación la equidad aun debe lograrse<sup>2</sup>. Por ejemplo, el acceso a la atención por parte de la población indígena y de los niños no es similar a la de la población adulta. Tampoco la disponibilidad de los recursos humanos es equitativa. Las poblaciones de las zonas rurales no tienen igualdad de oportunidades de acceder a la atención como las de las zonas urbanas.

Pero hay algo más que los déficits citados en esa evaluación. La Reforma aun no ha abrazado otras áreas que no son ni las curativas ni las de rehabilitación.

Shonkof y cols.<sup>3</sup> arguyen, después de revisar la literatura científica, que proveer asistencia (agregado, aun sin manicomios) no agota la agenda de la salud mental. Mas aun, es por demás insuficiente. En mi opinión, la agenda de la Reforma se revitalizaría si incorporara con el mismo entusiasmo y creatividad las áreas de promoción de la salud mental y, en especial, dado que políticas públicas del reciente gobierno del presidente Lula da Silva las ha abordado de hecho, las de prevención primaria. Acciones preventivas primarias en los años tempranos de la vida pueden reducir riesgos que han sido objeto de programas de intervención y de serias evaluaciones (ver, por ejemplo, <sup>4-9</sup>). Por la ausencia de acciones de prevención en los primeros años de vida grandes grupos de la población no se verán libres de trastornos psiquiátricos en la adultez<sup>3</sup>. La Reforma Psiquiátrica tiene una deuda a saldar.

En mi opinión, el movimiento de la Reforma no puede seguir encandilado por las violaciones de los derechos humanos en los manicomios ni detenerse en el discurso y la acción en la extensión de la asistencia especializada. Brasil tiene la capacidad de abordar, con las evidencias en mano, las áreas antes citadas. Estas áreas darán a la reforma la chispa que Anna Pitta teme se apague por la complacencia que generaran los indudables logros en las áreas curativa y de rehabilitación.

## Referencias

1. Brasil. Ministerio de la Salud (MS), Organización Mundial de la Salud (OMS). *El Sistema de Salud Mental en el Brasil*. Brasilia, DF: Informe IESM OMS; 2007.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Marco de Referencia de las Areas Estratégicas de Salud Mental*. Panamá: Organización Panamericana de la Salud; 2010, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
3. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities. Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009; 301(21):2252-2259.
4. World Health Organization (WHO). Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Summary report. World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva: World Health Organization (WHO); 2004.
5. Herrman H, Saxena S, Moodie R, editors. *Promoting Mental Health*. Concepts. Emerging Evidence. Practice. Geneva: World Health Organization (WHO); 2005.
6. Institute of Medicine. *Reducing Risks for Mental Disorders*. Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington DC: National Academy of Sciences; 1994.
7. World Health Organization (WHO). World Health Report. *New Hope, New Understanding*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2001.
8. Olds DL, Kitzman H. Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? *Pediatrics* 1990; 86(1):108-116.
9. Olds DL, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15 year follow up of a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 280(14):1238-1244.