

Editorial

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad por el coronavirus (COVID-19) como una pandemia. En estos 9 meses ha habido 72 millones de casos en el mundo, con 1.600.000 muertes. Y en Chile 570.000 casos, con 15.846 fallecidos por COVID-19. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió en mayo que "la situación actual, con aislamiento, miedo, incertidumbre y crisis económica puede causar trastornos psicológicos".

Así ha sido, también entre nosotros. Los primeros estudios de salud mental en este nuevo contexto de pandemia muestran que el impacto psicológico ya está instalado en la población chilena. "Han aumentado mucho los síntomas de ansiedad", dice la psicóloga Mariane Krause, quien fue directora y actualmente es consejera del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad. (MIDAP). "Era esperable que eso pasara, porque una situación como esta genera mucha ansiedad. También hay indicadores que muestran mayor depresión y ha subido mucho la violencia intrafamiliar, tanto contra los niños como contra las mujeres".

Nuestra revista *Psiquiatría y Salud Mental* se ha hecho cargo de ello, con la Carta a los Editores de Mauricio González, y los artículos sobre Desempleo Masivo en Pandemia, de Eduardo Acuña; Salud mental en tiempos de COVID, de Bernardo Barra y Pilar Calvo, y Eficacia y mejores prácticas en psiquiatría y psicoterapia *online*, de Patricio Olivos.

Por otro lado no podemos dejar pasar que se cumplieron 30 años de la Declaración de Caracas sobre 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). https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf

La Declaración de Caracas movilizó a los países de América Latina y el Caribe a hacer Reformas de la atención en salud mental, con creación de servicios de salud mental en cada país, por diferentes caminos, de acuerdo los recursos posibles y a las resistencias encontradas.

En su conmemoración se realizó, el 13 de noviembre de 2020, un panel por Zoom: "30 años después de la Declaración de Caracas: ¿cuál es el estado de los Servicios de Salud Mental? Un simposio Regional de PAHO/OPS.", que puede verse en <https://www.youtube.com/watch?v=f5txzo6gccl>

En él participaron quienes han sido protagonistas de su implementación: Itzak Levav, Jefe de la Unidad de Salud Mental OPS (1987-1999), en cuyo período se realizó la Declaración, planteó: "Yo estaba muy desesperado, literalmente desmoralizado, por la situación que encontré en la atención psiquiátrica en la mayoría de los países. En esencia era la misma actitud de discriminación y particularmente de falta de atención, o porque no se ofrecía atención o porque cuando era incorporada en los servicios de salud mental los pacientes era ignorados como personas con derechos. Era una sensación muy triste. Los cambios fueron activados por la Declaración de Caracas, que se componía de dos partes: una de crítica a la situación de ese momento, y una segunda de propuestas de cambio. El cambio era un nuevo lenguaje, de respeto a los derechos humanos en la atención psiquiátrica.

Benedetto Saraceno, Consultor de Salud Mental durante la Conferencia de Caracas (1990) y Director de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS (2000-2010), dijo en el panel: "Para mí, el cambio real, el enorme cambio, fue el cambio de paradigma, que pasó de ser biomédico a biopsicosocial. El cambio de la atención de salud mental exclusivamente en hospitales, a la comunidad. Hace 30 años, los ministros preguntaban: "¿Por qué debo hacer una reforma a la salud mental?" Hoy los ministros

dicen: "¿Cómo puedo hacerla?" Creo que esto es un impacto importante de la Conferencia de Caracas. Cambiar del por qué al cómo."

José Miguel Caldas de Almeida, Jefe de la Unidad de Salud Mental OPS (2000-2005): "Hubo varias consolidaciones importantes en países clave en los servicios de salud mental. Por ejemplo Brasil, Chile, Belice, México... esto fue muy importante, no sólo porque benefició a las personas de estos países, sino a las personas de toda la región, porque tuvieron ejemplos en los que podían ver que era factible tener éxito en la reforma de los servicios de salud mental."

Jorge Rodríguez, Jefe de la Unidad de Salud Mental, OPS (2006-2014): "Creo que ha sido extraordinariamente importante para la OPS mantener una línea doctrinaria y una posición continua, sistemática, teórica y práctica, en su trabajo con los países. La desinstitucionalización, esto es, la reducción de los hospitales psiquiátricos fue posible, y por otro lado la descentralización de los servicios de salud mental ambulatorios y en hospitales generales."

Dévora Kestel, Jefa de la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias OPS (2015-2018), Directora de Salud Mental y Uso de Sustancias OMS desde 2018: "Definitivamente, hemos trabajado en la promoción de un enfoque de derechos humanos para la salud mental. En conjunto, diría que ha habido un claro incremento de la conciencia sobre los problemas de salud mental a nivel de país, en muchos países, pero también a nivel regional. Quizás el más importante es que ha habido una serie de cambios duraderos en la organización de los servicios de salud mental al nivel del país. Eso significa que una persona con una condición de salud mental no necesariamente está recluida, aislada, discriminada. Creo que este es el impacto más importante que puedes ver en la vida de las personas."

Una de las primeras cosas que he aprendido es que el liderazgo en salud mental es fundamental. Un liderazgo que sepa buscar y encuentre apoyo en autoridades sanitarias; solo, aislado en el ámbito de la salud mental no va a avanzar. Se necesita una visión de salud pública que permita entender la problemática de salud mental como una red de servicios y en la complejidad del sistema de salud local o nacional que sea. Debe tener una capacidad de manejar recursos, analizar los recursos existentes, saber distribuirlos y además hacer una abogacía inteligente para que aumenten esos recursos. Una cierta y limitada arrogancia; aceptar que no son los únicos que saben, sino poder intercambiar. Aceptar que la salud mental es compleja, y que no debe quedar en manos exclusivamente de los trabajadores de salud mental, sino que hay que saber compartir la tarea, pasar la responsabilidad de la tarea a otros. Y por ser esa realidad tan compleja se requiere una red de servicios muy variados, complementarios, integrados con otros, dispersos pero coordinados. Hay que prestar atención a lo que se puede hacer en promoción y prevención."

Para terminar, hemos aprendido mucho desde la Declaración de Caracas, pero lamentablemente aún ponemos en práctica muy poco de lo que hemos aprendido. Nos queda mucho por hacer, pero soy optimista."

Matías Irrarrazaval, Jefe de Salud Mental Ministerio de Salud de Chile hizo una presentación sobre los antecedentes en Chile y cómo fueron implementados en nuestro país los conceptos y orientaciones de la Declaración de Caracas de 1990, año que coincidió con el retorno a la democracia en Chile. Un insumo para la participación chilena de Alfredo Pemjean en la Conferencia de Caracas fue el documento sobre El Discapacitado Psiquiátrico Crónico, elaborado a su solicitud por el grupo de Trabajo del Ministerio de Salud de Chile, y que puede verse en: https://www.academia.edu/3068073/El_discapacitado_psiqui%C3%A1trico_cr%C3%B3nico

Los Editores