



# Desarrollo de la Salud Mental en Panamá

*Historia y Actualidad*

**1** Serie de  
Salud Mental  
N° 1



# **Desarrollo de la Salud Mental en Panamá**

## Historia y Actualidad

Coordinadora

**Juana del C. Herrera Araúz**  
INSAM Panamá

362.2

Or3 Organización Panamericana de la Salud  
Desarrollo de la Salud mental en Panamá. – Panamá :  
Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2007.  
118p ; 27cm

ISBN 978-9962-642-23-7

1. SALUD MENTAL – PANAMÁ I. Título.

## Créditos

### **Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Washington, D.C.**

Dr. Jorge Rodríguez / Jefe de la Unidad

### **Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS**

Dra. Guadalupe Verdejo / Representante de País

Dr. Víctor Aparicio Basauri / Consultor para Centroamérica,  
Caribe Hispano, Panamá y México.

### **Ministerio de Salud**

S.E. Camilo Alleyne / Ministro de Salud – 2004 al 30 de agosto 2007.

S.E. Rosario Turner / Ministra de Salud

S.E. Dora Jara / Viceministra de Salud

Dr. Cirilo Lawson / Director General de Salud

### **Instituto Nacional de Salud Mental**

Dra. Juana del C. Herrera A. / Directora General y Coordinadora Nacional de Salud Mental

Dra. Eldía M. Lasso A. / Subdirectora General

Dra. Laura S. de Díaz / Subdirectora de Docencia

### **Redactores**

Dra. Yadira V. Boyd P. / Psiquiatra

Licdo. Elmer L. Rodríguez González / Asesor Legal

### **Entrevistas, texto y fotografías**

Licdo. José A. Carnevali - OPS / OMS - Washington, D.C.

### **Revisión de Estilo**

Prof. Ramira Miller

Licda. Doris Ung

### **Diseño de Portada**

Dra. Gretel de Pinzón

### **Pintura de Portada**

Alba Amat (Centro de Rehabilitación Psicosocial Taller de Arte Terapia INSAM)

**LOS AUTORES SON RESPONSABLES DE LA OPINIÓN  
QUE EXPRESAN LIBREMENTE EN SUS ARTÍCULOS**

Panamá, septiembre 2007

# Índice

AGRADECIMIENTO.....	5
MENSAJE.....	7
PRÓLOGO.....	9
Mensaje de la Representación de OPS/OMS.....	13
INTRODUCCIÓN.....	15
<b>1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....</b>	<b>17</b>
1.1 Inicios.....	17
1.2 Crecimiento y desarrollo.....	18
1.3 Actualidad.....	25
<b>2. ASPECTOS JURÍDICOS LEGALES.....</b>	<b>26</b>
2.1 Marco referencial.....	26
2.2 Legislación nacional.....	28
2.3 Normativa legal internacional.....	28
<b>3. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.....</b>	<b>29</b>
3.1 Una visión de la reforma del Hospital Psiquiátrico Nacional.....	29
3.2 Desarrollo del Instituto Nacional de Salud Mental.....	36
3.2.1 Cambios en Hospitalización.....	36
3.2.2 La Desinstitucionalización.....	37
3.2.3 El papel del Departamento de Trabajo Social en la desinstitucionalización.....	38
3.2.4 Centro de Rehabilitación Psicosocial.....	39
3.2.5 Las vicisitudes del cambio: la Brújula y no la Bruja.....	40
3.3 Red de Servicios Públicos de Salud.....	43
3.4 Evaluación del sistema de Salud Mental en Panamá.....	46
3.4.1 Contenido.....	46
3.4.2 Sugerencias o recomendaciones.....	49
3.5 Servicio y atención en las principales instituciones públicas.....	50
3.5.1 Servicios y recursos de Salud Mental del Ministerio de Salud.....	50
3.5.2 Servicios y recursos de Salud Mental de la Caja de Seguro Social.....	53
3.5.2.1 Psiquiatría de niños, niñas y adolescentes.....	58
3.6 El abuso de sustancias: problemática y alternativas terapéuticas.....	60
3.6.1 Situación del abuso de sustancias en Panamá: generalidades.....	60
3.6.2 Centro de Estudio y Tratamiento en Adicciones.....	63

<b>4. FORMACIÓN PROFESIONAL DE ESPECIALISTAS</b> .....	<b>66</b>
4.1 Psiquiatras generales .....	66
4.2 Psiquiatras subespecialistas .....	67
4.3 Psicología clínica .....	69
4.4 Enfermeras/os Especialistas en Salud Mental .....	71
<b>5. EXPERIENCIAS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA</b> .....	<b>74</b>
5.1 Centro de Salud de Alcalde Díaz: el trabajo con grupos de pacientes y familiares (Sistema Regional de Salud de San Miguelito) .....	74
5.2 Policentro de Salud de Parque Lefevre: El Trabajo Comunitario por programas (Sistema Regional de Salud Metropolitano) .....	75
5.3 Región de Salud de Los Santos: La reestructuración del Hospital Anita Moreno .....	76
5.4 Región de Salud de la Comarca Kuna Yala: La experiencia en una Comarca Indígena .....	80
<b>6. ASOCIACIONES PROFESIONALES Y CIUDADANAS</b> .....	<b>82</b>
6.1 Profesionales .....	82
6.1.1 Sociedad Panameña de Psiquiatría .....	82
6.1.2 Sociedad Panameña de Psiquiatría de Niños, Niñas y Adolescentes .....	84
6.1.3 Asociación Panameña de Enfermeras Especialistas en Salud Mental .....	86
6.2 Ciudadanas .....	87
6.2.1 Asociación Nacional de Familiares y Amigos/as de Personas con Esquizofrenia y otras Enfermedades Mentales .....	87
6.2.2 Fundación “Yo tengo mi Espacio” .....	89
6.2.3 Fundación “A mí sí me importa” (Pacientes de Alcalde Díaz) .....	90
6.2.4 Pastoral de la Salud .....	91
<b>REFLEXIONES FINALES</b> .....	<b>93</b>
<b>GLOSARIO DE ACRÓNIMOS</b> .....	<b>95</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>94</b>
<b>Entrevistas</b>	
<b>Honorable Señora Vivian Fernández de Torrijos</b>	
Primera Dama de la República de Panamá .....	99
<b>Su Excelencia Camilo Alleyne</b> / Exministro de Salud 2004-30 de agosto de 2007 .	103
<b>Dra. Guadalupe Verdejo</b> / Representante OPS/OMS Panamá .....	111
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>116</b>
<b>Pilares fundamentales</b> .....	<b>117</b>

## AGRADECIMIENTO

El INSAM (Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá) manifiesta su más sincero reconocimiento a los distinguidos hombres y a las distinguidas mujeres que, en la Historia Nacional, han dejado una huella imborrable por su contribución como Directores(as) Médicos(as) en beneficio de la Salud Mental

Dr. Mariano Gorriz Sánchez  
1937 – 1951

Dr. José Kaled  
1951 – 1964

Dr. Camilo Justiniani  
1964 – 1966

Dr. José Kaled  
1966 – 1970

Dr. Luis Ernesto Vergara  
1970 – 1985

Dr. Juan Manuel Benítez  
1985 – 1989

Dr. Jaime Armijo  
1989 – 1990

Dr. Juan Franco  
1990 – 1994

Dr. Jaime Armijo  
1994 – 1999

Dra. Yadira V. Boyd P.  
1999 – 2004

Dra. Juana del C. Herrera A.  
Directora General

## MENSAJE

**H.S. Vivian Fernández de Torrijos**

Primera Dama de la República de Panamá

Si las personas con discapacidad física requieren que les abramos nuestro corazón y les brindemos un entorno sin exclusiones ni prejuicios, no es menor el reclamo de aquellas que carecen de un estado completo de bienestar mental.

El 10 de octubre, Día Mundial de la Salud Mental, declarado por la Federación Mundial de Salud Mental con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, es una fecha para reflexionar acerca de una urgencia que suele pasar inadvertida. El momento nos invita a traducir los más preciados valores humanos en una conducta solidaria, capaz de mejorar la calidad de vida de quienes hasta ahora sienten acalladas sus voces por el peso de la indiferencia y de la incomprensión.

Reivindicar el derecho a la salud mental de la niñez, de la juventud y de las personas adultas es indispensable para construir una sociedad democrática y participativa. Si bien es cierto que Panamá ha avanzado en la definición e implementación de la normativa nacional y la observación de la internacional, con respecto a la promoción de los derechos de la salud mental de todas las personas, aún queda mucho por hacer, y urge que la protección jurídica se fortalezca, que pasemos con mayor agilidad de las declaraciones y de las buenas intenciones a la acción efectiva.

Pero más aún, urge comprender que en la salud mental inciden diversos factores culturales, sociales, biológicos y psicológicos, como por ejemplo, los acelerados cambios en los estilos de vida, las presiones que supone el avance tecnológico, problemas sociales como la violencia intrafamiliar, la pobreza, la drogadicción y las migraciones internas, entre otros. En fin, situaciones estresantes que afectan la armonía mental del individuo.

Estamos a tiempo. Podemos y debemos, tomar decisiones como sociedad, y dirigir nuestras acciones hacia la equidad, el respeto a la dignidad y la incorporación de estrategias para potenciar las capacidades, el tratamiento y la recuperación de quienes sufren cualquier discapacidad mental.

Cada uno de nosotros puede dejar de ser simplemente testigo de un problema que, de una u otra forma, concierne a toda la comunidad. Tenemos la alternativa de ser protagonistas de un cambio para promover la salud mental de nuestros semejantes, sabiendo que esta condición se alimenta de aprecio, respeto, solidaridad y espiritualidad. Démosle a cada persona la valoración que merece como ser humano.

## PRÓLOGO

**S.E. Camilo Alleyne**

Ministro de Salud

(2004 al 30 de agosto 2007)

La trascendencia de la obra *Desarrollo de la Salud Mental en Panamá: Historia y Actualidad*, radica en el aporte que brinda a las iniciativas investigativas respecto al tema de la salud mental.

Bien afirman los especialistas, que la falta de documentación ha limitado la oportunidad de conocer y difundir elementos básicos del campo de la salud mental, que permiten comprender mejor los problemas de nuestra sociedad.

La situación de la salud mental es compleja. Su abordaje requiere de una visión holística, donde se relacione con otros problemas de la salud física y del entorno social.

La Dra. Juana Herrera, el Dr. Jaime Armijo y la Dra. Yadira Boyd conformaron un equipo que asumió el compromiso de recopilar experiencias y reflexiones que, cuestionadas en un solo volumen, visibilizan un problema que por tanto tiempo, producto del estigma y de la discriminación, estuvo encerrado en las más abyectas cárceles inhumanas.

La visión humana del equipo, así como el extraordinario apoyo y cooperación técnica de organismos internacionales como la OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud) determinaron un cambio radical de paradigma, donde, a través de un proceso, el modelo asistencial-manicomial fue reemplazado por el de humanismo y calidad de vida.

En un estilo expositivo-descriptivo, el documento desarrolla una situación tan sensible, que por momentos sorprende por lo desconocido del asunto. Pero en otras, nos invita a transformar nuestras percepciones

socioculturales distorsionadas en torno a la salud mental. También, nos exhorta a superar barreras egocéntricas, a no escatimar esfuerzos en pro de una población que, por sus padecimientos mentales, no deja de ser humana.

La obra consta de seis secciones: Antecedentes históricos, Aspectos jurídico-legales, Organización de los servicios de salud mental, Formación profesional de especialistas, Experiencias de salud mental comunitaria y por último la de las Asociaciones profesionales y ciudadanas.

Por la ausencia de información escrita se recurre a fuentes inéditas de primera mano proporcionadas por profesionales de la misma institución o de otras relacionadas con la temáticas. Refuerzan el contenido datos obtenidos a través de Internet. El hecho de que las fuentes deriven de la misma institución, reafirma el valor de los y las especialistas pioneros que habrían de luchar contra la resistencia a una nueva orientación de la atención y servicio de la salud mental.

Los antecedentes históricos de la salud mental en Panamá revelan las limitaciones documentales, así como el mismo proceso ascendente, destinado a establecer filosofías de servicio a través de acciones como promoción, prevención y rehabilitación. Igualmente, evidencia el surgimiento de nuevas instituciones paralelas a las decisiones de los individuos.

El Plan Nacional de Salud Mental significó una ampliación del concepto en el que intervienen el soporte familiar y el social, rompiendo la vieja tradición del internamiento.

Cabe destacar, que la normativa jurídica nacional y los acuerdos internacionales, han favorecido la reestructuración y la modernización de los servicios de salud mental, lo que ubica a nuestro país en un sitio de avanzada en la región. Estas consideraciones son valiosas, ya que demuestran que las herramientas legales no se han archivado en el mundo de los ideales.

Un aspecto que no podemos soslayar es el referido al rol del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, en cuanto a la provisión de servicios en forma integrada por: la población general, profesionales de la salud mental y organizaciones comunitarias. Conscientes de que los nuevos paradigmas, de salud mental precisan de intervenciones colectivas e interdisciplinarias, el documento desarrolla en forma coherente las modalidades de atención en todos los niveles para el bienestar de la salud mental del pueblo panameño.

Particular énfasis se da a la formación de especialistas, la cual se viene desarrollando desde la década de los sesenta hasta la fecha. La actualización del recurso humano de salud mental significó romper con modelos tradicionales que por el carácter “manicomial”, desvinculaba a la persona discapacitada, de su entorno familiar, lo que le producía un humillante deterioro.

En la obra, se plantea el significado de la sociedad civil organizada que sirve como un soporte necesario para que el o la paciente logre su recuperación. Frente a los prejuicios, la participación de grupos organizados para apoyar al paciente, es un elemento que denota la solidaridad, la alegría, la esperanza que se va construyendo día a día. Son lazos muy fuertes que pueden vencer ese mundo alucinado que se crea en personas con dolencia mentales.

La obra se dirige a quienes, libres de prejuicios, continúan esforzándose por construir una sociedad donde el objetivo y la meta sean el respeto a los derechos y a la libertad, en un mundo de sincero aprecio compartido.

## **OPS/OMS** y el desarrollo de los servicios de Salud Mental en Panamá

**Dra. Guadalupe Verdejo**

Representante OPS/OMS en Panamá

Esta publicación permite conocer la historia dinámica y progresiva del desarrollo de la atención a la salud mental en Panamá. Una historia, con un formato de relato, que refleja el proceso de modernización de este tipo de atención y su encaje con los principios que la Declaración de Caracas (1990), propugnaba para una reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región de las Américas. Panamá fue uno de los países firmantes de esa Declaración y uno de los más comprometidos en hacer realidad aquellos principios. Un compromiso no libre de obstáculos y dificultades derivadas del proceso de transformar un modelo institucional en uno comunitario imbricado con el modelo de Atención Primaria de Salud. Fruto de este compromiso fue el desarrollo, en 1995, de una conferencia regional auspiciada por la OPS/OMS en la Ciudad de Panamá para evaluar los avances y la cooperación en esta materia desde la Declaración de Caracas.

Todo este proceso se vio reforzado con el Informe Mundial de la Salud del 2001 que fue dedicado a la situación de la Salud Mental en el mundo y que se enmarcaba dentro de la nueva estrategia de la OMS de potenciar herramientas que sirvieran a los países para transformar los servicios de salud mental. Servicios adaptados a las realidades nacionales y a las necesidades de la población. Al informe, le siguieron el desarrollo y la aplicación de estos instrumentos. Uno de los primeros, fue el instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IEMS-OMS/WHO-AIMS) que está permitiendo a los países tener una visión amplia de la situación en la que se encuentra todo lo relacionado con la atención de salud mental del país. Panamá, es uno de los primeros países en utilizar el instrumento y conocer de forma sistematizada las fortalezas y debilidades del sistema.

Panamá es un ejemplo de cómo se pueden transformar las instituciones psiquiátricas clásicas (hospitales psiquiátricos) y utilizar esos recursos para nuevos servicios de índole comunitaria. Asimismo, es un ejemplo de la importancia de la formación y de la especialización de los recursos humanos en los procesos de cambio. Los programas de especialización de los psiquiatras, de los psicólogos clínicos y de la enfermería de salud mental en Panamá, han sido adaptados a estos cambios dándoles un contenido más comunitario. Sin embargo, hay que seguir avanzando pues surgen nuevos retos y nuevos protagonistas. La reciente Declaración de Brasilia (2005) señala la necesidad de la “participación de los usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental”. Este papel activo de la ciudadanía es clave para que en el futuro los servicios estén más integrados con las necesidades de la comunidad.

A futuro vemos que la descentralización de los servicios de salud mental es una estrategia clave para mejorar la accesibilidad de los mismos al conjunto de la población. Además, este proceso beneficiaría a grupos de población con grandes carencias y en situaciones sociales críticas y dentro de ellos a las poblaciones indígenas.

Hoy Panamá se puede plantear estos retos porque previamente ha desarrollado una política sostenida de desinstitucionalización y de desarrollo de servicios comunitarios. El libro es un fiel testimonio de esta historia y un loable esfuerzo colectivo de los profesionales del país por reflejar un proceso que se hace visible para todos aquellos que tienen interés en el tema.

# INTRODUCCIÓN

**Dra. Juana Del C. Herrera A.**

Psiquiatra - Directora General  
INSAM

Desde la perspectiva de los derechos humanos, el tema de la salud mental fue un campo ignorado y al que se le dedicó poca atención en el siglo pasado.

A través de un recorrido histórico se pueden destacar los primeros intentos por brindar una atención, aunque incipiente, a quienes presentaban desajustes mentales. El país no se detuvo y, aunque lentamente, estructuraba formas de atención, desde la óptica de la salud pública. Es así como a finales de la década del sesenta se formula un Plan de Programa Nacional de Salud Mental.

Es en la década del noventa con la Declaración de Caracas (1990) cuando se promueve, entre otros avances, los Derechos de la persona enferma mental. Este propósito conlleva al cambio, inclusive, del nombre del HPN (Hospital Psiquiátrico Nacional) por el de INSAM (Instituto Nacional de Salud Mental), lo que significa una reorientación de los enfoques tradicionales de atención, los cuales eran excluyentes.

Precisamente, el propósito fundamental de la obra es plasmar la trayectoria de la Reforma, sus fortalezas, aciertos y debilidades. Igualmente, priorizar la permanente disposición para la capacitación y actualización del recurso humano que garantice el nivel óptimo de conocimiento en los avances de la tecnología en el campo científico y de los derechos humanos.

El documento demuestra cómo Panamá ha avanzado en el uso de herramientas para la modernización y la gestión eficiente del sector de la salud mental. El proceso mundial de cambio tiene su reflejo en América con la Declaración de Caracas el 14 de noviembre de 1990, de la cual Panamá es signataria. Se adquirió el compromiso de llevar adelante el proceso de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica

y con ello la revisión del “papel hegemónico y centralizador” del hospital en la prestación de servicios.

El trabajo se organizó en seis partes. La primera, denominada Antecedentes históricos, expone las etapas de desarrollo del fenómeno de la salud mental. La segunda, Aspectos jurídicos legales, reseña la legislación nacional existente y los acuerdos internacionales sobre prevención y promoción tendientes a mejorar la calidad de vida del individuo. El tercer aspecto titulado Organización de los servicios de salud mental, plantea todas las vicisitudes que significaron organizar, de manera científica y humana, la prestación de servicios.

La cuarta parte es la Formación profesional de especialistas. Se refiere a la necesidad de tener un valioso recurso humano en todo el país; comprometido, sensible al sufrimiento humano y con una capacidad para trabajar como equipo multidisciplinario. La salud mental debe abordarse desde diferentes disciplinas relacionadas con el quehacer humano.

La quinta, Experiencias de Salud Mental Comunitaria, revela la amplia cobertura de la atención en salud mental, lograda gracias a la amplia distribución territorial de los profesionales especializados.

La sexta y última parte, Asociaciones profesionales y ciudadanas, se constituye en un hábito de esperanza, ya que el cambio de percepción es positivo, en cuanto a los grupos humanos que se solidarizan con la dolencia mental, sin prejuicios, sino con la convicción de que la salud mental es un problema de todos y de todas, así como la solución.

Invitamos a una cuidadosa lectura del documento por lo sensitivo del tema. Es un trabajo que pretende reforzar los lazos de equidad en una atmósfera de aprecio, por quienes manifiestan desórdenes mentales, pero que, no por eso, los convierte en personas “minusválidas sociales”. Sólo así construiremos una sociedad donde las diferencias físicas o mentales no sean motivo de desigualdades. Una sociedad donde los individuos sean capaces de compartir y expandir sus vivencias personales.

## 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS<sup>1</sup>

**Dr. Gaspar Da Costa**  
Psiquiatra  
Región de Salud de Coclé

### 1.1 INICIOS

#### Atención en Salud Mental previa al Hospital Psiquiátrico

En nuestro país, no existen actualmente, datos sobre la atención de las personas enfermas mentales antes del siglo XX. En los inicios de la Era Republicana, la primera provisión de servicios para los y las pacientes mentales se ofrece bajo la responsabilidad de las autoridades de la Zona del Canal durante la administración del Gobierno de los Estados Unidos. Al comienzo del siglo pasado, quienes padecían de trastornos mentales, eran atendidos en el Hospital Ancón, en un pabellón separado de quienes padecían Lepra. Un viejo edificio que había sido construido por los franceses para ser usado como destilería. En el año 1905, se inaugura el Hospital Psiquiátrico de Corozal donde trasladan a las personas con enfermedades mentales.

#### Surge el Hospital Psiquiátrico

Debido al alto costo que debía pagar el Gobierno Nacional a los Estados Unidos por este servicio, se sancionó en 1924, la primera Ley que destinaba una partida para la construcción de un Centro Hospitalario Psiquiátrico.

Nueve años después, la atención formal de los enfermos mentales, bajo responsabilidad nacional, se inicia el 26 de junio de 1933, cuando se trasladan, a las instalaciones de la Escuela de Agricultura, 609 pacientes panameños y extranjeros. Fueron reclusos por orden del Gobierno panameño, en un globo de terreno que se le denominó Matías Hernández, nombre de la persona que lo donó.

---

<sup>1</sup> La información histórica presentada es parte de la **Historia de la Psiquiatría en Panamá**, editada por Gloria Grimaldo y otros, como un capítulo de la Historia de la Psiquiatría en Centroamérica.

### **Antecedentes estructurales para la Atención Primaria en Salud Mental**

En 1943, se crea la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Panamá, con la capacidad para formar valiosos profesionales que se incorporarían al campo de la salud. Algunas de ellas ofrecerían una nueva perspectiva de la atención de las personas con trastornos mentales en el Hospital Psiquiátrico y luego en los centros de salud. Por ejemplo, la Lic. Eneida de Young, en los años sesenta, apoyó actividades de capacitación para la atención de la salud mental en la península de Azuero.

En la Ley 66, según los lineamientos del Código Sanitario (Ley 66 de 1947), se instaura en los inicios de la década de los cincuenta, la Clínica de Guía Infantil. En la segunda mitad, se crea en la Sede del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, la Sección de Salud Mental. Posteriormente, con la asesoría técnica del Dr. René González, asesor regional de Salud mental de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud, se apoya el proceso durante, prácticamente, una década.

### **1.2 CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

A principios de los cincuenta, la visión del Dr. Octavio Méndez Pereira se cristalizó con la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá. Formaban parte del equipo docente, el Dr. Mariano Gorriz quien, a través de la cátedra de Psiquiatría y de su trabajo con la Caja de Seguro Social (CSS) y el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, contribuyó a reducir el estigma en torno a la enfermedad mental y promovió una atención más especializada de los trastornos mentales.

El Dr. Mariano Gorriz era, además de catedrático de Psiquiatría en la Facultad de Derecho y en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Panamá, Director Médico del Hospital Psiquiátrico Nacional y del Departamento de Psiquiatría de la Caja de Seguro Social. Posteriormente, sería Primer Director del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Públi-

ca (1955). Presidente y miembro fundador de la Sociedad Panameña de Psiquiatría, con justicia puede considerársele el precursor de la Psiquiatría Panameña.

En ese período, se formula el primer Plan Nacional de Salud Mental. Este documento sigue la tónica de la época cuando la prioridad era humanizar la atención de las personas con enfermedad mental. Es el primer paso concreto hacia una atención primaria en salud mental: humanizar la atención de las personas aquejadas de trastornos psíquicos. Paralelamente, se extendieron los centros de salud a las principales ciudades del país.

La CSS establece policlínicas en varios lugares del territorio nacional para la atención médica. En 1955, se inicia la prestación de la atención psiquiátrica en la CSS con un sólo consultorio. En 1959, se transforma en la Unidad de Neuropsiquiatría, que facilitó la creación del Servicio de Psiquiatría en el Hospital General del Seguro Social.

Un logro del Primer Plan Nacional de Salud Mental fue el establecimiento, en 1962, de consultas externas de psiquiatría, en las provincias de Colón, Coclé, Chiriquí, Herrera, Los Santos y Veraguas. Estas actividades (giras de atención psiquiátrica) fueron organizadas por el Dr. Gorriz, y en ellas participaban el Dr. Boris Vásquez y el Dr. Jaime Arroyo. La atención se brindaba en los Centros de Salud (MINSAs) y las Policlínicas de la CSS, a toda la población que así lo requería. Las consultas constituyeron el primer intento de integración de los servicios de atención entre el Ministerio y el Seguro Social. Se atendían pacientes de ambas instituciones y esto se financiaba en forma conjunta.

En ese entonces, existía mucho estigma asociado a la atención por psiquiatría. Enfermeras sensibles al tema, como la Lic. Magally Ruiz en Santiago de Veraguas, literalmente, escondía a quienes esperaban la atención por psiquiatría para evitar la censura de la comunidad; incluyendo al personal médico de otras especialidades.

En la península de Azuero, se requirió un año de capacitaciones al personal de salud, antes de iniciar las atenciones en psiquiatría. En estas experiencias, estriba la principal diferencia del desarrollo de la atención primaria en salud mental en nuestro país en relación con otros países. Desde los inicios, esta atención se realiza dentro de los centros de salud y policlínicas y no en instalaciones independientes (centros de salud mental o similar).

Es, a principios de la década de los sesenta, cuando la CSS inaugura su primer hospital en la ciudad de Panamá. En él, el 1° de septiembre de 1969, se inaugura la Sala de Psiquiatría, donde funciona actualmente.

### **El surgimiento del Ministerio de Salud y la formación nacional de recursos humanos en salud mental (enfermeras, psiquiatras y trabajadoras sociales)**

Mediante el Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969 se crea el Ministerio de Salud (MINSa) de Panamá, al cual la Ley le otorga las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud. Corresponde al Dr. José Renán Esquivel dirigirlo.

Ese mismo año, 1969, se formuló el Programa Nacional de Salud Mental, que orientaba sobre acciones a desarrollar, a pesar de la insuficiencia de información adecuada para realizar un diagnóstico integral de la situación de salud mental. Este Programa se suma a los otros de salud, fortalecidos en este período -Materno Infantil y Salud del Adulto, por ejemplo- desarrollándose los programas de manera paralela y paulatinamente.

Las experiencias a partir de 1969, como la sectorización por zonas geográficas de las personas con trastornos mentales y su atención en la comunidad, por equipos de salud mental; consultoría y enlace en los Hospitales de Tercer Nivel y primeros intentos en Salud Mental Comunitaria, han sido cambios significativos en la función de la clase profesional de la salud mental en Panamá, acorde con las tendencias mundiales.

En esos años, se crea la Sala de Psiquiatría del Hospital Santo Tomás que inició sus labores en 1971. Fue diseñada por la Arq. Blanca Escala; cumpliendo con los estándares de atención de la época.

La enfermera Delfina de Jácome, preparada en Psiquiatría en los Estados Unidos, quien fuera Jefa de Enfermería del Hospital Psiquiátrico Nacional, a inicios de los setenta fue contratada en el Hospital Santo Tomás. Allí realizó una consultoría con las enfermeras de las salas de hospitalización de ese nosocomio.

Estas enfermeras se convirtieron en heroínas anónimas que identificaban, en las diferentes salas, a pacientes con necesidades de atención de su salud mental. Promovían las interconsultas a psiquiatría; beneficiando a la población hospitalizada, expandiendo el perfil del psiquiatra y de la enfermera especialista.

En este periodo, se emprende la formación de programas de postbásico en salud mental y psiquiatría ya que existía una gran cantidad de enfermeras con formación a nivel hospitalario que no podían acceder a un título de grado universitario. Comienzan con un curso en la Sala 25 del Hospital Santo Tomás. Paralelamente, se brindaron cursos de capacitación de tres meses, en el Anfiteatro del MINSA a enfermeras básicas.

Como la primera enfermera con postbásico en Salud Mental se menciona a la Lic. Elida de Meana. La formación se impartía desde un hospital general y las prácticas en los centros de salud y en el Hospital Santo Tomás. Además, mediante el apoyo de la OPS/OMS, se contó durante varios meses con especialistas en salud mental que laboraban en Venezuela y Canadá.

A la par, se creó la Escuela de Enfermería Comunitaria en la península de Azuero en 1972. El personal se capacita en salud mental y comunitaria.

Diez años antes del encuentro de Alma Ata Panamá, se había iniciado la utilización de la Atención Primaria como vía para llegar a la "Salud

igual para todos”, lema del MINSA. Y, en este mismo período, el Hospital Psiquiátrico fomenta que los psiquiatras presten días de atención en los centros de salud. Así, es uno de los primeros en aplicar la descentralización de la consulta externa.

A partir de ese momento, la salud mental que sólo se veía como la acción desarrollada en el Hospital Psiquiátrico Nacional, se dirigió a la atención ambulatoria.

Desde la década del setenta, se estableció un ambicioso programa de construcción de instalaciones de salud, tales como: hospitales, centros de salud, subcentros y puestos de salud. De 164 instalaciones en 1970 se incrementaron a 376 en 1980. A partir de la integración del sector salud en 1973, y con el fin de no establecer diferencias en la atención a la ciudadanía, en los servicios de salud del Estado, se estimula aún más la atención descentralizada.

La formación de psiquiatras, primero por el Hospital Psiquiátrico y luego por la CSS, garantizó el recurso humano nuclear para llevar la atención de la salud mental a los centros de salud. En un principio, las características de esta atención no se diferenciaban mucho de las brindadas en el Hospital Psiquiátrico; pero, paulatinamente mediante un proceso de adaptación recíproca, muchos de estos profesionales fueron adquiriendo las herramientas necesarias para la atención primaria en salud mental, con un énfasis en la promoción, prevención y atención temprana.

Se iniciaron las clínicas de Anatenzol (antipsicótico de depósito), litio, enuresis, las atenciones y terapias grupales, las charlas como apoyo a otros programas y la participación en temas como embarazo en adolescente y problemas de aprendizaje, entre otros. Las enfermeras de salud mental eran aliadas valiosas, por contar en su formación básica, con una mayor proyección hacia la promoción y prevención. Algunos equipos de salud mental (formados por enfermeras especialistas en salud mental, psiquiatras, y trabajadoras sociales) se integraron en otros Programas (Salud escolar, Materno infantil).

Este desarrollo, fue asincrónico y asimétrico, altamente dependiente de los intereses y habilidades de los profesionales involucrados, a pesar que el Programa de Salud Mental daba una base amplia para el desarrollo de éstas y otras actividades.

“Con el Dr. Jaime Armijo, psiquiatra de profesión, se continúan los esfuerzos de descentralizar los servicios de salud mental al disponer de psiquiatras del Hospital Psiquiátrico, quienes laboraban en los centros de salud una vez a la semana”, señala la Lic. Gladys de Tedezco, trabajadora social.

### **Psiquiatras en Centros de Salud y Hospitales Regionales, Equipos de Salud Mental Comunitaria**

“La década de los ochenta es llamada la década perdida debido a la crisis económica mundial y a las crisis políticas que vivían muchos países. En Panamá, la crisis política de 1984 culminó con la invasión por las fuerzas armadas norteamericanas en 1989. A finales de los ochenta, el país atravesó una crisis económica que tuvo como consecuencia el aumento de la pobreza y una migración urbana no planeada” (MINSA, 2004).

En este período, continúa el aumento progresivo de la presencia de psiquiatras en la red primaria, tanto en la capital, como en el interior del país; con dos modalidades distintas. Mientras que en la capital se habían diferenciado los equipos de salud mental hospitalarios de los de la red primaria, en el interior del país, un mismo equipo brindaba horas de atención en los hospitales regionales, en los centros de salud y en las policlínicas.

Una excepción lamentable, fue el Hospital Regional Anita Moreno, que se constituyó en un Hospital Psiquiátrico que desincentivó el desarrollo de la atención a la salud mental en la red primaria de esa región, pionera en la atención descentralizada en psiquiatría.

En 1999, se experimentan cambios sustanciales en las proyecciones de la Facultad de Enfermería y se implementan el postgrado en Salud y Enfermedad Mental. (Miranda Estribi, 2006)

### **1.3 ACTUALIDAD**

#### **Declaración de Caracas y Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Panamá**

En la década de los noventa, *La Declaración de Caracas* da un nuevo impulso a la salud mental comunitaria. Con esta Declaración se plantea la reestructuración de los servicios de salud mental enfatizando la acción comunitaria y la integración en el sistema general de salud. Se incluye, como parte del trabajo en atención primaria, la promoción de los derechos del enfermo mental. De esta manera, se fortalece la participación social en pro de la salud mental.

Esta etapa, llamada la Década del Cerebro, por la amplitud del desarrollo de los conocimientos científicos en este campo, facilitó varios intentos de revisión de los programas de residencia en psiquiatría. La intención era priorizar de manera progresiva las rotaciones de los psiquiatras en formación, por la red primaria y hospitales generales.

#### **El Centenario de la República**

Con motivo de la celebración del Centenario de la República (2003), se consideró pertinente revisar la situación de la salud mental del país y los nuevos retos a los que nos enfrentábamos. La Comisión de Salud Mental creada por Resolución N° 440 de 19 de julio de 2002, crea una plataforma legal para sentar las bases de un plan estratégico que se llamó Plan Nacional de Salud Mental y que amplía el concepto de salud mental más allá de la enfermedad, como un constructo social del que todos somos responsables.

Es un plan intersectorial, que retoma el aprendizaje de casi cien años de la salud mental panameña, que comenzó como atención a las personas con enfermedades mentales y evolucionó hacia la atención de las personas con trastornos mentales y conflictos emocionales. Más que un cambio de nomenclatura de las entidades fue un cambio de los paradigmas. Este Plan tuvo un diseño participativo e intersectorial.

En estos mismos años se evidencia la necesidad de cambiar la estructura y denominación del Hospital Psiquiátrico Nacional por Instituto

Nacional de Salud Mental, con los retos técnicos e investigativos que representa y bajo el liderazgo de una joven psiquiatra, primera mujer Directora General de un Nosocomio, Dra. Yadira V. Boyd P., autora del diseño de un Programa Único para la Especialización Médica en Psiquiatría, dentro de una propuesta de reforma de los programas de especialización médica asesorado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá y un proyecto del MINSA/BID.

Personajes de alta valía en el plano educativo y clínico del MINSA y la CSS como las doctoras Laura Samaniego de Díaz, Marion C. de Martin (Decana de la Facultad de Medicina), Diana Gómez y los doctores Ricardo Goti, Carlos Sayavedra, así como médicos residentes de psiquiatría contribuyeron a un documento técnicamente validado y divulgado a los gremios médicos involucrados en el tema.

La historia de la atención primaria en Salud Mental, se escribe día a día. La generación presente tiene el reto de conocer los logros del pasado, sobre esas bases construir el futuro, si no estaremos negando el legado histórico ofrecido por personajes como los doctores(as) Mariano Gorriz, Luis A. Picard Amí, Luis Vergara, Hernán Higuero, Boris Vásquez, Laura Samaniego de Díaz, Jaime Arroyo, Juan Benítez, Juan Franco y Jaime Armijo.

Utilicemos estas herramientas y continuemos a la vanguardia de la Salud Mental en Atención Primaria.

## 2. ASPECTOS JURÍDICOS LEGALES

Elmer L. Rodríguez González

Asesor Legal  
INSAM

### 2.1 Marco referencial

Por muchos años la Salud Mental de los panameños estuvo inmersa en la oscuridad, a pesar de contar con instrumentos internacionales de gran valor humanitario, de los cuales Panamá se hizo signataria. Sin embargo, los cambios debían darse y el trabajo de unos apoyado en el esfuerzo de otros empezó a tener frutos. Hoy podemos mostrar una Salud Mental enfocada en el **RESPECTO**, de cada persona y en la búsqueda de alternativas terapéuticas que dignifiquen a cada ser humano por su condición.

El trabajo en esta materia ha contado con el apoyo técnico de organismos internacionales como la OPS/OMS, así como con un equipo sólido de profesionales del Derecho enfocados en la defensa de los derechos humanos de todas las personas, pero con especial énfasis en las más vulnerables.

La visión es lograr estándares altos de calidad que deben ir de la mano con normas que dignifiquen el valor intrínseco de las personas, independientemente de su padecimiento.

La asistencia a la persona enferma mental, ha girado por mucho tiempo alrededor del Hospital Psiquiátrico. No son novedosas las críticas de las cuales ha sido objeto esta institución, desde las primeras registradas a mediados del siglo XIX, hasta las actuales, en las que se llega a cuestionar la razón misma de su existencia.

La crítica moderna al modelo del manicomio se centra en la violación sistemática de los derechos humanos de los pacientes y en el fenómeno de la exclusión social. Este es, en el plano ético, el mayor cargo que se le ha hecho al Hospital Psiquiátrico. Por otra parte, en el plano clínico se viene cuestionando el papel que la institución juega como agente patógeno y desencadenante de estados crónicos.

Las personas afectadas por padecimientos de salud mental pueden tener serias dificultades para hacer valer sus derechos como seres humanos y su frecuente estado de indefensión ha propiciado que se cometan abusos en su contra, tanto de hecho como de derecho.

En el año 2001, Panamá recibió la visita IN FOCUS, de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Pese a que en su momento, se habían dado grandes avances en el mejoramiento de la calidad de atención de las personas con enfermedades mentales. El informe de la Comisión reportó que los Decretos Ejecutivos que reestructuraban la institución y databan de 1950 y 1951, todavía mantenían una estructura asilar manicomial.

El informe negativo sirvió de justificación para iniciar un trabajo apremiante y con un solo propósito: cumplir con el estándar mundial que establecía la Declaración de Caracas de 1990. Desde ese momento, la Dra. Yadira V. Boyd P., Directora Médica del entonces Hospital Psiquiátrico Nacional, nombró una comisión que debía redactar el proyecto, cuyo objetivo era reorganizar la institución de forma y fondo. Posteriormente, se presentaría a consideración del MINSA.

Luego de una serie de consultas realizadas a diferentes organismos e instituciones, se logra presentar un proyecto que contenía la reorganización del Hospital Psiquiátrico Nacional y que lo denominaba Instituto Nacional de Salud Mental. Fue aprobado mediante Decreto Ejecutivo N° 128 de 22 de abril de 2004.

Se fortaleció el concepto de red integrada de servicio que obedece a principios comunes y a una política de salud única. Esta red es sustentada por la creación de nuevos espacios tales como, Centro de rehabilitación, equipos de salud mental en atención primaria, mejoramiento de la calidad de atención centrada en el reforzamiento de los psicofármacos y su distribución a las diferentes regiones de Salud, entre otros.

## **2.2 Legislación Nacional**

A continuación realizamos una recopilación de la normativa legal que existe a nivel nacional en el campo de la salud mental.

- Constitución Política de Panamá.
- Decreto N° 664; de 31 de agosto de 1950, que denomina Hospital Psiquiátrico Nacional al Retiro Matías Hernández.
- Decreto N° 1130; de 30 de octubre de 1951, que reestructura el Hospital Psiquiátrico Nacional.
- Resuelto Ministerial N° 01282 de 5 de septiembre de 1991, que adopta la Declaración de Caracas, Venezuela de 14 de noviembre de 1990.
- Código de la Familia 1994.
- Plan Nacional de Salud Mental de 2002.
- Decreto Ejecutivo 128 de 22 de abril de 2004. Que reorganiza el Hospital Psiquiátrico Nacional y lo denomina Instituto Nacional de Salud Mental.
- Código Penal.
- Código Judicial.

## **2.3 Normativa legal internacional, que ha sido aceptada y reconocida por el país.**

- Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, 20 de diciembre de 1971. Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
- Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, 17 de diciembre de 1991. Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
- Declaración de Caracas de la OPS/OMS, 14 de noviembre de 1990.
- Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, 17 de junio de 1999.

## 3. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

### 3.1 UNA VISIÓN DE LA REFORMA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL

**Dr. Jaime Armijo**  
Psiquiatra  
INSAM

#### Cronología de un cambio

El Hospital Psiquiátrico nace de un mal parto, debido a que el Gobierno de aquella época (1933) se vio en la necesidad inmediata de improvisar unas estructuras que estaban diseñadas para una Escuela de Agronomía y convertirla en un Hospital que recibiera a los y las pacientes que tenían que ser trasladados desde el Hospital de Corozal ubicado en la ahora ya inexistente “Zona del Canal” por cumplimiento del Tratado del Canal.

Desde aquel momento, el Hospital se convirtió en el único centro para el internamiento y tratamiento de pacientes con trastornos mentales en todo el país. Esto implicaba que la persona enferma debía ser trasladada desde cualquier punto geográfico del país hasta la ciudad de Panamá.

En muchas ocasiones, en estos traslados se aplicaban procedimientos que vulneraban la dignidad y los derechos ciudadanos. De igual manera, quienes procedían de centros penitenciarios; como por ejemplo, de la Provincia de Colón; los agrupaban en una celda hasta completar un número determinado (15-20) para entonces trasladarlos hasta el hospital. Por lo tanto, llegaban en condiciones generales y de aseo deplorable, debido al prolongado período de hacinamiento en la cárcel.

#### Compromiso por el cambio

En 1994, habían transcurrido cuatro años desde *La Declaración de Caracas* y justo es reconocer que, en nuestro país se habían producido cambios; pero no con la profundidad ni la extensión que el proceso de

reestructuración y las circunstancias exigían. La descentralización de la atención, ya se había iniciado.

En 1970, con la promoción de la psiquiatría comunitaria, se enviaron psiquiatras a prestar sus servicios en los Centros de Salud de la Región Metropolitana. De igual manera, se iniciaron giras a las provincias de Coclé y Chiriquí bajo la responsabilidad de psiquiatras que viajaban dos a tres veces por semana. En esa misma época se inicia el programa para la formación de residentes en la especialidad de Psiquiatría.

La apertura, en 1971, de una Sala de Psiquiatría en el Hospital Santo Tomás, evidencia que desde aquel entonces se trabajaba en la dirección correcta. En la actualidad, los hospitales regionales destinan camas; generalmente en el Servicio de Medicina Interna, para la hospitalización de pacientes con trastornos mentales.

### **Del Manicomio al Hospital**

En septiembre de 1994, la primera acción fue la de elaborar un Diagnóstico de la situación institucional. Luego de analizarlo se establecieron las alternativas de solución con un Plan de Acción a corto, mediano y largo plazo. Como es lógico suponer, se estableció un orden de prioridades dentro de las más variadas y múltiples necesidades; considerando además que el recurso existente era muy limitado, al inicio de la gestión.

La realidad encontrada en el área del recurso humano, reflejaba una situación alarmante; pues, tanto en la calidad como en la cantidad, el déficit era muy evidente. Los niveles académicos y de capacitación eran muy bajos en un alto porcentaje del funcionariado. Otra realidad, poco alentadora, era la retribución económica que, en la mayoría de los casos no llegaba a los USD. 200.00 mensuales, específicamente, al funcionariado administrativo; ya que la clase profesional se encontraba en mejores condiciones salariales y de capacitación.

Además de los bajos salarios, los años de servicio, entre 15 y 25, contribuían a que estas personas estuvieran frustradas y descontentas

con la consiguiente baja productividad. La "ley del mínimo esfuerzo" era lo habitual. El estribillo "esto no lo cambia nadie" era la respuesta que expresaban ante la propuesta del cambio.

Todo este panorama favorecía el que existiera una solapada forma de compensar las "injusticias". Otra forma era sustrayendo los recursos institucionales, práctica esta que consideraban "normal"; si al fin y al cabo "los de arriba también roban" "hacer la justicia por sus propias manos".

Para la selección de personal no existía ningún método, pues las asignaciones provenían desde niveles superiores: funcionariado de historiales conflictivos, con trastornos mentales y, hasta lo increíble, enviados a la institución como "castigo". Igualmente, había personal muy competente y capaz.

El desabastecimiento era general, el almacén y la farmacia carecían de insumos necesarios para responder adecuadamente a las necesidades propias de un hospital. Desde luego, que esto, a su vez contribuía a la improductividad laboral; pues sin recursos "nada se podía hacer".

### Depósito de problemas sociales

La percepción distorsionada de la Institución que tiene la comunidad ha deformado la función esencial del hospital que es la de atender al ciudadano(a) con una enfermedad mental. La solución más fácil era enviar a las personas para depositarlas y sacarlas de circulación; convirtiendo a la Institución en un "Depósito de los problemas sociales". Con mucha frecuencia, cualquier funcionario(a) o ciudadano(a) común se abrogaba el derecho de establecer diagnósticos y enviar a hospitalizar; sobre todo sugiriendo períodos prolongados como si la psiquiatría no existiera.

Es así como llegaban personas indigentes, menesterosas, delincuentes, adictas en franco deterioro psicosocial (mejor conocidos como "piedreros"); a los que se les debe ofrecer ayuda, pero no en un Hospital Psiquiátrico.

### **Alternativas de solución: Cerrar el Manicomio**

Ante el negativismo, pesimismo, personalismo y dispersión del recurso humano, se optó por conformar dos grupos de trabajo. La idea era facilitar la búsqueda de las soluciones para este sector que se encontraba dentro de las principales prioridades.

El primer grupo se organizó con las jefaturas de los departamentos y de los servicios y se denominó Grupo de apoyo técnico administrativo. De igual manera, participa todo el cuerpo médico, administrador, funcionario de control fiscal (Contraloría). Las reuniones eran presididas por el Director Médico y se realizaban los jueves de 8:00 a.m. a 9:00 a.m. En el otro grupo se integraron a los psiquiatras y se estableció un ciclo de reuniones cada 15 días, de 8:00 a.m. a 9:00 a.m.

Entre los logros más relevantes de los grupos de trabajo se señala: mejoramiento significativo en las relaciones profesionales y personales; se rescató el rol de liderazgo del psiquiatra. Se constituyeron en colaboradores gerenciales, al asumir responsabilidades en cada servicio. Hubo valiosos aportes para solucionar los problemas que se debatían en las reuniones.

Con la finalidad de mejorar la organización y así facilitar el trabajo, se formaron diversas comisiones como la de: Reestructuración de la atención, Rehabilitación, de Medicamentos, Expediente clínico, Normas de atención, Nosocomiales, Jornadas científicas, Expresiones artísticas, Ecología, entre otras.

### **Mendicidad institucionalizada**

El modelo manicomial facilitaba la presencia de personas ajenas a la institución, algunas de las cuales “vivían” en el Hospital. Por otro lado, estaban las personas egresadas que permanecían deambulando libremente por los predios del hospital donde obtenían alimentos y remuneración por actividades que les asignaban ciertos empleados.

Esta situación llegó a tal extremo, que una pareja de egresados invadieron un local y lo convirtieron en su residencia. Otro paciente colocó un candado en un espacio donde tenía una cama del hospital. La tarea de desalojarlos no fue nada fácil.

Otra modalidad encontrada fue el *Comité de Recepción* formado por pacientes que asediaban a todo(a) visitante, pidiendo sobre todo dinero o cigarrillo. Por supuesto, que producía a la o el visitante una reacción de miedo o pánico ante lo que presentían como una posible agresión. Con un abordaje adecuado y perseverancia, la Comisión de reestructuración ofreció respuestas favorables. Los lavadores de autos y la utilización de pacientes para “mandados” fuera de la institución, fueron prácticas inadecuadas que desaparecieron.

### Sobre las admisiones

Tal como se ha señalado, el Hospital admitía toda persona que se le enviara o que llegara (depósito) sin que importara el criterio clínico. Se permitía el ingreso de individuos con problemas socioeconómicos, conductuales, delincuentes, lo que generaba conflictos de manejo intrainstitucional en perjuicio de los verdaderos pacientes, quienes eran vejados, maltratados y víctimas por la pérdida de sus pertenencias.

Con la finalidad de establecer un filtro al momento de la evaluación, se elaboraron los criterios clínicos que justificaran las admisiones. El resultado no se hizo esperar, ya que a corto plazo se registró estadísticamente un descenso de los ingresos y, finalmente, desapareció el absurdo diagnóstico de “Caso social” con los que se cerraban algunos expedientes clínicos.

La elaboración, publicación y divulgación de las “Normas de atención” contribuyó en el campo de la calidad de la atención. Con ello se puso punto final a una serie de prácticas que en nada contribuían a la recuperación integral del paciente hospitalizado. El reordenamiento de las actividades diarias a través de las normas constituyó un punto muy valioso en el proceso de la reforma, sin lugar a dudas el hospital necesitaba el establecimiento de las normas.

### La administración: La clave en la organización

La administración tiene como papel esencial suministrar el apoyo logístico en todos los niveles para que el área técnica pueda desarrollar y dar las respuestas en la atención del paciente.

La realidad del sector administrativo no era nada alentadora, pues era notoria la carencia de una organización que ofreciera respuestas positivas a las necesidades institucionales. Se sumaba, la falta de una metodología de trabajo y la ausencia absoluta de controles que garantizara la utilización racional de los recursos disponibles; situación que facilitaba las fugas y escapes de los escasos insumos existentes.

Tal como se había señalado, el desabastecimiento en todos los renglones, no permitía responder a las solicitudes de las diferentes áreas. La respuesta inmediata era: "agotado", lo que a su vez justificaba la inactividad e improductividad del funcionariado. Se le dio prioridad, dentro de todas las necesidades, al abastecimiento institucional, pero con el establecimiento de los debidos controles administrativos para garantizar que los recursos que se fueran adquiriendo, dieran respuesta a las necesidades de la institución.

Además de todas las inspecciones administrativas, contables, de almacenamiento, despacho, de asistencia y puntualidad del recurso humano, se establecieron controles en la entrada. Se procedió a consignar y registrar la entrada y salidas de vehículos, personas, bolsos, cartuchos y otros. Por supuesto, se generaron respuestas adversas a dichos controles con marcada resistencia activa hasta llegar a proferir insultos, amenazas e improperios contra los directivos. Afortunadamente, la mayoría comprendió, aceptó y respaldó dichos cambios.

El fortalecimiento del recurso humano con nuevas unidades en el área administrativa fue fundamental, ya que existían funcionarios(as) con muy buena intención, pero con escasa capacitación. Se nombraron nuevos funcionarios a través de contratos y que estaban mejor capacitados profesionalmente para asumir jefaturas como: presupuesto, contabilidad, recursos humanos, almacén, y otros para así constituir una administración eficiente, eficaz y sobre todo que armonizara con el equipo técnico.

En total se nombraron aproximadamente 142 personas, lo que reflejaba la crisis que existía en este sector. Los cambios transformaron a una

institución que se desempeñaba con un exiguo perfil en un “Hospital autosuficiente” en la que la “Calidad de la atención”, representaba uno de sus logros más importantes.

El hospital carecía de computadoras y se consideró de urgente necesidad dotar a la institución con esta innovadora tecnología. Se organizó el Departamento de Informática con el equipo necesario y personal capacitado. Los resultados no se hicieron esperar en el manejo de la información, la agilización en los trámites administrativos, configuración de una base de datos, el manejo en el procedimiento de compras. En fin, con esta innovación se logró fortalecer tanto la parte administrativa como técnica.

Con la reorganización del servicio de medicina se lograron cambios en la preservación y salud física de los y las pacientes. Con una adecuada programación, se logró mejorar la calidad de la atención con la consiguiente disminución de diagnósticos como: desnutrición, anemia, parasitosis, TBC, entre otros.

En este período, se logró incorporar a un neurólogo que, sin lugar a dudas, representó un avance en el mejoramiento de los diagnósticos dada la estrecha relación entre neurología y psiquiatría.

Para lograr la eficiencia y eficacia del servicio de medicina se les dotó de: electrocardiograma, equipo de Rayos X y nebulizadores para el manejo de pacientes asmáticos.

Con la inversión en el laboratorio, se recuperó la confiabilidad en sus resultados y se amplió el perfil de pruebas, incluyendo la química sanguínea, HIV y el análisis de metabolitos por droga. En otras palabras, se alcanzó la autosuficiencia del servicio de laboratorio que era dependiente del Hospital Santo Tomás.

Se amplió el horario de funcionamiento de 7 a.m. hasta las 7 p.m. de lunes a domingo y los días feriados. El laboratorio funcionaba de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

Otro recurso valioso fue la adquisición de una profesional titulada en Nutrición y Dietética. El hospital carecía de esa especialidad desde

el año 1978. Los alimentos eran preparados por “cocineros” sin una formación. Actualmente, los alimentos se sirven en fiambreras individuales y desechables.

La estructura física del Departamento de Nutrición fue remodelada y se invirtió en la compra de nuevos equipos. Se cumplió con las condiciones requeridas por el MINSA.

Al servicio de odontología se le suministró todo el equipo necesario, para garantizar un servicio eficiente y acorde con una práctica con énfasis en la prevención y la restauración. A pesar del esfuerzo e interés por erradicar un modelo de inicio de siglo, es decir “una práctica odontológica mutilante”, se fracasó.

Gracias a la iniciativa y la disposición del Dr. García Balabarca, se crea un Orquidiario dentro de las instalaciones del Hospital. Su crecimiento ha sido tan significativo, que ya participa en exposiciones y forma parte del Club de Orquídeas.

## **3.2 DESARROLLO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL DE PANAMÁ**

### **3.2.1 Los cambios en la hospitalización**

**Dra. Yadira Boyd**

Psiquiatra  
INSAM

Como dato histórico, durante el año **1954** se construye el edificio de mampostería que albergaba la **Sala de Agudos**. A pesar de las reparaciones frecuentes, para el año 2002, esta instalación no podía garantizar un trato acorde con los derechos de la persona enferma mental, debido a que la infraestructura era obsoleta. No era adecuada para mantener un nivel sanitario propio de un hospital de tercer nivel por lo que se cierra el área y se traslada la unidad a una edificación temporal.

El día 17 de junio de 2003 es inaugurado el Centro de Atención Integral, con capacidad para atender a 45 usuarios en el área de Breve Estancia y 10 en el área de Intervención en Crisis. La obra tuvo un costo de USD. 710,000.00.

La nueva tendencia en la atención de los pacientes psiquiátricos, basada en la Declaración de Caracas, sobre los derechos de los enfermos mentales, nos dicta que tienen derecho a recibir la mejor atención, tratamiento apropiado y menos restricción según las más elevadas normas técnicas y éticas. Este mandato ha llevado al **Instituto Nacional de Salud Mental** a reestructurar y a replantear sus sistemas.

Bajo la nueva reestructuración de la atención psiquiátrica, las principales preocupaciones son proteger la vida, la integridad física y proporcionar una atención digna. Un sistema de hospitalización científica que promueva la atención basada en los derechos que poseen los y las pacientes psiquiátricos.

Es aquí donde participa la Unidad de evaluación y admisión, la cual cumple la importante función de ser la puerta de entrada a la Institución.

Es, en esta sala, donde se evalúan el ingreso, reingreso o referencia de los y las pacientes, mediante evaluaciones bio-psico-social. Además, es la sala que recibe los casos de agitación psicomotora aguda, los cuales pueden considerarse como urgente, por tanto requieren de ciertas condiciones especiales para el tratamiento y recuperación.

Sin embargo, el proceso de transformación del Hospital Psiquiátrico en Instituto Nacional de Salud Mental también pasó por el necesario proceso de desinstitucionalización.

### 3.2.2 La Desinstitucionalización

Se propuso, en apoyo a la política de reestructuración del Ministerio de Salud, alcanzar ciertas metas dirigidas a la reubicación de pacientes reclusos en las diferentes salas del hospital, como es el caso de personas ancianas, en hogares o instituciones dedicadas a su cuidado. En el año 1995, el hospital albergaba una población anciana de 243 personas de 60 y más años de edad, cuyo tiempo de hospitalización oscilaba entre los 15 y 20 años. Su larga estadía había originado la institucionalización y la invalidez psicosocial. Por otra parte, los requerimientos de atención de esta población son de cuidados mínimos.

El cumplimiento de este objetivo fue difícil. Se les aclaraba que su hospitalización no se debía a un trastorno mental crónico; sino a una situación social de abandono.. El problema básico y fundamental de este grupo radicaba en lo sociofamiliar, de manera que estas personas no calificaban para estar en un hospital psiquiátrico. Además, el Hospital Psiquiátrico Nacional por su naturaleza no podía ofrecerle la atención que merece.

La Declaración de los Derechos del Anciano advierte que la persona anciana tiene el derecho a no ser calificada como enferma mental y no ser objeto de diagnóstico o tratamiento en esa condición por razones sociales u otros motivos distintos o ajenos a su estado de salud.

De no aplicar esas medidas, el futuro de las personas ancianas será de soledad y violación de sus derechos, a la espera de su única esperanza: la muerte. Es doloroso ver consumirse a las personas ancianas en una sección orientada al tratamiento de pacientes psiquiátricos, sin poder ofrecerles, de acuerdo con sus derechos, una mejor condición de vida.

Sólo queda esperar la benevolencia de quienes puedan ofrecer su apoyo a esta población que se les ha negado la oportunidad de haber sido miembros activos de la sociedad.

### **3.2.3 El papel del Departamento de Trabajo Social en el proceso de Desinstitucionalización**

**Magalis de Zegarra**

Jefa de Trabajo Social INSAM

**Elvia Muñoz**

Trabajadora Social INSAM

En el antiguo Hospital Psiquiátrico Nacional, los largos períodos de internamiento, la total desvinculación familiar sumado a la práctica de modelos institucionales asilares, contribuían al deterioro psicosocial con la consiguiente inhabilitación para su reincorporación socio-familiar. Este fue el panorama que el Departamento de Trabajo Social debió superar. Justo es resaltar la correcta readecuación en la orientación y la realización del trabajo profesional de este departamento. Gracias a su valiosa participación se lograron reincorporar la mayoría de los

pacientes que, por su condición clínica, no ameritaban permanecer en la institución.

No se puede negar que surgieron los cuestionamientos y las críticas de diversos sectores. Algunos funcionarios argumentaron que era injusto, porque estábamos “tirando a la calle” a los pacientes. De familiares rechazando aceptar sus parientes, lo que en el fondo era no asumir su responsabilidad. Algunos de ellos, con las consabidas amenazas de quejarse ante los medios de comunicación e incluso, con denuncia al Presidente de la República. En cuanto a los pacientes, se encontró el rechazo a ser reinsertados por la baja capacidad de adaptación y, por supuesto, su vida, su mundo y su todo, lo constituía el Hospital (secuelas manicomiales). La aparición de los padrinos, políticos, las llamadas telefónicas, las cartas de amenazas o de recomendación fue algo muy pintoresco de esta etapa.

Un pequeño alto para compartirles otra de las muchas anécdotas. Con frecuencia, cuando un familiar solicitaba el internamiento de un paciente y se le explicaba que no había cama disponible, la respuesta habitual era: “no se preocupe doctor que yo puedo comprar la cama y se la traigo”.

El trabajo realizado con la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes fue muy positiva. La reorientación y reorganización la convirtió en un valioso grupo de apoyo, rompiendo el esquema tradicional de tratar de preservar la permanencia del paciente en la institución. La alianza de esta Asociación con Trabajo Social contribuyó a la reinserción de numerosos pacientes con prolongada permanencia.

Complemento al proceso de modernización y de desinstitucionalización fue el desarrollo de un programa amplio de rehabilitación psicosocial.

### **3.2.4 Centro de Rehabilitación Psicosocial**

**Dra. Yadira Boyd**

Psiquiatra  
INSAM

El Centro de Rehabilitación Psicosocial es un servicio diseñado y organizado para ofrecer programas de rehabilitación a la población

con discapacidad mental, con vistas a lograr el máximo nivel de autonomía e integración social posible.

Los y las usuarias son derivadas por las unidades de salud mental. En un primer contacto se ofrece una atención personalizada al usuario o familiares que soliciten información del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y se complementa con la hoja de solicitud de atención. Posteriormente, son llamados para una preevaluación con el médico psiquiatra. Si cumple con los criterios de admisión al CRPS se evalúa por un equipo multidisciplinario conformado por la psicóloga, enfermera, terapeuta ocupacional y trabajadora social.

La estructura de las actividades se hace en forma de **Talleres**, cuyo objetivo general es: evaluar pacientes con la finalidad de integrarlos a una modalidad terapéutica que permita su posterior reinserción sociolaboral. Entre los talleres de terapia ocupacional se mencionan:

**a) TALLER DE ORQUÍDEOTERAPIA Y PLANTAS MEDICINALES**

Horticultura ornamental y general.

Cultivo y venta de orquídeas.

Desarrollo de destrezas manuales.

Conocimiento de distintas labores y herramientas dentro de la horticultura.

**b) TALLER DE ARTETERAPIA**

Para estimular a las personas, con discapacidad mental, para realizar trabajos de expresión espontánea o pintura espontánea. Preparar a las personas con discapacidad mental para la integración laboral.

**c) TALLER DE AUTOESTIMA Y BELLAS ARTES**

Crear las condiciones básicas para el mejoramiento de la autoestima y desarrollar estrategias para exteriorizar el potencial artístico.

**3.2.5 Las vicisitudes del cambio: la Brújula y no la Bruja**

La mujer como Directora de la Institución, por primera vez en 69 años, de fundación, no ha representado dificultad de género. Se logra afinar

el equipo de trabajo, incluyendo pacientes, familiares y amigos(as). La Brújula es hacia la transformación preponderante de un Hospital Escuela y la continuidad de atención a pacientes agudos que tengan un grado de dificultad en el manejo en el primer y/o segundo nivel, consecutivamente. Se unifican eventos académicos en un Foro anual y se logra la página web para la divulgación permanente.

Este proceso, en ocasión, se percibe como un espejismo de una Bruja, que clausura el alojamiento de pacientes crónicos estables; donde surgen mitos y fantasmas de los fieles seguidores de un manicomio, que, para defender, hechizan con palabras hostiles y malos presagios. Afortunadamente, el grupo es ínfimo y está en extinción.

Debo confesar que esta travesía marítima representa, como en ocasiones percibo, que el proceso en la instalación psiquiátrica, tiene periodos de mal tiempo, tormentas e incluso maremotos pero lo rescatable en la bitácora, es que los navegantes tenemos una brújula que nos lleva a aguas tranquilas y prósperas. Pareciera que la naturaleza fuera nuestra aliada, porque nos ha forzado al cierre de estructuras en deterioro que, con un mal viento sucumbieron. Hemos logrado el cierre de la Sala de Pensión, Sala H y estamos en vía de cierre de la Sala de Geriatria y áreas de Larga Estadía.

Por otro lado, las casas farmacéuticas se han aliado, y efectúan aportes valiosos, como el patrocinio de pasantías internacionales a nuestros médicos residentes para reforzar la psiquiatria social; como los dispositivos de Rehabilitación Psicossocial en la Comunidad y con la Comunidad, así se cumplió con el objetivo de retomar la subespecialidad de Psiquiatria Social -que tenía siete años ausente- como opción nacional de entrenamiento.

También, los familiares reflejan el trabajo de muchos años, se percibe que se sienten partícipes en la recuperación de su paciente. La administración de la Institución, asesoría legal, trabajadoras sociales y el funcionariado, han brindado el apoyo, para la conformación jurídica de la Asociación.

El programa de Rehabilitación de Adictos de corta estancia y las terapias a familiares continúa devolviendo familiares recuperados.

### **Estamos cambiando**

Afortunadamente, debo también confesar que todo el personal técnico y administrativo de la institución tiene profesionalismo, entusiasmo y esmero que es nuestra fortaleza. Representamos una gran Comisión de Reestructuración, que garantiza los Derechos del Enfermo Mental y el cambio de imagen institucional.

Los familiares y pacientes abogan por salidas y atención en la red periférica de atención.

Es un orgullo contar con fabricantes de respuestas, con un personal técnico y administrativo dedicado a contribuir al cambio; fraguando trabajo, amistad y humanización de la atención psiquiátrica en pro de la rehabilitación psicosocial, en nuestro país.

Hoy por hoy, el Instituto trabaja hacia nuevos estándares en el fortalecimiento de la atención Psiquiátrica; garantizando así resultados eficientes en los tratamientos administrados a cada uno de nuestros usuarios(as).

El Instituto Nacional de Salud Mental, como institución de atención especializada, tiene como norte brindar óptima atención integral, tanto al paciente como a familiares.

Nuestro principal objetivo ha sido y será atender con eficiencia y calidad en todos los niveles, en el menor tiempo posible todas las necesidades que se presenten en el Instituto. Para ello, hemos desarrollado un plan de inversión que se proyecte hacia una visión de calidad garantizada, en los servicios preventivos y predictivos con la finalidad de que sobre todo sean efectivos y se reflejen en la CALIDAD DE ATENCIÓN que se brinda diariamente a todos nuestros usuarios(as).

### 3.3 RED DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**Dra. Fania de Roach**

Psiquiatra  
MINSA

La red de servicios públicos de Salud Mental de la República de Panamá cuenta con tres niveles administrativos al interior del sistema nacional de salud:

- Central o Nacional
- Regional
- Local

Cada uno con responsabilidades bien definidas. En ellos se realiza la gerencia y administración de recursos, los programas y los planes de Salud Mental orientados al cumplimiento y logro de los objetivos y las estrategias trazadas en la política de salud.

A nivel nacional, se estructura la Sección de Salud Mental del Departamento de Salud Integral Poblacional de la Dirección General de Salud Pública, la cual es la instancia técnico normativa del Programa Nacional de Salud Mental, con jurisdicción e inherencia sobre todas las actividades que involucran la conducta humana, bajo la responsabilidad de un (a) Coordinador (a) Nacional del Programa de Salud Mental.

En el nivel regional, los responsables del desarrollo del Programa son los equipos coordinadores regionales. En los niveles locales, son los equipos de salud mental. Donde no se cuenta con el recurso, las funciones específicas las desempeñan los equipos de salud general que ejecutan las prestaciones a la población, según las normas y metas establecidas.

El territorio nacional se divide en 14 regiones de salud, las cuales son la base de la organización de la red, para la provisión de servicios generales de salud y los especializados de Salud Mental. La provisión de los servicios de Salud, se organiza y clasifica en tres niveles de atención sobre la base de criterios de accesibilidad, población cobertura y capacidad resolutive.

El primer Nivel de Atención constituye la base ancha de la pirámide de servicios de Salud Mental, caracterizada por la participación social, y el desarrollo de acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los trastornos mentales y del comportamiento.

En este nivel se ubican los promotores de salud y líderes comunitarios, los grupos de autoayuda a favor de la salud mental, tales como: ANFAPEEM (Asociación Nacional de Familiares y Amigos de Personas con Esquizofrenia y otras Enfermedades Mentales), las redes sociales, entre ellas, la Red Intersectorial de Salud Mental y la Red de la Prevención de la Depresión, los puestos, los subcentros y los centros de promoción de la salud.

Los puestos y los subcentros de Salud están bajo la dependencia de un Centro de Salud y se encuentran ubicados generalmente en áreas rurales de difícil acceso. Son atendidos periódicamente por equipos básicos de salud del centro de salud responsable, o por equipos de salud itinerantes. En estas instancias se inicia la participación comunitaria, lo cual debe permitir planificar, programar y ejecutar las actividades de promoción, prevención y control de su espacio geográfico poblacional de responsabilidad.

Los servicios de salud mental, en los puestos de salud, son provistos por el ayudante o asistente de salud, generalmente, originario del área. En los subcentros, por un auxiliar de enfermería o enfermera permanente que recibe entrenamiento para proveer servicios de promoción de la salud y prevención a la comunidad. No obstante, son capacitados para la identificación y manejo inicial de crisis o problemas de salud mental, los cuales han de canalizar al Centro de Salud para la atención por los trabajadores(as) de atención primaria y/o por el equipo técnico de salud mental (médico psiquiatra, enfermera especialista en Salud Mental, psicólogo (a) clínico y trabajador (a) social).

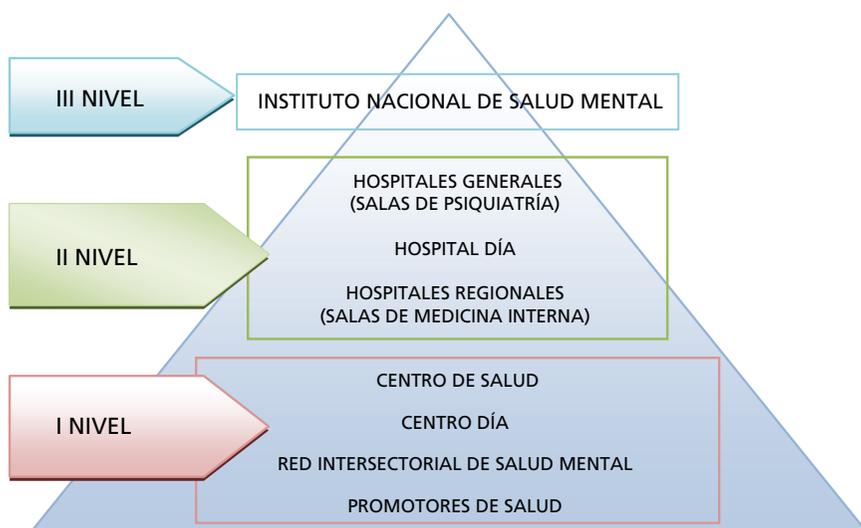
Los centros de salud se encuentran ubicados, tanto en áreas urbanas como rurales. Cuentan con la presencia de un equipo de profesionales de las disciplinas que conforman el equipo técnico de salud mental

y con una mayor capacidad resolutive que les permita actuar como centros de referencia para los puestos y subcentros de salud. Realizan actividades de promoción de la salud mental, prevención, diagnóstico, tratamiento de problemas de salud mental y la conformación de clínicas para el manejo de problemas específicos y las clínicas de psicofármacos.

En ellos también se implementa la modalidad de atención comunitaria en salud mental, denominada "Centro Día". La Región de Salud de Panamá Oeste es pionera en el desarrollo de esta iniciativa, en los distritos de Capira y Chorrera. Allí se realizan actividades de labor terapéutica, dinámicas y trabajo de grupos, así como supervisión de tratamiento farmacológico, entre otras. Las actividades son financiadas por autogestión de las y los usuarios y el equipo técnico de salud mental.

Los Centros de Promoción de la Salud, dependen jerárquicamente, de un Centro de Salud y son instalaciones de la comunidad, en las que se facilitan los procesos de organización comunitaria y la participación

Gráfica N° 1  
**RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE PANAMÁ**



social, mediante la educación y la comunicación para la salud. Las actividades de Salud Mental, que se realizan en estas instancias, están dirigidas hacia el fomento de la Salud Mental y la rehabilitación psicosocial. La educación en Salud Mental, el adiestramiento vocacional, los grupos terapéuticos o de expresión libre, son ejemplos de las intervenciones dirigidas a la provisión de cuidados mentales y a la reinserción de las personas a su medio familiar y comunitario.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales de área, sectoriales y regionales, generales o especializados y los policentros. En dichas instancias se dispone de salas de psiquiatría o camas asignadas para pacientes mentales en Salas de Medicina.

En algunos Hospitales Nacionales y Regionales se ofrece el servicio de Hospital de Día, finalmente, el tercer nivel de atención, está representado por el Instituto Nacional de Salud Mental.

La cartera de servicios de las diferentes instalaciones de la red por niveles de atención y grados de complejidad se articulan por medio de un sistema único de referencia y contrarreferencia.

### **3.4 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN PANAMÁ**

**Dra. Yamileth Gallardo de Velazco**

Psiquiatra

Región de Salud de Los Santos

#### **3.4.1 Contenido**

La República de Panamá tiene una población de 3.172.362 millones de habitantes. Del total de la población el, 50.5% son hombres. Los pueblos indígenas claramente definidos constituyen aproximadamente el 9%. La población menor de 15 años se redujo del 41% en 1980 al 31% en la actualidad. La expectativa de vida al nacer para la población en general es de 75 años, siendo para las mujeres 77,6 años y para los hombres 72,5.

Para el año 2004 la población cubierta por la Seguridad Social alcanzó el 62%.

El gasto social es relativamente alto y representa aproximadamente, un 45% del gasto público y el 20% del PIB.

### Financiamiento de los servicios de salud mental

El 3% está dedicado a la salud mental. El 44% está dirigido al Instituto Nacional de Salud Mental, que hasta el año 2004 se denominaba Hospital Psiquiátrico Nacional.

El MINSA tiene creada una Comisión Nacional de Salud Mental desde el 2002 y actualmente están en revisión de sus funciones.

Existen 103 establecimientos o servicios de salud mental ambulatorio disponibles en el país, de los cuales solo dos son dedicados exclusivamente a niños y adolescentes. Existen tres establecimientos de atención diurna en salud mental. Hay ocho unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria en que disponen de 284 camas que significa un índice de 8.95 camas por 100.000 habitantes. El 3% total de camas en estas unidades están reservadas solo a niños y adolescentes.

El Instituto Nacional de Salud Mental, posee 200 camas lo que significa 6.3 de camas por 100.000 habitantes; un dato importante y alentador es que la cantidad de camas ha disminuido un 63% en los últimos cinco años.

### Recurso humano en atención de salud mental

Panamá cuenta con 110 psiquiatras (3.47 por cien mil habitantes), 139 enfermeras (4.38 por cien mil habitantes), 95 psicólogos (2.99 por cien mil habitantes) 48 trabajadores sociales (1.51 por cien mil habitantes) y 3 terapeutas ocupaciones (0.09).

En el marco de la celebración del Día Internacional de la Salud Mental, el 10 de octubre de 2006, se presentó en un acto en la ciudad de Panamá, el informe sobre el Sistema de Salud Mental en Panamá, que fue desarrollado utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS), el cual sirvió como marco de referencia para medir cuantitativa y cualitativamente, por

primera vez, estos servicios especializados de atención. Algunos de los puntos por resaltar de este informe son:

- Los servicios de Salud Mental en toda la República, están muy bien organizados, pero carecen de suficiente cantidad de establecimientos intermedios de rehabilitación como los Centros Día, especialmente en áreas rurales del país .
- Una carencia importante en la red de establecimientos de Salud Mental, son las unidades forenses de hospitalización psiquiátrica. Es una de las metas por cristalizar a corto plazo.
- La atención primaria está fortalecida por la presencia de equipos de salud mental, principalmente en las áreas urbanas. En las áreas rurales y en el interior del país se capacita en temas de salud mental al resto del personal que labora en estas instalaciones, ya que el seguimiento ambulatorio de los pacientes es llevado por el personal de atención primaria, no especializado.
- La principal barrera crítica que se pudo detectar en el proceso de reestructuración fue el temor de la población al cambio del modelo de atención de la psiquiatría y a la reinserción de los pacientes con enfermedad mental en la comunidad.
- Es una prioridad del Gobierno actual, con el apoyo técnico de la OPS/OMS y con la colaboración de organizaciones no gubernamentales, mantener a la población sensibilizada en cuanto a los diferentes temas en salud mental. Se debe crear y mantener vínculos importantes entre los diversos sectores y darle sostenimiento al proceso. Por ejemplo, se han establecido Redes Interinstitucionales en diferentes provincias enfocadas a prevenir, detectar y tratar la depresión en el ámbito laboral desde el inicio de este siglo, que involucra a múltiples actores del nivel gubernamental.
- En Panamá, hemos fortalecido la protección de los derechos humanos de los discapacitados mentales en los últimos años;

creando leyes y aplicando otras ya existentes, aunque carecemos de un sistema formal de vigilancia para que se cumplan estos señalamientos legales. A pesar de que contamos con una Defensoría del Pueblo y una Comisión en la Asamblea de Diputados estas autoridades solo resuelven quejas y denuncias y no supervisan periódicamente las instituciones de salud mental del país.

- Desde finales del siglo pasado han nacido diferentes asociaciones de familiares y usuarios con enfermedad mental que están jugando un papel más activo en la defensa de los derechos humanos de los y las pacientes. Estas agrupaciones se han fortalecido en los últimos años y han formado capítulos en el interior de la República, haciendo a la comunidad partícipe en el proceso de la reestructuración psiquiátrica panameña y derrumbando la barrera del estigma que amenaza el cambio.
- También, se están realizando grandes esfuerzos para promover la igualdad de acceso a los servicios de salud mental por toda la población, especialmente hacia las minorías culturales y lingüísticas.

### **3.4.2 Sugerencias o recomendaciones**

- Crear establecimientos intermedios de rehabilitación psicosocial en todas las regiones de salud del país como Centros de Día, y casas de medio camino, en estrecha coordinación con otros actores sociales que le darían sostenimiento a dichas instituciones comunitarias de salud mental.
- Garantizar los medicamentos psicotrópicos esenciales en todos los servicios de salud mental y especialmente en la red de atención primaria.
- Eliminar la segmentación MINSÁ-CSS, lo que permitirá una mejor distribución de los recursos asignados a la Salud Mental.
- Vigilar de cerca la remodelación de las salas de Psiquiatría del Hospital Regional de Azuero, Anita Moreno, para que

cumpla con los parámetros nacionales e internacionales y se garantice una adecuada atención a las personas internadas con enfermedad mental. Esta institución puede llegar a ser un ejemplo de reestructuración de la atención psiquiátrica, como lo fue en la década de los 90 el Hospital Psiquiátrico Nacional.

- Actualizar las normas y protocolos de atención en salud mental, fortalecer su implementación y reactivar el sistema de monitoreo del cumplimiento de los mismos.
- Fortalecer el Sistema de Información en Salud Mental.
- Consensuar junto al Ministerio Público la habilitación o creación de unidades forenses de hospitalización psiquiátrica, muy necesarias para el país en este momento.

### **3.5 SERVICIO Y ATENCIÓN EN LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES PÚBLICAS**

#### **3.5.1 Servicios y recursos de Salud Mental en el Ministerio de Salud**

**Aldacira M. de Bradshaw**

Enfermera en Salud Mental

Dirección de Provisión de Servicios de Salud

MINSA

El Ministerio de Salud de Panamá ha enfatizado la necesidad de mejorar la gestión de los recursos humanos y adecuar la relación entre la formación y el sistema proveedor de servicios de salud.

En el 2000, con el Plan Nacional de Salud Mental, se fortalece aún más la intersectorialidad del plan, donde además hubo gran participación de la comunidad, la cual es el objeto principal de nuestro quehacer. En este sentido, la interdisciplinariedad, la intersectorialidad y las intervenciones colectivas (comunitarias, grupales y familiares), constituirían los principios rectores de las prácticas de intervención que deberían primar sobre las individuales y asistenciales.

La definición precedente se vincula con el desarrollo de un enfoque de redes, que contempla *la promoción, la prevención, la asistencia y*

*la rehabilitación social.* La intersectorialidad implica una articulación entre instituciones, organizaciones no gubernamentales u otras comunitarias, las familias y cualquier otro recurso existente en la comunidad. Se integra así, el trabajo de los profesionales de la salud mental con promoción social, trabajo, educación, municipales, instituciones religiosas, policía, organizaciones comunitarias.

El cambio de paradigma en el sistema de atención se acompaña de una redefinición sobre los “trastornos mentales” que, progresivamente, comienzan a concebirse en términos psicosociales.

Como parte de estas tendencias internacionales y en función de las propias particularidades del perfil salud/enfermedad actual, Panamá, específicamente el MINSA, vienen realizando transformaciones en el sistema de atención de la salud mental orientadas a la priorización del primer nivel de atención, el trabajo comunitario, la interdisciplina, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y una concepción integral de los problemas del campo de la salud mental. Estas transformaciones demandan una nueva organización del trabajo en las formas de intervención, reemplazando las convencionales prácticas asistenciales, disciplinarias y curativas.

La información que presentaremos más adelante, de las regiones de salud o de los hospitales que proveen el servicio de salud mental es el resultado de las evaluaciones anuales que realiza el programa de Salud Mental, específicamente, la coordinación de Enfermería en Salud Mental y la coordinación de Salud Mental de Provisión de Servicios, donde participa un equipo multidisciplinario, como médicos psiquiatras, enfermeras especialistas en salud mental, psicólogos, farmacéutas, y donde se presentan las modalidades de atención que se ofrecen en cada una de ellas.

*Modalidad de atención:* Se refiere a la/s forma/s como se concreta el cuidado y la atención para desarrollar las actividades dirigidas a la promoción y/o protección y/o recuperación y/o rehabilitación de la salud y/o la prevención de la enfermedad. Cada una de estas formas, permite una determinada organización de los recursos.

*Atención ambulatoria:* Es la modalidad de atención a pacientes no hospitalizados. Este proceso se organiza en torno a la consulta.

*Internación:* Es la modalidad de atención que involucra instalaciones permanentes que incluyen camas atención profesional constante, cuidados continuos de enfermería y unidades para proporcionar diagnóstico y tratamiento a los asistidos. Se organiza en torno al egreso.

*Centro Día:* Es la modalidad de atención a pacientes que no necesitan hospitalización a tiempo completo (menos de 12 horas), y que concurren para recibir tratamientos regulares y permanecer en observación. Supone el funcionamiento de unidades operativas intermedias y de apoyo.

*Visita Domiciliaria:* Es la modalidad que se lleva a cabo a domicilio por iniciativa del establecimiento, con personal del mismo, sin que sea solicitada por el paciente, ni determinada por urgencias.

*Tratamiento:* Es la modalidad con la cual se resuelven los problemas de salud de los pacientes por medio de métodos terapéuticos. Comprende entre otros: rehabilitación psicosocial, tratamiento farmacológico, procedimientos terapéuticos y/o psicoterapia de grupo o individual.

*Tipo de Establecimiento:* Son los establecimientos que principalmente brindan la atención primaria de salud mental del MINSA de tipo Atención Ambulatoria y son los Centros de Salud y eventualmente los Sub Centros de Salud.

Las hospitalizaciones se llevan a cabo en hospitales generales de las regiones de salud que cuentan con camas asignadas a psiquiatría o salas de psiquiatría en hospitales generales como son el Hospital Santo Tomás (Ciudad de Panamá) y el Hospital Regional Anita Moreno (Región de Los Santos).

Además, en hospitales especializados como son el Hospital del Niño, se cuenta con el programa de Salud Mental, lo mismo que en el Hospital Materno Infantil Domingo de Obaldía, de la Región de Salud de Chiriquí.

El Instituto Nacional de Salud Mental, es el hospital de tercer nivel de atención.

**Tabla N° 1**  
**Recurso Humano en Salud Mental del Ministerio de Salud**

Región de salud	Psiquiatras	Psicólogos	Enfer- meras(os)	Trabajador Social
Metropolitana	13	10	7	
San Miguelito	7	3	4	8
Panamá Oeste	4	2	4	0
Colón	1	1	3	0
Chiriquí	4	5	2	0
Coclé	1	1	4	
Bocas del Toro	0	0	1	0
Los Santos	4	4	2	
Herrera	1	1	0	0
Veraguas	2			
Darién	1	0	1	0
Kuna Yala	0	0	1	0
Instituto Oncológico Nacional	1	1	3	0
Instituto Nacional de Salud Mental	12	2	*55	8

\*20 son enfermeras básicas.

### 3.5.2 Los Servicios de Salud Mental en la Caja de Seguro Social (CSS)

**Dra. Amaralis Amador**

Psiquiatra

Jefa del Programa de Salud Mental

**Virginia Sánchez D.**

Enfermera Especialista en Salud Mental

La Caja de Seguro Social fue fundada por medio de la Ley 23 de 21 de marzo de 1941. Catorce años después, en el año 1955, se inició la prestación de atención en psiquiatría, había entonces un solo consultorio.

En 1956, el MINSa crea por Decreto Ministerial, la Sección de Higiene Mental como una dependencia de la Dirección General de Salud, la cual tuvo como jefe al Dr. Mariano Gorriz, quien a su vez era el Director del Hospital Psiquiátrico Nacional. Posteriormente, el 1 de junio de 1959 se crea la Unidad de Neuropsiquiatría en la CSS y le correspondió, nuevamente, al Dr. Mariano Gorriz ser el jefe. Esta Unidad fue creciendo paulatinamente, aglutinando a todas las personas especialistas de Salud Mental y Psiquiatría que eran nombradas en la Institución, hasta convertirse en el Servicio de Psiquiatría de la CSS.

En los años 60, se organiza un programa de consultas esporádicas al interior de la República que eran coordinadas entre el MINSa y la CSS y cuya responsabilidad recaía principalmente en el funcionariado del Hospital Psiquiátrico Nacional.

En 1962, se funda la Sala de Psiquiatría en el Hospital General de la CSS, la cual brindó servicios por tres semanas. Luego, del infortunado incidente del lanzamiento de un paciente del tercer piso, fue cerrada con planes de remodelación. El funcionamiento de la sala no logra reiniciarse, sino hasta siete años después bajo la jefatura del Dr. Hernán Higuero.

Con la intención de contribuir a la difusión de los conocimientos de la [siquiatría y promover la formación de otros especialistas en el campo, se inicia el **Programa de Residencias de Psiquiatría de la CSS**, en agosto de 1969. Su primer residente, el Dr. Hernando Ponce Hidalgo, culmina exitosamente en julio de 1973.

El entrenamiento del Dr. Ponce Hidalgo estuvo a cargo de prestigiosos colegas que habían obtenido su título de psiquiatras en el extranjero; los doctores Luis Picard Ami, Hernán Higuero, Boris Vásquez, Gustavo Báez, Alonso Higuero y Domiciano Broce. Desde entonces, hasta la fecha, en la CSS se han graduado 41 psiquiatras.

En la década de los 70, se inicia en Panamá, la formación de enfermeras en el postbásico de Salud Mental y Psiquiatría, con lo cual

empieza a reforzarse el personal de la sala de psiquiatría de la CSS Social con enfermeras especializadas en el campo de la Salud Mental. Paralelamente, en 1971, se inaugura la sala de psiquiatría del Hospital Santo Tomás, con una capacidad de 25 camas.

Los aspectos de la atención a niños, niñas y adolescentes empiezan a obtener relevancia en aquella época. Para la provisión de una atención más selectiva a la población infante-juvenil comienza en 1970 un proceso liderizado por las doctoras Livia Arosemena, María Iriarte de Arias y el doctor José María Balabarca, quienes abogaban por la creación de programas específicos para la atención de este grupo de población. En 1973, la Dirección General de la CSS, aprueba oficialmente, el Programa de Atención específica para niños, niñas y adolescentes presentado por la Dra. María Iriarte de Arias, quien fue designada como Coordinadora. Dos años después, en diciembre de 1975, la Junta Directiva aprobó el proyecto de separación de atención de niños, niñas y adolescentes de los adultos.

El entusiasmo por integrar los servicios de salud mental a las distintas áreas del interior del país, encuentra su fundamento en lo ordenado en la Constitución de 1972, así empieza este proceso. Se posibilitan las instalaciones para la hospitalización breve en otros hospitales generales.

En 1976, por razones presupuestarias, se propicia la creación del Departamento de Psiquiatría, ya que previamente el Servicio de Psiquiatría pertenecía al Departamento de Medicina Interna. En este momento, Panamá se afanaba por reforzar y articular la red de servicios de salud mental.

De esta manera, los y las pacientes con trastornos mentales y del comportamiento que requerían atención, acudían a las policlínicas o centros de salud, si se necesitaba la hospitalización, eran referidos a la Sala de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Metropolitano, al Hospital Psiquiátrico Nacional, a Sala 25 del Hospital Santo Tomás o al Hospital Anita Moreno.

Hasta 1982, todas las acciones de Salud Mental de la CSS eran organizadas y ejecutadas por el funcionariado del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Metropolitano. En octubre de 1982, es creado, oficialmente, el Programa de Salud Mental de la CSS, bajo la dirección del Dr. Alonso Higuero. En su origen, el Programa contaba con un equipo técnico conformado por un psiquiatra, un psicólogo, una enfermera especialista en salud mental y psiquiatría y una trabajadora social.

Desde ese momento, el Programa adquiere la responsabilidad técnica normativa de los equipos de salud mental y se rige por la aplicación del Programa Único de Salud Mental MINS-CSS. Estas normas del programa fueron revisadas y modificadas por primera vez en el año 1983.

En el año 1986, se crea el Departamento de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Metropolitano, conformado por el Servicio de Psiquiatría y el Servicio de Psiquiatría de Adultos a cargo del Dr. Hernán Higuero.

Es también, a partir de 1986, cuando el Programa de Salud Mental de la CSS, empieza a promover el énfasis de las acciones de promoción de la salud y prevención primaria, en los equipos locales de atención y a esbozar los conceptos de atención primaria e intervención comunitaria, aplicados a la provisión de servicios.

En el año 1988, la CSS inaugura su Unidad de Hospitalización Intermedia de Psiquiatría, denominada Hospital de Medio Camino, ubicada en el Hospital Hogar de la Esperanza en Veracruz. Esta unidad tiene como misión brindar una atención integral, a aquellos pacientes con trastornos mentales y del comportamiento que requieren una hospitalización más prolongada, a fin de lograr una mejor recuperación y la reintegración a su medio familiar, social y laboral. En esta unidad se refuerzan las actividades de rehabilitación psicosocial.

En este mismo año, 1988, se crea el Servicio de Psiquiatría del Hospital Rafael Hernández en Chiriquí, bajo la jefatura del Dr. Manuel Núñez. Esta sala, que cuenta con 16 camas, funcionaba originalmente en la planta baja. Posteriormente, fue trasladada al tercer nivel.

La Declaración de Caracas fue acogida en Panamá y se inician movimientos tendientes a organizar los servicios de salud mental comunitarios y a reforzar los equipos de salud mental en diferentes áreas del interior del país.

La creación del servicio de psiquiatría de niños, niñas y adolescentes es impulsada por el Dr. Gilberto Abood y sus colaboradores quienes presentaron a la Junta Directiva, el Reglamento del servicio para su evaluación y aprobación. El 18 de octubre de 1994 es publicada en la Gaceta Oficial la aprobación del reglamento del servicio de paidopsiquiatría de la CSS en el que se definen la cartera de servicios. Las normas de atención del Programa de Salud Mental MINSA-CSS fueron revisadas por segunda vez en el año 1996. Esta consideración, producto de un amplio proceso de consulta interdisciplinaria e intersectorial entre los profesionales de salud mental de ambas instituciones, permitió adecuar las normas reduciendo el número de pacientes por hora para ofrecer una atención de mayor calidad a las y los usuarios.

El 26 de febrero de 1996, el Consejo Técnico de Salud, aprueba, mediante Resolución N° 2, el Programa de Residencia en psiquiatría de niños, niñas y adolescentes del Complejo Hospitalario Metropolitano. En 1997, se inicia la formación de la Dra. Mayra Salcedo, primera residente de Psiquiatría de niños, niñas y adolescentes de la CSS, quien culminó su entrenamiento en marzo de 1999.

Hasta la fecha, la CSS posee equipos multidisciplinarios de salud mental, en las instalaciones de segundo nivel y de tercer nivel (policlínicas especializadas y Complejo Hospitalario Metropolitano).

Los servicios de hospitalización, para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento, son ofrecidos a través de las salas de Psiquiatría en el Hospital Amador Guerrero en Colón, Hospital Rafael Hernández en Chiriquí y las salas de de niños, niñas y adolescentes y de adultos del Complejo Hospitalario Metropolitano con 8 y 25 camas, respectivamente.

En las áreas del interior, los pacientes con trastornos mentales que requieren hospitalización, utilizan las camas asignadas a psiquiatría dentro de las salas de Medicina Interna, como en Chepo, Hospital Rafael Estévez (Coclé) y Hospital de Changuinola en Bocas del Toro.

Actualmente, la CSS cuenta con 53 psiquiatras, 45 psicólogos(as), 61 enfermeras de salud mental designadas a la atención directa de pacientes. El personal de trabajo social colabora contribuyendo con horas designadas a las actividades del Programa. Adicionalmente, se cuenta con cuatro psiquiatras asignados a funciones administrativas.

Bajo la responsabilidad del Programa se encuentran las acciones de la Comisión Nacional para la Prevención y Atención de la Violencia.

Este año, el Programa Nacional de Salud Mental de CSS cumplirá 25 años desde su creación oficial y continúa fomentando el fortalecimiento de los equipos locales.

El presupuesto de salud mental es reducido y se ha priorizado la capacitación de enfermeras y médicos generales en salud mental; los cuales van a realizar la atención integral y la atención primaria en sus áreas de trabajo:

- ULAPS (Unidades Locales de Atención Primaria en Salud)
- CAPPs (Centro de Atención de Promoción y Prevención de Salud)

### **3.5.2.1 PSIQUIATRÍA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

**Dr. Erwin Ronner**

Psiquiatra

Caja del Seguro Social

La Sala de Hospitalización de Niños y Adolescentes del Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes en el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid de la CSS, surgió por la preocupación y motivación de lograr una atención en condiciones más adecuadas, donde se respetan los derechos de los menores.

Como servicio se pudo sustentar que al contar con una consulta externa especializada con cobertura a nivel nacional y una demanda de atención significativamente importante se hacia innecesario tambien la creación de un área de internamiento para algunos pacientes de riesgo.

El apoyo de las autoridades de la CSS, permitió identificar el área que constituiría la sala. Posteriormente, se ejecutó una remodelación sujeta a un diseño ajustado a las necesidades de la atención de menores:

El nombramiento del equipo de trabajo multidisciplinario estaba integrado por:

- Dos Psiquiatras de Niños y Adolescentes
- Dos Psicólogos Clínicos
- Una Trabajadora Social
- Una Secretaria
- Equipo de Enfermeras con especialización en Salud Mental y Psiquiatría, y
- Técnicos de Enfermería.

La sala de hospitalización tiene cobertura a nivel nacional y el ingreso de los pacientes, que cumplan con los criterios de hospitalización, se efectúa previa evaluación por el equipo de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. El límite de edad esta en los 18 años.

La importancia de esta sala de hospitalización para menores es que se encuentra ubicada en el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid de la CSS, el cual es un hospital del tercer nivel de atención manteniendo una íntima relación con todas las especialidades y subespecialidades médicas. La sala de Psiquiatría de Niños y Adolescentes cuenta actualmente con un reglamento administrativo y de atención, que ha tenido en cuenta las opiniones de los Padres de Familia. Además de la atención a los pacientes, cumple una función docente con rotación de médicos residentes con diferentes especialidades relacionadas.

El Hospital del Niño (Hospital Nacional de especialidades Pediátricas), cuenta con un equipo de salud mental completo y una cartera de servicios que incluye evaluación en cuarto de urgencia, consulta externa y hospitalización (esta última es sectorizada con patologías diversas).

### **3.6 El abuso de sustancias: problemática y alternativas terapéuticas**

#### **3.6.1 Situación del abuso de sustancias en Panamá**

**Dr. Miguel Cedeño**

Psiquiatra

Sistema Regional de Salud Metropolitano

En las últimas décadas el uso indebido de drogas ha surgido como una de las problemáticas más difícil de resolver por el ser humano. Su extrema complejidad producto de la interacción de diversos factores en su génesis y desarrollo las mantiene afectando en forma constante al hombre contemporáneo. Nuestro país no ha sido la excepción al fenómeno y los panameños vivimos en carne propia sus terribles consecuencias a diario.

#### **Situación del consumo de drogas en Panamá**

Para analizar el consumo de drogas en nuestro medio se describirán los grupos edades más importantes: adolescentes y adultos(as)

#### **Consumo de drogas en adolescentes**

Para hablar del consumo de drogas por adolescentes en el país, la base es la aplicación de la encuesta DUSI (Drug Use Screening Inventory), actividad realizada por la coalición de Panamá por una Comunidad Libre de Drogas del Despacho de la Primera Dama en 1996. Esta encuesta fue aplicada a estudiantes panameños de séptimo, octavo y noveno de la Básica, tanto de colegios públicos y privados, de áreas urbanas y rurales de todo el país.

En este estudio, se pudo ver que el alcohol es la droga legal de más prevalencia de vida (o sea la que más han consumido los estudiantes alguna vez en su vida) con 41.2%, seguida por el tabaco con 11% y los tranquilizantes con 6.7%.

En cuanto a las drogas ilegales, la prevalencia de su vida resultó bastante baja, ya que estuvo debajo del 1%, la marihuana fue de 0.7%, la de la cocaína fue de 0.6% y la del crack 0.5%. Sin embargo, es bueno destacar que no es fácil que el estudiante refiera su consumo de drogas, principalmente si estas son ilegales, por lo que siempre encontraremos un subregistro en todos los estudios que se realicen bajo esta metodología.

### Consumo de drogas en adultos(as)

Para analizar la problemática en este grupo etario nos basamos en los estudios de Vigilancia Epidemiológica sobre uso de sustancias Psicoactivas dirigidas por el Departamento de Prevención y Control de Farmacodependencias del MINSA y patrocinadas por la CICAD/OEA en 1992 a 1996, en los dos cuartos de urgencia de los hospitales más grandes de la ciudad capital, como son el Complejo Hospitalario Metropolitano de la CSS y el Hospital Santo Tomás. Es importante señalar que a diferencia del estudio anterior DUSI que fue a nivel nacional, éste sólo incluye una muestra de la ciudad capital. Sin embargo, nos da una aproximación de la problemática.

En este estudio, en cuanto a las drogas legales, el alcohol fue el de más alta prevalencia de vida durante los cinco años (1992-1996), alcanzando una prevalencia de 79.9%, seguida del tabaco con 47.9%, y los tranquilizantes con 13.5%. Entre drogas ilegales, la marihuana fue la más prevalente con 7.3%, seguida por la cocaína con 4.8% y el crack con 1.9% en este mismo año.

Es importante explicar que el consumo de drogas tanto legales como ilegales fue ascendiendo de 1992 hasta 1994, cuando se alcanzó el pico más alto. Disminuyó en 1995, para nuevamente ascender en 1996, pero sin llegar a los niveles de 1994, lo que pudiera sugerir que el consumo de droga tiende a estabilizarse en la ciudad de Panamá.

También es importante señalar que el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, es mayor en los hombres que en las mujeres,

con excepción del consumo de tranquilizantes que es mayor en el sexo femenino.

### Principales líneas de acción para la prevención del consumo de drogas.

En el contexto panameño son varias las acciones que se han definido para prevenir el uso de drogas:

- o **Control de la disponibilidad de drogas**
- o **Información educativa a los trabajadores respecto al consumo de drogas**
- o **Promoción de estilos de vida saludable**
- o **Identificación temprana de los casos de consumo de drogas**

### La asistencia terapéutica.

Las instituciones dedicadas a la prevención y tratamiento del abuso de drogas en Panamá son las siguientes:

#### Prevención

- Ministerio de Salud (Departamento de Prevención y Control de Farmacodependencia, Centros de Salud)
- Ministerio de Educación (Oficina de Prevención Integral del uso de Drogas)
- Coalición de Panamá por una Comunidad libre de Drogas
- CONAPRED
- Iglesia Católica
- Caja de Seguro Social
- Cruz Blanca Panameña
- Fundación PRIDE
- Fundación METANOIA
- Fundación Educativa Médica Antidrogas (FEMA)
- Fundación Gracia Divina

#### Los servicios de tratamiento están ubicados en:

- Hospitales generales
- Centros de Salud
- Policlínicas de la Caja Seguro Social

- Centro de Estudios y Tratamiento en Adicciones INSAM
- Programa de Farmacodependencia del Complejo Hospitalario Metropolitano (CSS)
- Hogares Crea
- Clínica Margarita (Cruz Blanca)
- Fundación Teen Challenge
- Alcohólicos Anónimos (AA)
- Narcóticos Anónimos (NA)
- Fundación Remar
- Fundación Educativa Médica Antidrogas (FEMA)
- Clínica de la Familia

### **3.6.2 Centro de Estudios y Tratamiento en Adicciones del INSAM**

**Dra. Yadira V. Boyd P.**

Psiquiatra  
INSAM

El Programa de Dependencia Química consiste en una alternativa de tratamiento intrahospitalario a nivel estatal.

En 1980, el Comité de Esposas de Ministros de Estado encabezado por la Sra. Yadira de Medrano, esposa del Ministro de Salud de Panamá, gestan acciones para la construcción de un recinto que brindará atención a individuos afectados por el alcohol y las drogas. Fue ubicado en el Hospital Psiquiátrico Nacional, con el nombre de Sala de Alcohol y Drogas e inicia su trabajo en 1981. El Estado ante la realidad del consumo de drogas en el país, busca alternativas, e inicia el primer curso de Profesionales en Dependencia Química en febrero de 1986, auspiciado por el MINSAs, Cruz Blanca y la Universidad de Miami (EE. UU). La célula motor fue la Dr. Doris Amaya.

En agosto de 1987, un grupo de profesionales, entre los cuales se encontraban la Lic. Hildaaura de Tejada (Trabajadora Social), la Lic. Gloria de González (Socióloga), el doctor Carlos Smith (Psiquiatra), la Lic. Leticia de Ureña (Enfermera) y la Sra. Evadilia Cerrud (Terapeuta Vivencial), dan lugar a un programa ambulatorio de dependencia química con pacientes hospitalizados en las diferentes salas del

Hospital, sin local designado. Las terapias eran realizadas al aire libre, donde había que trasladar sillas, material audiovisual, y otros. Posteriormente, las terapias eran realizadas en el área de la Biblioteca de Trabajo Social. La primera paciente del programa fue una mujer embarazada.

En febrero de 1988, se inicia el tratamiento con familiares. En este año, el Dr. Carlos Smith adquiere su Fellowship en Florida, lo que aunado a otras disciplinas que se fueron agregando, como Terapia Ocupacional por la Lic. Odelvis Muñoz, y Enfermería por la Lic. Mireya Marten, fueron enriqueciendo el nuevo programa. Comienzan, de igual forma, la capacitación interna de funcionarios. En 1989, la Sala de Alcohol y Drogas cambia su título por Sala de Dependencia Química. Se potencia la actividad docente, continuando con las consultorías, educación en servicios, entrenamientos y apoyo a investigaciones. Se realiza el Primer Encuentro de Profesionales que trabajan en Prevención, Investigación y Tratamiento. De igual forma, se celebra el Primer Encuentro de Egresados del Programa de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico Nacional. En 1989, se incluye la rotación del Médico Residente de Psiquiatría General en el programa de Dependencia Química. En 1990, el Programa de Dependencia Química brinda pasantías a nivel Nacional. En 1992, se crea la subespecialidad en Psiquiatría de Dependencia Química, por un espacio de dos años en el Hospital Psiquiátrico Nacional.

De 1996 a 1997, se inicia el programa de cesación de fumadores para pacientes y personal de la Institución, bajo la dirección de la Dra. Yadira Boyd P. De 2000 a 2001 el programa se proyecta fuera de la institución mediante un convenio entre el MINSA y la Asociación Nacional contra el Cáncer. Para el año 2001 se da el cambio de Programa de Dependencia Química a Centro de Estudios y Tratamiento en Adicciones.

En el año 2003, se inicia el Programa Ambulatorio para adolescentes, como respuesta a la alta demanda existente en el país y, por ser una edad de alto riesgo, en el inicio del consumo. Ya en este periodo

cambia de Programa de Dependencia Química a Centro de Estudio y Tratamiento en Adicciones.

Para el año 2003 la Institución ha formado un total de seis médicos(as) subespecialistas en Dependencia Química, entre los cuales se encuentra la Dra. Juana Herrera (actual Directora General) la Dra. Yadira V. Boyd (actual coordinadora del Centro), el Dr. Juan Mayora, la Dra. Lizbeth Barrera y el Dr. Aris Ramos. Actualmente, se encuentra en formación el Dr. Luis Trejos.

En este orden, con la buena voluntad y el afecto de cada uno de los miembros del equipo multidisciplinario del Centro de Estudios y Tratamiento en Adicciones, se continúa cumpliendo con la responsabilidad de dar a la población del país una alternativa terapéutica, científica, coherente y sistemática.

### **Principios del Programa**

El proceso de tratamiento es reeducativo, confrontador, respetuoso de la dignidad humana, fomentando la honestidad como recurso de aceptación de la enfermedad y guía para el subsecuente cambio de conducta.

## **4. FORMACIÓN PROFESIONAL DE ESPECIALISTAS**

**Dra. Laura S. de Díaz**

Psiquiatra

Subdirectora de Docencia e Investigación

INSAM

### **4.1 Psiquiatras Generales**

La formación de psiquiatras en Panamá, dentro de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Nacional, se remonta a la década del 60 cuando aún sin programa formal de residencia, se entregan a la sociedad panameña los primeros especialistas en Salud Mental formados en el Hospital Psiquiátrico Nacional.

En 1971, se inició el Programa de Residencia en Psiquiatría con un Plan de estudios y con objetivos precisos, que establecía una sólida preparación médico-científica y una gran proyección social, en coordinación con la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá. Desde entonces, hasta la fecha se han formado 117 psiquiatras.

A partir de 1976 se inicia la formación en las subespecialidades de Psiquiatría de Niños y Adolescentes. En 1983, las subespecialidades de Gerontopsiquiatría, de Psiquiatría Forense y Psiquiatría Comunitaria. En 1992, en Dependencia Química hoy Psiquiatría de la Adicción.

En 1990, el Programa de Docencia Médica en Psiquiatría General del Hospital Psiquiátrico Nacional se enmarca dentro de la Política Nacional de Salud y sobre todo del Programa Nacional de Salud Mental, que a su vez toman como marco de referencia, la iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, señalada en la Declaración de Caracas.

El programa está diseñado con una duración de tres años y acreditado con aval universitario por la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá.

Del 2003 al 2007, dando cumplimiento al Decreto Ejecutivo N° 128 del 22 de abril de 2004, que reorganiza y denomina Instituto Nacional de

Salud Mental (INSAM) al Hospital Psiquiátrico Nacional, se define la Misión y se establecen los objetivos de la Coordinación de Docencia e Investigación.

El INSAM se convierte en un Centro de Estudios e Investigaciones en Salud Mental que contribuye a la formación, y actualización del recurso humano.

**Se ha trabajado especialmente en:**

- Diseñar y desarrollar programas de formación, capacitación y actualización del Recurso Humano en Salud Mental.
- Promover la investigación.
- Promover y facilitar el Programa de Maestría Profesional en Ciencias Clínicas con especialización en Psiquiatría de la Universidad de Panamá – MINSAL – CSS.
- Cumplir con los Convenios MINSAL – Universidades en la Atención de Estudiantes de Pregrado, Postgrado, Maestría y doctorados que se dictan en los diferentes centros educativos.
- Desarrollar eventos científicos.

#### **4.2 Subespecialistas en Psiquiatría**

Se revisa y aprueba por el Consejo Técnico de Salud del MINSAL, el Programa de Maestría Profesional en Ciencias y Subespecialidades Clínicas con Especialización en Psiquiatría, y se publica en Gaceta Oficial el 6 de julio de 2006, y el cual señala el siguiente articulado:

**Artículo Primero:** Establece el Programa de Residencia Médica única en Psiquiatría General y Subespecialidades para todos los Centros e Instituciones de formación de especialistas en Psiquiatría en el país. La Residencia médica en Psiquiatría General consta de un mínimo de tres años y el de las Subespecialidades de un mínimo de dos años de formación.

**Artículo Segundo:** Reconocer los siguientes Programas de Subespecialidades en Psiquiatría:

**a. Paidopsiquiatría:**

Estudio sistematizado de conocimientos, habilidades y destrezas en la atención integral de la salud mental y de los desordenes mentales de los niños y adolescentes.

Nuestra Institución ha formado, nueve Médicos Psiquiatras especializados en Paidopsiquiatría.

**b. Gerontopsiquiatría:**

Estudio sistematizado de conocimientos, habilidades y destrezas en la atención integral de la salud mental y de los desórdenes mentales del adulto mayor.

Nuestra Institución ha formado cinco Médicos Psiquiatras especializados en Gerontopsiquiatría.

**c. Psiquiatría de adicción:**

Estudio sistematizado de conocimientos, habilidades y destrezas en la atención integral de la enfermedad adictiva de la población.

Nuestra Institución ha formado cinco Médicos Psiquiatras especializados en Psiquiatría de la Adicción.

**d. Psiquiatría social y comunitaria:**

Estudio sistematizado de conocimientos, habilidades y destrezas para realizar diagnósticos programación, atención integral y evaluación de situaciones de salud mental comunitaria.

Nuestra Institución ha formado tres Médicos Psiquiatras especializados en Psiquiatría de la Adicción.

**e. Psiquiatría forense:**

Estudio sistematizado de conocimientos; habilidades y destrezas en la evaluación y atención integral de las personas con trastornos psíquicos en el concepto biológico y psiquiátrico de la enfermedad dotándole de un sentido jurídico.

Nuestra Institución ha formado un Médico Psiquiatra especializado en Psiquiatría Forense.

### 4.3 Psicología Clínica

**Carmen de Carcache**

Psicóloga Clínica  
INSAM

La historia de la Psicología Clínica en Panamá se inicia en el año 1936, época cuando se realizaron los primeros ejercicios en materia de mediciones de parámetros mentales. En esa misma fecha la Facultad de Educación de la Universidad de Panamá, incluye por primera vez, cursos de Psicología Educativa, Psicología de la Adolescencia, Psicología Infantil e Higiene Mental.

En el año de 1950, llega a Panamá el primer psicólogo titulado, Viteslak Fischmann, procedente de Europa Oriental, quien ejerció funciones en el entonces Hospital Psiquiátrico Nacional y en la CSS. En el mismo año llegó procedente de Cuba, el Dr. Carlos Malgrat, graduado de Medicina Homeopática y Psicología.

En 1962, se crea el Instituto de Psicología Experimental. En 1965 se funda la Carrera de Psicología, en la Universidad de Panamá y la Universidad Santa María La Antigua. Se regula académicamente el proceso de formación el país.

En el Hospital Psiquiátrico se forma, en el año de 1968, el Departamento de Psicología Clínica, que funcionó con cuatro licenciados en Psicología, seis auxiliares y la Coordinación del Dr. Carlos Malgrat. Los primeros profesionales graduados de las universidades de Panamá y Santa María La Antigua se formaron en el año 1970. Se incorporan dos nuevos profesionales en la materia. A nivel institucional se fortalecen los programas de investigación del Hospital Psiquiátrico Nacional, con la apertura del laboratorio de Psicofisiología, en el año de 1974.

El Instituto Nacional de Salud Mental (antiguo Hospital Psiquiátrico Nacional) de Panamá cuenta, en la actualidad, con dos psicólogos especialistas de planta. Uno en el Centro de Atención integral y el

otro en el Centro de Estudios y Tratamiento en Adicciones. Además, rota a estudiantes de Psicología, quienes realizan prácticas profesional y clínica.

A finales de 1971, el Hospital Psiquiátrico Nacional, inicia el Programa de Formación de Psicólogos Clínicos. El Programa se interrumpe en el año de 1996 a raíz de la apertura de la Maestría en Psicología Clínica en la Universidad de Panamá. Hasta esa fecha, 31 profesionales de la Psicología obtuvieron el grado de especialistas en psicología Clínica en el Hospital Psiquiátrico Nacional. En ese periodo la CSS formó 18 especialistas en la materia.

En la década del noventa la Universidad de Panamá crea las Maestrías de Psicología Clínica, Psicología Social y Psicología Educativa. Por la importancia en el reforzamiento de la Atención Primaria de Salud Mental y con un enfoque de descentralización de los servicios de Salud Mental, fueron reubicados parte de los Psicólogos y auxiliares que laboraban en el Hospital Psiquiátrico Nacional (1990). Actualmente, funciona la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá, ubicada en el Campus Universitario del área canalera, desde el año 2006. Por iniciativa del Dr. Pablo Thalassinós, se crea la Clínica de Psicología como centro de servicio para universitarios y la población, en general, con costos accesibles.

En 1971, fue fundada la Organización Istmeña de Psicología, donde se destacan las publicaciones de los primeros Archivos Panameños de Psicología, como valioso intento de conservar por escrito los aportes de la naciente disciplina. La Personería Jurídica de la Asociación Panameña de Psicología se obtuvo el 22 de junio de 1975, fecha en que quedó establecido el Día Nacional de la Psicología en Panamá. La Academia Panameña de Psicología fue creada en 1981 y en el año 1984 se incorpora a la APCA (Asociación de Psicólogos Centroamericanos)

El ejercicio de la profesión de Psicología está regulado mediante Ley N° 56 de 16 de septiembre de 1975, publicado en Gaceta Oficial N°17948 el día 15 de octubre de 1975. El 17 de octubre de 2002 se aprobó la nueva Ley Orgánica de la Psicología, promulgada en Gaceta Oficial N°24695, fechada 6 de diciembre de 2002. Hay un total de dos

mil psicólogos registrados en el Consejo Técnico de Psicología, órgano que rige el ejercicio de la profesión y que se formó mediante Ley.

#### **4.4 Enfermeras(os) Especialistas en Salud Mental**

**Ilka Forero**, jefa del Servicio de Enfermería INSAM

**Patricia de Santana**, subjefa de Enfermería INSAM

**Mabel de Quintero**, subjefa de Docencia en Enfermería. INSAM

**Bethania Vda. de Lin**, Enfermera en Salud Mental. INSAM

**Marina Regalado**, Enfermera en Salud Mental. INSAM

A continuación, se presenta una compilación histórica del desarrollo de la Enfermería en Salud Mental en Panamá. Un proceso que va unido a la historia del Hospital Psiquiátrico Nacional, posteriormente Instituto Nacional de Salud Mental. En ese escenario es donde se gesta el desarrollo de la enfermería de salud mental tanto en cuanto al proceso de profesionalización como de especialización.

La historia destaca las iniciativas en proyectos y programas básicos para el tratamiento y la recuperación del individuo con trastornos mentales. Las cualidades de las enfermeras(os) han sido valiosas. Desde el inicio de la gestión, se percibió al grupo de Enfermería como muy profesional, receptivo y sobre todo que comprendía perfectamente el proceso de reestructuración. Con su respaldo decidido y sin condiciones se logró avanzar rápidamente hacia los objetivos establecidos, se dejan atrás los mitos y tabúes que habían prevalecido en el modelo de atención tradicional. Entre sus mejores logros se mencionan: la humanización, la dignificación, la hogarización y la defensa de los derechos del enfermo.

#### **Los inicios:**

En 1933 en el Hospital de Corozal se realiza un curso de adiestramiento por seis meses para preparar al personal no profesional. Así se inicia la Enfermería en la Salud Mental en el país. En el "Retiro Matías Hernández" se organiza el servicio, con cinco profesionales de enfermería, gracias a la directora de enfermeras, Evelia García. Estos hechos son los que pueden considerarse el germen de la enfermería de salud mental en Panamá. Tres años más tarde, 1936, la enfermera Helen Howett supervisora del Hospital Santo Tomás logra la especialización

de dos enfermeras en Psiquiatría y Administración, en los Estados Unidos. Al regresar comienzan un programa de resocialización. Las y los pacientes salen a los jardines del hospital, con la resistencia de parte del personal. En 1950 la enfermera Rosa Tazón es protagonista de un hecho histórico al ejercer como administradora, pues no había director médico en esa época para resolver los problemas técnicos del Hospital. Consigue, por medio del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y la Asamblea Nacional que se le cambiara el nombre al Hospital "Retiro Matías Hernández" por el de Hospital Psiquiátrico Nacional. En 1952 se asigna a una enfermera para dictar, por dos semanas, el curso de Psiquiatría a las estudiantes de enfermería del Hospital Santo Tomas. Para 1956 la Directora de la Escuela del Hospital Santo Tomas, obtiene cursos por tres meses en Psiquiatría. En 1965 se realiza un curso de auxiliares de enfermería en el Hospital Psiquiátrico para personal no profesional.

### **La consolidación:**

Será en 1967 cuando las enfermeras del Hospital Psiquiátrico Nacional forman una Sociedad Interna de Especialistas en Salud Mental, entre los objetivos destacan: la supervisión profesional constante del personal de enfermería y de lograr mejores condiciones laborales. Con la inauguración de la sala de Psiquiatría del hospital de la CSS se incorporan cuatro enfermeras en Salud Mental. En ese año de 1969 se nombra la primera coordinadora de enfermería de Salud Mental a nivel nacional del MINSA, la Licda. Elida de Meana. Los acontecimientos se van produciendo paulatinamente y se va apreciando una consolidación de la profesión. En 1970 la Escuela de Enfermería de la Universidad de Panamá inicia el primer curso de Salud Mental y Psiquiatría en los programas básicos de licenciatura. También, la sala 25 del Hospital Santo Tomás organiza el servicio de enfermería con una enfermera especializada en EE.UU. y cuatro auxiliares de enfermería del Hospital Psiquiátrico Nacional.

También, el proceso de descentralización afecta a la enfermería y pronto se van creando puestos en otros lugares. En 1972 se inicia el servicio de enfermería en el Hospital Regional de Azuero (Anita Moreno). Dos

años más tarde se egresan las cuatro primeras especialistas (postbásico de Salud Mental) de la región de Azuero.

El peso de la enfermería de salud mental se va a hacer visible cuando se organiza la 1<sup>ra</sup> Jornada y 1<sup>ra</sup> Convención de Enfermería Psiquiátrica del Hospital Psiquiátrico Nacional (1976) con el tema central de la “Enfermería Psiquiátrica y su Proyección a la Comunidad”, con el objetivo de fortalecer la participación de la enfermera en los programas de Psiquiatría Comunitaria.

### **El despegue profesional:**

En 1982 se revisa el Plan de estudios de la Licenciatura y se introduce la Salud Mental como eje transversal del currículo de las enfermeras. La consolidación de la salud mental dentro de los programas de formación va paralelo a la incorporación de nuevas responsabilidades en el mundo laboral.

Se crea la Coordinadora Nacional de Salud Mental de la CSS con la apertura del programa de Salud Mental y en 1983 asume la Dirección de Enfermería del Hospital Psiquiátrico Nacional una enfermera especialista con postbásico de administración de los servicios de enfermería. Poco a poco diversas provincias, (Darién, Panamá Oeste, Panamá Este, Coclé, Colón y Chiriquí), van incorporando estas enfermeras en sus dispositivos asistenciales. En el 2000 se aprueba la carrera técnica en enfermería, con la inclusión de dos cursos de Salud Mental. En 2005, con la experiencia acumulada de tantos años de desarrollo de la enfermería en Salud Mental se plantea un proyecto para el desarrollo del perfil de la Enfermera Especialista en Salud Mental.

Las Enfermeras Especialistas de Salud Mental han ejercido su rol a nivel hospitalario y comunitario y han tenido la oportunidad de incursionar en otras áreas de relevancia en el país.

## **5. EXPERIENCIAS DE SALUD MENTAL COMUNI- TARIA**

### **5.1 Centro de Salud de Alcalde Díaz: el trabajo con grupos de pacientes y familiares**

**Dr. Algis Torres**

Psiquiatra

Región de Salud de San Miguelito

En el año 2000, se planteó el proceso de Reorientación de la Psiquiatría en Panamá con un enfoque hacia la Atención Primaria de Salud y con un sentido más salubrista, que se centra básicamente en la prevención y promoción de la salud.

El objetivo, en aquellas fechas, en el Centro de Salud de Alcalde Díaz era establecer un programa de Rehabilitación y es así como el 11 de julio de 2000 se tuvo la primera reunión con los pacientes que en su momento se controlaban en ese Centro de Salud. Durante los siguientes meses se continuó con la tarea de llegar a más pacientes, lo cual se hacía difícil, ya que los pacientes acudían al Hospital Santo Tomás o al Hospital Psiquiátrico Nacional hoy Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá.

El esfuerzo y la motivación obtuvo respuestas positivas y para el siguiente año el programa contaba con una población de 15 pacientes. Para el mes de septiembre de aquel año se logra la integración de los familiares con su participación regular en las consultas de los pacientes.

La continuidad de las reuniones nos permitió observar la importancia de este programa para los familiares y los pacientes, quienes esperaban el día de la reunión para expresar sus inquietudes, las conductas de los pacientes en el hogar o alguna reacción que causaran los medicamentos. El número de pacientes seguía creciendo y para el año 2004 conformamos un segundo grupo de pacientes. Posteriormente, fue necesario crear un tercer grupo de pacientes.

El crecimiento de actividades y de pacientes nos hizo plantear las necesidades de capacitación. La capacitación continúa y el conocimiento de experiencias de profesionales de otros países nos permitió enriquecer

nuestro conocimiento. Entre estas actividades participamos en un taller sobre Rehabilitación Psicosocial, con expertos españoles, en el Instituto Nacional de Salud Mental. En él pudimos comprobar que el manejo del Programa se estaba desarrollando en un 90%. Con esta capacitación logramos captar estrategias para mejorar el programa que seguía creciendo en el número de participantes.

La experiencia ha servido para plantearse junto al movimiento asociativo de las familias y los usuarios la creación de un Centro de Rehabilitación. Un Centro donde los pacientes puedan aprender un oficio o actividad que los haga independientes y a la vez les generen ingresos. Con un enfoque de la Rehabilitación Psicosocial donde el papel rector, en relación con la Salud Mental, lo tenga el equipo médico, familia y comunidad.

En la medida en que podamos hablar de Rehabilitación Psicosocial y no de mini hospitales psiquiátricos, que en nada benefician al paciente, podremos plantearnos una mejor evolución de los pacientes. Por eso consideramos que la enseñanza psicosocial como modelo, y el modelo ecológico son los mejores métodos para ayudar a cualquier paciente en un proceso de rehabilitación.

Considerando la experiencia adquirida en el Centro de Salud de Alcalde Díaz, se ha visto que el mejor resultado está basado en la relación Médico-Paciente-Familiar y comunidad.

## **5.2 Policentro de Salud de Parque Lefevre: el trabajo comunitario por programas**

**Dra. Alida Trelles Metzner**

Psiquiatra

Región de Salud Metropolitana

El Departamento de Salud Mental del Policentro de Parque Lefevre cuenta con un equipo de salud mental compuesto por psiquiatra, psicóloga a tiempo completo, una enfermera especialista en salud mental a tiempo parcial y un equipo de apoyo compuesto por una terapeuta ocupacional y una trabajadora social. Además de brindar la atención de consulta externa de Psiquiatría, Psicología y Enfermería, en este departamento llevamos a cabo diversos programas para atender problemas específicos de la comunidad, entre los que se destacan:

Programa de Rehabilitación Psicosocial o Centro – Día para pacientes con enfermedad Mental.

Para esto se realizan terapias para fomentar la autoestima, la aceptación de la enfermedad, la ingesta adecuada de medicamento, etc. Además, de talleres ocupacionales que están bien dirigidos a la formación prelaboral, en el entorno básico de la vida diaria y para la convivencia de grupo.

Otros programas son:

Programa de Terapia para Niños con Trastorno de Aprendizaje, llevadas a cabo semanalmente por Psicología y Terapia Ocupacional con el apoyo de la enfermera de Salud Mental.

### **5.3. Región de Salud de Los Santos: la reestructuración del**

#### **Hospital Anita Moreno**

**Dr. Carlos Córdoba y**

**Dra. Yamileth Gallardo de Velasco**

Psiquiatras

Región de Salud de Los Santos

La historia de la Psiquiatría en la Región de Azuero, que incluye las provincias de Herrera y Los Santos, se inicia con la inauguración del Hospital Regional de Azuero “Anita Moreno”, en 1971. Como Hospital Psiquiátrico empieza a funcionar en marzo de 1972, pero sólo con el personal directivo para proceder a la organización y apertura.

El 22 de mayo de 1972 son trasladados los primeros 25 pacientes psiquiátricos oriundos de las provincias centrales, que estaban hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Nacional, en la ciudad de Panamá. El proceso continuó hasta completar el traslado de 348 pacientes. Este hospital albergaba a los enfermos mentales de las provincias de Chiriquí, Veraguas, Coclé, Herrera, y Los Santos, con el objetivo humanitario que estuvieran cerca de sus familiares y hogares.

Entre los años 1972 y 1977 se realizaron capacitaciones intensas en temas de salud mental a todo el personal del Hospital, principalmente, a enfermeras, auxiliares y asistentes de enfermería.

En 1973, se inauguran los talleres de Terapia Ocupacional como una opción al tratamiento intrahospitalario. Aunque seguía habiendo problemas importantes como la convivencia de pacientes de ambos sexos, con patología aguda, crónica y personas ancianas en los diferentes pabellones. Fue en 1974, como consecuencia de una denuncia acerca de las violaciones a los derechos humanos de los pacientes hospitalizados en estas instalaciones, liderada por la Iglesia Católica, que se procedió a separar a los y las pacientes según su sexo.

En 1981, se crea la Unidad de Cuidados Intensivos de Psiquiatría con una capacidad de 10 camas, donde se trataban los casos agudos, tanto los que procedían de la comunidad, como de los pacientes que ya habitaban en el hospital. Estos estaban ubicados en tres pabellones:

- Pabellón 1: exclusivo para pacientes del sexo femenino, de larga estadía.
- Pabellón 5: pacientes hombres, también de larga estadía.
- Pabellón 6: pacientes hombres, difíciles de manejar. Era una sala con mayores restricciones para los pacientes.

Sin embargo, en estos pabellones prevalecía el hacinamiento y los pilares del tratamiento eran los psicofármacos (muy escasos), la terapia electroconvulsiva y la terapia ocupacional.

En 1995, se implementan algunas acciones con el propósito de impulsar el proceso de reforma de la Atención Psiquiátrica en la Región de Salud de Los Santos, entre ellas:

- La remodelación y ampliación de la Sala de Cuidados Intensivos, con una capacidad de 15 camas, para la atención hospitalaria de pacientes con enfermedad mental aguda, procedentes de las regiones de Los Santos y Herrera.
- El cierre de los pabellones de larga estadía para nuevos ingresos.
- La no admisión de pacientes de otras provincias distintas a las regiones de Herrera y Los Santos.
- La motivación del personal técnico-administrativo, tratando de incluir actitudes humanizadas y participativas que propiciaran la mejoría en la calidad de vida de los y las pacientes y la desinstitutionalización progresiva de los mismos.

- La separación de pacientes gerontes de las y los pacientes adultos.
- La provisión de servicios de salud mental en el Centro de Salud de Macaracas de la Región de Los Santos.

En septiembre de 1997, el Hospital Anita Moreno participó en un estudio sobre la situación de los derechos humanos y civiles de las personas que padecen enfermedad mental y sus familiares. En él quedó evidenciado el deplorable estado de las infraestructuras y la calidad de la atención que se brindaba en ese entonces a los pacientes con enfermedades mentales graves que permanecían albergados en los pabellones de psiquiatría. El mencionado "Pabellón 6" fue cerrado en el año 2002.

En el 2004, una evaluación de la OPS/OMS sobre la calidad de atención en el Anita Moreno calificaba de "crítica" la situación en cuanto a la infraestructura y las condiciones de vida de los internos; violación de los derechos humanos en enfermos internados; existencia de celdas y un exceso de camas hospitalarias. Se pone en marcha una nueva etapa de reestructuración con el apoyo de las autoridades gubernamentales.

El proceso de remodelación y reestructuración del Hospital Anita Moreno se inició en 1995 con el apoyo de OPS/OMS y el Instituto de Salud Mental Reggio Emilia (Italia), pero desafortunadamente el mismo quedó inconcluso y en el mediano y largo plazo se repitieron las mismas situaciones, nuevamente. A partir de 2006 se reinicia con mejores condiciones y suficiente voluntad política el proceso de reestructuración de este hospital y de la red de servicios en la Región de Salud de Los Santos. Este proceso ha sido posible con el apoyo de la OPS/OMS, el Gobierno Nacional y la Embajada de Los Estados Unidos de América.

Parte de este proceso ha significado la remodelación de todas las salas de hospitalización del Hospital Regional Anita Moreno, así como la elaboración de Normas y protocolos institucionales de atención. De igual manera, fomentar el apoyo comunitario al crear recientemente (enero de 2007) la primera Asociación de Familiares y Pacientes

con Enfermedad Mental (capítulo de Los Santos de ANFAPEEM), la consecución de turnos médicos para los psiquiatras, pasantías para el personal, tanto en el INSAM como en el extranjero.

Uno de los logros más importantes ha sido la adquisición de psicofármacos de última generación para el tratamiento de las y los pacientes hospitalizados. El monto ascendió los USD. 47,000 el monto designado a psicofármacos en el 2003 y USD. 131 000 en el 2007. Otro avance ha sido la reducción de camas hospitalarias: de 414 en 1990 a 126 en el 2006.

Todo lo anterior ha podido sostenerse a lo largo de los últimos tres años, con la ayuda de las autoridades de salud de la provincia de Los Santos, quienes han colocado la salud mental como prioridad en su presupuesto y han considerado el servicio de salud mental del Hospital Regional Anita Moreno, como un bastión de lucha durante su administración.

Actualmente, aparte de las salas de hospitalización, existe la atención de pacientes ambulatorios tanto en la consulta externa especializada del Hospital Regional Anita Moreno, como en las Policlínicas del Seguro Social, que son dos en toda la provincia. Actualmente la meta, a corto o mediano plazo, es crear alternativas a la hospitalización como dispositivos intermedios tipo Centro u Hospital Día. También, reforzar la red de atención primaria, capacitando al personal no especializado en el manejo de pacientes con enfermedad mental en este nivel de atención.

En la medida que la reestructuración de los servicios de salud mental avanzó en Panamá, en especial después de 1990, fue quedando siempre la deplorable situación del Hospital Anita Moreno como una mancha negativa dentro del proceso en marcha. Hace tres años, por primera vez comenzó un verdadero cambio que ya hoy se visualiza de manera concreta, además de que se ha hecho sostenible.

Hoy el dispositivo de salud mental del Anita Moreno es un servicio de psiquiatría dentro de un hospital general; su estructura física se

ha mejorado, las condiciones de vida de los internos son apropiadas, la gran mayoría de la población asilar se ha desinstitucionalizado y se ha fortalecido una red de servicios ambulatorios como alternativa al hospital.

#### **5.4 Región de Salud de la Comarca Kuna Yala: la experiencia en una comarca indígena**

**Itzel López**

Enfermera Especialista en Salud Mental

Parte de esta región se encuentra dentro del archipiélago de San Blas, con una dispersión importante de la población. Al principio de la década de los noventa no existía ningún equipo de Salud Mental en la Comarca. En el año 1994, la Universidad de Panamá en conjunto con el Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud, asignaron a la región de Salud de Kuna Yala, con el fin de recibir cursos de postbásicos. Un cupo para Salud Pública, otro para Salud Mental y Psiquiatría y otro para Obstetricia. Los cupos se distribuyeron en el grupo de Enfermería del Sistema Integrado de Salud de la Comarca Kuna Yala. Las enfermeras seleccionadas fueron: Macperson de Obstetricia, Milagros Bosques, Salud Pública e Itzel López, Salud Mental y Psiquiatría.

A partir de ese momento se inician una serie de actividades. El diagnóstico de Salud Mental en la Comarca, debido a la falta de información, presentaba muchas deficiencias. Por este motivo se inicia una actividad formativa con la finalidad de captar y depurar del registro de información.

En el año 1998 se realiza a nivel de la Comarca, la educación en Prevención del uso indebido de Drogas, con énfasis en el tema de la autoestima, la toma de decisiones y el tiempo libre, entre otros temas. También, se mejora la adquisición de medicamentos para los pacientes con epilepsia y trastorno de ansiedad. Se entrega una cantidad de material didáctico a las ocho áreas de salud, a fin de promover con los coordinadores locales diferentes actividades educativas. En ese

momento, la Comarca contaba con dos enfermeras especialistas en Salud Mental.

Entre los principales logros obtenidos:

- Se ha nombrado a una enfermera como coordinadora Regional de Salud Mental.
- Se dispone de un diagnóstico de Salud Mental y se evidencia el mejoramiento del registro estadístico.
- Se realizó censo de las personas con discapacidad de la Región.
- Se formalizó la participación del programa de salud Mental en las evaluaciones anuales del sistema de salud en la Región.
- Se ha mejorado la disponibilidad de psicofármacos
- Se continúan las actividades de capacitación y educación para la población en general y el personal de salud.
- Participación más abierta y regular de los equipos y trabajadores de salud en general en las actividades de atención a pacientes.

## 6. ASOCIACIONES PROFESIONALES Y CIUDADANAS

### 6.1 Profesionales

#### 6.1.1 Sociedad Panameña de Psiquiatría

**Dr. Hernando Ponce B.**

Presidente 2007

La Asociación Psiquiátrica del Istmo, hoy Sociedad Panameña de Psiquiatría, se fundó en octubre de 1959 gracias a la iniciativa de dos grandes profesionales de este campo con alto sentido humanístico, los Doctores Mariano Gorriz y Julien Kennedy.

El Dr. Mariano Gorriz, catedrático de Psiquiatría en las Facultades de Medicina y de Derecho y en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Panamá, era además, el Director Médico del Hospital Psiquiátrico Nacional y del Departamento de Psiquiatría de la CSS. Posteriormente, sería el Primer Director del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública. Con justicia puede considerársele el zapador de la Psiquiatría Panameña. El Dr. Julien Kennedy, norteamericano singular y verdadero amigo de los panameños, fungía como Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Gorgas, y de hecho, era el rector de esa disciplina en la entonces Zona del Canal.

Fue la intención de los Fundadores agrupar en un cuerpo colegiado a todos los médicos que estuviesen ejerciendo la Psiquiatría en un centro reconocido y que tuviesen por lo menos tres años de estar haciéndolo. Inicialmente, no se estableció como requisito absoluto una Residencia Formal, si no se aplicó la "Ley de Antigüedad" a aquellos para quienes se justificaba.

El objetivo fundamental de la agrupación llamada inicialmente Asociación Psiquiátrica del Istmo fue el de establecer un intercambio científico entre psiquiatras de ambas áreas y elevar el nivel profesional y ético de ese campo en nuestro país.

Fue también costumbre invitar oradores de disciplinas afines y siempre se aprovechó la visita de algún distinguido profesional de la psiquiatría, estuviese éste de paso por el país o en consultaría oficial, para enriquecer el contenido académico o profesional de las reuniones.

Cabe destacar que en todo momento la Asociación Psiquiátrica del Istmo funcionó en un marco de camaradería, igualdad, buena voluntad, complementando así sus propósitos profesionales con el acercamiento entre los médicos psiquiatras de origen panameño y norteamericano que ejercían la psiquiatría en el Istmo de Panamá. Fue tan evidente este intento por lograr igualdad entre las partes que los certificados expedidos a los miembros fueron redactados en latín y en todas las reuniones se hacían interpretaciones simultáneas de los asuntos administrativos y profesionales y de la correspondencia recibida y generada.

Durante sus primeros cinco años, la Sociedad funcionó como un organismo bilingüe, pero cabe señalar que la delicada posición de secretario siempre recayó en un panameño.

La lista de los fundadores es la que sigue:

- Jaime Arroyo
- Domiciano Broce
- Giovanni Cantagalli
- Rafael Cantón
- Mariano Gorriz (Primer Presidente)
- Arthur Hessin (Director Médico del Hospital de Corozal)
- Alonso Higuero
- Hernán Higuero (Primer Secretario)
- Camilo Justiniano
- José Kaled
- Julien Kennedy (Primer Vicepresidente)
- Luís A. Picard-Ami
- Ludwing Strauss
- Weldon White (Primer Tesorero)

Es de notar que la sociedad aglutinó a todos los psiquiatras panameños del momento y que por varios años subsiguientes continuó haciéndolo.

Los trágicos sucesos del 9 de enero de 1964 trajeron como consecuencia, más como resultado de las circunstancias generales de las relaciones panameñas norteamericanas que por actitudes individuales de los miembros de la Asociación, el distanciamiento entre ambos grupos, desapareciendo la organización en la Zona del Canal y en el lado panameño se entra en un periodo de letargo hasta que su presidente, el Dr. Camilo Justiniani, convocó a elecciones en 1966, resultando reelecto.

En enero de 1967 se aprobó una reforma significativa del estatuto y se cambió su nombre oficial a Sociedad Panameña de Psiquiatría. Se limitó su ingreso a Médicos Psiquiatras idóneos en la República de Panamá y, posteriormente, estableció el requisito de haber cursado tres años de una residencia formal de Psiquiatría. El nuevo psiquiatra recibe el aval formal de la Presidencia de la Sociedad.

Un importante logro de la sociedad fueron las Jornadas Científicas, cuya primera versión se realizó en el año de 1977. Luego de 14 versiones en el año 1997 se decide realizar el primer Congreso Nacional, el cual tuvo su tercera versión en abril del 2002.

Nuestro país ha sido sede en los años de 1994 y 2000 de los principales eventos de la región centroamericana. En 1994, del VIII Congreso de la Asociación Psiquiátrica de Centro América y Panamá y en el año 2000 del XIV Congreso de la Asociación Centroamericana de Psiquiatría, nombre que acogió la principal organización de la región en el año de 1995 por iniciativa de la Sociedad Panameña de Psiquiatría.

La Sociedad Panameña de Psiquiatría es filial de la Asociación Médica Nacional y miembro de la Asociación Centroamericana de Psiquiatría, Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

**6.1.2 Sociedad Panameña de Psiquiatría de Niños,  
Niñas y Adolescentes**  
**Dr. Erwin Ronner**  
Presidente 2007

Motivados por el fortalecimiento de la identidad de la subespecialidad en Psiquiatría de Niños y Adolescentes se realizan varias reuniones

motivadoras para establecer una estrategia que permitirá dos objetivos fundamentales para desarrollar:

- Convocatoria a una reunión constitutiva, la cual se efectuó en la ciudad de Panamá el 9 de marzo de 2005, para formar la Sociedad Panameña de Niños y Adolescentes y su Junta Directiva por elección de los participantes. A esta reunión asistieron 20 médicos especialistas en Psiquiatría de Niños y Adolescentes, quedando constituida la primera Junta Directiva por elección de los socios fundadores, por votación unánime. La Junta Directiva quedó de la siguiente forma:

Presidente: Dr. Giberto Abood Guillén

Vicepresidente: Dr. Carlos Laochu

Secretaria: Dra. Amalia Lindo de Sotillo

Subsecretaria: Dra. Sandra Douglas

Tesorera: Dra. Dalys Jiménez

Vocal: Dr. Erwin Ronner

- Elaboración, discusión y análisis de los estatutos que regirán la sociedad, las cuales fueron aprobados unánimemente por el pleno de los miembros fundadores, el 31 de marzo de 2005.

Se establecieron los objetivos y metas para el año 2006, las cuales fueron:

- Formar y legalizar a la Sociedad Panameña de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, logrando su evaluación por el MINSA a través del Consejo Técnico de Salud, el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Gobierno y Justicia quien otorga la Personería Jurídica.
- Fomentar el ingreso de todos los Psiquiatras de Niños y Adolescentes de la República de Panamá en busca de la unidad, intercambio científico, académico y de interacción laboral.
- Solicitar la afiliación de la Sociedad en el Colegio Médico de Panamá y en la Asociación Médica Nacional.
- Promover la educación médica continua de la Subespecialidad.

Todas las metas del 2006 se cumplieron, dándole continuidad con la elección de una nueva Junta Directiva la cual empezó a regir a partir del 2007.

### **6.1.3 Asociación Panameña de Enfermeras Especialistas en Salud Mental**

**Lastenia de Robinson**

Enfermera Especialista en Salud Mental

Presidenta 2006-2008

La Sociedad de Enfermeras Especialistas en Salud Mental y Psiquiatría se fundó en la ciudad de Panamá el 13 de diciembre de 1980. Su Objetivo es reunir a todas(os) las(os) enfermeras(os) en Salud Mental y Psiquiatría de la República de Panamá y hacer de ellas un factor de servicio en el desarrollo promoción y prevención de la Salud Mental del país.

Para ser miembro de esta Sociedad se requería pertenecer a la Asociación Nacional de Enfermeras(os), tener un postgrado básico en Salud Mental o tres años de trabajar en el área de la especialidad. En la actualidad hay enfermeras con postbásicos y Maestría en Salud Mental.

#### **Aportes de la Sociedad**

- Bajo la presidencia de la Lic. Judith Mayta de Centeno, se celebra acuerdo con el MINSA, la CSS y la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá, en donde se establece como norma que el personal que labora en los servicios que producen tensiones extraordinarias, como es el cuidado máximo de Psiquiatría; trabajaría seis horas y se "pagará" ocho horas.
- Es requisito que para los concursos de plazas en el territorio nacional será requisito tener la especialidad de Salud Mental o Psiquiatría.
- Bajo la presidencia de la Lic. Nelva Ortiz de Samall por la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá y el Dr. Máximo Jurado se firma un convenio donde se selecciona a la Lic. Gloria Fajardo para

obtener una Maestría de Especialidad de Drogodependencia. Es la primera enfermera con esta especialidad, en el país.

- En coordinación con la representación de la OPS/OMS y la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá, se organizó la Jornada Centroamericana de Enseñanza de Enfermería en Salud Mental el 16 de agosto de 2004 y la reunión internacional de Salud Mental y Psiquiatría.
- Se crea la Comisión evaluadora de los perfiles de la Enfermería especialista basada en competencias, como aporte de las enfermeras a las Certificaciones y Recertificación profesional de la especialidad.

Actualmente, la Sociedad cuenta con la siguiente Junta Directiva 2006 – 2008:

Presidenta Lastenia de Robinson  
Vicepresidenta Carmen de Bishop  
Secretaria Marisela de Díaz  
Subsecretaria Daphne de Gómez  
Tesorera Olga Petana

## 6.2 Ciudadanas

### 6.2.1 ANFAPEEM (Asociación Nacional de Familiares y Amigos de Personas con Esquizofrenia y otras Enfermedades Mentales)

**Plinio Cerrud**  
Presidente 2007

ANFAPEEM nace en 1999, cuando profesionales de la salud y familiares de personas con esquizofrenia y otras enfermedades mentales, reconocen la necesidad de agruparse a fin de velar por una adecuada atención de los afectados y, por ende, lograr su mejor calidad de vida.

Durante los meses subsiguientes se realizan varias reuniones en diversos hoteles de la capital panameña, sin que resulte posible obtener consenso para cristalizar la idea inicial.

En el año 2000, la Lic. Alcira Gallegos, aprovechando la visita de la Gerente General de los Laboratorios Janssen Cilag proveniente de México, logra entrevistarse con ella y eventualmente logra que se nos facilitara una sala de reuniones en los laboratorios Janssen Cilag Panamá.

La Lic. Gallegos, trabajadora social del servicio de psiquiatría del Complejo Hospitalario Metropolitano de la CSS, continúa con la idea de crear una asociación que agrupara a las familias con los mismos problemas y que realizarán actividades de autoayuda, recreativas e informativas para entender y aprender a sobrellevar la nueva y desfavorable situación que se crea cuando hay alguien con una enfermedad mental en el hogar. ANFAPEEM también viene a representar a las personas con Discapacidad Mental y la lucha contra el estigma, la segregación y la discriminación de que todavía somos víctimas, no solo las personas diagnosticadas con algún tipo de enfermedad mental, sino todas las personas vinculadas con éstas.

Felizmente, el 3 de septiembre del año 2002, en el Ateneo de Ciencias de la Ciudad de Panamá, es juramentada la primera Junta Directiva de ANFAPEEM presidida por la Lic. Natalia Crompton.

ANFAPEEM ha logrado informar a las y los pacientes amigos y familiares, lo importante que es tomar sus medicamentos, regularmente, ahorrándole así al Estado Panameño, el costo de la hospitalización de un o una paciente descompensado. De igual forma, se ha luchado para conseguir que los medicamentos de segunda generación que se encuentran fuera del cuadro básico. En la CSS se necesita que todos los y las pacientes tengan acceso a los medicamentos de última generación.

Todos los miembros, personas (pacientes), amigos y familiares de ANFAPEEM, han recibido un sinnúmero de charlas de médicos psiquiatras y psicólogos, nacionales e internacionales que han orientado mucho con respecto a los distintos tipos de enfermedades mentales y también charlas sobre el cuidado de las personas con estas discapacidades.

ANFAPEEM tiene varios capítulos de grupos conformados en el país; en Chiriquí en el hospital integral, en Los Santos en el Hospital Anita

Moreno, en Chitré en el Hospital Cecilio Castellero, en la Policlínica José María Valdés de San Miguelito (grupo la perseverancia) y en la Policlínica J.J. Vallarino de Juan Díaz. En el hospital de Chepo hay una gran necesidad, debido a la distancia que tienen que recorrer los familiares con sus pacientes y los costos de transporte que son sumamente elevados. En cada uno de estos hospitales se les ha informado de la importancia de los medicamentos y también de la necesidad de asistir al médico con regularidad.

En la actualidad, ANFAPEEM, continúa trabajando con su nueva Junta Directiva dirigida por el Sr. Plinio Cerrad. Por la accesibilidad tienen como sede la Universidad del Trabajo y la Tercera Edad y el apoyo decidido y solidario de la Prof. Argénida de Barrios.

### **6.2.2 Fundación “Yo Tengo Mi Espacio”**

**Nivia Rengifo**

Presidenta

La Fundación ayuda a pacientes con enfermedades mentales crónicas, a través del proyecto de construcción del “CENTRO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL CRÓNICA”, proponiendo un nuevo esquema de capacitación a personas con características especiales, que puedan desenvolverse de manera útil en la sociedad.

La primera fase del proyecto consiste en la construcción del Centro. La segunda y tercera fase se centrará en la inclusión laboral y la creación de residencias tuteladas, respectivamente.

Con la ejecución de este proyecto, la Fundación aspira promover un cambio en la atención de la persona con Discapacidad Mental Crónica en Panamá. De tal forma, que pase de ser una atención institucionalizada a una atención en donde se incentive la participación activa con los respectivos controles ambulatorios.

El CENTRO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL CRÓNICA, es un proyecto piloto por desarrollar con todos los adelantos tecnológicos y de atención, toman-

do en consideración el personal y la infraestructura acorde con la realidad. Pretende realizar estudios de necesidades con la finalidad de crear ambientes confortables que permitan cumplir con el objetivo de esta misión.

La oferta presentada a la sociedad va directamente relacionada con la demanda del usuario(a). Se espera cumplir con las expectativas planteadas y que sirva de aporte a la ciudadanía. Toda vez que el usuario haya logrado aprender a vivir con su enfermedad, será capaz de llevar una vida normal, con trabajo y vivienda dignos. Podrá tener una relación de pareja y lograr su integración social.

Una vez se establezca el centro piloto, se plantea en un futuro la creación de centros similares en otras áreas de la geografía nacional, con la finalidad de brindar una respuesta a otros grupos con padecimientos similares.

Al poner en práctica el plan de acción se podrá superar la etapa actual, coadyuvando en la atención de personas con discapacidad mental.

**6.2.3 Fundación “A mí sí me importa “(Pacientes de  
Alcalde Díaz)  
Mitzel Batista  
Presidenta**

En el año 2005, los familiares del Centro de Salud de Alcalde Díaz (Región de San Miguelito) toman la iniciativa de organizar una directiva que se encargue de velar por el bienestar y los derechos de los Pacientes de Salud Mental. Esta asociación se crea el 4 de marzo de 2005 y la integran familiares, pacientes y amigos de la comunidad.

**Objetivos**

- Crear un centro de Rehabilitación Psicosocial que se encargue de enseñarle diferentes habilidades a los pacientes.
- Involucrar a los familiares en la recuperación de los pacientes.
- Impartir capacitaciones para pacientes y familiares acerca de la importancia de la rehabilitación.

- Sensibilizar a la sociedad y a las administraciones para que se reconozca la enfermedad y se destinen más recursos para atenderla.

### Misión

Dar bienestar a pacientes y a familiares, logrando así el cumplimiento de los Derechos de la persona enferma mental. Nuestra asociación busca el cambio de actitud en la población a través de la participación en las acciones comunitarias, para así lograr la aceptación de la persona enferma mental en el entorno social.

Grupos que atienden:

- Esquizofrenia
- Afectivo bipolar
- Alcoholismo
- Farmacodependencia
- Ofensores
- Niñas abusadas
- Tercera edad

#### 6.2.4 Pastoral de la Salud

**RP Marlo Verar**

Coordinador de la Pastoral

Por los años 90, ya se contaba en la curia un departamento de "Ministerios y Vocaciones" y se organizaban cursos preparando a los laicos en la Pastoral de Enfermos. Con el pontificado de Juan Pablo II se le va dando una nueva orientación a la pastoral.

Las nuevas formas de agresión a la dignidad de la persona humana, motivan la creación del Pontificio Consejo de la Pastoral de la Salud.

Se invitan a las diferentes Conferencias Episcopales a que nombren un delegado para que se vaya entendiendo este nuevo concepto en el mundo del dolor, salud y enfermedad.

En 1998, se encarga de la Pastoral de la Salud al RP Marlo Verar. Él viaja a México para conocer la experiencia. Continúa reuniéndose con el equipo arquidiocesano, dando forma al nuevo concepto de Pastoral

de la Salud. Paralelo se ofrecen cursos de pastoral dirigidos por el Diácono Carlos Crócamo y la Señora Nuris Domínguez.

### **Misión**

Hacer presente la fuerza humanizadora y salvadora del amor de Cristo en el mundo de la Salud: esto implica atención integral a las personas desde la concepción y nacimiento de la enfermedad, discapacidad y muerte. Apoyo solidario a sus familiares. A las personas que lo cuidan y atienden. Acciones comunitarias de promoción y conservación de la Salud y el Ambiente.

### **Visión**

Una comunidad cristiana saludable, comprometida en promover, cuidar, defender y celebrar la vida. Testimonio de la presencia liberadora y salvífica de Jesús en el mundo de la salud.

## REFLEXIONES FINALES

**Dra. Juana Del C. Herrera A.**

**Dra. Yadira Boyd P.**

Psiquiatras

INSAM

Hemos avanzado... pero el trabajo continúa...

Nos encontramos en el nuevo milenio, con aciertos y desaciertos. Aciertos, por ejemplo, como la dinamización de la estrategia de la reinserción de los pacientes donde, el equipo multidisciplinario converge en un solo objetivo: garantizar la rehabilitación de los enfermos mentales con su comunidad.

A nivel nacional, se cuenta con centros de salud, policlínicas de la CSS, hospitales regionales y generales que tienen incluido, dentro de la cartera de servicios la atención del Enfermo Mental. Algunos con el equipo de Salud Mental completo, la mayoría con algún miembro del equipo y muy pocos con ausencia de ese personal. Todos los pacientes reciben atención por Medicina General.

La situación se agudiza, en ocasiones, por el desabastecimiento de las herramientas neuropsicofarmacológicas. Otras veces, cuando el equipo está "desgastado" por algún caso en particular. En estos casos se refería al Hospital Psiquiátrico Nacional hoy Instituto Nacional de Salud Mental, donde ahora sólo ingresan los pacientes que reúnan criterios o normas de admisión al servicio de Agudos hoy Centro de Atención Integral.

La promoción y prevención en la comunidad continúa, pero se requiere unificar abordajes y otros.

Las instituciones legales aceptan criterios de los facultativos en el área, han reflexionado y han cambiado la conducta automática de enviar a una condena a perpetuidad al Hospital Psiquiátrico Nacional.

Existe una minoría de casos referidos por esas instancias legales, pero intercambiamos aspectos como la evolución, la claridad de diagnóstico del paciente, y otros, brindándoles alternativas de reinserción y el debido proceso.

Se sinergia el lema 2001 de la OPS/OMS de "Sí a la atención y no a la exclusión". Para "vibrar" en la comunidad nuestra responsabilidad compartida, se enlazan con organismos no gubernamentales, asociaciones diversas, con la estrategia de que estos actores se conviertan en futuros protagonistas. Esta acción ha ayudado al cambio de imagen de la Institución.

## GLOSARIO DE ACRÓNIMOS

AA	Alcohólicos Anónimos
AHOPCA	Asociación de Hemato-Oncológica de Centroamérica
ANFAPEEM	Asociación Nacional de Familiares y Pacientes con esquizofrenia y otras enfermedades Mentales
ANEP	Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá
CAPPS	Centro de Atención de Promoción y Prevención de Salud
CETA	Centro de Estudios y Tratamiento en Adicciones
CHM	Complejo Hospitalario Metropolitano
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CONAPRED	Comisión Nacional para la Prevención de los Delitos relacionados con Drogas
CSS	Caja del Seguro Social
CRPS	Centro de Rehabilitación Psicosocial
DUSI	Drug Use Screening Inventory
FEMA	Fundación Médica Antidrogas
HPN	Hospital Psiquiátrico Nacional
HST	Hospital Santo Tomás
IESM	Instrumento de Evaluación de Salud Mental
INSAM	Instituto Nacional de Salud Mental
IPHE	Instituto Panameño de Habilidadación Especial
MINSA	Ministerio de Salud
NA	Narcóticos Anónimos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud

SM	Salud Mental
TBC	Tuberculosis
ULAPS	Unidad Local de Atención Primaria de Salud
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VIF	Violencia Intrafamiliar

# Anexos

## Discapacidad y Rehabilitación en las Américas

**Vivian Fernández de Torrijos**, Primera Dama de Panamá:

*“Un asunto de decisión”*

*Cuarenta y dos millones de personas con discapacidad en América Latina y el Caribe están abocadas a sufrir las consecuencias que se originan en la falta de equidad de los actuales modelos de organización asistencial. ¿Es posible revertir esta situación?*



La Primera Dama de Panamá,  
Vivian Fernández de Torrijos.

El problema no es tanto que, al finalizar el siglo XX la población con discapacidad en América Latina y el Caribe, fuera estimada en 43 millones de personas; sino que sólo el 2% tendrá la oportunidad de recibir algún tipo de intervención para mejorar su situación.

Para Vivian Fernández de Torrijos, superar esta enorme brecha asistencial, no es tanto un desafío o un reto. Para la Primera Dama de Panamá, este es “un asunto de decisión”.

Desde hace más de 10 años, Vivian Fernández de Torrijos ha hecho suya, de manera muy personal y pública, en su país, en las Américas y en todo el mundo, la bandera de la lucha por la inclusión de todas las personas con discapacidad. Cualquier persona puede fácilmente corroborar la verdadera dimensión y el carácter de esta lucha por la inclusión liderada por la Primera Dama panameña. Basta apenas una visita a su [www.presidencia.gob.pa/primeradama/inicio.php](http://www.presidencia.gob.pa/primeradama/inicio.php) y consultar el archivo de sus actividades oficiales desde que su esposo, Martín Torrijos Espino, asumiera la presidencia en el 2004 y hasta hoy.

Desde una sala contigua a su despacho oficial en el complejo presidencial del Palacio de las Garzas, en Ciudad de Panamá, Fernández de Torrijos recordó cómo la discapacidad, ya era parte integral de la campaña electoral de su esposo que, puntualizó la Primera Dama, utilizó el eslogan Sí se puede: por un país para todos.



La Primera Dama de Panamá, Vivian Fernández de Torrijos, en visita a la sede de la OPS en Washington, DC.

“Existe un 10% de la población de los países que no está siendo incluido, y se les debe abrir la oportunidad a todos. Yo les diría a todos los gobernantes y Primeras Damas de América Latina que efectivamente sí se puede trabajar por la inclusión social”.

Desde que su marido obtuvo por mayoría los votos necesarios para alzarse con la Presidencia de la República, la Primera Dama ha aprovechado todas las oportunidades posibles para que el mensaje de la inclusión de las personas con discapacidades se escuche fuerte y claro dentro y fuera de su país. El septiembre pasado por ejemplo, Vivian Fernández de Torrijos acudió a la sede regional de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) en Washington para dirigirse a todos los ministros de la Salud presentes en las reuniones del LXVII Consejo Directivo de la institución hemisférica. El Consejo Directivo se convoca una vez al año y es la reunión más importante en el calendario anual de la OPS; ya que en sus deliberaciones se definen las grandes líneas programáticas y las prioridades de actuación pública para la salud de los pueblos de las Américas.



La Primera Dama de Panamá, Vivian Fernández de Torrijos, habla en el Consejo Directivo de la OPS.

Desde el podio de oradores, Vivian Fernández de Torrijos declaró que es deber del Estado contribuir a dignificar la vida de las personas con discapacidad. “En mi país hemos querido partir del principio de que las personas con discapacidad son igualmente panameñas o panameños y, por tanto, es obligación de quienes ejercen la función pública el brindarles todas las oportunidades requeridas para que puedan ejercer plenamente todos sus derechos”.

Luego de su intervención, los ministros de Salud de las Américas debatieron y aprobaron por unanimidad una resolución bajo el epígrafe “La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados”.

Esta inclusión de la discapacidad en el conjunto de resoluciones aprobadas por el último Consejo Directivo de la OPS es considerada como un logro para todos los que trabajan en la promoción de los derechos de las personas con discapacidades. Pero expertos estiman que la realidad de los países, no obstante, hace imperativo un accionar que vaya mucho más allá de formulismos, declaraciones, o expresión consensuada de buenas intenciones.

### **Percepciones y actitudes**

**“La persona con discapacidad necesita que todos los que estamos a su alrededor le abramos espacio en dos lugares: en nuestras mentes y en su entorno físico”.**

La discapacidad en las Américas y en muchas partes del mundo se considera aún como un problema menor y persiste todavía un acercamiento al tema desde una óptica de la caridad. La Primera Dama panameña también se ha pronunciado en relación con las actitudes de la población, en general, frente a las personas con discapacidades. En un discurso pronunciado ante las esposas de Jefes de Estado y de Gobierno del Caribe, Vivian Fernández de Torrijos aseguró que cuando escuchamos hablar de personas con discapacidad, las primeras imágenes que vienen a nuestra mente se relacionan con sentimientos de lástima, con la palabra “pobrecitas”. Es, a partir de esa reacción inicial inducida, -dijo-, que solemos pensar en la caridad como principal vía para atender a ese importante sector de nuestra población.

“Toda persona con discapacidad es, ante todo, persona. Por lo tanto, debe considerársele como sujeto activo de derecho y no como receptor pasivo de limosnas. Las personas con discapacidad son sujetos activos de su propio desarrollo, capaces de aportar a la sociedad. Este enfoque cuestiona las visiones asistencialistas, benéficas y subsidiarias”.

## Reflexiones sobre el caso de una reforma de la Salud Mental en Centroamérica

**Dr. Camilo Alleyne**, Ministro de Salud de la República de Panamá  
(2004 al 30 de agosto de 2007)

**“La salud pública debe ser el puntal para el desarrollo de América Latina y el Caribe”**



Ministro panameño  
de Salud,  
Dr. Camilo Alleyne

*El compromiso de la política en salud pública emprendida por el gobierno panameño del presidente Martín Torrijos Espino recae en la figura del ministro Dr. Camilo Alleyne, un prestigioso especialista internacional en ginecología, obstetricia y reproducción humana que en el año 2004 aceptó la invitación de su presidente a formar parte del gobierno del país centroamericano como responsable de la cartera de Salud.*

Tres años después de asumir las riendas y desde su despacho ministerial ubicado en un amplio complejo de edificios de oficinas de Gobierno situado en la llamada área revertida de la antigua zona de administración del Canal de Panamá que hasta el año 2000 se mantuvo bajo la tutela y control del Gobierno de los Estados Unidos,

el Dr. Alleyne afirma que la salud pública panameña ha identificado y se ha trazado unas metas y objetivos que están rompiendo con previos esquemas y paradigmas en salud pública. Éstos, -dijo-, eran propios de lo que podría calificarse como definitorio de una política tradicional en salud.

En el transcurso de una entrevista, el Ministro avanzó que este romper con los moldes tradicionales se percibe muy claramente en la singular reforma y el replanteamiento general que se ha estado impulsando en Panamá al respecto de la salud mental, y también en torno a las políticas sobre discapacidad y tratamiento y atención de las drogodependencias y de la adicción al alcohol.

### **Percepciones**

#### **“La salud mental en algunos casos todavía está en una fase oculta”**

Se trata en suma, -dijo el Dr. Alleyne- de una reformulación emprendida en seguimiento de orientaciones y estrategias consensuadas por Panamá y por el resto de los países de la región e inspiradas en llamados a la acción y en puntuales informes y documentos emanados de entidades internacionales como la Organización de Estados Americanos, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, entre otras.

*“Gracias a una coordinación interinstitucional de la reforma emprendida fundamentalmente a partir de la Declaración de Caracas de 1990, Panamá ha logrado proveer de un alto grado de autonomía gestora al INSAM (Instituto Nacional de la Salud Mental)”.*

### **Sana transformación**

Antiguo hospital psiquiátrico, este epicentro de la práctica psiquiátrica en Panamá ha experimentado en los últimos años un cambio radical. La transformación del modelo manicomial y centralizado que caracterizó por décadas el INSAM encuentra hoy su máxima y más visible expresión al haber emprendido en 1994 un proceso de desinstitucionalización

y descentralización con una reducción de camas psiquiátricas que ha pasado de 1000 en 1994 a las 200 con las que cuenta, en la actualidad.

### **Acción**

**“Lo que ha pasado en el INSAM ha sido posible fortaleciendo la capacidad propia de decisión de sus funcionarios, el liderazgo institucional y la autodeterminación de su función sanitaria”.**

La reinserción y el reintegro de cientos de pacientes a sus comunidades y familias con un paralelo seguimiento de los tratamientos mediante capacidades mejoradas y fortalecidas en las redes de salud primaria de todo el país, no ha sido una tarea fácil, reconocen los expertos y el propio Ministro de Salud de Panamá. Pero si en algo coinciden todos los actores que han impulsado y sostenido estos cambios, incluidos diversos organismos supranacionales, es en que la superación del deplorable modelo custodial existente, hasta entonces, en Panamá y en otros muchos países de América Latina y el Caribe, era un imperativo urgente que no podía demorarse ni un solo día más.

“Lo que ha pasado en el INSAM ha sido posible fortaleciendo la capacidad propia de decisión de sus funcionarios, el liderazgo institucional y la autodeterminación de su función sanitaria de acuerdo con contextos y lineamientos modernos de un proceso que como digo, ha roto con viejos esquemas burocráticos y de gobierno para situarse en una posición de avanzada dentro del contexto general de reforma de la salud mental en el ámbito centroamericano y regional de América Latina y el Caribe”.

Acompañado de la Dra. Juana del C. Herrera, directora general del Instituto Nacional de Salud Mental, y por el Asesor Subregional de Salud Mental para Centroamérica, México y el Caribe Hispano, de la OPS, Dr. Víctor Aparicio Basauri, el ministro Alleyne desarrolló la explicación de lo que en salud mental está aconteciendo en su país. El alto funcionario aseveró que la calidad de la atención y el foco por la preservación y garantía de los derechos humanos de los pacientes constituyen para el gobierno panameño una prioridad ineludible

que con su trabajo diario ejecutan todos los trabajadores de la salud entregados como un equipo compacto al avance de esta agenda por la superación de viejos modelos.

### **Posición de avanzada**

“Con los elementos de la reforma emprendidos en salud mental y que encuentran en la descentralización de la atención y en la des-institucionalización del tratamiento una de sus características más visibles, calidad y humanismo han pasado a centrar la meta y el objetivo de nuestro quehacer en los centros y redes de atención”, afirmó el ministro. “Esta calidad y humanismo han logrado romper las cadenas de la represión, de la imposición y de la hospitalización forzosa, con una sostenida mejora en la capacidad de la cobertura nacional para atender a todos aquellos usuarios de los servicios de salud mental”.

Dentro del nuevo esquema, y con una similar traslación a otras áreas de su responsabilidad ministerial, el Dr. Alleyne afirmó que la salud pública panameña ha visto e impulsado, en los últimos años, un cambio en materia del manejo de la prevención que, como en el caso de los desastres naturales o no naturales, busca un fortalecimiento de la proacción frente a la reacción; de la capacidad para una respuesta eficaz sin esperar a que lleguen las crisis para ver entonces cómo afrontar situaciones con un claro matiz de trascendencia pública y social.

En el campo de la salud mental, este fortalecimiento de la prevención es un factor clave a la hora de evitar innecesarias e improductivas hospitalizaciones de pacientes que, -recordó el Dr. Alleyne-, se ha realizado con la creación de una capacidad operativa de atención y seguimiento de los casos dentro de la red primaria de salud. El cuidado y la atención en salud mental no convergen ya únicamente en la capital del país INSAM o en algún centro satelital como el que en Panamá constituía el Hospital Anita Moreno, en la región de Los Santos, sino que ha llegado a ofrecerse en la mayoría de las 14 regiones sanitarias del país.

### Orientación

**“Calidad y humanismo han pasado a centrar nuestro quehacer en los centros y redes de atención. Se han logrado romper las cadenas de la represión, de la imposición y de la hospitalización forzosa”.**

“Hemos ido y hablado con las familias de los pacientes en sus comunidades y les hemos orientado sobre la necesidad de emprender este proceso. Pero no hemos tenido que pedirles que nos ayuden y se hagan parte activa de la reforma en salud mental. Son ellos mismos los que se han organizado y nos han ayudado al desarrollo de los nuevos modelos de actuación. Y esto en sí mismo representa un proceso de vanguardia que ha permitido superar barreras institucionales, resistencia al cambio y trabas burocráticas. Al interior de la sociedad, la reforma también está logrando que se superen otros tipos de barreras, la emocional, en un proceso que como expliqué, para estas familias tampoco fue fácil de asumir en un primer momento”.

### Del ocultismo a la apertura

Como médico y como ministro responsable de la cartera nacional de Salud, el Dr. Alleyne reconoce que la salud mental en la Región y en Panamá ha sido -y en parte lo sigue siendo- uno de los grandes temas olvidados de la salud pública, algo que no cuenta con la visibilidad de otros asuntos como el dengue, los problemas de saneamiento o del ambiente, o las enfermedades crónicas como el cáncer o la diabetes. El Ministro admitió que la percepción social y de los mismos profesionales de la salud hacia las enfermedades de índole mental ha estado sujeta a un marcado desconocimiento; cuando no a un expreso perfil de estigma y hasta discriminación.

### Continuidad

“El canibalismo político lo deteriora todo y rompe la estructura de valores. Debemos trabajar hacia una América de sistemas, no en una América de caracteres y liderazgos efímeros”.

El Ministro de Salud destacó que fue su país, Panamá, el que propuso el tema de los derechos humanos en el contexto de la salud mental y de las discapacidades para ser discutido y sometido a votación mediante una resolución al 47 Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud celebrado en Washington, D.C. en septiembre del año 2006. Esta resolución fue introducida entonces al pleno de los Ministros de Salud de las Américas en la sede regional de la OPS por la Primera Dama de la República de Panamá, Vivian Fernández de Torrijos, quien junto a la bandera de Panamá ha hecho suyo el estandarte de la inclusión y los derechos humanos desde mucho antes incluso de que su esposo, Martín Torrijos Espino, Presidente, asumiera el cargo.

“La salud mental, en algunos casos, todavía está en una fase oculta”, afirmó el Dr. Alleyne. “Pero en Panamá y en otros países de América Latina y el Caribe, esta especialidad está adquiriendo un protagonismo de suma importancia donde el compromiso de los actores implicados, especialmente los trabajadores de la salud, las instituciones como es el caso claro de la presidencia y el despacho de la primera dama, otras entidades responsables de Gobierno, y los mismos pacientes y sus familiares, están abriendo brechas a un entendimiento y a una visibilidad que están legitimando con una nueva percepción social y actitud de los profesionales y trabajadores de la salud a todo este conjunto de patologías y enfermedades”.

### **Contra los vaivenes: la continuidad**

El Dr. Alleyne aseguró que el éxito de los pasos emprendidos en Panamá en relación con las políticas nacionales sobre salud mental y discapacidades no hubiera sido posible sin una continuidad ejecutoria del proceso emprendido desde la década de 1970 y, con mayor ímpetu, a partir de 1990. No en vano, -subrayó-, en este momento en el INSAM siguen trabajando de la mano y como siempre en equipo, tres expertos en salud mental (los doctores Jaime Armijo M., Yadira V. Boyd P. y Juana del C. Herrera) que en este orden y en diferentes periodos de la historia del INSAM han ejercido el liderazgo máximo de su gerencia.



El ministro de Salud de Panamá, Dr. Camilo Alleyne, posa en su despacho junto a la Directora General del Instituto Nacional de Salud Mental (INSAM), Dra. Juana del C. Herrera y el Dr. Víctor Aparicio Basauri, Asesor Subregional de Salud Mental para Centroamérica, México y el Caribe Hispano, de la OPS.

El ministro Alleyne fue enfático en destacar que Panamá ha querido trascender a un régimen de lineamientos y garantías basado en los sistemas, en los principios, y no en personalismos.

“La salud pública tiene que ser el puntal para el desarrollo de los países de América Latina y el Caribe. Es por eso que yo me atrevería a invitar a todas las autoridades latinoamericanas y a mis colegas, los ministros y ministras de salud de la Región, a que no escatimen esfuerzos en pro de la salud y por encima de la transitoriedad de los cambios de gobierno, particularmente en un tema tan sensible como es la atención y el tratamiento de las personas con enfermedades mentales”. El ministro afirmó que “el canibalismo político lo deteriora todo y rompe la estructura de valores. Debemos trabajar hacia una América de sistemas, no en una América de caracteres y liderazgos efímeros, para que los sistemas no sufran de una falta de continuidad y sostenimiento de los éxitos cíclicos que poco a poco vamos logrando”.

**OPS**

**“Desde un primer momento, para los temas de la salud mental y para otros de la agenda general de la salud pública hemos contado con un extraordinario apoyo y cooperación técnica por parte de la OPS; un apoyo muy atinado que se ha sentido como un fuerte espaldarazo a todos los procesos y actividades que están guiando nuestra función”.**

Dentro del ámbito de la salud mental en Panamá, el ministro reiteró, por último, que el núcleo de las familias de los pacientes y su decidido apoyo a los procesos terapéuticos, y una adecuada capacidad de respuesta de atención a la que asiste una oferta farmacológica cada día más avanzada y eficaz, constituye, sin lugar a dudas, el aspecto más revolucionario que está definiendo la reforma emprendida por Panamá, así como las acciones de Prevención y Promoción de la Salud Integral de la Población.

“Los líderes en salud debemos cambiar la vieja ortodoxia de esperar a que el paciente caiga enfermo, y hemos de girar -con la ayuda inestimable del núcleo de apoyo familiar- a un proceso revolucionario de prevención de las recaídas con un permanente monitoreo y vigilancia de los signos o síntomas de riesgo”.

Justo antes de concluir este encuentro, el Dr. Alleyne destacó como invaluable el apoyo y el respaldo irrestricto de la Organización Panamericana de la Salud al proceso de reforma de las estructuras del sector de la salud mental de Panamá.

“Desde un primer momento, para los temas de la salud mental y para otros de la agenda general de la salud pública hemos contado con un extraordinario apoyo y cooperación técnica por parte de la OPS; un apoyo muy atinado que se ha sentido como un fuerte espaldarazo a todos los procesos y actividades que están guiando nuestra función”.

## La OPS en la Reformulación de la Salud Mental en las Américas

**Dra. Guadalupe Verdejo,**

Representante de la OPS/OMS en Panamá:

**“Nuestro compromiso es total. Panamá es un ejemplo de cómo con un esfuerzo consensuado se puede avanzar”**



“Panamá es un ejemplo de cómo con un esfuerzo consensuado y con un modelo de salud mental comunitaria se puede avanzar en la reestructuración y modernización de los servicios”.

*Una reflexión al interior de la reforma de la salud mental y de las iniciativas a favor de la inclusión en América Latina y el Caribe de la mano de la Dra. Guadalupe Verdejo, Representante de la OPS/OMS en Panamá, país que junto a otros, se sitúa en la avanzada regional sobre estos temas y que ha sido destacado también como el primer país de las Américas en implementar exitosamente una novedosa herramienta de la Organización Mundial de la Salud para la modernización y la gestión eficaz del sector de la salud mental.*

**En numerosas ocasiones se ha observado que declaraciones o resoluciones que emanan de organismos internacionales y**

**que suscriben un gran número de países quedan como meros propósitos de buenas intenciones para la acción programática e institucional. ¿Qué ha posibilitado en su opinión que esta Declaración de Caracas haya cuajado en el accionar de la salud pública de Panamá y de otros países de América Latina y el Caribe?**

La Declaración de Caracas fue un documento de consenso de los gobiernos latinoamericanos firmantes con el apoyo de OPS, ONG y de varios gobiernos europeos. Esta conjunción de intereses ha favorecido que el proceso de reestructuración de la asistencia psiquiátrica haya seguido un proceso de implementación en la región de las Américas. Hay que reconocer que la sinergia causada por la OMS al declarar el 2001 como año de la Salud Mental potenció lo sembrado en la década anterior en nuestra región. Sin embargo, también hay otras razones que han posibilitado enfatizar el desarrollo de los servicios de salud mental. Nuestra región tiene problemas, como es la violencia o los desastres que nos azotan periódicamente, que han aumentado la visibilidad del componente de salud mental en estas situaciones.

**Oficiales panameños del sector salud y de la propia OPS han destacado que Panamá ha priorizado principios y valores por encima de personalismos en el liderazgo ejecutor. ¿Cuál es su apreciación de este fenómeno?**

Panamá es un ejemplo de cómo con un esfuerzo consensuado y con un modelo de salud mental comunitaria se puede avanzar en la reestructuración y modernización de los servicios de salud mental; pero también expresa la necesidad de mantener este tipo de políticas a largo plazo, lo cual implica un compromiso político y profesional sólido.

**¿Cómo valora usted la coordinación de los esfuerzos y las metodologías entre las instituciones nacionales y la OPS/OMS por el avance del sector de la salud mental y en general en materia de políticas y tratamiento de las discapacidades?**

La relación de nuestra organización con las instituciones que tienen responsabilidad en estos temas es de perfecta sintonía. Hay un entendimiento mutuo y una coincidencia en los objetivos. Creo que en este proceso ha ayudado mucho la actual política de nuestra organización con la creación de herramientas que permiten evaluar la situación de los servicios de salud mental del país y también de aquellas que sirven para generar políticas, planes y programas de salud mental comunitaria. Panamá hace unos meses presentó la evaluación de su red de salud mental con el instrumento IEMS-OMS y el apoyo técnico de nuestra Representación.

En este momento, se está trabajando en la reformulación de su plan de salud mental con nuestro apoyo y con las guías que la OMS ha diseñado para este fin.



“Hay que evitar la separación de estos ciudadanos del conjunto de la sociedad y también evitar que tengan sistemas de atención paralelos, en lugar de estar integrados en el sistema de salud general”.

**¿Considera usted que estigma y discriminación continúan hoy día siendo un serio obstáculo que limita el alcance de los esfuerzos?**

El estigma de los problemas de salud mental está muy arraigado en todas las sociedades del planeta, pero el primer paso es crear un modelo de atención que conlleve una mirada a estos problemas más normalizada e integrada en el sistema sanitario general. Hay que evitar la separación de estos ciudadanos del conjunto de la sociedad y también evitar que tengan sistemas de atención paralelos, en lugar de estar integrados en el sistema de salud general. Sin embargo, este tema va más allá de las políticas sanitarias pues implica un cambio cultural en el modo de entender la enfermedad mental y sus consecuencias.

**Diecisiete años después de la Declaración de Caracas, ¿cuál es la esencia del compromiso institucional de su representación OPS/OMS en la continuación de la cooperación técnica con los oficiales, instituciones y organizaciones panameñas para el continuo impulso de programas y acciones que respondan al compromiso suscrito en Caracas y reiterado años después con los Principios de Brasilia para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas?**

Nuestro compromiso es total. En este bienio (2006-2007) hemos apoyado dos proyectos de Cooperación Técnica entre países, uno entre Panamá y Cuba sobre el desarrollo de políticas, planes y programas de Salud Mental, y otro entre Panamá y Colombia sobre el componente de salud mental en la violencia de los entornos urbanos. Además, realizamos un apoyo técnico al país en la reformulación del plan de salud mental, así como en el desarrollo de herramientas para enfrentarse a las enfermedades más prevalentes como la depresión o el alcoholismo. En este esfuerzo ha sido clave la política de descentralización que ha impulsado nuestra Directora, la Dra. Mirta Roses y que ha permitido que Panamá sea sede del puesto de Asesor Subregional en Salud Mental para Centroamérica, México y el Caribe Hispano.

**¿Cuáles son en su opinión los retos y los desafíos a corto y medio plazo para una continuada y sustancial mejora de la calidad de vida y de una salud para todos sin exclusión?**

Los retos en este campo son continuos. La descentralización de los servicios de salud mental, el esfuerzo por potenciarlos en las comarcas indígenas, el desarrollo de los servicios de psiquiatría en los hospitales generales. Todos estos temas y otros están en la agenda del Gobierno. Y la OPS/OMS apoyará técnicamente. Lógicamente, el tema de los recursos humanos es clave, sobre todo porque estos procesos implican modificaciones en los programas de formación y especialización. Vemos el futuro con optimismo y creo que se está caminando por la senda adecuada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Grimaldo, Gloria. Historia de la Psiquiatría en Panamá. En "Historia de la Psiquiatría en Centroamérica". Capítulo N° 3.
2. Ministerio de Salud de Panamá / Representación de OMS/OPS Panamá. Atención Primaria de Salud en Panamá. 2004
3. Miranda Estribí M.D. Especialización de Enfermería en Panamá. <http://www.especialidades.enfermundi.com>. Revista Especialidades Enfermeras [en línea]. En 2006 mayo-junio; 2(3). <http://www.especialidadesenfermeras.com/revista/index.htm> [ISSN 1885-3285]
4. Convención Americana sobre Derechos Humanos <http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas3con.html>
5. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas10pe.html>
6. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb3ccpr.html>
7. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb2esc.html>
8. Resolución de la OPS/OMS sobre Derechos Humanos y discapacidad <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47.r1-s.pdf>

Diez Pilares fundamentales de la Reestructuración de los Servicios de Salud Mental en Panamá: Una experiencia exitosa y sostenible a lo largo del tiempo

1. **Reducción del número de camas en el Hospital Psiquiátrico Nacional**; de más de 1,000 camas en la década de los 80 a menos de 200 en la actualidad.
2. **Desinstitucionalización** de los pacientes internados, lográndose una reinserción ordenada y real en sus comunidades.
3. Profunda **reforma estructural y funcional del Hospital Psiquiátrico Nacional** que se convirtió en el 2004 en el Instituto Nacional de Salud Mental.
4. **Descentralización** de los servicios ambulatorios de salud mental a todas las provincias del país.
5. Desarrollo sostenido a lo largo de más de tres décadas de los **servicios de psiquiatría en hospitales generales**. El Hospital Nacional Santo Tomás fue pionero en la década de los 70 y posteriormente se abrieron los servicios en los Hospitales Regionales.
6. **Disponibilidad de psicofármacos** esenciales en los servicios a los diferentes niveles.
7. **Prioridad financiera a la salud mental y cambios en el ordenamiento presupuestario** que se corresponden con la reestructuración de los servicios emprendida a lo largo del tiempo. Se dedica a la Salud Mental, aproximadamente, el 3% del presupuesto general de salud; y de estos fondos alrededor del 60% son destinados a los servicios ambulatorios y Atención Primaria.
8. **Desarrollo de los recursos humanos** para responder a las necesidades del proceso de reforma; se destaca la formación sostenida de psiquiatras para los cuales el

Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social han abierto las plazas que aseguren su ubicación en los servicios. Otro pilar importante ha sido la formación sistemática de Enfermera Especializadas en Salud Mental que desempeñan roles y perfiles de trabajo muy importantes y específicos. También se destaca la creación e impulso de diversas sub-especialidades médicas en el campo de la salud mental.

9. Desarrollo de servicios dedicados a la [Salud Mental Infanto Juvenil](#) en el nivel nacional (Hospital del Niño y Caja del Seguro Social).
10. Creación y fortalecimiento de un servicio nacional para la atención a los problemas relacionados con [alcohol y drogas](#) en el INSAM con más de una década de experiencia, unido al aumento de la capacidad resolutive del sistema en su conjunto.

Panamá aún tiene problemas y desafíos importantes por afrontar, pero lo más importante es que hay un camino abierto para continuar los procesos de cambio. Lo más relevante tal vez sea la sistematicidad y sostenibilidad del proceso de reestructuración de los servicios a lo largo de dos décadas o más, sorteando las eventualidades lógicas de los cambios periódicos de gobiernos.

