



Volver a construir mejor

Atención de salud mental
sostenible después de
una emergencia

Información general



Organización
Mundial de la Salud

© Organización Mundial de la Salud 2013

WHO/MSD/MER/13.1

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o se pueden comprar en Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int).

Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la Organización (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Para información y retroinformación sobre este documento se ruega dirigirse a vanommerenm@who.int.

Forma de cita propuesta: Organización Mundial de la Salud (OMS). *Volver a construir mejor: atención de salud mental sostenible después de una emergencia. Información general*. OMS: Ginebra, 2013.

Crédito foto de cubierta: Libya/IRIN/Z. Moloo/2011.

Volver a construir mejor

Atención de salud mental sostenible después de una emergencia

Información general

Prólogo	2
Prefacio	4
Agradecimientos	6
Sinopsis	9

Prólogo

Ya en 2013, el mundo ha sido testigo de numerosas situaciones de emergencia, en particular la crisis de refugiados en Siria y países vecinos; los violentos combates en Malí, la República Centroafricana y la República Democrática del Congo; y las grandes inundaciones en Bolivia, Colombia, Mozambique y Filipinas. Muchísimas personas han sido afectadas, y lo seguirán siendo mientras sus países luchan por la recuperación y la reconstrucción.

Los desplazamientos, la escasez de alimentos y los brotes de enfermedades son muy frecuentes durante y después de las emergencias. Por encima de todo, las familias pueden quedar destrozadas, los niños pueden perder oportunidades educativas, e importantes servicios sociales y de salud pueden desaparecer de la noche a la mañana.

Por ello, tal vez no sorprenda que el impacto de las emergencias en la salud mental sea considerable. Las situaciones de emergencia pueden desencadenar problemas de salud mental o empeorarlos, a menudo al mismo tiempo que las estructuras de salud mental existentes se debilitan. Los organismos de asistencia humanitaria hacen todo lo posible por ayudar a las personas en lo concerniente a sus necesidades psicosociales inmediatamente después de la emergencia, pero con demasiada frecuencia es poco lo que hacen para fortalecer los sistemas de salud mental a largo plazo.



Es posible hacer las cosas mejor. Las situaciones de emergencia –a pesar de la adversidad y los desafíos que generan– son oportunidades para transformar la atención de salud mental. Y estas oportunidades no se pueden desaprovechar, porque los trastornos mentales, neurológicos y causados por el consumo de sustancias se cuentan entre los problemas más desatendidos en el ámbito de la salud pública, y porque la salud mental es crucial para el bienestar y la productividad generales de las personas, las comunidades y los países que se recuperan de una emergencia.

En este informe de la OMS se presenta una relación detallada de 10 zonas afectadas por emergencias distintas, en cada una de las cuales se crearon sistemas de salud mental de mejor calidad y más sostenibles, pese a las difícilísimas circunstancias. Los casos proceden de países pequeños a grandes; de ingresos bajos a medios; de África, Asia, Europa y el Oriente Medio; y afectados por desastres naturales de gran magnitud, conflictos armados prolongados, o afluencia de refugiados en gran escala. Si bien sus circunstancias variaban considerablemente, todos fueron capaces de convertir el interés a corto plazo en la salud mental de la población en mejoras duraderas a largo plazo.

El presente informe va más allá de las recomendaciones ambiciosas al proporcionar relaciones detalladas de cómo la reforma de la salud mental se llevó a cabo en esas situaciones. Importa señalar que quienes han facilitado los casos no solo dan cuenta de sus grandes logros sino también de los problemas más difíciles que debieron afrontar y de cómo los resolvieron. Se resumen asimismo las prácticas coincidentes más importantes que surgen de estas experiencias.

En este informe se demuestra que es posible volver a construir mejor, independientemente del grado de debilidad del sistema de salud en cuestión o de lo grave que sea la situación de emergencia. Pido a todos los lectores que tomen las medidas necesarias para que quienes en el futuro se enfrenten con situaciones de emergencia no desaprovechen la gran oportunidad de acometer la reforma y el mejoramiento del sector de la salud mental.



Dra. Margaret Chan

Directora General
Organización Mundial de la Salud

Prefacio

Las situaciones de emergencias tienen un abanico de causas: desastres naturales como terremotos e inundaciones, conflictos armados y guerras civiles, y fallos tecnológicos como en el caso de los desastres nucleares. Independientemente de la naturaleza de los factores desencadenantes, el resultado suele ser una cascada de sufrimientos humanos. Puede tratarse de desplazamientos de población en gran escala, escasez de alimentos, brotes de enfermedades, violaciones de los derechos y la dignidad de las personas, y muertes.

Pero las repercusiones humanas son aún más amplias: después de una emergencia, es más probable que las personas padezcan una serie de problemas de salud mental. Una minoría sufre trastornos mentales nuevos y debilitantes; muchas otras se encuentran en situación de angustia psicológica. Y quienes ya padecían trastornos mentales suelen necesitar incluso más ayuda que antes. Cuando la penosa situación de las personas sufrientes es conocida por la nación y el mundo, otras a menudo se sienten motivadas para prestar asistencia.

Y aquí radica la paradoja. A pesar de su carácter trágico, y no obstante el sufrimiento humano que generan, las situaciones de emergencia son también oportunidades para implementar una mejor atención de salud mental. El incremento repentino de la ayuda, junto con una atención súbitamente focalizada en la salud mental de la población, crea oportunidades sin par para transformar la atención de salud mental a largo plazo.

Como esta publicación lo demuestra, algunos países han hecho precisamente eso. El grupo abarca desde aquellos que sobrellevan un conflicto armado prolongado hasta los golpeados por devastadores desastres naturales. Las circunstancias de cada uno han sido únicas, pero todos –utilizando métodos propios– han encontrado medios de aprovechar la situación para dar impulso a una reforma de la salud mental de grandes proporciones.

Los resultados pueden tener repercusiones humanas inmediatas e importantes. Tomemos por ejemplo el caso de Razmy¹, una adolescente que vive en el distrito de Kalmunai de Sri Lanka, afectado por el tsunami, quien pudo obtener ayuda para sus padres tras el desastre de 2004. Razmy escuchó en su escuela una charla de un agente de salud mental de la comunidad recientemente nombrado, y le pidió luego a este que visitara a su madre, quien se había vuelto retraída y oía voces. El profesional rápidamente se dio cuenta de que esa persona necesitaba la intervención de los servicios de salud mental, pero primero tuvo que vencer la resistencia de la familia a que solicitara atención. Una vez conseguido esto, se puso en contacto a la madre de Razmy con los nuevos servicios de salud mental de Kalmunai, que tanto necesitaba. Más tarde, el padre de Ramzy reveló al agente de salud de la comunidad su deseo de tratarse de su trastorno provocado por el consumo de alcohol. En consecuencia, él también pudo acceder a la atención pertinente.

¹ Seudónimo.

La experiencia de la familia de Razmy no es única. Incontables familias de todo el mundo han recibido ayuda gracias a la reforma de los servicios de salud mental acometida después de una emergencia.

Los 10 casos que constituyen el meollo de este informe muestran cómo es posible hacerlo. El compromiso temprano con una perspectiva a más largo plazo de la reforma de la salud mental es fundamental para el buen éxito. En el informe se resumen las enseñanzas extraídas y las prácticas coincidentes más importantes que surgen de estas experiencias.

Shekhar Saxena

Director, Departamento de Salud Mental
y Abuso de Sustancias

Organización Mundial de la Salud

Al publicar esta información, la Organización Mundial de la Salud pretende conseguir que las personas que afrontan una situación de emergencia no pierdan la oportunidad de aprovecharla en pro de la reforma de la salud mental. Las emergencias no son únicamente una tragedia de salud mental sino también un poderoso catalizador para lograr una atención de salud mental sostenible en las comunidades afectadas. No sabemos dónde ocurrirá la próxima gran emergencia, pero sí sabemos que quienes se vean afectados tendrán la oportunidad de volver a construir mejor. La lectura de esta publicación es un medio excelente de prepararse para esa eventualidad y responder a ella.

Richard Brennan

Director, Departamento de Gestión del Riesgo
en las Emergencias y Respuesta Humanitaria

Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

Coordinación y supervisión en la OMS

Mark van Ommeren (Investigador, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra) inició y coordinó la elaboración y producción de esta publicación.

Shekhar Saxena (Director, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra) tuvo a su cargo la dirección y supervisión generales.

Directora de edición

JoAnne Epping-Jordan (Seattle, EE.UU.) actuó como directora de edición.

Colaboradores

JoAnne Epping-Jordan (Seattle, EE.UU.) y Mark van Ommeren (OMS/Ginebra) redactaron las partes 1 y 3, en las que se presenta, justifica y analiza la reforma de la salud mental en relación con la recuperación tras una emergencia.

Las personas siguientes aportaron los estudios de casos que se presentan en la parte 2.

AFGANISTÁN

Peter Ventevogel (HealthNet TPO), Bashir Ahmad Sarwari (Ministerio de Salud Pública, Afganistán), Inge Missmahl (International Psychosocial Organisation), Hafiz Faiz (International Medical Corps), Heini Mäkilä (International Assistance Mission) y Fareshta Queedes (International Psychosocial Organisation).

BURUNDI

Peter Ventevogel (HealthNet TPO), Herman Ndayisaba

(HealthNet TPO), Willem van de Put (HealthNet TPO), Nancy Baron (Global Psycho-Social Initiatives y Psycho-Social Services and Training Institute), Joop de Jong (Universidad de Amsterdam, Universidad de Boston y Universidad Rhodes), Jérôme Ndaruhutse (OMS/Burundi), Jocelyne Miburu (Ministerio de Salud Pública, Burundi), Wilma Meeus (HealthNet TPO) y Sonali Sharma (HealthNet TPO).

INDONESIA (ACEH) (POR ORDEN ALFABÉTICO)

Albert Maramis (OMS/Indonesia) y Andrew Mohanraj (CBM Indonesia).

IRAQ (POR ORDEN ALFABÉTICO)

Emad Abdulrazaq (Ministerio de Salud, Iraq), Ayad Nouri Fattah (Ministerio de Salud, Iraq), Manhal Helasa (OMS/Oficina para el Iraq en Amman), Aqila Noori (Oficina para el Iraq en Amman), y Nezar Ismet Taib (Centro de Salud Mental, Duhok, región del Kurdistán, Iraq).

JORDANIA

Anita Marini (antes OMS/Jordania), Hashim Elzein Elmousaad (antes OMS/Jordania), Nada Al Ward (OMS/Jordania), Zein Ayoub (OMS/Jordania), Bassam Hijawi (Ministerio de Salud, Jordania), Hania Dawani (Consejo de Enfermería de Jordania), Mohammad Assfour (Centro Nacional de Salud Mental, Jordania), Zuhair Zakaria (Asociación Psicológica de Jordania), Tewfik Daradke (Universidad de Ciencias y Tecnología de Jordania), Abdel Majeed (Universidad de Jordania), Mary Jo Baca (International Medical Corps), padre Fadi Diab (Iglesia Episcopal), Hamdi Murad (Jordania) y Our Step (Asociación Nacional de Usuarios de Jordania).

KOSOVO (POR ORDEN ALFABÉTICO)

Ferid Agani (Ministerio de Salud, Kosovo), Dévora Kestel (OPS/OMS), Besnik Stuja (OMS/Pristina), Skender Sylja (OMS/Pristina) y Liliana Urbina (antes OMS/Pristina).

SOMALIA

Humayun Rizwan (OMS/Somalia), Mohammad Fuje (OMS/Somalia), Martha Everard (OMS/Somalia), Khalid Saeed (OMS/El Cairo) y Abdur Rehman Ali Awale (Habeab Hospitals, Somalia).

SRI LANKA

T. Suveendran (OMS/Sri Lanka), FR Mehta (OMS/Sri Lanka), Jayan Mendis (Instituto Nacional de Salud Mental, Sri Lanka), M. Ganesan (Instituto Nacional de Salud Mental, Sri Lanka), T.R.C. Ruberu (Ministerio de Salud, Sri Lanka), P.G. Mahipala (Ministerio de Salud, Sri Lanka), Lakshmi C. Somatunga (Exdirector de Salud Mental, Ministerio de Salud, Sri Lanka), Prasantha de Silva (Ministerio de Salud, Sri Lanka), Berit Kieselbach (antes OMS/Sri Lanka) y John Mahoney (antes OMS/Sri Lanka).

TIMOR-LESTE

Derrick Silove (Universidad de Nueva Gales del Sur), Teofilo Julio Kehic Tilman (Departamento de Salud Mental, Timor-Leste) y Zoea Hawkins (antes Ministerio de Salud, Timor-Leste).

RIBERA OCCIDENTAL Y FRANJA DE GAZA

Hazem Ashour (Ministerio de Salud, Autoridad Palestina), Nargiza Khodjaeva (antes OMS/Ribera Occidental y Franja de Gaza), Dyaa Saymah (OMS/Ribera Occidental y Franja de Gaza), Rajiah Abu Sway (OMS/Ribera Occidental y Franja de Gaza) y Tony Laurance (OMS/Ribera Occidental y Franja de Gaza).

Expertos revisores

Las personas siguientes examinaron las versiones preliminares de esta publicación o partes de ellas, formularon observaciones y dieron orientaciones para su ulterior desarrollo.

Stephen Alderman (Peter C. Alderman Foundation), Dan Chisholm (OMS/Ginebra), Julian Eaton (CBM International), Michelle Funk (OMS/Ginebra), Berit Kieselbach (OMS/Ginebra), Dévora Kestel (OPS/OMS/Washington), Thierry Liscia (Agence Française de Développement), John Mahoney (antes OMS/Sri Lanka), Anita Marini (antes OMS/Jordania), Claire Milligan (Absolute Return for Kids), Harry Minas (Universidad de Melbourne), Andrew Mohanraj (CBM Indonesia), Matt Muijen (OMS/Copenhague), Arne Ørum (Consejo Noruego de Salud Mental), Pau Pérez-Sales (Médicos del Mundo [Mdm-España]), Benedetto Saraceno (Universidade Nova de Lisboa), Khalid Saeed (OMS/El Cairo), Alison Schafer (Visión Mundial Internacional), Yutaro Setoya (OMS/Ginebra), Mathias Themel (Comisión Europea), Graham Thornicroft (King's College London), Peter Ventevogel (HealthNet TPO), Xiangdong Wang (OMS/Manila) e Inka Weissbecker (International Medical Corps).

Edición técnica

David Wilson (Oxford, Reino Unido)

Diseño gráfico y maquetación

Alessandro Mannocchi (Roma, Italia)

Apoyo de pasantes

Michelle Hourigan y Karen Paul (OMS/Ginebra)

Apoyo administrativo

Mylène Schreiber (OMS/Ginebra) y Grazia Motturi (OMS/Ginebra)

Financiación

La elaboración y producción de esta publicación fueron financiadas por la OMS, CBM y, en lo que respecta al estudio de caso de Jordania, los Estados Unidos de América.

Sinopsis

Las emergencias, a pesar de su carácter trágico y sus efectos adversos en la salud mental, son también oportunidades sin par para mejorar la vida de un gran número de personas gracias a la reforma de la salud mental. Esto es importante dado que la

salud mental es crucial para el funcionamiento, el bienestar en general y la resiliencia de las personas, las sociedades y los países que se recuperan de desastres naturales, conflictos armados u otros peligros.



Sierra Leona. © Tommy Trenchard/IRIN. Con permiso del fotógrafo.

Volver a construir mejor: atención de salud mental sostenible después de una emergencia es una publicación con la que se pretende hacer conocer mejor este tipo de oportunidad, y en la que se da cuenta cómo ese objetivo se alcanzó en 10 zonas distintas afectadas por emergencias. Se resumen las enseñanzas extraídas y las prácticas coincidentes más importantes que surgen de estas experiencias.

Al publicar este informe, la Organización Mundial de la Salud (OMS) pretende conseguir que las personas que afrontan una situación de emergencia no pierdan la oportunidad de aprovecharla en pro de la reforma de la salud mental y el desarrollo.

El informe se divide en tres partes.

Parte 1

En la **parte 1** se proporciona la justificación de por qué las emergencias han de entenderse como oportunidades para implantar una mejor atención de salud mental.

Durante una emergencia, la salud mental requiere especial consideración. Ello obedece a tres factores habituales: aumento de las tasas de problemas de salud mental, debilitamiento de la infraestructura en este ámbito, y dificultades de coordinación con los organismos y agentes que prestan apoyo de salud mental y psicosocial.

Las emergencias ofrecen oportunidades únicas de mejorar la atención de todas las personas que tienen necesidades en lo tocante a la salud mental. Durante una emergencia e inmediatamente después, los medios de comunicación por lo general centran su atención, con toda razón, en la penosa situación de los supervivientes, en particular sus reacciones psicológicas ante los factores de tensión con que se enfrentan. En algunos países, autoridades oficiales de alto rango expresan, por primera vez, una seria preocupación por la salud mental de la población. A ello se suma con frecuencia la buena disposición y la capacidad financiera de organismos nacionales e internacionales para brindar apoyo de salud mental y asistencia psicosocial a las personas afectadas. En otras palabras, en las situaciones de emergencia se dedican atención y recursos al bienestar psicológico de los afectados, al tiempo que los decisores están dispuestos a considerar opciones distintas de las habituales.

Conjuntamente, estos factores crean la posibilidad de introducir e implementar servicios de salud mental más sostenibles. Pero es preciso generar el impulso cuanto antes a fin de que las inversiones continúen después de una crisis aguda.

Las situaciones de emergencia ofrecen posibilidades significativas ya que en el mundo entero sigue habiendo grandes diferencias en la realización de una atención de salud mental integral basada en la comunidad. Esto se aprecia particularmente en los países de ingresos bajos y medios, en los que los recursos suelen ser escasos.

Los países que afrontan una emergencia no deberían dejar pasar la posibilidad de aprovechar la voluntad política existente proclive al cambio e iniciar la reforma de la salud mental.

Parte 2

En la **parte 2** se presentan 10 ejemplos concretos de zonas en que se han aprovechado las oportunidades durante y después de una emergencia para implementar una mejor atención de salud mental. Son representativos de una amplia gama de situaciones de emergencia y contextos políticos. Aunque en gran medida desconocidos, estos casos demuestran que en las emergencias es posible adoptar medidas para hacer cambios sistémicos con objeto de establecer mejores sistemas de salud mental. En cada relación se ponen de relieve las enseñanzas extraídas.

Afganistán. Tras la caída del gobierno talibán en 2001, la salud mental fue declarada cuestión sanitaria de carácter prioritario e incluida en el conjunto básico de servicios de salud del país. Son muchos los progresos realizados desde entonces. Por ejemplo, desde 2001, más de 1000 agentes de salud han recibido formación en salud mental básica y a cerca de 100 000 personas se les ha proporcionado diagnóstico y tratamiento en la provincia de Nangarhar.

Burundi. Antes del decenio pasado, los servicios modernos de salud mental eran casi inexistentes, pero hoy el gobierno suministra fármacos psiquiátricos esenciales a través de su centro nacional de distribución de medicamentos, y en varios hospitales de provincia se han establecido dispensarios de atención ambulatoria de salud mental. De 2000 a 2008, los servicios de salud mental y psicosociales de reciente creación prestaron ayuda a más de 27 000 personas.

Indonesia (Aceh). En cuestión de años, después del tsunami de 2004, los servicios de salud mental de Aceh se transformaron, pasando de un único hospital psiquiátrico a un sistema básico de atención de salud mental, basado en los servicios de atención primaria de salud y apoyado por la atención secundaria ofrecida a través de los hospitales generales de distrito. Ahora, 13 de 23 distritos tienen un presupuesto de salud mental específico, frente a ninguno un decenio atrás. El sistema de salud mental de Aceh se considera un modelo para otras provincias de Indonesia.



Indonesia (Aceh). © Jefri Aries/IRIN. Con permiso del fotógrafo.

Iraq. La reforma de la salud mental está en marcha desde 2004. En los hospitales generales ya funcionan unidades de salud mental comunitarias, que cuentan con recursos más estables. Desde 2004, han recibido formación en salud mental entre el 80% y el 85% de los psiquiatras, más del 50% de los médicos generales, y entre el 20% y el 30% del personal de enfermería, psicólogos y asistentes sociales que trabajan en el país.

Jordania. La afluencia de desplazados iraquíes a Jordania dio lugar a un apoyo sustancial de los organismos de ayuda. En este entorno se inició la prestación de atención de salud mental basada en la comunidad. Los numerosos logros del proyecto impulsaron la realización de un cambio más amplio en todo el país. De 2009 a 2011, nuevos dispensarios de salud mental basada en la comunidad prestaron ayuda a más de 3 550 personas que la necesitaban.

Kosovo.² Después del conflicto, el rápido cambio político generó una oportunidad para reformar el sistema de salud mental. Un grupo de trabajo sobre salud mental confeccionó un nuevo plan estratégico para orientar y coordinar los esfuerzos. Hoy, cada una de las siete regiones de Kosovo ofrece un abanico de servicios de salud mental basados en la comunidad.

Somalia. La estructura de gobierno de Somalia está fragmentada desde hace más de 20 años, y durante la mayor parte de este tiempo el país ha estado minado por conflictos y emergencias. Pese a todo, los servicios de salud mental han mejorado. De 2007 a 2010, se ha liberado de su carga a más de 1700 personas que padecían trastornos mentales.

Sri Lanka. Después del tsunami de 2004, Sri Lanka hizo rápidos progresos en relación con el desarrollo de los servicios básicos de salud mental, que se extendieron más allá de las zonas afectadas por el fenómeno a casi todo el país. Una nueva política nacional en materia de salud mental ha orientado el desarrollo de una atención descentralizada y basada en la comunidad. Actualmente, 20 de los 27 distritos del país cuentan con una infraestructura de servicios de salud mental, frente a 10 existentes antes del tsunami.

Timor-Leste. A partir de una completa ausencia de servicios de salud mental en 1999, el país cuenta actualmente con un sistema de salud mental integral basado en la comunidad. La estrategia nacional de salud mental de Timor-Leste hoy forma parte del plan estratégico general a largo plazo del Ministerio de Salud. Alrededor de la cuarta parte de los 65 centros de salud de la comunidad del país cuenta con personal de enfermería capacitado en salud mental, frente a ninguno antes de la emergencia.

Ribera Occidental y Franja de Gaza. A lo largo del último decenio se hicieron mejoras importantes en el sistema de salud mental, encaminadas a la prestación de asistencia basada en la comunidad y a la integración de la salud mental en la atención primaria. En 2010, más de 3000 personas fueron atendidas en centros de salud mental de base comunitaria en la Ribera Occidental y la Franja de Gaza.

² En el presente documento el nombre Kosovo se usa de conformidad con la resolución 1244 (1999) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

Parte 3

En la **parte 3** se resumen las prácticas coincidentes entre los 10 casos. Pese a la gran diversidad de las circunstancias, es posible detectar ciertos elementos comunes.

- 1. La reforma de la salud mental estuvo apoyada desde el principio por una planificación de la sostenibilidad a largo plazo.** Como lo demuestran varios casos de este informe, la reforma satisfactoria de la salud mental comenzó significativamente en medio de una emergencia, cuando se asumió pronto el compromiso de adoptar una perspectiva a más largo plazo sobre la reforma de la salud mental.
- 2. Se abordaron las vastas necesidades de salud mental de la población afectada por la emergencia.** En muchos casos presentados en este informe se emprendieron reformas que abordaban una amplia gama de problemas de salud mental. En ninguno se establecieron servicios independientes (verticales) para solo un trastorno (p. ej., el estrés postraumático) que dejaran de lado otros trastornos mentales.
- 3. Se respetó la función central del gobierno.** Durante y después de algunas de las emergencias referidas en el presente informe, las estructuras públicas resultaron perjudicadas, pero la asistencia humanitaria ayudó en seguida a fortalecerlas. Ejemplo de ello son la adscripción de personal profesional y la asignación temporal de ciertas funciones a organizaciones no gubernamentales (ONG) bajo supervisión de las autoridades públicas.
- 4. Los profesionales nacionales desempeñaron un papel clave.** Los profesionales locales –aun cuando fuesen muy pocos– fueron poderosos líderes de la promoción y estructuración de la reforma de la salud mental. A pesar de su utilidad, los expertos y organismos internacionales que intervinieron en la reforma de la salud mental solo lo hicieron en la medida en que fueron expresamente invitados a ello.
- 5. La coordinación entre los organismos fue decisiva.** La coordinación de los distintos actores del ámbito de la salud mental por lo general fue decisiva en la labor de reforma. Ayudó a facilitar el consenso entre los diversos asociados y luego a trabajar a partir de un marco acordado. También ayudó con frecuencia a que los asociados se complementaran mutuamente, en vez de duplicar funciones, asumiendo diferentes esferas de responsabilidad.
- 6. La reforma de la salud mental implicó el examen y la revisión de las políticas y planes nacionales.** En la mayoría de los casos presentados en este informe se observó un proceso general que implicaba una reforma de las políticas. En una situación de desastre, en la que existía una fuerte voluntad política en relación con la atención de salud mental, el proceso de reforma de la política habitualmente se aceleraba.
- 7. El sistema de salud mental fue examinado y fortalecido en su conjunto.** En muchos casos se observaron procesos en los que se examinó y evaluó el sistema de salud mental en su conjunto, desde el nivel de la comunidad hasta el de la atención terciaria. Esto facilitó el conocimiento del sistema en general y de cómo lo había afectado la emergencia. La descentralización de los recursos de salud mental en favor de la atención basada en la comunidad fue una estrategia fundamental.
- 8. Se reorganizó el personal sanitario y se le impartió formación.** Después de una emergencia, muchas veces surgieron oportunidades de reorganizar el personal de salud, impartirle formación y facilitarle una supervisión continua a fin de que estuviera mejor preparado para ocuparse de los problemas de salud mental. La mayoría de las inversiones se hicieron en personal y servicios antes que en edificios.

9. Los proyectos de demostración ofrecieron pruebas preliminares de eficacia y atrajeron más apoyo y fondos para la reforma de la salud mental. Los proyectos de demostración proporcionaron pruebas preliminares de eficacia. También ayudaron a dar impulso a la financiación a más largo plazo, lo que se apreció particularmente cuando los proyectos de demostración estuvieron explícitamente vinculados con debates y planes sobre la reforma más amplia de la salud mental.

10. Las actividades de promoción ayudaron a mantener el impulso hacia el cambio. En casi todos los casos aquí referidos se observó la presencia de personas o grupos que abogaron con éxito por una reforma de la salud mental más amplia. Ayudaron así a mantener el impulso hacia el cambio. Las actividades de promoción tuvieron mayor éxito cuando a los diversos grupos de población no solo se les informó acerca de los problemas sino que también se les pidió que fueran parte de la solución.

Los casos presentados en este informe ponen de manifiesto que la reforma de la salud mental es un objetivo realista en el marco de la recuperación tras una crisis, por difíciles que sean las circunstancias. Si bien la mayoría de las inversiones en salud mental se destinaron al socorro humanitario, se hicieron esfuerzos excepcionales para canalizar una parte hacia la reforma de la salud mental. Las 10 prácticas resumidas más arriba probablemente fueron fundamentales para conseguir el éxito.

Se progresará más rápidamente en la reforma de la salud mental si, en cada crisis, se realizan actividades estratégicas a fin de que el interés inmediato por

los problemas de salud mental se transforme en un impulso galvanizador de esa reforma. Se beneficiaría con ello no solo la salud mental de la población sino también el funcionamiento y la resiliencia de la sociedad que se recupera de una situación de emergencia. Se alienta a los lectores a que examinen estos casos y consideren de qué manera las prácticas coincidentes y las enseñanzas extraídas pueden aplicarse en su propio entorno.



Somalia. © Kate Holt/IRIN. Con permiso de la fotógrafa.



Afganistán. © Kate Holt/IRIN. Con permiso de la fotógrafa.

«En mis experiencias de trabajo en zonas devastadas por desastres naturales y catástrofes provocadas por el ser humano, he observado que las heridas emocionales pueden constituir obstáculos tan tremendos como la destrucción física. Agradezco que en *Volver a construir mejor* la Organización Mundial de la Salud arroje nueva luz sobre esta importante cuestión y explique cómo la creación de sistemas de salud mental sostenibles debe formar parte de toda recuperación a largo plazo en la etapa siguiente a una emergencia.»

Presidente Bill Clinton

«La salud mental es un aspecto importante de la recuperación tras una crisis, como lo he experimentado personalmente en varios países en los que he trabajado. En efecto, el costo a largo plazo para el desarrollo de las personas y las sociedades puede ser incluso mayor que los efectos inmediatos. Esta notable publicación orienta acertadamente a los organismos para que adopten un enfoque a largo plazo de la atención de salud mental después de las crisis.»

Neil Buhne

Presidente, Grupo de Trabajo Temático sobre la Recuperación Temprana del Comité Permanente entre Organismos, Oficina de Prevención de Crisis y Recuperación Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

«Las emergencias generan oportunidades decisivas para desarrollar mejores sistemas de atención sanitaria a largo plazo. Este libro ilustra acertadamente de qué manera los colegas de salud mental –un ámbito de la salud importante pero sin embargo muy descuidado– han aprovechado la oportunidad para “volver a construir mejor”. La publicación va más allá de las recomendaciones ambiciosas, demostrando que es sensato invertir en los sistemas de salud mental después de las emergencias.»

Paul Farmer

**Director Fundador, Partners In Health
Presidente, Departamento de Salud Mundial y Medicina Social,
Facultad de Medicina de Harvard**

Las emergencias, a pesar de su carácter trágico y sus efectos adversos en la salud mental, son oportunidades sin par para implantar mejores sistemas de salud mental al servicio de todos quienes lo necesitan. Esto es importante porque la salud mental es crucial para el funcionamiento, el bienestar en general y la resiliencia de las personas, las sociedades y los países que se recuperan después de una emergencia.

Se progresará más rápidamente en la reforma de la salud mental si, en cada crisis, se pone empeño en que el interés inmediato por los problemas de salud mental se transforme en un impulso galvanizador de mejoras a largo plazo. *Volver a construir mejor: atención de salud mental sostenible después de una emergencia* revela cómo esto se ha conseguido en 10 zonas afectadas por distintas emergencias.

Al publicar este informe, la Organización Mundial de la Salud (OMS) pretende conseguir que las personas que afrontan una situación de emergencia no pierdan la oportunidad de aprovecharla en pro de la reforma de la salud mental y el desarrollo.

