

Análisis del Modelo de Atención en Salud Mental en los países Estados parte del Mercosur¹

Lic. María Silvina Sosa²

Resumen

En el año 1991 el Tratado de Asunción constituyó el Mercosur. En dicho tratado se manifiesta “la necesidad de promover el desarrollo científico y tecnológico de los Estados Partes y de modernizar sus economías para ampliar la oferta y la calidad de los bienes y servicios disponibles a fin de mejorar las condiciones de vida de sus habitantes”

Las políticas en salud mental, especialmente en aquellos aspectos vinculados a la reforma del modelo de atención, constituyen un aspecto relevante en relación a la mejoría de la calidad de vida de los habitantes de los países que conforman el MERCOSUR. El análisis realizado en los tratados y acuerdos del Mercosur evidencia que la temática de salud mental y la prestación de servicios correspondientes no ha sido considerado en las temáticas acordadas hasta el momento, ya sea en las reuniones de Ministros como en la agenda de trabajo del Grupo N°11.

La carga de los trastornos mentales y neurológicos representa el 22,2% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad. Considerando el análisis de las características de los sistemas de salud de los países Estados parte del Mercosur se observa que en la mayoría de los países, los sistemas de salud mental no responden satisfactoriamente a las necesidades de la población

Es necesario coordinar políticas de salud mental en el MERCOSUR dada la carga que implican para el desarrollo de los países los trastornos y problemas de salud mental; asimismo que los países definan un grupo de prioridades y establezcan un plan de acción de corto y mediano plazo, que permita avanzar en aspectos básicos de desarrollo de los servicios. La Estrategia y Plan de Acción, elaborados en el Consenso de Panamá pueden ser una orientación para operativizar estas transformaciones. La propuesta de abordaje conjunto entre los Países Estados parte y el Organismo MERCOSUR *podría impulsar y fortalecer el objetivo planteado por los organismos internacionales de un continente sin manicomios para el año 2020.*

Palabras Claves: Salud Mental- Mercosur-Modelos de Atención

Fuentes de Financiamiento: (A14) Carrera de Psicología. IUCS Fundación Barceló (Sede Buenos Aires).

¹ Este artículo corresponde al los principales resultados del Proyecto de Investigación “Análisis de los modelos de Atención en Salud Mental en los Países del MERCOSUR”. Equipo de Investigación: Lic. María Silvina Sosa, Lic. Lucía Pomares y Lic. Ma. Elisa Padrones.

² Titular de la Cátedra de “Salud Pública y Salud Mental” y “Promoción y Prevención de la Salud Mental”. Carrera de Psicología. IUCS Fundación Barceló. Correo electrónico: silvinasosa53@gmail.com

Introducción

El Tratado de Asunción para la Constitución de un Mercado Común entre la República Argentina, la República Federativa del Brasil, la República del Paraguay y la República Oriental del Uruguay, se firmó en la ciudad de Asunción en el año 1991. En sus Considerandos se plantea “que la ampliación de las actuales dimensiones de sus mercados nacionales, a través de la integración, constituye condición fundamental para acelerar sus procesos de desarrollo económico con justicia social” y, entiende que, ese objeto debe ser alcanzado mediante el más eficaz aprovechamiento de los recursos disponibles...” .También se manifiesta “la necesidad de promover el desarrollo científico y tecnológico de los Estados Partes y de modernizar sus economías para ampliar la oferta y la calidad de los bienes y servicios disponibles a fin de mejorar las condiciones de vida de sus habitantes”¹

Las políticas en salud mental, especialmente en aquellos aspectos vinculados a la reforma del modelo de atención, constituyen un aspecto relevante en relación a la mejoría de la calidad de vida de los habitantes de los países que conforman el MERCOSUR. Esta calidad de vida favorece los procesos de desarrollo económico con justicia social —objetivos del Tratado de Asunción de constitución del MERCOSUR— y mejora los índices de desarrollo humano, aumentando la equidad.

El modelo de atención custodial hace mucho tiempo que se ha reconocido como de ineffectividad terapéutica, demostrándose desde diversos ángulos el carácter antiterapéutico del hospital psiquiátrico.²

En 1990, la Declaración de Caracas, representó un marco fundamental para el cambio del modelo custodial hacia un modelo basado en la comunidad. Sin embargo, balances recientes señalan que los indicadores disponibles muestran que, en la gran mayoría de las poblaciones, las metas de Caracas continúan sin cumplirse enteramente.

En el Consenso de Panamá en el año 2010, luego de 20 años de la Declaración de Caracas se plantea que “los trastornos mentales y por uso de sustancias psicoactivas (particularmente debido al consumo nocivo de bebidas alcohólicas) representan una gran carga en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad, y que existe una brecha de atención importante”. Que a pesar del apoyo generalizado, a nivel continental, a la Declaración de Caracas y los múltiples esfuerzos realizados en las últimas dos décadas por diversas instancias en los países, las acciones de superación de la hegemonía del hospital psiquiátrico, en el modelo de atención, son aun insuficientes.³

Teniendo en cuenta este contexto en los años 2014 y 2015 se llevó adelante en el IUCS-Fundación Barceló un Proyecto de Investigación de la Carrera de psicología con el objetivo de **Analizar el Sector de Salud Mental en los Estados Partes del MERCOSUR y su relación con la superación del modelo de atención basado en el hospital psiquiátrico**, considerando que justamente la superación del modelo custodial por un modelo basado en la comunidad implicaría una mejora en la calidad de vida

de las personas que habitan los países del MERCOSUR (objetivo del Tratado de Constitución de Asunción).

Método

El estudio realizado fue predominantemente **descriptivo**, con una fase **exploratoria**. Al tratarse de un estudio de casos tiene carácter **retrospectivo**, fundamentalmente en los análisis sectoriales. Es **longitudinal** en lo relativo al proceso de reforma sectorial y el marco regulatorio en salud y salud mental. El **universo** estuvo compuesto por los 5 países miembros plenos del MERCOSUR (Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay y Venezuela) La información fue obtenida a través de **bibliografía y fuentes documentales**.³ Como antecedente de este estudio se encuentran investigaciones realizadas por miembros del equipo entre los años 2005 y 2007 en la Fundación Universidad ISalud y en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.⁴

Teniendo en cuenta los objetivos generales se definió como actividades: Analizar el marco de acuerdos y decisiones, así como la organización y funcionamiento de los Foros y Grupos de Trabajo del MERCOSUR, vinculados a la coordinación de políticas de salud y a la cooperación regional en el Sector Salud Mental. Además relevar los modelos de atención en Salud Mental de los países que integran el MERCOSUR y el analizar la tendencia en cada uno de los países en relación a la superación del modelo de atención basado en el hospital psiquiátrico con un protocolo diseñado para el relevamiento de la información sobre el perfil del sistema de salud mental de cada país.

Resultados

En el año 1991 el Tratado de Asunción constituyó el Mercosur entre los países de Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay. En 2006 Venezuela firmó el Protocolo de Adhesión al Mercosur, completando el proceso en 2012.⁴ El Tratado de Asunción pone de relieve la naturaleza esencialmente económica y comercial del Mercosur al implicar “la libre circulación de bienes, servicios y factores productivos entre los países”⁵. Sin embargo, el proceso de construcción y consolidación del Mercosur revela una agenda

³ Disponibles en <http://www.mercosur.int/innovaportal/v/4059/1/innova.front/normativa-y-documentos-oficiales>

⁴ “Análisis del Sector de Salud Mental en los Estados Partes y Países Asociados del MERCOSUR y su relación con la superación del modelo de atención basado en el hospital psiquiátrico. Estudio de casos: Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Venezuela, Bolivia y Chile” que se realizó en UCES. “Análisis de los distintos modelos de atención en salud mental y su relación con las normas de calidad vigentes” de la Universidad ISALUD.

de integración más abarcativa que el intercambio comercial y, progresivamente, comienza a incorporar aspectos de la dimensión social.⁵

La decisión de los Estados Partes de constituir un “Mercado Común del Sur” (MERCOSUR) implica “la libre circulación de bienes, servicios, y factores productivos entre los países (...), así como la coordinación de políticas macroeconómicas y sectoriales”, entre las cuales se encuentran las de servicios. Además, asumen “el compromiso de armonizar sus legislaciones en las áreas pertinentes para lograr el fortalecimiento del proceso de integración”.¹

En el período entre la fecha del Tratado de Asunción y la conformación del MERCOSUR al 31 de diciembre de 1994, se constituyeron Subgrupos de Trabajo a los efectos de la coordinación de las políticas macroeconómicas y sectoriales. Estos Subgrupos eran 10, y Salud no estaba incluido inicialmente. Años posteriores se constituyeron dos instancias regionales en los que el área de Salud tiene competencia preponderante: **la reunión de Ministros de Salud y el Subgrupo de Trabajo Nº 11 – Salud**. Ambos de carácter deliberativo y consultivo y que se deben reunir al menos dos veces al año.⁵

De la Memoria de gestión de las reuniones de ministros surge que los temas relevantes han sido, entre otros: los condicionantes y determinantes de la salud y su impacto en la calidad de vida de los pueblos; la política de medicamentos, la política integrada de salud sexual y reproductiva; el control del tabaco y aspectos vinculados al VIH-SIDA. Además se destaca y se reafirma que “la coordinación de las políticas de salud y de ambiente es una herramienta para mejorar la calidad de vida y garantizar el bienestar de nuestros pueblos”.⁵

El **Subgrupo de Trabajo Nº 11 “Salud”** fue creado en 1996 siendo un foro regional técnico con función de armonizar la legislación de los Estados Partes en materia sanitaria, y que en particular otorga prioridad a los bienes, servicios, materias primas y productos del área de la salud, los criterios para la vigilancia epidemiológica y el control sanitario”.⁶ La Tarea General del Sub-grupo N° 11 “Salud” consiste en: “Armonizar legislaciones y directrices, promover la cooperación técnica y coordinar acciones entre los Estados Partes referentes a la atención a la salud, bienes, servicios; materias primas y productos para la salud; ejercicio profesional; vigilancia epidemiológica y control sanitario, con la finalidad de promover y proteger la salud y la vida de las personas y eliminar los obstáculos injustificables al comercio regional y la atención integral y de calidad, contribuyendo de esta manera al proceso de integración”.⁶

En el año 2008 se crea el El Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud (OMSS) a través del Acta Acuerdo N° 18/08 de la XXV Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR realizada en Río de Janeiro con el propósito de: “Contribuir al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas y políticas de salud a nivel regional, constituyéndose en un facilitador del proceso de integración regional entre los Estados Partes del MERCOSUR”.⁷ Desde su creación el observatorio ha publicado informes sobre los sistemas de salud

de los países del MERCOSUR tanto individuales como comparados y sobre ofertas y necesidades de recursos humanos en salud.

De los análisis de los sistemas de salud mental de los países Estados Parte del Mercosur los principales resultados son:

En **Argentina**, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del MSAL (creada por decreto 457/20120) debe promover y coordinar redes locales, regionales y nacionales, ordenadas según criterios de riesgo, que contemplen el desarrollo adecuado de los recursos para la atención primaria de la salud mental y de las adicciones. Debe articular los diferentes niveles y establecer los mecanismos necesarios que aseguren y normalicen la atención en salud mental.

Según informe actual del SISSA (Sistema Integrado de Información Sanitaria en Salud)⁶ en el país se registran 343 establecimientos con internación especializados en salud mental neuropsiquiatría y/o adicciones, con 20.113 camas, con gran concentración en el sector privado: 300 establecimientos pertenecen al sector privado; 2 pertenecen al sector público nacional y 34 al sector público provincial.

La cartera de servicios del Programa Médico Obligatorio (PMO) contiene un conjunto de prestaciones obligatorias de salud mental. Incluye acciones de promoción de la salud mental; actividades preventivas específicas para la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil; atención ambulatoria hasta 30 visitas por año; internación hasta 30 días por año para patologías agudas en la modalidad institucional u hospital de día.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, la Ley Nacional de Salud Mental 26657 (2010) con su decreto reglamentario (2013), así como el Plan Nacional de Salud Mental (2013), son instrumentos concretos que permiten avizorar cambios profundos en el sistema de salud mental argentino, de aplicarse de manera efectiva.

La ley Nacional de Salud Mental entre sus principales características reconoce la autonomía y promueve a la no discriminación de las personas con padecimiento mental; incluye la temática de las adicciones en el campo de salud mental; promueve los recursos para que las acciones de salud mental se lleven a cabo en una red de servicios comunitarios de salud mental; recomienda la internación como un recurso terapéutico a utilizarse sólo en situaciones excepcionales y en hospitales generales; sin perjuicio en los vínculos sociales; promueve el trabajo interdisciplinario respetando las competencias de cada profesión; prohíbe la creación de instituciones de internación monovalentes impulsando a la desmanicomialización, plantea la utilización de la categoría de padecimiento mental en lugar de trastorno o enfermedad.

En **Brasil**, desde los años 1990 se lleva adelante una reforma en salud mental que gradualmente redireccionó los recursos, sustituyendo las internaciones de salud mental de larga duración por nuevas

⁶ dispnible en <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/>

modalidades asistenciales con incentivos para la creación de nuevos servicios de salud mental de atención comunitaria, públicos de base territorial. En 2001, la ley de la Política Nacional de Salud Mental (Ley Paulo Delgado), estableció los servicios que componen la red de atención en salud mental. En 2011 fueron instituidas las Redes de Atención en Salud Mental que organizan los puntos de atención en salud mental.⁸

La base del sistema brasileño de salud mental del SUS (Sistema Único de Salud) son los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), que son servicios sustitutivos del hospital psiquiátrico, que promueven la atención clínica en régimen de atención diaria y la inserción social y regulan la puerta de entrada de la red de atención en salud mental. Según datos 2013 existían 2.151 CAPS en todo el Brasil. Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son clasificados de acuerdo con el nivel de especialización, dependiendo del tamaño de la población del territorio y demandas específicas. Además existen residencias terapéuticas que responden a las necesidades de habitación de personas con trastornos mentales. Al mismo tiempo, el Programa de Vuelta para Casa instituido en el 2003, propicia la asistencia y acompañamiento e integración social, fuera de la unidad hospitalaria, para personas con padecimientos graves con historia de largo tiempo de internación. Todo el sistema es parte del proceso de rehabilitación psicosocial que busca la inserción del usuario en la red de servicios básicos, organizaciones y relaciones sociales de la comunidad.⁸

Con esta reforma llevada adelante en salud mental se observa una reducción continua de camas psiquiátricas desde los años 1980. El sistema garantiza la accesibilidad a la medicación psicotrópica esencial, ofrece atención en la comunidad, implica familias, la comunidad y proporciona una cobertura universal y el acceso gratuito a una red de servicios.

En **Uruguay**, hasta los años 1980 la atención a la salud mental estaba basada exclusivamente en el modelo asilar. A partir de 1986, con la aprobación del Plan Nacional de Salud Mental se cambia el modelo asistencial progresivamente con énfasis en la promoción y la rehabilitación, insertándose actividades vinculadas a la salud mental en la atención primaria. En ese momento se implementaron 34 equipos de salud mental en el territorio con 200 mil consultas. Se crearon unidades de salud mental en los hospitales generales en la Capital del país, asistiendo a las consultas de emergencia, en sala general y policlínicas especializadas. Se incorporaron nuevas modalidades de atención a pacientes que padecen psicosis y otros padecimientos mentales graves y se comenzó la reestructuración de las colonias y hospital psiquiátrico.¹¹

Se dispone de legislación de salud mental y de una política de salud mental y el plan, pero la legislación es de 1936 y la salud mental política y el plan se revisaron por última vez en 1986. La mayor parte de los recursos financieros de salud mental están en los hospitales monovalentes.

El sistema de salud mental en Uruguay incluye diferentes tipos de dispositivos (35 instalaciones ambulatorias, instalaciones de tratamiento de 31 días, 25 instalaciones basadas en la comunidad, 2 hospitales psiquiátricos y otros 8 instalaciones residenciales). Durante esos años el gobierno tiene

reducido el número de camas en los hospitales monovalentes, sin embargo, aún la mayoría de las camas se encuentran en estos efectores. Los objetivos de la autoridad de salud mental son reducir la atención hospitalaria y mejorar la formación en salud mental en la atención primaria. Los medicamentos psicotrópicos están disponibles en todas las instalaciones y todos los padecimientos mentales son cubierto en los sistemas de seguros sociales.

Uruguay tiene un alto número de psiquiatras que trabajan en centros de salud mental (19,36 por 100.000 habitantes). Los cursos de actualización son escasos para la mayoría de los profesionales y la distribución de los recursos humanos entre zonas urbanas y rurales áreas es desproporcionada en relación con la población. ¹¹

Paraguay. La política de salud mental fue revisada por última vez en 2002 e incluye los siguientes componentes: (1) desarrollar un componente de salud mental en atención primaria de la salud, (2) recursos humanos, (3) participación de usuarios y familias, (4) defensa y promoción, (5) protección de los derechos humanos de los usuarios, (6) igualdad de acceso a los servicios de salud mental entre los diferentes grupos, (7) mejora de calidad, (8) sistema de evaluación. No existe una lista de medicamentos esenciales en el país que incluya psicofármacos. La última revisión de los planes de salud mental se realizó en 2003, cuando se formuló un proyecto de reforma en la atención en salud mental como complemento al plan de salud mental de 2002 y las adicciones. ¹⁰

La distribución del presupuesto dedicado a salud mental muestra una mayor importancia hacia los hospitales monovalente que a los servicios comunitarios de atención a la salud mental. Existe una autoridad de salud mental nacional que brinda asesoría al gobierno sobre las políticas y legislación de salud mental. Dicha autoridad de salud mental está involucrada en la planificación, el manejo, coordinación, supervisión y evaluación de la calidad de los servicios de salud mental, que están organizados en términos de áreas de servicio. ¹⁰

Existen 78 establecimientos de salud mental ambulatorios disponibles en el país. El sistema de salud mental tiene servicios de todos los tipos, sin embargo la gran mayoría de los recursos financieros y una parte importante de los recursos humanos está dedicada a los hospitales monovalentes. Tanto la formación del personal de atención primaria de la salud, como la interacción de estos servicios con los de salud mental es débil. Aunque hay disponibilidad de medicación psicotrópica, solo una minoría de la población tiene acceso gratuito a ella. El acceso a los servicios de salud mental es desigual a lo largo del país; los que viven en o cerca de la capital del país son más favorecidos. Hay asociaciones de familias, pero no de usuarios. Existen vínculos formales con otros sectores, pero algunos vínculos de importancia clave son débiles o no se han desarrollado lo suficiente. Actualmente no hay ley de salud mental, aunque existe un proyecto de ley. ¹⁰

Venezuela. El país cuenta con una política de salud mental, la cual fue revisada en el año 2010. La última revisión de los planes de salud mental se realizó en el año 2011. Se encuentra en la Asamblea

Nacional un proyecto de Ley sobre Salud Mental, que incluye la estructuración de un sistema de atención especializado para este tipo de patologías.

En términos de gasto, la salud mental es sólo el 5% del presupuesto nacional de Salud.¹⁰ La atención es curativa, centrada en los hospitales psiquiátricos. Tanto los trastornos mentales como los problemas de salud mental de interés clínico están cubiertos en el sistema de seguridad social. No existen unidades de salud mental de base comunitaria.

Existe un organismo nacional para la vigilancia de los derechos humanos que tiene la autoridad de supervisar o inspeccionar periódicamente los establecimientos salud mental. No existe una red de apoyo con participación de las comunidades, usuarios y familia.

Resumiendo la situación de los países Estados Parte del Mercosur, podemos resaltar lo siguiente:

En estos países como en resto de América Latina la carga de los padecimientos mentales y neurológicos representa el 22,2% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad. En relación a todos los trastornos neuropsiquiátricos, los más altos son los trastornos depresivos unipolares (13,2%) y los producidos por el uso excesivo de alcohol (6,9%).¹¹ A pesar de la magnitud de la carga que representan los trastornos mentales y neurológicos, existe una gran brecha entre quienes necesitan y quienes finalmente acceden al tratamiento.¹¹

Cuadro 1. Prevalencia de algunos trastornos mentales y porcentaje de la brecha de tratamiento en los países de América Latina

Trastorno	Prevalencia media (por 100 habitantes adultos) (12 meses)	Brechas de tratamiento (%)
Psicosis no afectivas	1,0	37,4
Depresión mayor	4,9	58,9
Distimia	1,7	58,8
Trastorno bipolar	0,8	64,0
Trastorno de ansiedad	3,4	63,1
Trastorno de pánico	1,0	52,9
Trastorno obsesivo compulsivo	1,4	59,9
Uso nocivo o dependencia de alcohol	5,7	71,4

Fuente: Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno

B: Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. *Rev. Panam.*

Salud Pública 2005;18(4/5):229-240.

3 de los 5 países cuentan con políticas y planes de salud mental, aunque en el caso de Paraguay se trata de una ley muy antigua, que no ha incorporado aún importantes tratados y convenciones internacionales sobre protección de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.

Cuadro 2. Año de publicación de políticas, planes y leyes de salud mental, por país. Países Mercosur

	Año de la última política de salud mental	Año del último plan de salud mental	Año de la legislación en salud mental
Argentina	2010	2013	2010
Brasil	2002	2004	2001
Paraguay	2005	1996	1936
Uruguay	2002	2002	Proyecto de ley de Salud Mental
Venezuela	2010	2011	Proyecto de ley de Salud Mental

Fuente: Elaboración propia en base a Organización Panamericana de la Salud.WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington,DC.OPS, 2013.

Con respecto a la situación financiera, los 5 países destinan menos del 10% del presupuesto de salud a la salud mental, y sólo Uruguay más del 5%. Los 5 países además destinan más del 49% del presupuesto de salud mental únicamente a las instituciones monovalentes.^{12 13}

Cuadro 3. Porcentaje del presupuesto total de salud asignado para salud mental y porcentaje de los gastos de salud mental asignada a los hospitales psiquiátricos, según países/territorios

	Porcentaje del total del presupuesto de salud asignado al presupuesto de salud mental	Porcentaje de los gastos de salud mental asignados a los hospitales psiquiátricos
Argentina	2	65
Brasil	2,4	49
Paraguay	1	84
Uruguay	7	72
Venezuela	5	55

Fuente: Elaboración propia en base a Organización Panamericana de la Salud.WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington,DC : OPS, 2013.)

La situación respecto a la organización de los servicios de salud mental no es homogénea. Se observa que los países aún tienen un sistema altamente centralizado, donde la respuesta está concentrada en los hospitales psiquiátricos, con un desarrollo escaso o nulo de los servicios de atención a nivel primario o secundario.

Cuadro 4. Número de dispositivos de cada categoría por país comparado Número de dispositivos de cada categoría, por país, por 100.000 habitantes

País	dispositivo	Hospitales psiquiátricos		Atención ambulatoria		Centros de atención diurna		Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales		Residencias comunitarias	
		Totales	Por 100000 habitantes	Totales	Por 100000 habitantes	Totales	Por 100000 habitantes	Totales	Por 100000 habitantes	Totales	Por 100000 habitantes
Argentina		29	0,36	557	6,9	65	0,8	58	0,72	93	1,15
Brasil		228	0,12	1086	0,58	811	0,4	105	0,06	418	0,23
Paraguay		3	0,05	26	0,5	1	0,02	2	0,04	5	0,01
Uruguay		2	0,1	35	1	31	0,9	25	0,7	N/D	N/D
Venezuela		11	0,03	78	0,27	78	0,27	N/D	N/D	N/D	N/D

Fuente: Elaboración propia en base a Organización Panamericana de la Salud.WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington,DC : OPS, 2013.)

Discusión

El análisis realizado en los tratados y acuerdos del Mercosur evidencia que la temática de salud mental y la prestación de servicios correspondientes no ha sido considerado en las temáticas acordadas hasta el momento, ya sea en las reuniones de Ministros como en la agenda de trabajo del Grupo N° 11. Sin embargo en los informes de sistemas de salud realizado por el Observatorio de Salud del Mercosur se menciona y describe la Atención de salud mental dentro de las prestación de servicios incluídas.

Considerando el relevamiento de las características de los sistemas de salud de los Países Estados Parte del Mercosur se observa que en la mayoría de los países evaluados, los sistemas de salud mental no responden satisfactoriamente a las necesidades de la población. Los hospitales monovalente de salud mental continúan siendo el eje de la atención, absorbiendo una proporción considerable de los recursos disponibles.

El desarrollo del componente salud mental en la atención primaria es escaso y los miembros de los equipos de salud no disponen de la capacitación adecuada para afrontar este tipo de problemas. A pesar de todas las iniciativas de las políticas de salud mental, aún existen desafíos para garantizar el acceso a la atención psicosocial, consolidar la red de atención en salud mental basada en la comunidad y fortalecer el protagonismo de los usuarios y sus familiares.

En conclusión podríamos considerar que ni el Mercosur ni los Países Estados Parte le brindan la adecuada importancia a la atención de las temáticas de salud mental, a pesar que la mejora en la salud mental de los habitantes de los países (especialmente los vinculados al cambio en el modelo de atención) implicaría una mejora en su calidad de vida.

Por lo cual sería necesario coordinar políticas de salud mental en el MERCOSUR, dada la carga que implican para el desarrollo de los países los padecimientos y problemas de salud mental; asimismo que los países definan un grupo de prioridades y establezcan un plan de acción de corto y mediano plazo que permita avanzar en aspectos básicos de desarrollo de los servicios. La Estrategia y Plan de Acción, elaborados en el Consenso de Panamá pueden ser una orientación para operativizar estas transformaciones.

Esta propuesta de abordaje conjunto entre los Países Estados Parte y el Organismo MERCOSUR podría impulsar y fortalecer acciones y experiencias para lograr el objetivo planteado por los organismos internacionales y adherido por estos países de *un continente sin manicomios para el año 2020*.³

Declaración de conflictos de intereses: no hubo conflictos de intereses durante la realización de esta investigación

Referencias Bibliográficas

1. Tratado para la Constitución de un Mercado Común entre la República Argentina, la República Federativa del Brasil, la República del Paraguay y la República Oriental del Uruguay. Asunción. 1991.
2. González Uzcátegui, R.; Levav, I. (Editores): *"Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación"*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1991.
3. Organización Panamericana de la Salud. *"Consenso de Panamá"*. Panamá. 2010.
4. Mercosur. "Tratados, Protocolos y Acuerdos Depositados en la Secretaría del MERCOSUR Año 2012". Sitio oficial del Mercosur. Consultado el 1 de agosto de 2015.
5. Banco Mundial: *"Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en salud"*. Washington D.C. 1993.
6. MERCOSUR/GMC/RES N° 151/96.
7. Acta Acuerdo N° 18/08 de la XXV Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR realizada en Río de Janeiro el 28 de noviembre de 2008.
8. WHO-AIMS Report on Mental Health System in Brazil, WHO and Ministry of Health, Brasília, Brazil, 2007.

9. Organización Panamericana de la Salud. WHO – AIMS *Informe sobre el sistema de Salud Mental en Paraguay* OPS/OMS Asunción;Paraguay 2006
- 10.Organización Panamericana de la Salud.Informe sobre el Sistema de Salud Mental en la República Bolivariana deVenezuela utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS-IESM) Caracas, Venezuela 2013
- 11.Organización Panamericana de la Salud.WHO-AIMS: *Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington,DC :
- 12.OPS, 2013.
- 13.Organización Panamericana de la Salud. Marco de Referencia para la Implementación de la Estrategia Regional de Salud Mental,WashingtonDC, OPS 2011
- 14.Caldas de Almeida, J. M.: “Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la Declaración de Caracas”. Conferencia presentada en la Conferencia Regional sobre la Reforma de los servicios de Salud Mental “15 años después de la Declaración de Caracas”. Brasilia, Brasil. 7 al 9 de Noviembre de 2005. OPS/OMS.