

# WHO-AIMS

## WHO-AIMS: INFORME SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

*Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud*



# WHO-AIMS: INFORME REGIONAL SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental en América Latina  
y el Caribe utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas  
de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS)



Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, USA

**2013**

Se publica también en inglés (2013) con el título:  
WHO-AIMS Regional Report on Mental Health Systems in Latin America and the Caribbean.  
ISBN 978-92-75-11733-0

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

\*\*\*\*\*

Organización Panamericana de la Salud.

WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, DC : OPS, 2013.

1. Salud Mental - estadística & datos numéricos. 2. Estadísticas de Salud. 3. América Latina. 4. Región del Caribe. 5. Informe Regional. I. Título.

ISBN 978-92-75-31733-4

(Clasificación NLM: WM 30 DA1)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Servicio Editorial, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. ([pubrights@paho.org](mailto:pubrights@paho.org)). El Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE) podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

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

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

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

---

Para mayor información favor contactar a Dévora Kestel ([kesteld@paho.org](mailto:kesteld@paho.org))

# Índice General

Reconocimientos .....	iv
Prefacio.....	v
Introducción.....	1
Metodología .....	6
Sección 1 - Política y marco legislativo .....	8
Sección 2 - Servicios de salud mental.....	21
Sección 3 - Salud mental en la atención primaria .....	38
Sección 4 - Recursos humanos en la atención de salud mental.....	45
Sección 5 - Educación del público y vínculos con otros sectores .....	59
Sección 6 - Monitoreo e investigación .....	62
Conclusiones.....	64
Referencias .....	66

# RECONOCIMIENTOS

A todas las personas e instituciones, en particular a los ministerios de salud de los 34 países y territorios de la Región y a los funcionarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que de una u otra forma colaboraron diligentemente en todas las fases del estudio de evaluación de los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe por medio del instrumento WHO-AIMS. Sin su colaboración este informe no hubiera sido posible.

## PAÍSES Y TERRITORIOS

Anguila (Reino Unido), Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Belice, Brasil, Bolivia, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas (Reino Unido), Jamaica, México, Montserrat (Reino Unido), Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Turcas y Caicos (Reino Unido), y Uruguay.

# PREFACIO

Los trastornos mentales y neurológicos representan casi la cuarta parte de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe. Un sistema de salud mental eficiente es vital tanto para poder ofrecer una respuesta apropiada y reducir esa carga que se traduce en morbilidad, mortalidad y discapacidad, como para cerrar la alta brecha en términos de personas enfermas que no están recibiendo ningún tipo de tratamiento. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha expresado claramente el compromiso de cooperar con los Estados Miembros para la reestructuración de la atención en salud mental y esta evaluación es un paso esencial en ese proceso.

El presente informe es el producto de la aplicación del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental – conocido como WHO-AIMS, por sus siglas en inglés –, una herramienta y metodología desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha sido utilizada por la casi totalidad de los países de América Latina y el Caribe. La OPS promovió y colaboró activamente en la aplicación con 34 países o territorios, así como en el análisis y la difusión de los resultados.

La información fue recopilada y estudiada en detalle por cada país y luego consolidada por subregiones. Obtener los datos requeridos fue, en ocasiones, una tarea compleja y difícil. Muchas veces la información era dispersa, no estaba disponible de manera directa o no estaba bien organizada. En la actualidad, además de los informes nacionales, están disponibles tres informes subregionales: de América Central y la República Dominicana, del Caribe no latino y de América del Sur.

A través de las respectivas evaluaciones, los ministerios de salud de los países han podido identificar de una manera más clara sus fortalezas, debilidades y prioridades a fin de afrontar el mejoramiento de los servicios. Igualmente, tenemos, a nivel regional y subregional, una visión más precisa que permitirá orientar la colaboración técnica de la OPS.

Permítanme referirme a algunas conclusiones importantes del informe. La primera y más importante es que, en la mayoría de los países evaluados, los sistemas de salud mental no responden satisfactoriamente a las necesidades de la población. En alguna medida, los hospitales psiquiátricos continúan siendo el eje de la atención en salud mental, absorbiendo una proporción considerable de los recursos disponibles; el desarrollo del componente salud mental en la atención primaria es aún limitado y los trabajadores de ese nivel no tienen la capacidad resolutoria necesaria para afrontar este tipo de problemas. Sin embargo, también hay muchas experiencias positivas e innovadoras en la Región que nos pueden servir de ejemplo sobre lo que se puede hacer en el campo de la salud pública.

Quiero expresar nuestro agradecimiento a los equipos que desarrollaron este trabajo y especialmente a las autoridades nacionales de los ministerios de salud, quienes no vacilaron en mirarse al espejo y reconocer los no siempre satisfactorios hallazgos del estudio. Esta evaluación no hubiera sido posible sin el apoyo de las Representaciones de la OPS/OMS en los países, así como de la cooperación sistemática del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud. Nuestro reconocimiento se extiende a otros muchos actores que jugaron un papel relevante en los países.

Un ejercicio de este tipo nos permite avanzar en la identificación de los cambios necesarios. El desafío ahora es transformar esta evaluación en una herramienta de trabajo para la planificación e implementación de nuevas acciones, mejorando sustancialmente la respuesta de los sistemas de salud. El objetivo final es la consecución de mejoras genuinas en la vida de las personas con trastornos mentales.

Carissa F. Etienne  
Directora



# INTRODUCCIÓN

Los Estados-Miembros de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) que aparecen en los cuadros que se presentan a continuación han aplicado el instrumento de evaluación de los sistemas de salud mental (WHO-AIMS) (1), al igual que Anguila, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, y Turcas y Caicos, todos ellos territorios de ultramar del Reino Unido.

A los efectos de este informe, los países y territorios fueron agrupados en tres subregiones de la siguiente manera: América Central, México y Caribe latino, Caribe no latino y América del Sur. En los cuadros también se indica el año en que fue publicado el informe nacional del WHO-AIMS.

**Cuadro 1. América Central, México y Caribe latino: países y año de publicación del informe WHO-AIMS**

Países	Año del WHO-AIMS
Costa Rica	2008
Cuba	2011
El Salvador	2006
Guatemala	2006
Haití	2011
Honduras	2008
México	2011
Nicaragua	2006
Panamá	2006
República Dominicana	2008

**Cuadro 2. Caribe no latino: países y territorios y año de publicación del informe WHO-AIMS**

Países y territorios	Año del WHO-AIMS
Anguila	2009
Antigua y Barbuda	2009
Barbados	2009
Belize	2009
Dominica	2009
Granada	2009
Guyana	2008
Islas Vírgenes Británicas	2009
Islas Turcas y Caicos	2008
Jamaica	2009
Montserrat	2009
San Kitts y Nevis	2009
San Vicente y las Granadinas	2009
Santa Lucía	2009
Suriname	2009
Trinidad y Tabago	2010

**Cuadro 3. América del Sur: países y año de publicación del informe WHO-AIMS**

Países	Año del WHO-AIMS
Argentina <sup>a</sup>	2010
Bolivia	2008
Brasil	2007
Chile	2006
Ecuador	2008
Paraguay	2006
Perú	2008
Uruguay	2006

<sup>a</sup> Los datos se refieren a 10 de sus 24 provincias.

Asimismo, a los efectos de este informe, al hablarse de “América Latina y el Caribe (ALC)”, se hace referencia a estos 34 países y territorios. No se incluye a Bahamas, cuyo informe aún no fue finalizado. Tampoco están incluidos Colombia y Venezuela, ya que no han implementado el WHO-AIMS.

Es importante observar que, como la recolección de datos comenzó con anterioridad a la publicación de cada informe, algunos de los cambios producidos en determinados países en los últimos años no están reflejados en el presente documento. Sin embargo, fue posible actualizar alguna de esa información, particularmente en lo que se refiere a políticas, planes y leyes, aprovechando la publicación del Atlas de Salud Mental 2011 de la OMS (2) y la información proveniente de países con los que los autores de este documento mantienen continua relación. En todos los casos, si no se especifica en el texto, la fuente del material es de los respectivos WHO/AIMS.

Las subregiones son muy diferentes entre ellas en relación a múltiples parámetros. Las diferencias existen incluso al interior de las mismas. Por ejemplo, en el Caribe no latino se incluyen países y territorios de diferente tamaño, desde 90 a 13.000 km<sup>2</sup>; diferente cantidad de población, desde 5000 a 2.5 millones de habitantes; diferente estatus socioeconómico, de bajo a alto; y diferente localización geográfica, en el continente o en islas. También varían los idiomas hablados (ej. el inglés, el holandés y lenguas locales, como el papiamentu); y la situación política: hay estados independientes y territorios de ultramar.

Similares disparidades existen en las otras dos subregiones (por ejemplo, desde el punto de vista poblacional y/o territorial). Sin embargo, según los autores de este informe, era necesaria una cierta agrupación que facilitara el análisis, teniendo en cuenta elementos comunes a un cierto grupo de países o simplemente por su cercanía geográfica.

## Información socio-demográfica

Según el Anuario Estadístico de la CEPAL de 2008 (3), al comenzar el trabajo de campo del WHO-AIMS en el año 2007, la población de América Latina y el Caribe sumaba algo más de 579 millones de personas. En el cuadro 4, se presentan algunos de los datos demográficos más relevantes.

**Cuadro 4. Datos sociodemográficos de los 34 países y territorios de América Latina y el Caribe que aplicaron el WHO-AIMS**

Países y territorios participantes	Categoría de ingresos: ingreso alto (IA), ingreso mediano alto (IMA), ingreso medio bajo (IMB), ingreso bajo (IB)	Población, 2010 (x 1000)	Ingreso nacional bruto (INB) per cápita \$ internacionales (ajuste PPA) [US\$] (PPP Int.\$) 2004	Población por debajo de la línea de pobreza (% con <\$1 por día)	Tasa de alfabetismo en adultos (%) 2010	Tasa estimada de mortalidad por suicidios y lesiones auto infligidas [por 100.000 hab.]
Anguila	IA	15	...	...	...	...
Antigua y Barbuda	IMA	87	19.390	...	99,0	1,2
Argentina	IMA	40.412	14.110	0,87	97,8	7,8
Barbados	IA	286	18.240	...	...	3,5
Belice	IMB	312	5.990	...	...	3,7
Bolivia	IMB	9.930	4.170	...	...	...
Brasil	IMA	194.946	10.190	3,80	...	5,8
Chile	IMA	17.114	13.450	0,83	...	11,6
Costa Rica	IMA	4.659	11.040	0,65	96,2	5,8
Cuba	IMA	11.258	...	...	99,8	12,2
Dominica	IMA	73	8.430	...	...	4,1
Ecuador	IMA	14.465	8.010	5,14	91,9	8,2
El Salvador	IMB	6.193	6.680	...	84,5	11,4
Granada	IMA	108	8.320	...	...	2,9
Guatemala	IMB	14.389	4.700	...	75,2	4
Guyana	IMB	754	3.130	...	...	27
Haití	IB	9.993	...	...	...	...
Honduras	IMB	7.601	3.840	...	84,8	...
Islas Vírgenes (RU)	IA	43	...	...	...	...
Jamaica	IMA	25	...	...	86,6	4,6
México	IMA	2.741	7.550	...	93,1	...
Montserrat	IA	113.423	15.030	...	...	4,2
Nicaragua	IMB	5	...	...	...	...
Panamá	IMA	5.788	2.730	...	94,1	11,4
Paraguay	IMB	3.517	11.970	...	93,9	5,9
Perú	IMA	6.455	4.680	5,90	...	6
República Dominicana	IMA	29.077	8.010	...	...	2,6
San Kitts y Nevis	IA	9.927	7.860	...	...	3,1
Santa Lucía	IMA	50	15.490	...	...	2,1
San Vicente y las Granadinas	IMA	104	8.970	...	...	3,7
Suriname	IMA	161	9.200	...	94,7	2,4
Trinidad y Tabago	IA	525	6.730	...	98,8	14,4
Turcas y Caicos	IA	1.341	23.520	...	...	10,7
Uruguay	IMA	3.369	12.440	0,03	98,1	15,9

**Fuentes:** Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) ([http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2470&Itemid=2003](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2470&Itemid=2003)); Banco Mundial (<http://data.worldbank.org/indicator>)

## Demografía

Otro informe de la CEPAL de 2010 (4) señala que “al finalizar la primera década del tercer milenio, en América Latina y el Caribe la esperanza de vida al nacer se ha elevado a 73,4 años (70,2 en los hombres y 76,7 en las mujeres), el promedio de hijos por mujer está llegando al nivel de reemplazo (2,18), la mortalidad infantil ha descendido a 22 defunciones de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos y la población que habita en áreas rurales representa el 20% del total (Naciones Unidas, 2008c). A su vez, el analfabetismo de los mayores de 15 años ha disminuido a 8,3% en los hombres y a 9,7% en las mujeres.”

También la CEPAL en un documento de 2004 (5) observó que: “América Latina y el Caribe, por el avance de la transición demográfica, está envejeciendo paulatina pero inexorablemente. Se trata de un proceso generalizado; aunque con niveles variables, todos los países de la Región marchan hacia sociedades más envejecidas. Dos características de este proceso motivan una preocupación urgente. En primer lugar, el envejecimiento se produce y se seguirá produciendo en el futuro a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países hoy desarrollados. En segundo lugar, ese proceso se dará en un contexto caracterizado por la pobreza y la inequidad social, un escaso desarrollo institucional y una baja cobertura de la seguridad social...”

En cuanto a salud mental se refiere, esta caracterización demográfica presenta un desafío que los sistemas de salud mental deben hacer frente: la problemática psicosocial de la población adulta mayor.

## Idiomas

Los países de América Latina y el Caribe fueron colonizados por España, Francia, los Países Bajos, Portugal y el Reino Unido. Los idiomas oficiales son, en general, el resultado de su historia colonial, no obstante la existencia de muchas otras lenguas que siguen siendo habladas por los pueblos indígenas. Esta diversidad de idiomas y culturas plantea a los sistemas de salud mental desafíos aún no resueltos de manera satisfactoria para poder asegurar a las poblaciones el acceso a los servicios – en lo que se refiere a la aceptabilidad, tal como lo plantean las convenciones internacionales de derechos humanos (6).

## Situaciones de desastre

Los países de América Latina y el Caribe sufren frecuentemente emergencias y desastres, con el consiguiente impacto psicosocial en las poblaciones afectadas, que se traducen – entre otras cosas – en crecientes demandas a los sistemas de salud (7).

## Datos epidemiológicos de los trastornos mentales

En varios países de la Región existen estudios epidemiológicos de base comunitaria relativamente recientes, que proveen datos para formular respuestas del sistema de salud mental a las necesidades de las poblaciones de América Latina y el Caribe. Recomendamos consultar el libro publicado por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2009, Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (8).

En América Latina y el Caribe, la carga de los trastornos mentales y neurológicos representa el 22,2% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad. En relación a todos los trastornos neuropsiquiátricos, los más altos son los trastornos depresivos unipolares (13,2%) y los producidos por el uso excesivo de alcohol (6,9%) (8).

A pesar de la magnitud de la carga que representan los trastornos mentales y neurológicos, la brecha del tratamiento es abrumadora; nos referimos al porcentaje de personas con trastornos mentales que no recibe tratamiento alguno (ver cuadro 5).

**Cuadro 5. Prevalencia de algunos trastornos mentales y porcentaje de la brecha de tratamiento**

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

*Fuente:* Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B: Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. Rev. Panam. Salud Pública 2005;18(4/5):229-240.

## Datos epidemiológicos sobre suicidio

Los datos publicados por la OPS/OMS con referencia a los años 2000-2004 comprendían tasas no-ajustadas y ajustadas según la edad. En América Central las tasas totales respectivas eran 7,3 y 7,5; en el Caribe latino, 8,4 y 7,6; en América del Sur, excluyendo a Brasil, las tasas respectivas eran de 6,7 y 6,3. Las tasas respectivas de Brasil eran de 5,2 y 5,3. En Cuba, Uruguay y Nicaragua se registraron las tasas más altas de América Latina, 16,4 y 13,0; 16,0 y 13,6; y 13,7 y 14,1, respectivamente. El Caribe no latino presentó las tasas más altas de todas las subregiones. La tasa total no-ajustada por edad era de 14,1 mientras que la ajustada era de 13,4. Todas las tasas antes mencionadas son por 100.000 habitantes. En la totalidad de los países las tasas eran más altas en los hombres (9).

## Resoluciones de la OPS/OMS en relación a salud mental

Los países de América Latina y el Caribe aprobaron en el marco de las reuniones del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud de los años 1997, 2001 y 2009 (10, 11, 12) tres resoluciones cuya completa adopción conduciría a reformas profundas en los sistemas de salud mental.

Las acciones de reforma de los sistemas de salud mental se hacen aún más claras y factibles merced a las recomendaciones provistas en la Estrategia y plan de acción sobre salud mental, adoptada en la reunión del 49.º Consejo Directivo, en setiembre de 2009 (13). Esas orientaciones fueron subsecuentemente hechas operativas en cinco áreas estratégicas en el documento “Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional de salud mental”, las cuales fueron discutidas por representantes de la casi totalidad de los países de las Américas en Panamá, en octubre de 2010 (14).

El cuerpo de información ahora disponible, sumado al conjunto de convenciones internacionales suscriptas y a la voluntad política expresada en la Resolución del 49.º Consejo Directivo, facilita a los países de América Latina y el Caribe la instrumentación de los procesos de construcción, reforma y fortalecimiento de sus sistemas de salud mental para que puedan responder a las necesidades identificadas en los diagnósticos de situación presentados en este informe.

# METODOLOGÍA

## Descripción del instrumento

El Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS) (1) fue desarrollado para que los países, particularmente los de ingresos bajos o medios, puedan realizar ejercicios sistemáticos de monitoreo y evaluación de sus sistemas de salud mental. El primero efectuado servirá de línea basal para apreciar tanto los cambios que se produzcan como resultado de la ulterior implementación de políticas, planes y programas, como el desarrollo de servicios destinados a mejorar el sistema o, en su defecto, para apreciar los deterioros o la ausencia de cambios. El WHO-AIMS se puede aplicar en la totalidad del país, en provincias o estados, o en regiones de extensión más limitada.

La OMS ha definido como sistema de salud mental “al conjunto de estructuras y actividades cuyo propósito principal es promover, mantener o restaurar la salud mental y prevenir los trastornos mentales.” Las áreas comprendidas en el WHO-AIMS derivan de las diez Recomendaciones Generales para mejorar la atención en salud mental que fueron parte del Informe Mundial de 2001 (15), a saber:

1. Proveer tratamiento en la atención primaria.
2. Asegurar la disponibilidad de los medicamentos psicotrópicos.
3. Prestar atención en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, familiares y usuarios.
6. Establecer políticas programas y legislación a escala nacional.
7. Desarrollar recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores.
9. Monitorear las acciones de salud mental en la comunidad.
10. Apoyar nuevas investigaciones.

Estas diez recomendaciones fueron agrupadas para su evaluación por el WHO-AIMS en seis secciones:

1. Política y marco legislativo.
2. Servicios de salud mental.
3. Salud mental en la atención primaria.
4. Recursos humanos.
5. Educación sanitaria y vínculos con otros sectores.
6. Monitoreo y evaluación.

A su vez, esas seis secciones fueron desagregadas en 28 subsecciones y -según los autores de este informe en 155 indicadores.

## Metodología utilizada para la aplicación del WHO-AIMS

El WHO-AIMS fue ejecutado respetando las recomendaciones que el mismo instrumento presenta. El proceso comenzaba con la solicitud por parte del Ministerio de Salud correspondiente para implementar el WHO-AIMS en el país, quien, a su vez, designaba un responsable de la recolección de información. Esto implicaba la elaboración de cuestionarios u otros métodos necesarios para recoger datos, contactar a los diversos actores involucrados en la provisión de información y preparar el informe de país.

Se organizaron talleres nacionales con los actores principales del sector para la introducción del instrumento, en colaboración con la OPS/OMS. Gracias a estas reuniones, los encargados de la recolección

de datos tenían cierta facilidad para acceder a información proveniente de diversas instituciones, que de otro modo podría ser difícil de obtener.

Las personas designadas por el Ministerio de Salud fueron apoyadas técnicamente por el personal local de las Representaciones de la OPS/OMS, por el Asesor Subregional en Salud Mental de OPS/OMS y por los funcionarios de salud mental de las oficinas centrales de la OPS y la OMS. Una vez que los datos habían sido recogidos y volcados en el programa Excel, los mismos eran enviados a los asesores de salud mental (primero de la OPS y después de la OMS), quienes los revisaban y comentaban para asegurar la calidad y coherencia interna de la información. La retroalimentación era luego reenviada al punto focal, donde se podían hacer correcciones o explicar cuestiones poco claras. Este proceso continuaba hasta tanto fuera seguro que los indicadores representaban la realidad.

Por último, se elaboraba el informe final utilizando un modelo diseñado por la OMS, que seguía luego el mismo camino anterior para su revisión. Una vez que los datos del informe fueron validados por los principales actores a nivel de país y aprobados por el Ministerio de Salud, el informe fue presentado oficialmente y publicado en las páginas web de la OPS y la OMS. En muchos países se realizaron talleres para discutir los próximos pasos a seguir y asegurar una respuesta apropiada a las necesidades y problemas identificados en el documento.

Es importante destacar que en todos los países distintas instancias gubernamentales, organizaciones profesionales y diversos colectivos de la sociedad civil, contribuyeron con la provisión de datos y en el análisis de los resultados; cada informe de país registra las personas e instituciones que colaboraron en este esfuerzo. Esta movilización de recursos permitió recopilar información que, por lo general, no se encontraba disponible en el nivel central. Asimismo, permitió que fuera validada mediante un proceso de socialización de la misma y de participación activa de las partes involucradas en el análisis.

# SECCIÓN 1 - POLÍTICA Y MARCO LEGISLATIVO

## Introducción

En esta sección del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, WHO-AIMS (1), se evalúan los distintos componentes que conforman el gobierno de la salud mental de un país como parte del sistema nacional de salud. En lo específico, nos referimos a aspectos referidos al estado de la legislación, la política y el plan nacional de salud mental, así como a datos básicos sobre financiación del sistema. Luego se realiza una evaluación con respecto a la protección de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental. La lógica y los contenidos de estos documentos están descritos en detalle en diversas publicaciones de la OMS (15, 18).

Es importante señalar que América Latina y el Caribe las políticas y los planes no siempre están claramente diferenciados. Por lo tanto, si bien en este informe se los considera por separado, siguiendo la estructura del WHO-AIMS, en la práctica muchos países tienen elaborados documentos que presentan de manera conjunta tanto elementos de la política como del plan de salud mental.

## Política nacional de salud mental

El primer indicador que presenta el WHO-AIMS es el que analiza la existencia de una política de salud mental a nivel nacional en cada país. La información recogida revela que, de manera frecuente, la política existente es incompleta o no ha sido explicitada como tal. Esta es la situación en 14 países o territorios de la Región. En algunos casos puede ser inferida de los planes o de las políticas nacionales de salud cuando en ellas se incluyen componentes específicos referidos a la salud mental.

En general, las políticas nacionales de salud mental fueron elaboradas siguiendo las recomendaciones desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud. Los componentes más comúnmente encontrados son los siguientes: financiamiento, legislación y derechos humanos; organización de servicios; recursos humanos y capacitación; promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; distribución de medicamentos esenciales; abogacía; mejoras en la calidad; sistemas de información; investigación y evaluación de políticas y servicios; y colaboración intersectorial.

En América Central, México y el Caribe latino, ocho países tienen una política nacional de salud mental. Solo Nicaragua y Haití no la poseen, aunque este último país ya ha comenzado el proceso de elaboración. Es importante hacer notar que esos ocho países han desarrollado o actualizado sus políticas de salud mental en los últimos tres o cuatro años.

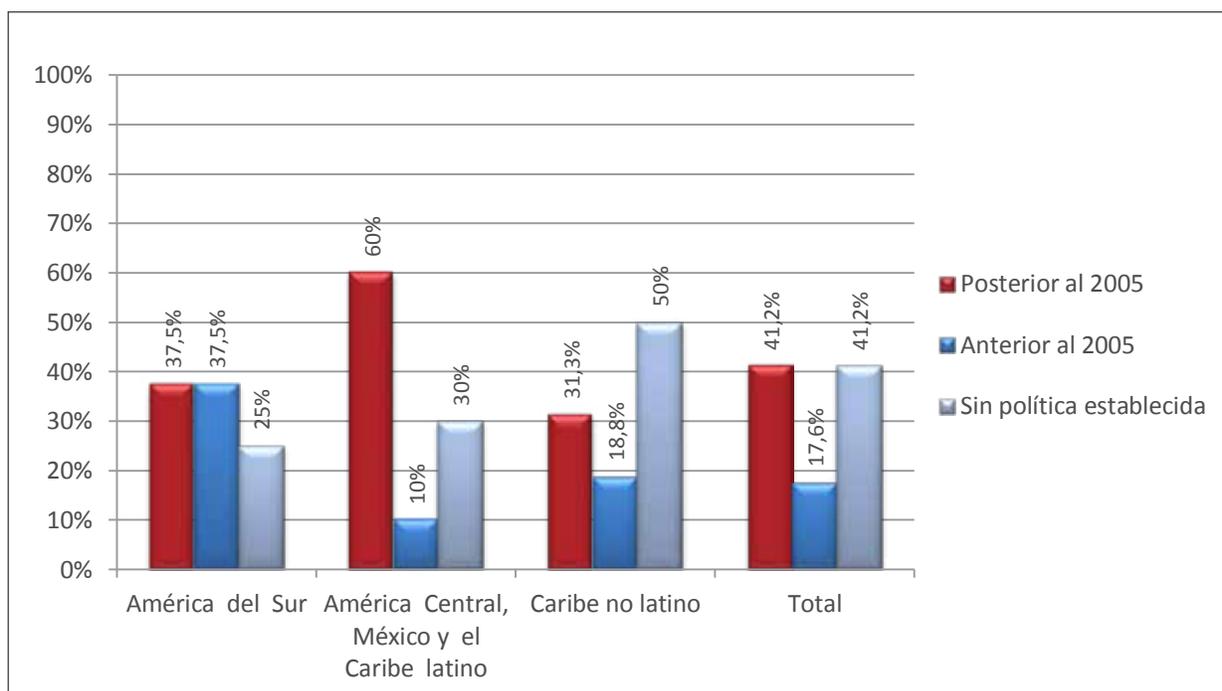
En el Caribe no latino, los resultados son un poco diferentes pues, de los 16 países o territorios que lo componen, solo ocho cuentan con una política explícita desarrollada en el actual milenio: Anguila, Barbados, Belice, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, y Turcas y Caicos. En los restantes no existe una política específica, aunque varios de ellos han elaborado recientemente borradores que están siendo evaluados o considerados por las respectivas autoridades.

En América del Sur, seis países - Argentina, Brasil, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay -, informaron contar con un documento que explicitaba la política nacional de salud mental. En casi todos los casos su formulación es reciente, posterior al 2002. Cabe destacar que, en algunos países, el tiempo transcurrido desde la formulación es prolongado. Por otro lado, en relación a Chile, es pertinente señalar que la política se encuentra expresada en el Plan Nacional de Salud Mental. La misma situación puede ser común a otros países de la subregión. Para más detalles, ver el cuadro 1.1.

Otro problema relacionado con este componente es que no siempre las políticas existentes fueron elaboradas o confirmadas por los gobiernos en ejercicio del poder, lo cual frecuentemente les resta autoridad y factibilidad a su implementación plena. En algunos casos la salud mental no se halla entre las prioridades de las autoridades involucradas y por lo tanto las políticas no se ejecutan.

La figura 1.1 ofrece una síntesis de la situación con respecto a la existencia de políticas de salud mental a nivel regional y subregional. Se observa que 41,2 % de los países ha desarrollado o actualizado sus políticas de salud mental después del 2005 (en total 14 países); 17,6 % (seis países) poseen políticas previas al 2005; y 41,2% (14 países) carecen de políticas de salud mental, ya sea por no existir o por estar incorporadas en otros documentos nacionales.

**Figura 1.1. Porcentaje de países con políticas de salud mental, regional y por subregiones, según el año de la última versión**



En esta sección, el WHO-AIMS presenta además un ítem adicional que se refiere al acceso gratuito a los psicotrópicos esenciales. En América Central, México y el Caribe latino, incluida Haití, un promedio de 57% de la población total tiene acceso gratuito a los mismos. En Cuba, El Salvador y Honduras la cobertura es total. En los ocho países de América del Sur evaluados, la cobertura subregional fue de 52%, oscilando entre 0% en algunas provincias de Argentina, 1% en Bolivia y Ecuador, y 100% en Brasil y Chile. Este porcentaje contrasta con lo informado por los países y territorios del Caribe no latino donde se estimó que el acceso alcanza el 100%, con la excepción de Jamaica (1%).

## Plan nacional de salud mental

Los hallazgos del WHO-AIMS en cuanto a la existencia de un Plan nacional de salud mental (PNSM) y su estado de implementación revelaron una situación bastante uniforme en algunas subregiones y muy disímil en otras. Mientras que en América Central, México y el Caribe latino la mayoría de los países cuentan con un PNSM, en el Caribe no latino la situación es inversa y solo algunos países lo han elaborado. Se destaca que en América del Sur todos los países, con la excepción de uno, cuentan con un plan nacional, aunque algunos datan de varias décadas atrás.

Otra diferencia existente es que, por un lado, hubo países que informaron contar con un PNSM como documento singular que define y orienta las acciones en el ámbito de la salud mental que el país lleva a cabo; por el otro, existen países que, aun en ausencia de un plan, desarrollan acciones de salud mental (por ejemplo, por medio de programas o de iniciativas aisladas), las cuales podrían constituir parte integral del PNSM.

## **Síntesis de la información provista por los 34 países**

Todos los países de América Central, México y el Caribe latino cuentan con un PNSM, con la excepción de Haití que, como fuera señalado con anterioridad, está actualmente trabajando en la elaboración de la política y el plan de salud mental. Los planes fueron producidos en el último decenio, mayormente en los últimos tres o cuatro años. Solo tres de los países de la subregión (Costa Rica, Guatemala y Haití) carecen de un plan para situaciones de emergencia o desastres, mientras que los demás lo han desarrollado en el último decenio.

En el Caribe no latino, seis países o territorios han adoptado un PNSM en el curso de este milenio: Belice, Jamaica, Montserrat, Suriname, Trinidad y Tabago y Turcas y Caicos. Si bien nos consta la existencia de desarrollos posteriores a la recolección de la información por medio del WHO-AIMS, diez países no poseían al momento de la preparación de este documento. Sin embargo, es útil destacar que el hecho de que la mayoría de los países no cuente con un PNSM no significa que no haya habido avances en el desarrollo de servicios en el ámbito de la salud mental. Por otra parte, solo una minoría (seis de los 16 países) poseía un plan para situaciones de desastre a pesar de ser una subregión frecuentemente afectada por los mismos. También en este caso es importante señalar que cinco países y territorios han estado trabajando en el tema en estos últimos años, elemento no reflejado en los respectivos WHO-AIMS.

Todos los países de América del Sur poseen un PNSM. Como en los casos anteriores, en algunos países el plan fue desarrollado de manera participativa, mientras que en otros la tarea estuvo a cargo de funcionarios de los respectivos ministerios de salud. Con respecto al plan de emergencias, solo un país de la subregión (Ecuador) cuenta con este componente.

Cabe señalar que, como en el caso de las políticas, la existencia de un PNSM en cualquiera de las subregiones no garantiza su implementación. A menudo sucede que los planes son elaborados siguiendo presiones coyunturales a nivel nacional o por parte de organismos internacionales, pero luego quedan en el olvido y no son utilizados como herramienta real en el proceso de mejora de los servicios. Para más detalles, véase el cuadro 1.1.

## **Política nacional y salvaguarda de los derechos humanos**

Existen disparidades entre los países que han estado trabajando en torno al tema de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental. Por un lado, se sitúan aquellos países y territorios que consideran que el tema es intrínseco al área de la salud mental y han incorporado en sus políticas y planes acciones concretas de vigilancia y protección de los derechos humanos (por ejemplo, capacitaciones para el personal de los servicios e inspecciones de las instituciones psiquiátricas). Por otro, existe un importante número de países que prácticamente no brinda datos sobre actividades en este ámbito; si las hubiera, son acciones aisladas o marginales.

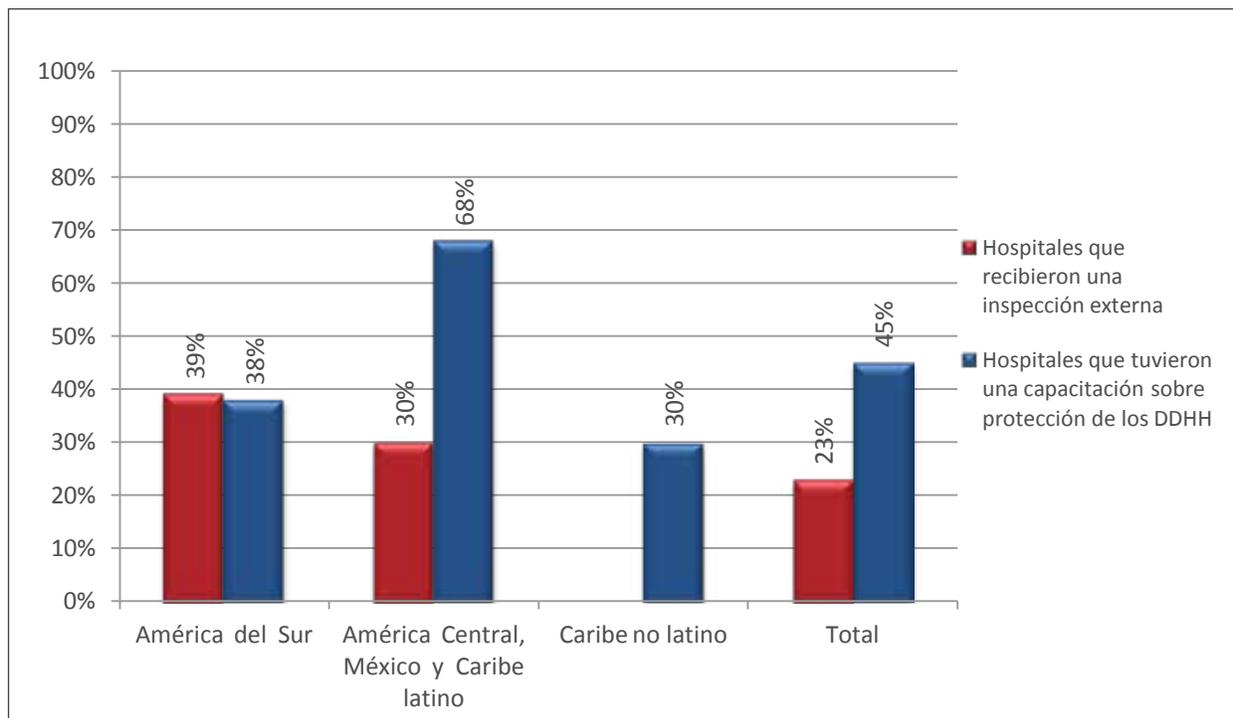
En América Central, México y el Caribe latino la situación es mixta. Cinco de los países tuvieron algún tipo de auditoría tendiente a lograr la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y algún grado de acción en cuanto a la revisión de los procedimientos de internación. De los hospitales psiquiátricos, un promedio de 30% recibió una inspección externa en los 12 meses anteriores a la recolección de los datos; mientras que en los 24 meses previos, 57 de los 83 hospitales psiquiátricos

del conjunto de esos países habían tenido al menos una capacitación sobre protección de los derechos humanos de las personas internadas. En general, se puede decir que, a nivel subregional, no hay procesos regulares o sistemáticos de capacitación en el área.

En el Caribe no latino, tres países de los 16 evaluados tienen organismos encargados de la inspección regular de los servicios psiquiátricos. Cuatro países revisaron los casos de admisiones involuntarias y los casos que han sido dados de alta; seis revisaron reclamos; y cuatro contaban con autoridad para imponer sanciones. Sin embargo, ningún país había recibido por lo menos una inspección externa en sus hospitales psiquiátricos, salvo Jamaica, aunque solamente en uno de sus cuatro centros de internación. Tres países, Belice, Jamaica y Suriname tuvieron por lo menos una sesión de trabajo sobre derechos humanos en sus hospitales mentales. Belice también tuvo sesiones en todos sus servicios ambulatorios mientras que Jamaica solo en la mitad.

En cuanto a los países de América del Sur, la situación es muy variada y tal vez más activa que en las otras subregiones. Prácticamente todos los países desarrollan iniciativas de monitoreo y capacitación al personal. A modo de ejemplo, Brasil posee una comisión nacional con la facultad de inspeccionar las instituciones psiquiátricas y hasta de decretar su cierre en caso de violaciones persistentes de los derechos humanos. En Paraguay, en cambio, fue la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos (OEA) la que impuso medidas cautelares como resultado de violaciones ocurridas en el hospital psiquiátrico de la ciudad capital, lo cual se tradujo en medidas de corrección aún no completadas.

**Figura 1.2. Proporción de hospitales que recibieron una inspección externa/auditoría o capacitación sobre protección de los derechos humanos de las personas internadas en los 12 y 24 meses previos a la recolección de los datos, por subregión**



La figura 1.2 resume lo descrito previamente. En América del Sur y América Central, México y el Caribe latino, el promedio de hospitales que tuvieron una auditoría o inspección externa en relación a la protección de los derechos humanos fue de 39% y 30%, respectivamente, mientras que en el Caribe no latino no hubo ningún hospital psiquiátrico que la tuviera. Por otra parte, América Central, México y el Caribe latino aproximadamente doblan a América del Sur en cuanto al promedio de hospitales que han tenido una

capacitación sobre el tema; mientras que el Caribe no latino registra un promedio de 30%. Finalmente, el total para la Región muestra que 23% de los hospitales recibieron una inspección externa y 45% tuvieron al menos una capacitación sobre protección de los derechos humanos de los pacientes internados.

## Legislación

Desde la perspectiva regional, aunque se distingue un panorama con realidades bien diferentes, es posible identificar una cierta uniformidad en los resultados. En efecto, solo una minoría de países cuenta con una legislación particular, es decir, una ley totalmente dedicada a la salud mental y sancionada al comienzo del presente milenio: dos de América del Sur; uno de América Central, México y Caribe latino; y tres del Caribe no latino.

En toda la Región, al momento de producir este documento, la ley particular más reciente es la adoptada en el año 2010 por Argentina, la cual se enmarca dentro del modelo comunitario de atención en salud mental y está guiada por las convenciones internacionales y regionales relacionadas con la protección de los derechos humanos de las cuales el país es signatario.

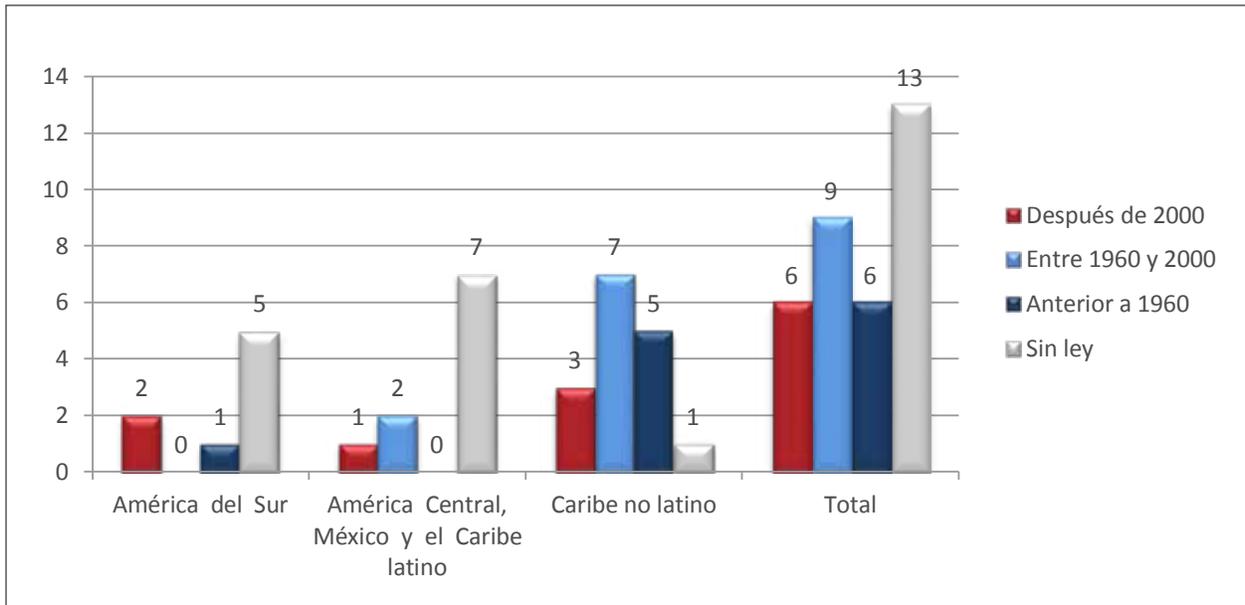
Con respecto a otros países de Sudamérica, Brasil adoptó en el año 2001 una legislación coherente con el modelo comunitario y el respeto de los derechos humanos; por su lado, Uruguay también cuenta con una ley particular, aunque data de 1936. Los demás países de la subregión poseen leyes generales de salud que comprenden elementos de salud mental, con mayor o menos énfasis en este campo.

En América Central, México y el Caribe latino, solo la República Dominicana tiene una ley particular elaborada en el presente milenio. México cuenta con una ley general de 1994 que hace referencia a cuestiones de salud mental. Cuba tiene componentes relevantes de salud mental en el capítulo II de la Ley de Salud Pública (1993).

Cabe señalar que en el Caribe no latino la situación es diferente al resto del Continente, pues solo un país, Belice, no cuenta con una ley particular de salud mental. Todos los demás tienen leyes particulares, en su mayoría promulgadas hacia fines de los años 50, época en que los distintos países fueron declarando su independencia del Reino Unido. Algunas de estas leyes han sido ratificadas con el paso del tiempo. Sin embargo, solo en dos países o territorios ellas han sido completamente reemplazadas por versiones aprobadas en el milenio actual: Anguila (2006) y Granada (2005). Entre el resto de los países, aproximadamente la mitad cuenta con leyes anteriores a 1960 y la otra mitad con leyes que van desde 1960 a fines del siglo pasado.

La figura 1.3 ilustra el número de países con legislación perteneciente al siglo actual; los que han promulgado sus leyes en el período que va entre 1960 y 2000; los que las tienen desde antes de 1960; y los que no cuentan con una ley de salud mental particular.

**Figura 1.3. Número de países con leyes de salud mental, según el año de la ley**



Surge claramente del resumen presentado que existe un déficit en materia de legislación en todas las subregiones, incluso si se consideran los componentes de salud mental incluidos en las leyes generales, ya que dichas leyes son anteriores a convenciones internacionales relevantes. Es pertinente remarcar la importancia de la existencia de un marco legislativo para mejorar el sistema de salud mental, como lo destacan el Informe Mundial de la Salud 2001 de la OMS (15) y otros documentos posteriores, como la Estrategia y plan de acción sobre salud mental de la OPS (13) para nuestra Región. En este sentido, los hallazgos del WHO-AIMS resaltan la necesidad de comenzar a actuar. Por lo complejo del proceso de formulación, adopción e implementación de una ley, los resultados de estas acciones solo se podrán observar a mediano y largo plazo. Para más detalles, ver el cuadro 1.1.

**Cuadro 1.1. Año de publicación de políticas, planes y leyes de salud mental, por país**

	Año de la última política de salud mental	Año del último plan de salud mental	Año de la legislación en salud mental
Anguila	2005	NA	2006
Antigua y Barbuda	NA	NA	1957
Argentina	2010	2010	2010**
Barbados	2004	NA	1985
Belice	2009*	2010*	NA*
Bolivia	NA	2009	NA
Brasil	2002	2004	2001
Chile	NA	2001	NA
Costa Rica	2007	2010	NA
Cuba	2002	2009	1983
Dominica	NA	NA	1986
Ecuador	NA	2010	NA
El Salvador	2008	2005	NA
Granada	NA	NA	2005*
Guatemala	2008	2008	NA
Guyana	2008*	2008*	1930
Haití	NA	NA	NA
Honduras	2004	2007	NA
Islas Vírgenes Británicas	NA	NA	1986**
Jamaica	2004*	2009*	1997
México	2007	2007	1994
Montserrat	NA	2002**	2006
Nicaragua	NA	2005	NA
Panamá	2009	2001	NA
Paraguay	2002	2002	NA
Perú	2006	2006	NA
República Dominicana	NA	2010	2006
San Kitts y Nevis	NA	NA	1956
Santa Lucía	2007**	NA	1957
San Vicente y las Granadinas	NA	NA	1989**
Suriname	NA*	NA*	1912*
Trinidad y Tabago	2000*	2000	1981*
Turcas y Caicos	2005	2005	1999*
Uruguay	2005	1996	1936

*Fuentes:* \*Organización Mundial de la Salud. Atlas de Salud Mental 2011. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/index.html#](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html#).

\*\* Comunicación personal por parte del Ministerio de la Salud.

## Financiamiento

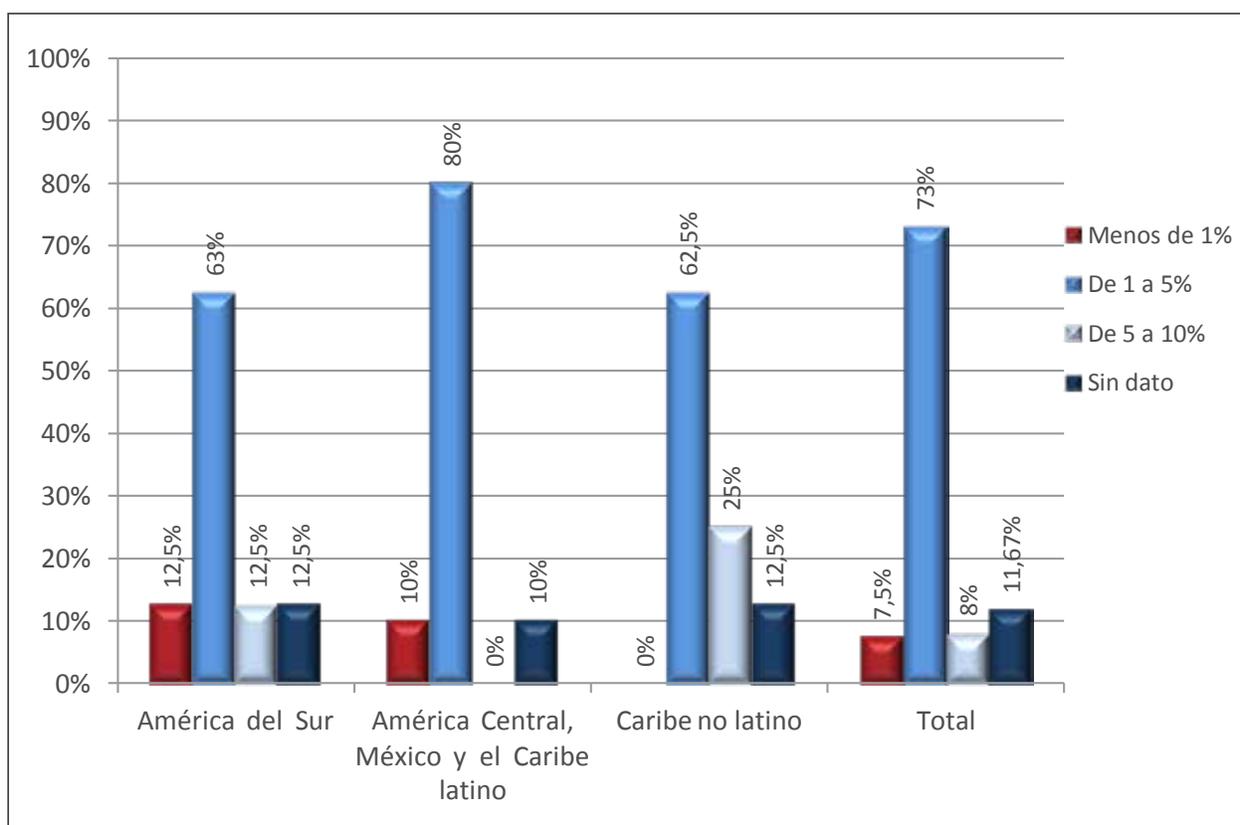
Si bien todos los países de la Región poseen servicios especializados en salud mental (con o sin hospital psiquiátrico), no es tarea sencilla conocer exactamente el monto de dinero que se destina a estos servicios. En la mayoría de los países evaluados no existe una línea de presupuesto específica para salud mental. Los datos de financiamiento son obtenidos haciendo cálculos aproximados, sumando la información disponible sobre los distintos servicios existentes y los gastos estimados.

Cuando el hospital psiquiátrico es el único o principal servicio en el ámbito de la salud mental, puede resultar más sencillo identificar los recursos, aunque, en general, se trata básicamente de gastos de personal, operativos y de mantenimiento. Quedan fuera otros escenarios que son parte de la responsabilidad del servicio público como, por ejemplo, la atención primaria de la salud (APS) y determinados recursos indispensables, como los medicamentos, allí donde estén subsidiados o sean suministrados gratuitamente.

De cualquier manera, aunque la información sea incompleta, se percibe claramente que los recursos disponibles son tan limitados que se hace difícil pensar en una implementación real y a gran escala de las políticas o planes diseñados para asegurar una mayor cobertura de las necesidades de salud mental de las poblaciones.

En los ocho países evaluados de América del Sur, el porcentaje del presupuesto específico para salud mental del total del presupuesto de salud variaba entre 0,2% y 7%, con una mediana de 2,05%. En los seis países de América Central, México y el Caribe latino, variaba entre 0,4% y 2,9%, con una mediana de 0,9%. Por último, en el Caribe no latino el rango variaba de 1% a 9% en los 14 países o territorios que proporcionaron la información, con una mediana de 3,5%.

**Figura 1.4. Porcentaje del presupuesto total de salud destinado a salud mental, por subregiones**



La figura 1.4 muestra que en la mayoría de los países el gasto destinado a salud mental como porcentaje del total del presupuesto de salud apenas supera el 1%. En América del Sur, tan solo Uruguay (12,5%) tiene un presupuesto para salud mental mayor a 5%; y en Centroamérica, México y el Caribe latino no existe ningún país que lo tenga. En contraste, y aunque representa una población menor, el 25% de los países del Caribe no latino destina entre 5% y 10% del presupuesto de salud al gasto específico de salud mental. Por último, se observa que solo 8% del total de los países de la Región tiene un presupuesto para salud mental mayor a 5% del presupuesto total de salud y 7,5% registra un presupuesto menor a 1%.

Esa limitada asignación a la salud mental (con algunas excepciones donde el porcentaje es más elevado) está además afectada por la marcada asimetría en la distribución del presupuesto. En efecto, con la excepción de Belice (26%), Chile (33%) y Panamá (44%), una proporción mayoritaria de países dedica más de 50% de su presupuesto de salud mental a los hospitales psiquiátricos.

Esta tendencia, en términos de recursos dirigidos hacia los servicios centralizados y hospitalarios (en muchos casos con un modelo asilar), no refleja las resoluciones adoptadas por los mismos países en las reuniones del Consejo Directivo de la OPS/OMS, durante las que apoyaron el desarrollo de programas de atención basados en la comunidad. Además, se contradice con la Convención Internacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad (16) y con los principios y objetivos enunciados en la mayoría de las políticas y planes nacionales de salud mental en América Latina y el Caribe. Es obvio que la intención de desarrollar la atención comunitaria no se corresponde con una asignación presupuestaria que privilegia la atención manicomial.

El cuadro 1.2 presenta los datos presupuestarios dedicados a la salud mental en los respectivos países y territorios, así como el porcentaje destinado de forma exclusiva a los hospitales psiquiátricos. De los 27 países con hospitales psiquiátricos, veinte destinan más de 50% del presupuesto de salud mental únicamente a esas instituciones; y catorce de esos veinte países destinan más del 80%.

**Cuadro 1.2. Porcentaje del presupuesto total de salud asignado para salud mental y porcentaje de los gastos de salud mental asignada a los hospitales psiquiátricos, según países/territorios**

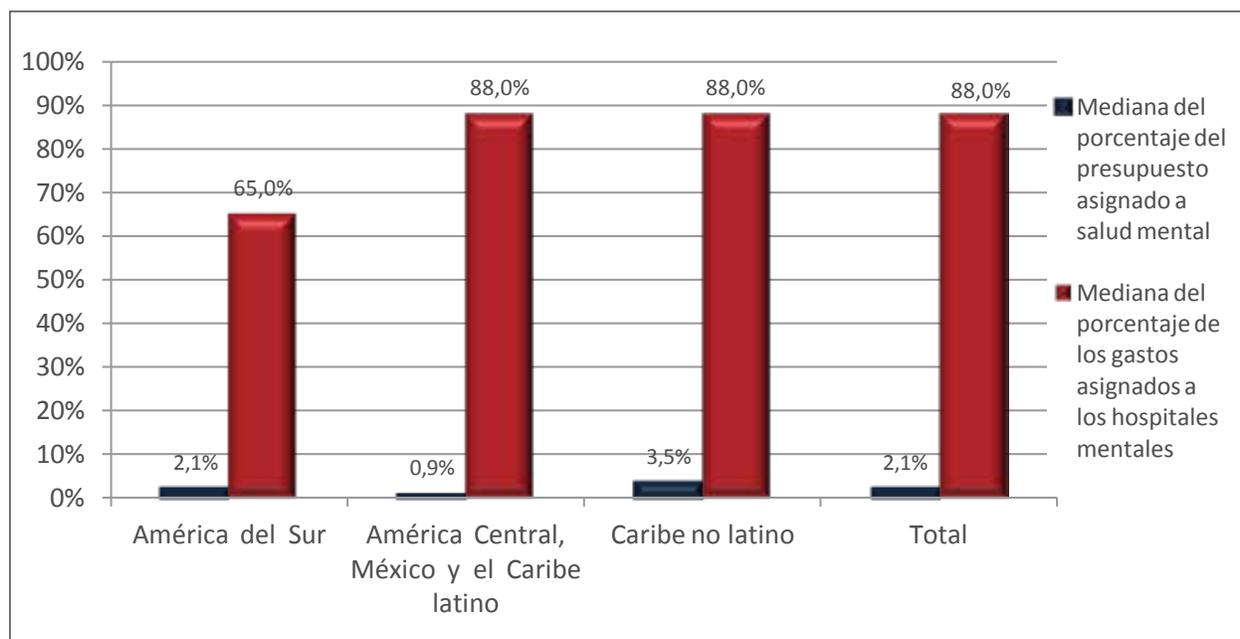
	Porcentaje del total del presupuesto de salud asignado al presupuesto de salud mental %	Porcentaje de los gastos de salud mental asignados a los hospitales psiquiátricos %
Anguila	SD <sup>a</sup>	NA <sup>b</sup>
Antigua y Barbuda	4	SD
Argentina <sup>c</sup>	2	65
Barbados	7,4	100
Belice	1,8	26
Bolivia	0,2	SD
Brasil	2,4	49
Chile	2,1	33
Costa Rica	2,9	67
Cuba	SD	SD
Dominica	3,2	NA
Ecuador	1,2	59
El Salvador	1,1	92
Granada	SD	SD
Guatemala	1,4	90
Guyana	1,3	61
Islas Vírgenes Británicas	3,4	NA
Haití	2	100
Honduras	1,6	88
Jamaica	6	80
México	2	80
Montserrat	1,3	NA
Nicaragua	0,8	91
Panamá	2,9	44
Paraguay	1	84
Perú	3	98
República Dominicana	0,4	50
San Kitts y Nevis	1,1	NA
Santa Lucía	4,1	97
San Vicente y las Granadinas	5,6	100
Suriname	8,6	83
Trinidad y Tabago	3,7	94
Turcas y Caicos	2	NA
Uruguay	7	72

a) SD= Se desconoce.

b) NA= No aplica.

c) Comprende 10 de las 24 provincias estudiadas.

**Figura 1.5. Medianas de los porcentajes del presupuesto de salud destinado a la salud mental y a los hospitales psiquiátricos, por subregiones**



La figura 1.5 da evidencia de la situación a nivel subregional y regional con respecto al financiamiento de los programas y servicios de salud mental y el porcentaje de ese presupuesto destinado exclusivamente a los hospitales psiquiátricos.

## Cobertura de los trastornos mentales por los planes de seguridad social

Con respecto a este indicador es importante mencionar que se observa una gran diversidad dentro de cada subregión. Existe una significativa proporción de países que no han provisto tal información y otros que no precisan la cobertura específica de los planes de seguro social. Por otro lado, algunos países informan que no cuentan con planes de seguro social, sin embargo, poseen otras clases de prestaciones que ofrecen cobertura para trastornos mentales, como es el caso de Trinidad y Tabago.

Otro aspecto a tener en cuenta en el análisis de este indicador, es la escasa cobertura de los planes de seguro social en varios países. En alguno de ellos el plan existente no cubre los trastornos mentales (o los cubre solo parcialmente). En general, queda de manifiesto la preocupante desprotección de algunos estratos de la población con mayores necesidades de salud mental.

En cuanto al análisis subregional, América del Sur es la que menos información presenta en relación a este indicador: 25% de los países no informa sobre la cobertura de sus seguros sociales y 37,5% no ofrece datos suficientemente claros. El 37,5% restante sí tiene cobertura para todos los trastornos y problemas mentales de interés clínico por parte de sus sistemas de seguro social (Brasil, Ecuador y Uruguay).

En Centroamérica, México y el Caribe latino, la situación es comparativamente mejor que en América del Sur pues solo República Dominicana (10%) no provee datos de forma explícita para este indicador, y Haití y Nicaragua (20%) no tienen cobertura por parte de su seguro social. El 60% de los países de esta subregión sí tiene cobertura para todos los trastornos y problemas mentales de interés clínico. En cuanto a México, que representa el 10% faltante, solo se cubren algunos trastornos mentales.

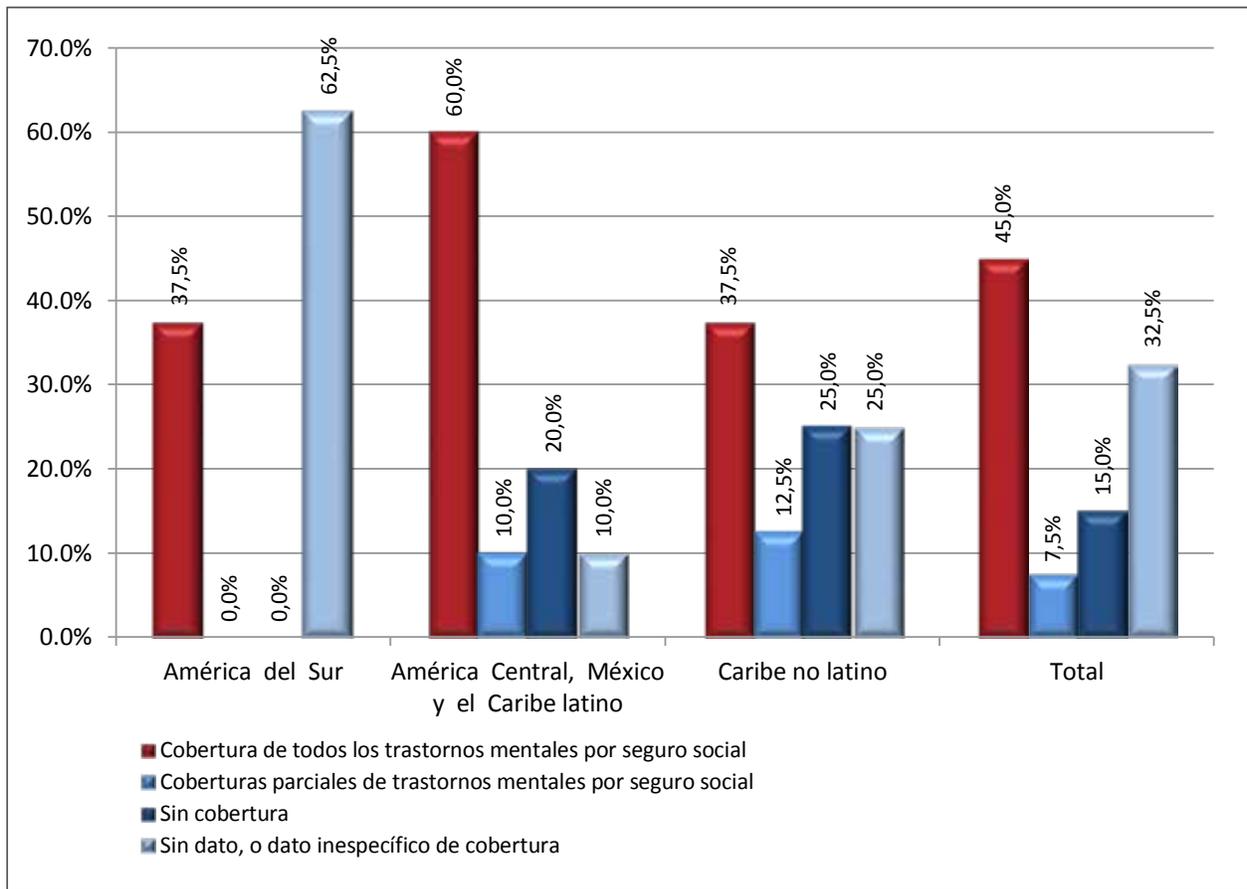
En el Caribe no latino, la situación no deja de ser dispar. El 12,5% de los países no proveen datos sobre este indicador en sus informes nacionales (Belice y Dominica), mientras que otro 12,5% informa sus resultados con poca claridad. En el caso particular de Barbados, este país no tiene un sistema de seguridad social, sin embargo, la atención primaria y secundaria para los trastornos mentales es gratuita en el sector público de salud. Por otro lado, 25% de los países no brinda cobertura para los trastornos mentales, ya sea porque no existe un seguro social o porque el mismo no los incluye en sus planes de beneficios. Finalmente, 38% sí cuenta con cobertura para todos los trastornos y problemas mentales de interés clínico, y 6% solo para los trastornos severos y para algunos moderados (Jamaica).

## Capacidad de compra de medicamentos antipsicóticos

En contraste con el indicador anterior, tanto los países de América del Sur como los de América Central, México y el Caribe latino, brindaron información respecto a la capacidad de adquisición de medicamentos antipsicóticos (medida como el porcentaje del salario mínimo necesario para comprar una dosis diaria de medicamentos antipsicóticos de menor costo en el mercado). Sin embargo, en el Caribe no latino, solo 19% de los países aportaron información al respecto.

En América del Sur, con una variabilidad relevante, el promedio subregional para adquirir una dosis diaria de medicamento antipsicótico equivale al 8% del salario mínimo, siendo Ecuador el país con el porcentaje más alto (20%) y Perú con el más bajo (1%). En América Central, México y el Caribe latino, el porcentaje promedio del salario mínimo requerido para obtener estos medicamentos diariamente es de 11%. Es importante observar que el porcentaje más alto, no solo a nivel subregional sino tomando en cuenta las tres subregiones analizadas en conjunto, lo presentó El Salvador (46%). Finalmente, para los únicos países con información del Caribe no latino, el porcentaje del salario mínimo para adquirir un día de medicación antipsicótica es de 5% para Jamaica, 1% para Suriname y 4% para Turcos y Caicos, respectivamente.

**Figura 1. 6. Cobertura de los trastornos mentales por los planes de seguro social y capacidad de compra de medicamentos antipsicóticos por subregiones**



La figura 1.6 ilustra la situación anteriormente descrita. En América del Sur, 37,5% de los países tiene cobertura para todos los trastornos mentales a través de sus sistemas de seguridad social. Sin embargo, un muy significativo porcentaje (62,5%) no provee información o la misma es poco específica. En cuanto a América Central, México y el Caribe latino, 60% de los países tienen cobertura total para los trastornos mentales y 20% no los cubre o la información no es lo suficientemente clara. En el Caribe no latino, la situación es más variable, con un 37,5% que tiene cobertura total y 25% que no tiene cobertura alguna; otro 25% no presenta datos específicos. Finalmente, se observa que 45% de los países de las tres subregiones cuenta con cobertura total para trastornos mentales a través de los sistemas o planes de seguridad social, mientras que 15% no la tiene y 32,5% carece de información específica al respecto.

# SECCIÓN 2 - SERVICIOS DE SALUD MENTAL

## Introducción

El WHO-AIMS ofrece la posibilidad de evaluar los diferentes tipos de servicios más frecuentemente encontrados en los distintos países bajo las siguientes grandes categorías: atención ambulatoria, establecimientos de atención diurna, unidades especializadas en hospitales generales, dispositivos residenciales y hospitales psiquiátricos.

Cada uno de estos dispositivos fue evaluado según una serie de indicadores comunes: tasa de dispositivos y de personas atendidas por habitantes, porcentaje de mujeres y de niños/as y adolescentes atendidos, diagnósticos y frecuencia de contactos, y continuidad en la atención. Se ofrece también información respecto a la existencia de medidas de protección de los derechos humanos.

## Organización de los servicios de salud mental

En este punto se analizó la existencia de una instancia a nivel ministerial reconocida como conductora o coordinadora de las acciones de salud mental con respecto a programación, ejecución, monitoreo y evaluación. Se observó que, en la práctica, gran parte de las funciones de esa instancia gubernamental eran de carácter normativo.

La mayoría de los países de la Región cuenta con alguna forma de liderazgo o conducción a nivel central. Su denominación, estructura, funciones y responsabilidades varían de acuerdo a las características del país, los recursos disponibles y al rol, reconocimiento o importancia que la salud mental tenga en el país.

Las diferencias observadas son notables. En algunos casos se trata simplemente de una persona, con o sin experiencia técnica, que funciona como referente. En otros, la estructura organizativa prevé una unidad, departamento o secretaría, que cuenta con un número definido de personal y que tiene un rol no ya sólo normativo y de asesoría, sino que puede incluir funciones gerenciales, de supervisión y de manejo de recursos.

Todos los países de América Central, México y el Caribe latino cuentan con alguna estructura de coordinación. Lo mismo sucede en América del Sur, con la excepción de Bolivia y Paraguay. En el Caribe no latino la situación es diferente, ya que solo cinco países y territorios tienen una instancia coordinadora en el Ministerio de la Salud (Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Santa Lucía y Turcas y Caicos). Los recursos son limitados en gran parte de esta poco poblada subregión, por lo que la falta de un coordinador a nivel ministerial es suplida por un punto focal — generalmente un profesional de salud mental, que actúa como referente, consejero y representante para lo que fuere necesario.

En general, el uso de distintas denominaciones revela que cada país otorga una jerarquía diferente a esa figura central en el organigrama ministerial. Es importante destacar que no todas las unidades cuentan con un número suficiente de personal técnico que pueda cubrir las diferentes áreas de competencia. Sin embargo, en determinados casos específicos, la conducción central está bien posicionada dentro de sus ministerios y cuenta con oportunidades crecientes de poder influir en las decisiones relacionadas a la salud mental.

Casi todos los países (con la excepción de Bolivia, Ecuador, México y Suriname) han informado que sus áreas de referencia (o áreas de servicio) existen como un modo de organizar los servicios de salud mental para las

comunidades. Por otro lado, al informar sobre los hospitales psiquiátricos integrados organizativamente a los dispositivos de atención ambulatoria, el 78% de los hospitales en América Central, México y el Caribe latino, el 82% del Caribe no latino, y 61% en América del Sur están integrados.

Finalmente, es importante remarcar que, a pesar de existir políticas de salud que promueven la descentralización, en los sistemas de salud mental el grado de descentralización es aún limitado.

## **Dispositivos de atención ambulatoria**

Los 34 países y territorios de las tres subregiones cuentan con dispositivos de atención ambulatoria, aunque difieren notablemente entre sí desde el punto de vista de la modalidad organizativa y en cuanto a la generación de datos que permiten construir los distintos indicadores.

## **Tasa de dispositivos de atención ambulatoria**

La tasa de estos dispositivos tiene una variabilidad considerable especialmente cuando se comparan las subregiones entre sí, en particular con respecto al Caribe no latino. En muchos de los países evaluados, al hablar de servicios o dispositivos ambulatorios, se hace referencia a unidades autónomas donde trabaja personal de salud mental de manera continuada, que en general están abiertos al público de lunes a viernes durante buena parte del día. En el Caribe no latino, estos servicios ambulatorios son suplidos por otros dispositivos de atención primaria, atendidos por personal de salud mental con una frecuencia semanal o mensual.

Tomando en cuenta esta diferencia, se puede concluir que la tasa de dispositivos de atención ambulatoria por 100.000 habitantes en América Central, México y el Caribe latino es de 1,2; en América del Sur, 1,6; y en el Caribe no latino, 15,5.

## **Mediana de personas atendidas**

La mediana de personas atendidas por 100.000 habitantes en los dispositivos ambulatorios de los diez países de América Central, México y el Caribe latino es de 588, con una variación de 145 usuarios por 100.000 habitantes en México y 2.206 en Cuba. En los países de América del Sur, el rango de las tasas varía entre 239 y 2.954, con una mediana subregional de 1.232. En el Caribe no latino, la mediana es de 1.396, con un rango que va de 60 en Santa Lucía, a 4.560 en Belice.

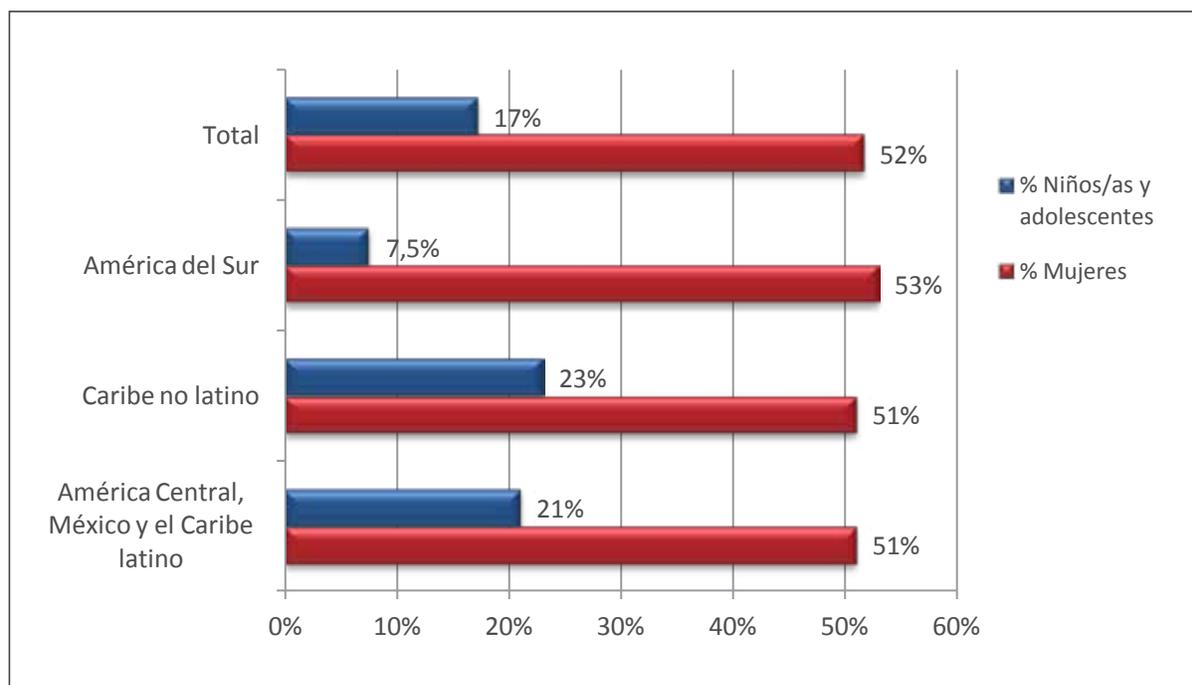
## **Porcentaje de mujeres atendidas**

Como muestra la figura 2.1, en América Central, México y el Caribe latino, el 51% de las personas atendidas en estos dispositivos de atención ambulatoria fueron mujeres. En el Caribe no latino, el porcentaje fue también de 51%, y en América del Sur, 53%.

## **Porcentaje de niños/as y adolescentes atendidos**

En América Central, México y el Caribe latino, el promedio subregional es de 21% (con una variabilidad que va de 8% en Honduras a 40% en República Dominicana). En América del Sur, el porcentaje se extiende entre 12% y 38% (promedio de 23%) aunque, de sus ocho países, dos no ofrecieron información al respecto. En contraste, en el Caribe no latino, el promedio es de tan sólo 7,5%, siendo el más bajo de toda la Región (va de 0 en Antigua y Barbuda a 20% en las Islas Vírgenes Británicas) (ver figura 2.1).

**Figura 2.1. Porcentaje de mujeres y niños/as y adolescentes atendidos en los dispositivos de salud mental ambulatorios, por subregión**



Como se puede observar en la figura 2.1, para las tres subregiones el porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención psiquiátrica ambulatoria está entre 50%–53%, es decir la distribución según sexos es equilibrada. El 17% de las personas atendidas en los dispositivos ambulatorios en América Latina y el Caribe, son niños(as) y adolescentes, cifra que refleja, entre otras cosas, una pobre cobertura de servicios para este grupo poblacional.

## Diagnósticos

También son diferentes los informes por país sobre la distribución por diagnóstico. Mientras en unos países se ofrece más frecuentemente atención a personas con trastornos psicóticos (por ejemplo, en los 11 países y territorios del Caribe no latino que proporcionaron información), en otros países la proporción más alta es la dedicada a los usuarios con trastornos neuróticos o situacionales, tal como sucede en América Central, México y el Caribe latino.

## Contactos por usuarios

Tanto en América Central, México y el Caribe latino como en América del Sur, el promedio de contactos por paciente tratado en estos dispositivos se sitúa en alrededor de tres. En la primera de las subregiones, dos países no tienen información al respecto (20%), y en la segunda, uno (12,5%). Entre los distintos países hay poca variabilidad (+/- 2 contactos) con respecto a este indicador.

En contraste, si consideramos los países que solo ofrecen estos servicios, el Caribe no latino tiene un promedio mayor de contactos por paciente, seis (6); sin embargo, 37,5% de sus países o territorios no contaban con información al respecto y 18,5% requería de mayor precisión en la información respecto a este indicador. La variabilidad de este indicador oscila entre 1 y 12 contactos. El promedio de contactos por usuario para la subregión es de 3,8 si se toman en cuenta a todos los países y territorios, lo que lo acerca al promedio de las otras dos subregiones.

**Cuadro 2.1. Dispositivos ambulatorios y mediana de usuarios en dichos centros por 100.000; promedio del número de contactos por usuario**

Subregión	Dispositivos por 100.000 habitantes	Usuarios por 100.000 habitantes (mediana)	Contactos por usuario
América Central, México y el Caribe latino	1,2	588	3
Caribe no latino	15,5	936	3,8
América del Sur	1,6	1.232	3

El cuadro 2.1 muestra sintéticamente que el número de unidades presentes en cada subregión, no se refleja necesariamente en el número de usuarios que frecuentan esos servicios.

## Seguimiento en la comunidad

En América Central, México y el Caribe latino, el promedio de dispositivos ambulatorios que ofrecen seguimiento a nivel comunitario es de 24% (solo un país no proveyó datos). Por su parte, 37% de los centros de América del Sur cuenta con tales servicios (solo un país no brindó información). Finalmente, en el Caribe no latino, un promedio de 42% de los centros de atención ambulatoria hacen seguimiento en la comunidad. Hay que tener en cuenta que un 37,5% de los países o territorios no dio información y 25% no cuenta con centros realizando este tipo de actividad.

En síntesis, los servicios ambulatorios presentan diferencias significativas entre países y territorios. Algunos de estos servicios funcionan en centros de atención primaria, donde la atención en salud mental es ofrecida por profesionales de atención primaria o de salud mental; en otros casos, se trata de servicios especializados establecidos en la comunidad, donde la atención de la salud mental es ofrecida básicamente por especialistas. Otra diferencia reside en las características de los trastornos mentales tratados, mientras algunos dispositivos se concentran en personas con trastornos severos de salud mental, otros tratan a personas con trastornos leves.

La capacidad de seguimiento en la comunidad, asegurando la continuidad en la atención a estos pacientes, es más bien limitada en toda la Región.

## Centros de atención diurna

El desarrollo de servicios de salud mental con base comunitaria prevé la existencia de centros de atención diurna. A pesar de la importancia y necesidad de contar con este tipo de dispositivos, aún no están muy desarrollados en la Región, aunque cabe notar que en algunos países se están expandiendo. Existe además una disparidad marcada en cuanto a las tres subregiones.

Los centros de atención diurna sobre los cuales se brindó información presentan dos modalidades o funciones principales: una dirigida a la atención curativa y otra a la rehabilitación. Pueden estar administrados por el ministerio de salud o, como ocurre de manera frecuente, por ONG locales que generalmente cumplen un rol más significativo en el área de rehabilitación.

## Tasa de centros de atención diurna

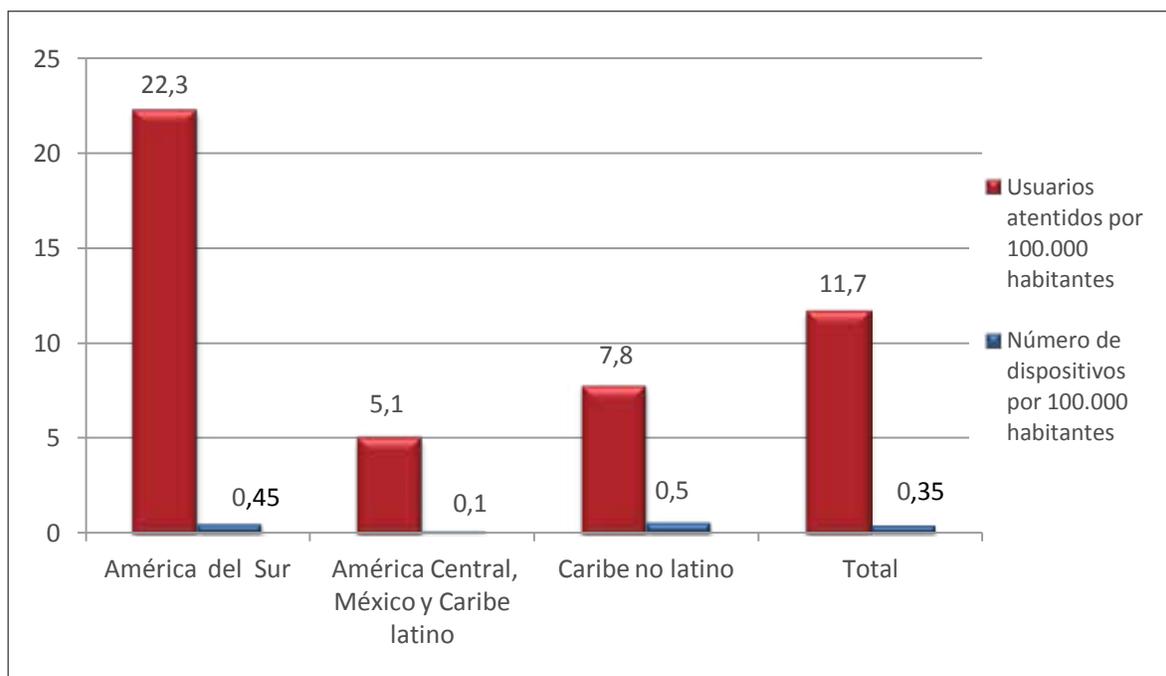
La tasa de centros de atención diurna para América del Sur es de 0,45 por 100.000 habitantes (dos países no poseen centros); para América Central, México y el Caribe latino la tasa es de 0,1 (un país precisaba información más detallada al respecto y otro no contaba con estos dispositivos). Una situación diferente se presenta en el Caribe no latino, donde tan sólo tres de sus países y territorios cuentan con este tipo de dispositivo, con una tasa promedio de 0,5 por 100.000 habitantes. Cabe mencionar, sin embargo, que en 5 países algunos de estos servicios son prestados por otro tipo de centros, como es el caso de Antigua y Barbuda.

## Tasa de personas atendidas

Los centros de atención diurna de América Central, México y el Caribe latino, presentan una tasa de 5,1 usuarios por 100.000 habitantes. En el Caribe no latino solo una minoría de países cuenta con estos dispositivos: Antigua y Barbuda (dentro del hospital psiquiátrico), Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago. La tasa de pacientes atendidos por 100.000 habitantes es de 7,5, aunque Suriname carecía de información acerca de este indicador. También varía la disponibilidad en América del Sur, desde un mínimo de 0,92 (en Paraguay) a un máximo de 61,0 (en Brasil), ambas tasas por 100.000 habitantes, con un promedio subregional de 22,3. Por otro lado, un país de la subregión (Ecuador), no cuenta con este tipo de centros, mientras que en Perú, no hay información específica al respecto.

Como se observa en la figura 2.2, a nivel regional el índice de centros o servicios diurnos de salud mental es de 0,4, con una tasa de 11,7 usuarios atendidos. La mayoría de los usuarios se encuentran en América del Sur, en parte debido a la no existencia de los mismos en el resto de las subregiones.

**Figura 2.2. Tasa de centros de atención diurna y de usuarios atendidos, por 100.000 habitantes**



En síntesis, casi ninguno de los países ha desarrollado mayormente esta modalidad de atención, la cual puede evitar hospitalizaciones permanentes, así como contribuir a la disminución de los riesgos que significa la institucionalización, particularmente en un hospital psiquiátrico.

Por otro lado, estos servicios también brindan apoyo y sostén a los familiares, ofreciéndoles la posibilidad de que su ser querido permanezca durante el día al cuidado de una institución que atiende seriamente sus necesidades y les ofrece actividades para promover en ellos el desarrollo de nuevas habilidades y capacidades. El familiar puede entonces continuar con sus actividades diarias, que de otra manera se vería imposibilitado de realizar si tuviera la responsabilidad de cuidar durante todo el día a una persona con serios problemas de salud mental. Estos servicios son los que más claramente han contribuido al proceso de desinstitucionalización permitiendo a la familia hacerse cargo del paciente en su casa.

## Unidades de psiquiatría en hospitales generales

Se hace referencia aquí a las unidades de psiquiatría o de salud mental en los hospitales generales, ya sea en grandes pabellones, unidades independientes o simplemente un número predefinido de camas identificadas a tal efecto.

En algunos países, en particular del Caribe no latino, los pacientes con trastornos mentales severos son admitidos en los hospitales generales en servicios de emergencia o en camas generales o de medicina interna, sin contar con un sector predeterminado a estos efectos. Este componente de los sistemas de salud mental descentralizados es fundamental en cualquier proceso de reforma ya que ofrece una alternativa concreta y altamente calificada a estructuras tradicionales, como los hospitales psiquiátricos.

Un aspecto importante a remarcar es que estos dispositivos son a veces unidades especializadas independientes (servicios de psiquiatría); también la hospitalización puede realizarse en otro tipo de unidades, como las clínicas médicas, según sea el caso.

Existen diferencias de acuerdo a las características específicas de cada país; en los países que dieron información, la estadía de un paciente en estos servicios no es, en general, mayor de 40 días y, en algunos, hasta de 14 días como promedio. Los períodos de internación cortos son considerados positivos pues esta brevedad previene problemas secundarios causados por las internaciones prolongadas; por otro lado, promueven el desarrollo de técnicas de intervención en crisis que facilitan una evolución satisfactoria y rápida, y la pronta reintegración del paciente a su entorno familiar y laboral.

Un componente esencial en esta modalidad de atención es la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos. En casi todas las instituciones evaluadas se dispone de por lo menos un medicamento psicotrópico de cada grupo de drogas esenciales.

A pesar de la importancia y efectividad de las unidades de salud mental en hospitales generales, muchos de los países de la Región no cuentan aún con servicios de este tipo. A veces, el número de camas psiquiátricas en los hospitales generales es pequeño, si se compara con los hospitales psiquiátricos. Efectivamente, 10 de los 34 países evaluados no cuentan con dichos servicios.

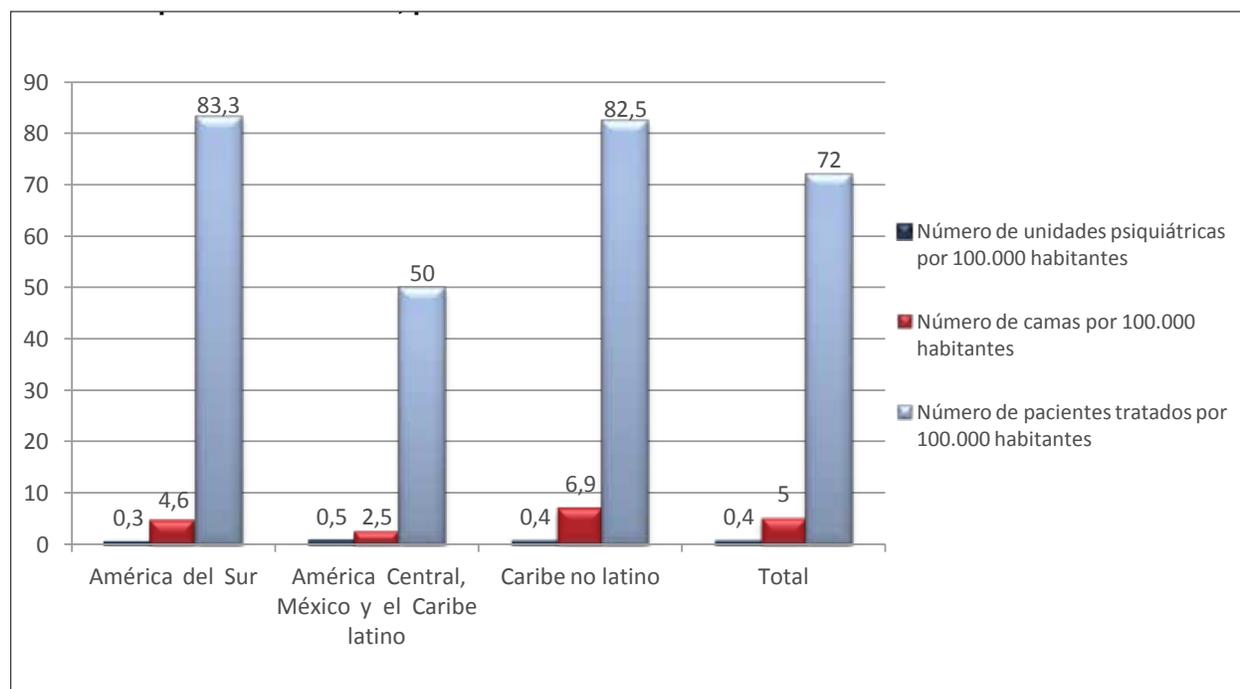
En América Central, México y el Caribe latino, dos países no cuentan con estos dispositivos, siendo 93 el número total de unidades (0,1 unidades por 100.000 habitantes), y una tasa de 2,5 camas por 100.000 habitantes (véase figura 2.3). La tasa de personas atendidas por 100.000 habitantes es de 50. En promedio, 54% de las personas atendidas fueron mujeres y 9% fueron niños(as) o adolescentes; dos países no contaban con información al respecto.

En América del Sur, de los ocho países, siete de ellos proveyeron información (véase figura 2.3). El número de unidades para la subregión es de 282, con un promedio de 0,3 por 100.000 habitantes. Las tasas oscilan entre 0,3 y 17 camas por 100.000 habitantes, con un promedio de 4,6, lo cual indica la disparidad entre los países. La tasa de personas atendidas es de 83,31 por 100.000 habitantes, aunque dos países no proporcionaron información suficiente al respecto. En promedio, 49% de los usuarios atendidos fueron mujeres (dos países no cuentan con esta información); y sólo cuatro países tienen información sobre el porcentaje de admisiones de niños(as) o adolescentes, con un promedio de 5%.

En el Caribe no latino, esta modalidad de atención no está generalizada ni es uniforme. Solamente ocho países cuentan con este tipo de servicios (véase figura 2.3). Las tasas de camas por 100.000 habitantes van desde 0,2 (Trinidad y Tabago) a 56 (Dominica), con una tasa promedio para la subregión de 13,8. La tasa de dispositivos es de 0,7 por 100.000 habitantes, tomando en cuenta sólo los países y territorios que cuentan con ellos. Si se toman en cuenta los 16 países y territorios analizados, estos promedios son de 0,4 dispositivos y 6,9 camas por 100.000 habitantes. En términos generales, se puede decir que en los países donde hay un hospital psiquiátrico, el desarrollo de servicios de salud mental en hospitales generales es prácticamente inexistente o muy limitado. La tasa de personas atendidas es de 119 por 100.000 habitantes para los países que contaban con estos dispositivos y de 82,46 si se toma en cuenta la subregión en su totalidad. Finalmente, para los países que cuentan con este tipo de unidades, el promedio de mujeres atendidas fue de 42% y un 4% del total de las admisiones correspondieron a niños(as) o adolescentes.

La figura 2.3 presenta una síntesis de los datos previamente descritos, donde se hace evidente el número reducido de servicios de hospitalización existente. La diferencia de las otras dos subregiones con el Caribe no latino está dada por el importante número de camas en el hospital general en uno de los países de esa subregión (Dominica).

**Figura 2.3. Número de unidades psiquiátricas en hospitales generales, número de camas disponibles y número de pacientes tratados, por 100.000 habitantes**



## Residencias comunitarias

Los hogares y residencias comunitarias son opciones habitacionales para aquellas personas con trastornos mentales con un grado de severidad significativo y en situación de desarraigo social que requieren asistencia continua; en ocasiones, no tienen familia, son rechazados o existe un cuadro económico precario.

Este tipo de residencias resultan muy adecuadas como alternativa a los hospitales psiquiátricos por lo que son frecuentemente desarrolladas y utilizadas cuando comienzan a implementarse procesos de desinstitucionalización. Permiten recomodar a las personas externadas en dispositivos comunitarios cuando el retorno al seno familiar no es una opción factible. Un ejemplo es el programa “Vuelta a Casa”, desarrollado en el Brasil (17). A nivel regional, la presencia de estas estructuras es bastante limitada.

En América Central, México y el Caribe latino, cuatro de los países cuentan con esta opción. A nivel subregional, la tasa de dispositivos es de 0,1 por 100.000 habitantes. La tasa de camas es de 0,5, y la tasa de personas atendidas es de 0,6, ambas por 100.000 habitantes. La estancia promedio en estos dispositivos es de 221 días.

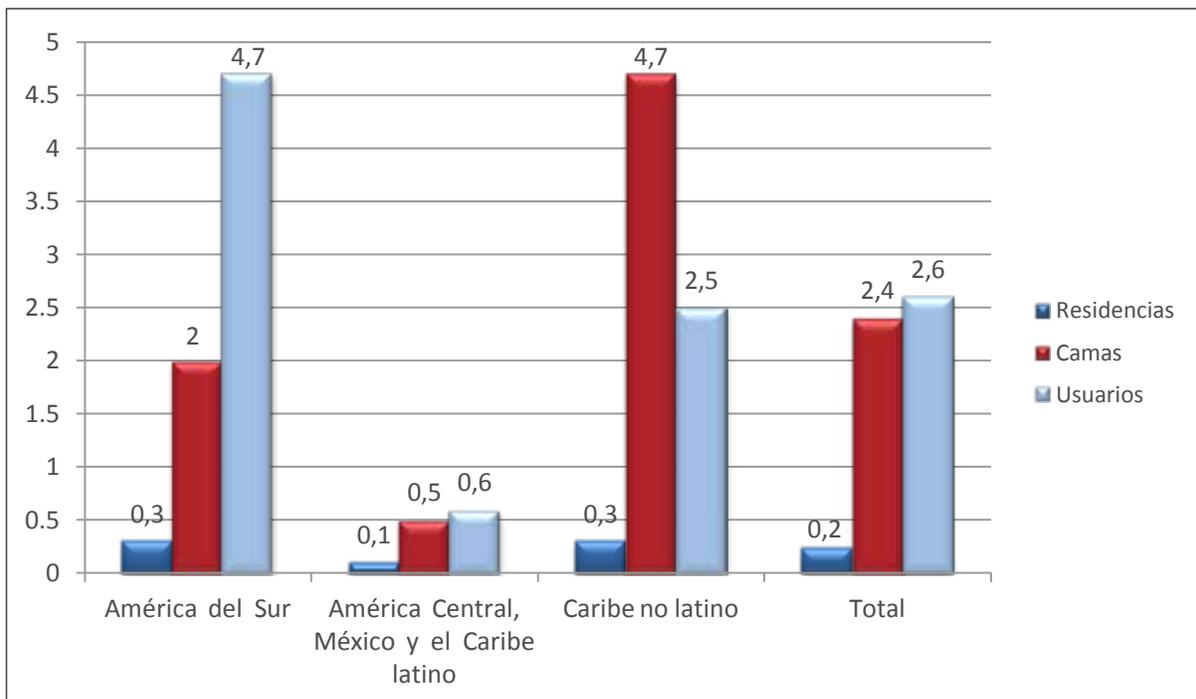
Sólo cuatro países de América del Sur informaron sobre la disponibilidad de esta modalidad de atención; Brasil y Chile dijeron que los dispositivos residenciales estaban en expansión. Sin embargo, el total en la subregión es aún bajo, con 619 residencias, lo que equivale a una tasa de 0,3 dispositivos por 100.000 habitantes; la tasa de camas es de 2, y la de personas atendidas es de 4,7, ambas por 100.000 habitantes. El promedio de estadía (tomando en consideración la muy limitada información disponible) es de 178 días.

En el Caribe no latino solo tres países (Barbados, Jamaica y Trinidad y Tabago) poseen este tipo de servicio, con una disponibilidad subregional de 0,3 residencias por 100.000 habitantes. A su vez, la disponibilidad de camas es de 2,6 y la tasa de personas atendidas es de 2,5, ambas por 100.000 habitantes, con una estadía promedio de 312 días.

En esta modalidad de servicios, el sector privado en América Central y las ONG en América del Sur, juegan un destacado papel. Por ejemplo, en Chile, de los 85 hogares y 18 residencias, 65% son administradas por ONG y 22% por familiares.

La figura 2.4 muestra que estos dispositivos son claramente un tipo de opción asistencial poco común en la Región, donde la tasa no supera el 1 en ninguna de las subregiones.

**Figura 2.4. Número de residencias comunitarias, de camas y de usuarios por 100.000 habitantes, por subregiones y a nivel regional**



## Hospitales psiquiátricos

Es evidente que el hospital psiquiátrico es más el producto de la tradición y de la historia de un país, de condiciones locales, de políticas basadas en ideologías asistenciales y de la existencia o ausencia de recursos alternos, antes que el resultado de una planificación racional, de acuerdo a un modelo de atención integral.

Estas instituciones actúan como residencias o espacios donde las personas internadas por un trastorno mental, muy frecuentemente y por diversas razones, acaban quedándose a vivir de manera permanente. En estos casos, pasado el período de la crisis, la institución ya no se preocupa por ofrecerles intervenciones individualizadas, basadas en sus necesidades y derechos. La ausencia de dispositivos adecuados, como las residencias comunitarias, los servicios de psiquiatría en hospitales generales o los centros comunitarios de salud mental, contribuye, en gran parte, al mantenimiento de esta realidad.

Existen diferencias entre los países evaluados al comparar los distintos indicadores considerados para analizar a los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, un elemento común en todos los países es la disponibilidad de psicofármacos.

## Tasa de hospitales y camas

En América Central, México y el Caribe latino, el número de camas es de 14.248, con una tasa de 12 camas por 100.000 habitantes. Es importante resaltar que existe gran variabilidad entre los países; por ejemplo, en Cuba la tasa es de 56,7, mientras que en República Dominicana es de 1,8. El número de camas para la subregión disminuyó en un 17% en los 5 años precedentes al informe. La tasa de hospitales es de 0,1 por 100.000 habitantes. En promedio, 44% de las personas atendidas fueron mujeres y 4% a niños(as) y adolescentes.

En los países de América del Sur el rango informado de tasas de camas disponibles en estas instituciones muestra una variación considerable, desde 3,9, en Perú a un máximo de 34,9 por 100.000 habitantes en Uruguay, con un promedio subregional de 16,4. Es importante destacar que en cinco de los países se produjo una disminución porcentual de las camas que varió del 2% (Argentina) al 31% (Brasil), con una disminución promedio para la subregión de 6%. En cuanto al número de hospitales, Sudamérica, al igual que América Central, cuenta con una tasa de 0,1 por 100.000 habitantes. El porcentaje de mujeres atendidas fue de 46%, y 8% del total de las admisiones correspondieron a niños(as) y adolescentes.

En el Caribe no latino las diferencias entre los países y territorios son muy marcadas. Algunos no cuentan con hospitales psiquiátricos, como por ejemplo, Anguila, Dominica, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, San Kitts y Nevis, y Turcas y Caicos. Como alternativa, se ofrece un número mayor de camas en hospitales generales (Anguila, Dominica o San Kitts y Nevis). Otros, como Montserrat o Turcas y Caicos, desarrollaron servicios ambulatorios. En resumen, 10 países y territorios cuentan con hospitales psiquiátricos, con un total de 3.336 camas. La tasa general es de 84,6 camas y el rango va de 16,6 camas por 100.000 habitantes en Belice a 200 en Barbados. Es importante señalar que Belice cerró su hospital psiquiátrico en noviembre de 2008, con posterioridad a la evaluación del WHO-AIMS. En promedio, las camas disminuyeron 10% en los últimos 5 años, aunque en 5 países y territorios no hubo cambios. Finalmente, la tasa de hospitales psiquiátricos es de 0,48 por 100.000 habitantes. Los promedios antes calculados consideran sólo los países y territorios con información al respecto o que cuentan con tales centros. Tomando en cuenta a los 16 países de la subregión, los promedios son de 52,8 camas y 0,32 hospitales, ambos por 100.000 habitantes. Finalmente, para los países que contaban con hospitales psiquiátricos, 33% de las personas atendidas fueron mujeres y 2% niños(as) y adolescentes.

## Tasa de personas atendidas

La tasa de personas atendidas por 100.000 habitantes para América del Sur y para América Central, México y Caribe latino, aunque con gran variabilidad entre los países, es de 70,7 para la primera y 68 para la segunda, en contraste con el Caribe no latino que presenta una tasa de 171,4 entre los países que informaron contar con estos centros, o de 75 si se toman en cuenta también los países y territorios de la subregión que no tienen hospitales psiquiátricos.

## Diagnósticos de pacientes en los hospitales psiquiátricos

En cuanto a los diagnósticos de los pacientes tratados en el año previo al informe, la situación en los países y territorios evaluados fue variable. En América del Sur, los pacientes con diagnósticos de esquizofrenia ocupan el mayor porcentaje de las personas hospitalizadas en todos los países (38%); en el Caribe no latino, estos pacientes también representan el mayor porcentaje, salvo en Suriname. En América Central, México y el Caribe latino, estos trastornos ocupan el segundo lugar (27%) luego de los trastornos afectivos (29%).

## Promedio de estadía

En relación a este ítem, el rango para la Región es de 16 a 279 días, con una alta variabilidad entre las subregiones y dentro de las mismas; mientras que el promedio de estadía para América del Sur es de 92 días, para América Central, México y el Caribe latino es de 48,5 días y para el Caribe no latino de 122 días. Sin embargo, es importante observar que dos países de América del Sur (25%), un país en América Central, México y el Caribe latino (10%) y 30% de los países o territorios del Caribe no latino que tienen hospital psiquiátrico, no contaban con esta información precisa.

De acuerdo con la información disponible, existe un porcentaje importante de pacientes en las tres subregiones hospitalizados por menos de un año: en América Central, México y el Caribe latino, 45%; en el Caribe no latino, 18%; mientras que en América del Sur, 52% de los pacientes ha estado hospitalizado por menos de un año.

Con referencia a las personas internadas por más de 10 años, el rango también presenta una alta variabilidad, oscilando entre 4% y 68% (en promedio 46,4%) de la población de estos centros hospitalarios.

En América del Sur, un promedio de 30% de los pacientes de larga estancia han estado internados por más de 10 años, siendo Ecuador el país con el valor más alto (64% del total, ocupando 53% de las camas). En cuanto a América Central, México y el Caribe latino, los internados por más de 10 años representan el 36%, aunque faltó información precisa de dos de sus países; particularmente, en el caso de Haití, 38% de las personas en hospitales psiquiátricos había estado internada por más de 10 años. En el Caribe no latino el porcentaje de pacientes de larga estancia con más de 10 años en el hospital es de 53% (la información fue ofrecida por solo 50% de los países que cuentan con hospitales psiquiátricos).

En lo referente al promedio de estadía en los hospitales psiquiátricos, la situación se puede resumir diciendo que los hospitales psiquiátricos existentes en la Región cumplen dos funciones principales:

- Función residencial, para pacientes de larga estadía de más de 10 años (30% de los pacientes en América del Sur, 35% en América Central, México y el Caribe latino, y 53% en el Caribe no latino);
- Función para atención aguda, destinada a pacientes que permanecen menos de un año (52% en América del Sur, 45% en América Central, México y el Caribe latino, y 18% en el Caribe no latino).

La primera función puede estar a cargo de las residencias comunitarias, que están en condiciones de ofrecer alojamiento a aquellos que lo necesitan. La segunda función debe ser responsabilidad de las unidades de psiquiatría en los hospitales generales, donde las personas pueden recibir la atención aguda necesaria.

El cuadro 2.2 presenta un resumen de la situación existente en la Región, donde se destaca el Caribe no latino con altos índices de camas y usuarios por habitantes (en los países que cuentan con hospitales psiquiátricos).

**Cuadro 2.2. Aspectos seleccionados de la atención en los hospitales psiquiátricos de las tres subregiones de América Latina y el Caribe y a nivel regional**

Subregión	Camas por 100.000 habitantes	Usuarios por 100.000 habitantes	Promedio de estadía (en días)	Porcentaje de estadías de más de un año	Porcentaje de descenso en cantidad de camas
América Central, México y el Caribe latino	12,5	68	48,6	36%	17%
Caribe no latino	84,6	171,4	122	46.4%	10%
América del Sur	16,4	70,72	92	30%	6%
<b>Total</b>	<b>37,8</b>	<b>103,4</b>	<b>87,5</b>	<b>37,46%</b>	<b>11%</b>

## Establecimientos forenses

Es bastante limitada la información que los países evaluados ofrecen en respuesta a este indicador. Por otro lado, los servicios que se ofrecen en este ámbito son también limitados y el número de plazas existentes en los establecimientos difiere marcadamente entre países. La limitada oferta muy probablemente sea una expresión de la baja prioridad otorgada a este tipo de servicio, a pesar de que la población en las cárceles es de alto riesgo psiquiátrico.

En América Central, México y el Caribe latino, cuatro países cuentan con unidades de psiquiatría forense. Todas se encuentran en hospitales psiquiátricos, a excepción de México, donde 99% de las mismas están ubicadas en prisiones. El promedio de camas por 100.000 habitantes es de 0,5 y 8% de las personas ha estado internada por más de 10 años.

En el Caribe no latino la situación es radicalmente distinta, sólo 3 de los 16 países y territorios (Barbados, Jamaica y Trinidad y Tabago) cuentan con estos establecimientos. En su mayoría se encuentran en hospitales psiquiátricos, salvo en el caso de Jamaica. El promedio de camas por 100.000 habitantes es de 3 y sólo uno de ellos, Trinidad y Tabago, informa sobre la proporción de personas internadas por más de 10 años (18%).

En América del Sur, tan sólo Bolivia carece de estos establecimientos. El promedio de camas por 100.000 habitantes en el resto de los países es de 1,6. Estos dispositivos se encuentran localizados tanto en hospitales psiquiátricos como en prisiones. Tan sólo tres países cuentan con datos acerca del tiempo de estadía (Chile, Paraguay y Perú), con un promedio de 14% de los internados que ha permanecido por más de 10 años.

El cuadro 2.3 presenta los pocos datos disponibles sobre plazas forenses existentes a nivel regional con respecto al número de camas por habitantes.

**Cuadro 2.3. Número de plazas en instituciones forenses en las subregiones, por 100.000 habitantes**

Subregión	Camas forenses por 100.000 habitantes
Centro América, México y el Caribe latino	0,5
Caribe no latino	3
América del Sur	1,6

## Situación de los derechos humanos

Si bien parte de la información respecto a los derechos humanos ya fue discutida en la sección anterior, es importante agregar aquí datos específicamente relacionados con las admisiones involuntarias en los hospitales psiquiátricos de la Región. En principio, los datos recogidos por los países respecto a las mismas son reveladores de la situación, tanto por la información provista como por la ausencia de la misma. La carencia de información es igualmente preocupante dado que no permite monitorear las condiciones humanas y técnicas de la atención.

A través de los datos obtenidos se puede concluir que los registros que permitirían realizar un monitoreo completo de la situación no están disponibles. Por ejemplo, en los países de Centroamérica, en algunos de América del Sur y en el Caribe no latino el registro de datos es parcial, donde no se incluyen las hospitalizaciones involuntarias. Otro dato ausente entre los recogidos regularmente por los países es el porcentaje de pacientes restringidos o aislados, si es que estas prácticas existieran en el lugar.

En el Caribe no latino, de los países y territorios que contaban con un hospital psiquiátrico, más del 20% de los pacientes en uno de ellos había sido físicamente restringido o aislado en el último año; en cinco países, entre 11% y 20%; en un país, entre 2% y 5%; en tres, menos del 2%; y solo uno de ellos carecía de información al respecto. Por otro lado, ocho de los 10 países que cuentan con hospitales psiquiátricos, informaron con respecto a las admisiones involuntarias, con un promedio subregional de 57% de todos los ingresos.

En América Central, México y el Caribe latino, tan sólo tres países brindaron datos sobre la proporción de admisiones involuntarias en hospitales psiquiátricos: El Salvador (35%), México (67%) y Panamá (un estimado de 83%). Ocho de los diez países de la subregión aportaron información sobre los pacientes restringidos. En dos de ellos, más de 20% de los pacientes habían sido restringidos o aislados en el último año; en uno, entre 11% y 20%; en tres, entre 6% y 10%; y en otros dos países, entre 2% y 5% en el primero, y menos de 2%, en el segundo.

En América del Sur, la situación es parecida a la de las dos subregiones anteriores, pues tan sólo dos de los ocho países informaron sobre admisiones involuntarias en hospitales de salud mental: Argentina (20%) y Chile (5%). En cuanto a las personas internadas que fueron aisladas o restringidas, la mitad de los países no brindaron información. En dos de los cuatro países restantes, entre 2% y 5% de los pacientes habían sido restringidos en el año anterior; en uno de ellos, entre 6% y 10%; y en el cuarto país, entre 11% y 20% de las personas internadas en sus hospitales psiquiátricos habían sufrido restricciones o aislamiento.

A modo de síntesis, en el cuadro 2.4 se presentan los datos por país según el número de dispositivos disponibles para cada una de las categorías evaluadas.

**Cuadro 2.4. Número de dispositivos de cada categoría, por país**

	Hospitales psiquiátricos	Dispositivos de atención ambulatoria	Centros de atención diurna	Unidades de psiquiatría en hospitales generales	Residencias comunitarias
Anguila	0	3	0	1	0
Antigua y Barbuda	1	9	1	0	0
Barbados	1	14	0	1	2
Argentina	29	557	65	58	93
Belice	1	8	0	1	0
Bolivia	9	39	12	1	0
Brasil	228	1.086	811	105	418
Chile	5	113	65	50	103
Costa Rica	2	38	2	26	35
Cuba	23	421	47	31	0
Islas Vírgenes Británicas	0	4	0	1	0
Dominica	0	13	0	1	0
Ecuador	5	31	0	20	0
El Salvador	2	49	UN	0	0
Granada	1	5	0	1	0
Guatemala	3	40	1	2	11
Guyana	1	2	0	1	0
Haití	2	67	0	0	0
Honduras	2	31	1	0	0
Jamaica	1	139	9	2	25
México	46	544	3	13	8
Montserrat	0	5	0	1	0
Nicaragua	1	34	5	3	0
Panamá	1	103	3	8	0
Paraguay	3	26	1	2	5
Perú	3	729	0	21	S/D
República Dominicana	1	56	1	9	1
San Kitts y Nevis	0	7	0	1	0
Santa Lucía	1	9	0	3	0
San Vicente y las Granadinas	1	5	0	1	0
Suriname	1	5	1	0	0
Trinidad y Tabago	1	31	3	2	8
Turcas y Caicos	0	11	0	0	0
Uruguay	2	35	31	25	S/D
<b>Total Regional</b>	<b>377</b>	<b>4.269</b>	<b>1.062</b>	<b>391</b>	<b>709</b>

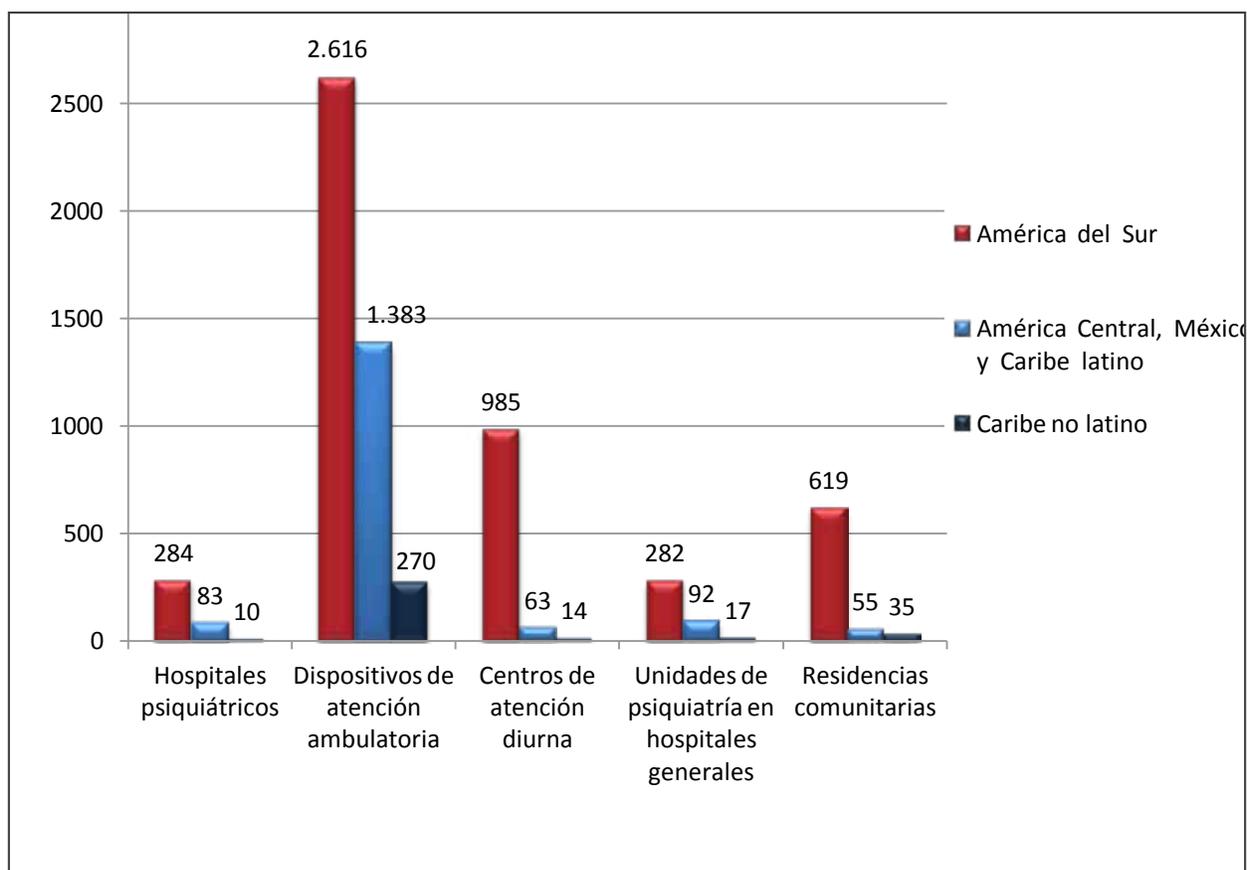
Para una más fácil referencia, en el cuadro 2.5, se presentan los mismos datos calculados por 100.000 habitantes.

**Cuadro 2.5. Número de dispositivos de cada categoría, por país, por 100.000 habitantes**

	Hospitales psiquiátricos	Dispositivos de atención ambulatoria	Centros de atención diurna	Unidades de psiquiatría en hospitales generales	Residencias comunitarias
Anguila	0	22,1	0	226,7	0
Antigua y Barbuda	128	10,5	1,2	0	0
Argentina	0,36	6,9	0,8	0,72	1,15
Barbados	200	5,2	0	3	11,2
Belice	16,6	2,7	0	1,3	0
Bolivia	0,1	0,39	0,1	0,01	0
Brasil	0,12	0,58	0,4	0,06	0,23
Chile	0,03	0,7	0,5	0,3	0,6
Costa Rica	0,04	0,86	0,04	0,6	0,8
Cuba	0,2	3,7	0,4	0,27	0
Islas Vírgenes Británicas	0	14,5	0	7,3	0
Dominica	0	18,3	0	56,1	0
Ecuador	0,03	0,23	0	0,1	0
El Salvador	0,03	0,9	UN	0	0
Granada	74,5	4,7	0	18,6	0
Guatemala	0,02	0,3	0,0	0,01	0,07
Guyana	32	0,3	0	0,5	0
Haiti	0,67	22,3	0	0	0
Honduras	0,03	0,4	0,01	0	0
Jamaica	31,8	5,2	0,3	3	16,5
México	0,04	0,5	0,0	0,01	0,007
Montserrat	0	104,2	0	0	0
Nicaragua	0,02	0,6	0,08	0,05	0
Panamá	0,03	3,2	0,09	0,3	0
Paraguay	0,05	0,5	0,02	0,04	0,1
Perú	0,01	2,7	0	0,07	S/D
República Dominicana	0,01	0,65	0,01	0,1	0,01
San Kitts y Nevis	0	15,9	0	27,6	0
Santa Lucía	71,9	5,4	0	1,8	0
San Vicente y las Granadinas	159,6	5,0	0	190	0
Suriname	62,5	1,0	0,2	0	0
Trinidad y Tabago	67,2	2,3	0,2	2,6	14,7
Turcas y Caicos	0	33,1	0	0	0
Uruguay	0,1	1	0,9	0,7	S/D

A efectos de poder comparar las subregiones entre sí, la figura 2.5 ofrece una síntesis de la distribución total de dispositivos de salud mental por subregión, si bien los datos no son fácilmente comparables entre sí.

**Figura 2.5. Distribución de los diferentes dispositivos de atención en salud mental, por subregión**

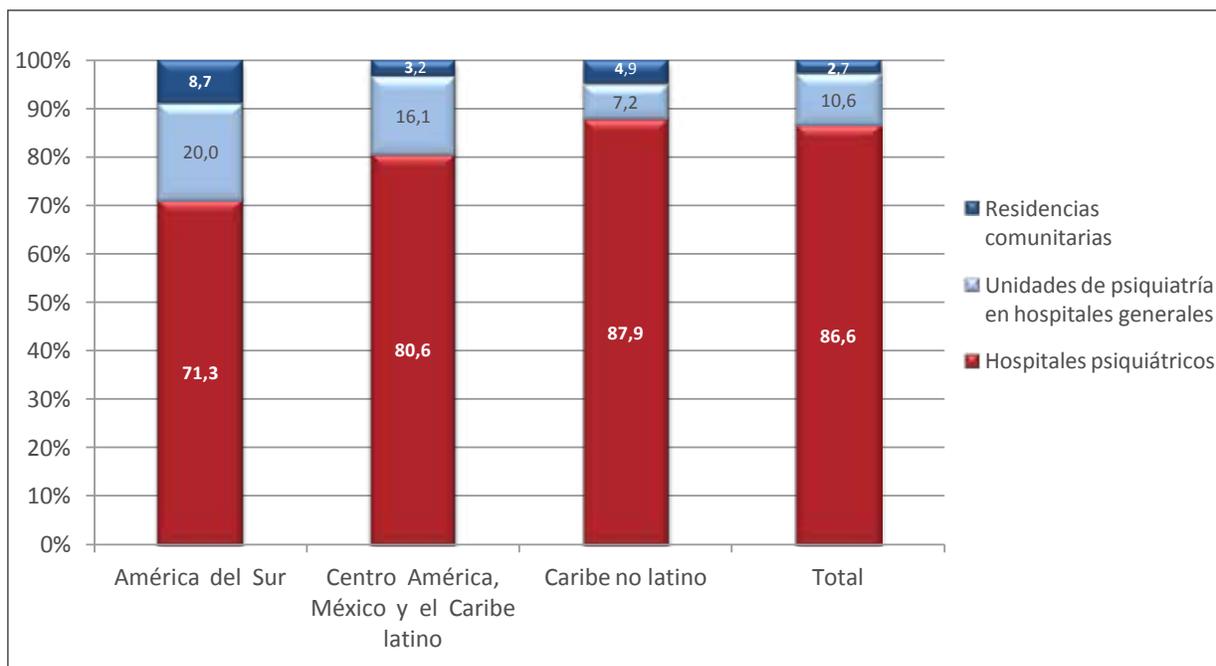


En el cuadro 2.6 se hace referencia a las tasas de personas atendidas en cada uno de los dispositivos existentes en la Región. Muestra cómo, si bien los hospitales psiquiátricos en la mayoría de los países absorben el porcentaje más alto del presupuesto, no son estos servicios los que atienden al mayor número de personas con problemas de salud mental.

**Cuadro 2.6. Tasa de personas atendidas por 100.000 habitantes entre los diferentes dispositivos por subregiones**

Subregión	Centros de atención ambulatoria	Centros de atención diurna	Unidades de psiquiatría en hospitales generales	Residencias comunitarias	Hospitales psiquiátricos
América del Sur	1.319	22,3	83,3	4,7	70,72
América Central, México y el Caribe latino	1.229	5,1	50	0,6	68
Caribe no latino	1.359	7,5	119	2,5	171,4

**Figura 2.6. Porcentaje de camas para pacientes psiquiátricos en hospitales psiquiátricos, unidades de psiquiatría en hospitales generales y residencias comunitarias, por subregión**



Si se observa la figura 2.6, resulta evidente cómo en las tres subregiones la mayor disponibilidad de camas para personas con problemas de salud mental se encuentra aún en hospitales psiquiátricos, con porcentajes significativamente superiores a las encontradas en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales y en las residencias comunitarias.

# SECCIÓN 3 - SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

## Capacitación en la atención de salud mental para el personal de atención primaria

Este apartado está dedicado a la preparación que el personal de atención primaria recibe en temas de salud mental. En particular, analiza el porcentaje de la carga horaria total dedicado a salud mental en el programa de enseñanza de pregrado universitario para los estudiantes de medicina, enfermería y otras áreas de la salud.

Se examina además el porcentaje del personal de salud de los servicios de atención primaria que durante el año evaluado recibiera por lo menos dos días de actualización o capacitación en salud mental. Con algunas excepciones, los resultados son insatisfactorios ya que distan de ser conmensurables con la demanda de atención por problemas mentales y psicosociales que reciben los servicios de atención primaria.

En América Central, México y el Caribe latino, las escuelas de enfermería dedican entre 2% (Cuba) y 12% (Panamá) de la carga horaria a la formación en salud mental, con una mediana de 5%. En las escuelas de medicina la dedicación es aún menor, oscila entre 4% (Guatemala) y 7% (El Salvador), con una mediana de 3%. La situación no es más favorable con respecto a la proporción de profesionales de medicina, enfermería y otras especialidades que recibieron capacitación en salud mental en los 12 meses anteriores a la aplicación del WHO-AIMS. En relación al primer grupo de profesionales, los médicos, el rango varía entre 2% (Guatemala) y 49% (Cuba), con una mediana de 5% (un país no brindó información). En cuanto a enfermería, tres países no informaron y en el resto de los países el rango va de 0% (República Dominicana y Nicaragua) a 49% (Cuba), con una mediana de 4%. Para el tercer grupo, profesionales de otras áreas de la salud, cuatro países no informaron al respecto.

Los países de América del Sur informaron proporciones igualmente bajas en el pregrado universitario: en medicina, la mediana del porcentaje de dedicación a salud mental es de 3%, con un rango de 2% (Bolivia, Chile, Paraguay, Uruguay) a 10% (Perú). Casi análogo porcentaje de dedicación sucedió en el pregrado de enfermería, donde el rango oscila entre 2% (Bolivia) y 12% (Uruguay), con una mediana de 4,5%. En cuanto a otros pregrados, cinco países no proveyeron información. La capacitación en servicio fue apenas mejor: para los profesionales de medicina, de 0% (Uruguay) a 22% (Argentina) y una mediana de 6%; para enfermería, de 0% (Paraguay) a 32% (Argentina), con una mediana de 6%; para otros profesionales, de 0% (Bolivia, Paraguay y Uruguay) a 45% (Argentina), con una mediana de 10%.

En el Caribe no latino, solo siete países y territorios informaron sobre el número de horas en el pregrado de medicina dedicado a salud mental. Cabe recordar que, en virtud de que la mayoría de los países y territorios no cuentan con escuelas de medicina, los estudiantes deben formarse fuera de sus lugares de residencia. Los porcentajes van de 0% (Belice y Guyana) a 6% (Suriname), con una mediana de 3%. Con respecto al pregrado de enfermería, 13 países y territorios brindaron información, con un rango de dedicación de 1 a 6 % y una mediana de 4%. La capacitación de otros profesionales de la salud fue objeto de menos información, solo tres países, con porcentajes que van de 4% (Guyana) a 37% (Jamaica). En cuanto a la capacitación en servicio, los datos fueron los siguientes: en 13 países no se ofreció capacitación para profesionales de medicina; en los demás osciló entre 8% (Jamaica) y 43% (Guyana). En el caso de los profesionales de enfermería, la mitad de los países organizaron capacitaciones con un porcentaje de 3% a 86% (dos no proveyeron datos). Para otros profesionales, solo dos países informaron: Guyana, 3% y Jamaica, 20%.

**Cuadro 3.1. Formación y actualización en salud mental para el personal de APS. Porcentaje de tiempo de los planes de estudio de formación dedicados a salud mental y porcentaje de personal de APS que ha recibido, al menos dos días de capacitación / actualización en salud mental**

País / Territorio	Formación			Actualización		
	Médicos (as) (%)	Enfermeros (as)(%)	Otros (as) (%)	Médicos (as) (%)	Enfermeros (as) (%)	Otros (as) (%)
Anguila	N/A	3	N/A	0	15	0
Antigua y Barbuda	N/A	3	N/A	0	0	0
Argentina	4	3,5	1	22	32	45
Barbados	1	6	N/A	0	46	NA
Belice	N/A	4	N/A	0	6	N/A
Bolivia	2	2	2	6	5	0
Brasil	3	7	N/A	5	10	10
Chile	2	5	3	23	N/A	19
Costa Rica	3	9	N/A	3	N/A	N/A
Cuba	6	2	10	49	28	90
Dominica	3	4	N/A	11	0	39
Ecuador	5	2	N/A	13	17	26
El Salvador	7	4	6	16	13	15
Granada	N/A	4	N/A	0	0	0
Guatemala	4	3	N/A	2	4	N/A
Guyana	0	2	4	43	57	3
Islas Vírgenes Británicas	1	5	N/A	0	0	N/A
Haití	3	6	N/A	0	N/A	0
Honduras	5	7	4	4	2	N/A
Jamaica	3	1	37	8	50	20
México	4	3	5	11	5	7
Montserrat	N/A	6	N/A	0	86	0
Nicaragua	2	7	N/A	4	0	0
Panamá	2	12	8	7	N/A	N/A
Paraguay	2	4	N/A	0,03	0	0
Perú	10	6	N/A	N/A	N/A	N/A
República Dominicana	3	4	N/A	12	0	39
San Kitts y Nevis	N/A	3	N/A	0	39	0
Santa Lucía	N/A	N/A	11	0	0	0
San Vicente y las Granadinas	1	3	N/A	0	0	0
Suriname	6	4	0	0	0	0
Trinidad y Tabago	3	3,3	N/A	0.3	0	0
Turcas y Caicos	N/A	N/A	N/A	0	0	0
Uruguay	2	12	N/A	0	0	0

## Integración del componente de salud mental en la APS

La integración de la salud mental en los servicios de atención primaria de la salud es por lo general limitada. Esta situación restringe considerablemente su capacidad de cumplir con las funciones y el nivel de resolutivez que se le confía en el contexto de un modelo comunitario de salud mental.

Como lo demuestran los resultados del WHO-AIMS, la poca frecuente existencia de protocolos de evaluación y tratamiento, sumada a la escasa interacción de los profesionales de APS con profesionales especializados en salud mental y con agentes del sistema paralelo de atención (ej. sistemas de salud tradicionales), son algunos de los elementos que contribuyen a esta limitada integración.

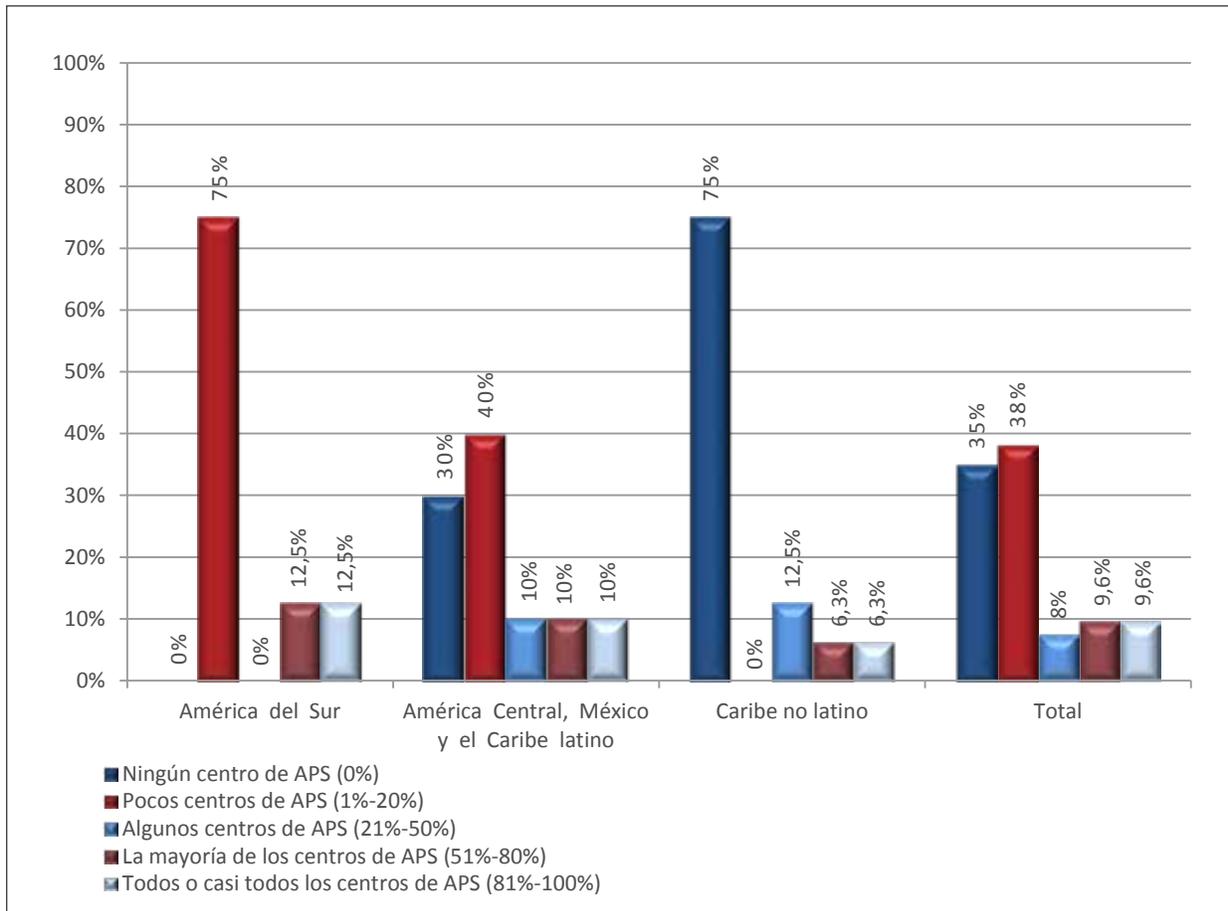
En la mayor parte de los países de América Central, México y el Caribe latino la presencia de protocolos de evaluación y tratamiento en los centros de APS (con o sin personal médico) es casi inexistente. Por otra parte, la interacción de APS con agentes de los sistemas alternativos de atención en la comunidad es escasa o nula en todos los países. Raramente se realizan referencias a los profesionales de salud mental.

Una situación particular la presenta Cuba, donde los equipos de Atención Integral a la Familia interactúan cotidianamente con profesionales de salud mental, de trabajo social y otros. Todos los consultorios de médicos de familia tienen protocolos de evaluación y tratamiento disponibles para condiciones claves de salud mental y se están elaborando guías prácticas. Los consultorios realizan, en promedio, por lo menos una referencia a un profesional de salud mental. A su vez, como el Programa de Medicina Natural y Tradicional funciona en 100% de los establecimientos de APS, todos interactúan con un agente de salud alternativa / tradicional / complementaria.

Con respecto a los países de América del Sur, todos menos uno (Uruguay) tienen protocolos de tratamiento para los problemas de salud mental o psicosociales. Igualmente se informó que su disponibilidad en los centros de APS oscila entre casi ausente a disponible en la mayoría o en todos los centros y que su uso no es conocido por todo el personal. Las referencias a los servicios de salud mental son escasas, incluso donde los mecanismos están establecidos. El rango de los servicios de APS que refiere a servicios especializados se extiende de cero a 70%–85%. También se informó como ausente o escasa la interacción entre los servicios de APS con profesionales de salud mental o con los agentes de los sistemas paralelos.

En el Caribe no latino, 12 de los países y territorios no cuentan con protocolos. En Belice y Trinidad y Tabago, existen en algunas unidades (21%–50%), mientras que en Jamaica y Turcas y Caicos la disponibilidad es mayor (50%–80%, y 81%–100%, respectivamente). Las referencias entre APS y los profesionales de salud mental son variables, dependen de la presencia de un profesional médico. En cuatro países y territorios: Anguila, Antigua y Barbuda, Montserrat, San Kitts y Nevis no se realizan; en cinco, Granada, Guyana, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago, apenas llegan a un máximo de 20%; en tres de ellos, las Islas Vírgenes Británicas, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas, las referencias se hacen en 21% al 50% de los centros. Solo en Belice la proporción asciende (51%–80%). Por otro lado, los 13 países y territorios informaron que no existe interacción con otros profesionales o agentes de salud.

**Figura 3.1. Disponibilidad de protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones mentales claves en centros de atención primaria de salud (APS) con médico, por subregiones**

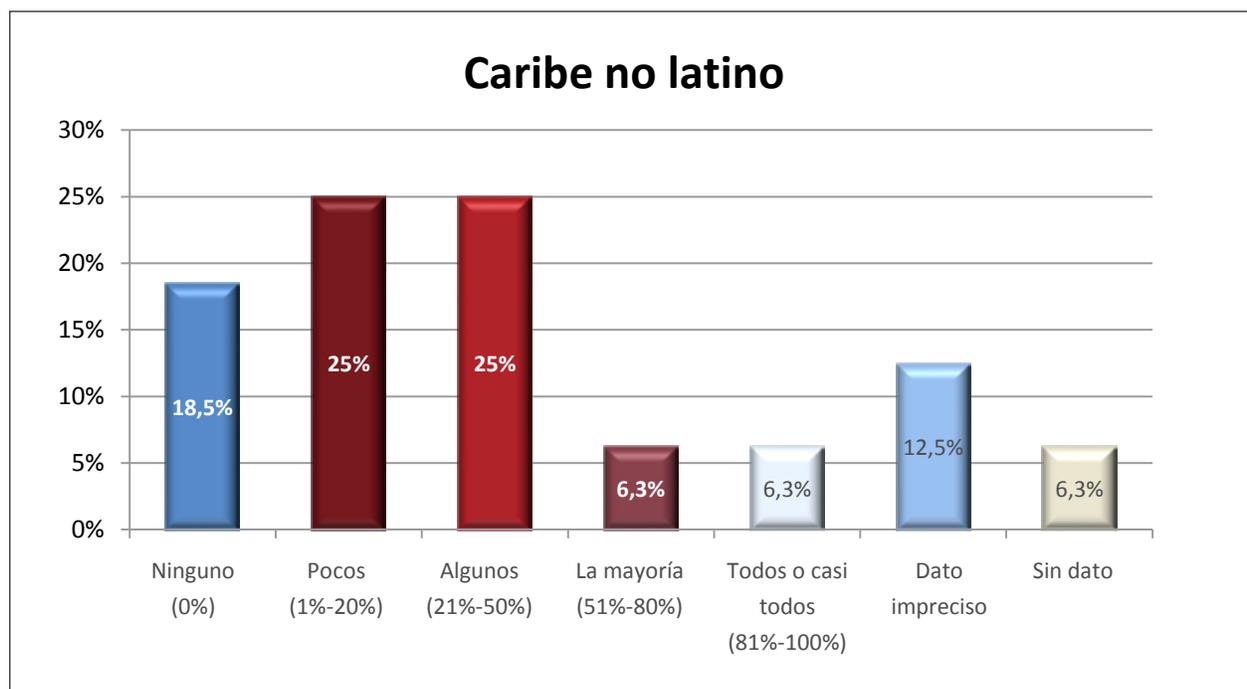


Según se puede observar en la figura 3.1, en América del Sur, la mayoría de los países informaron tener al menos unos pocos centros de APS que cuentan con protocolos para condiciones mentales claves; en 25% de los países los protocolos están presentes en la mayoría, todos o casi todos los centros.

En América Central, México y el Caribe latino, una proporción importante de países (30%) no cuenta con protocolos en ninguno de sus centros de APS con médico; mientras que 40% dice tener pocos centros con protocolos, el restante 30% informa tener dichos protocolos en algunos, en la mayoría o en todos los centros.

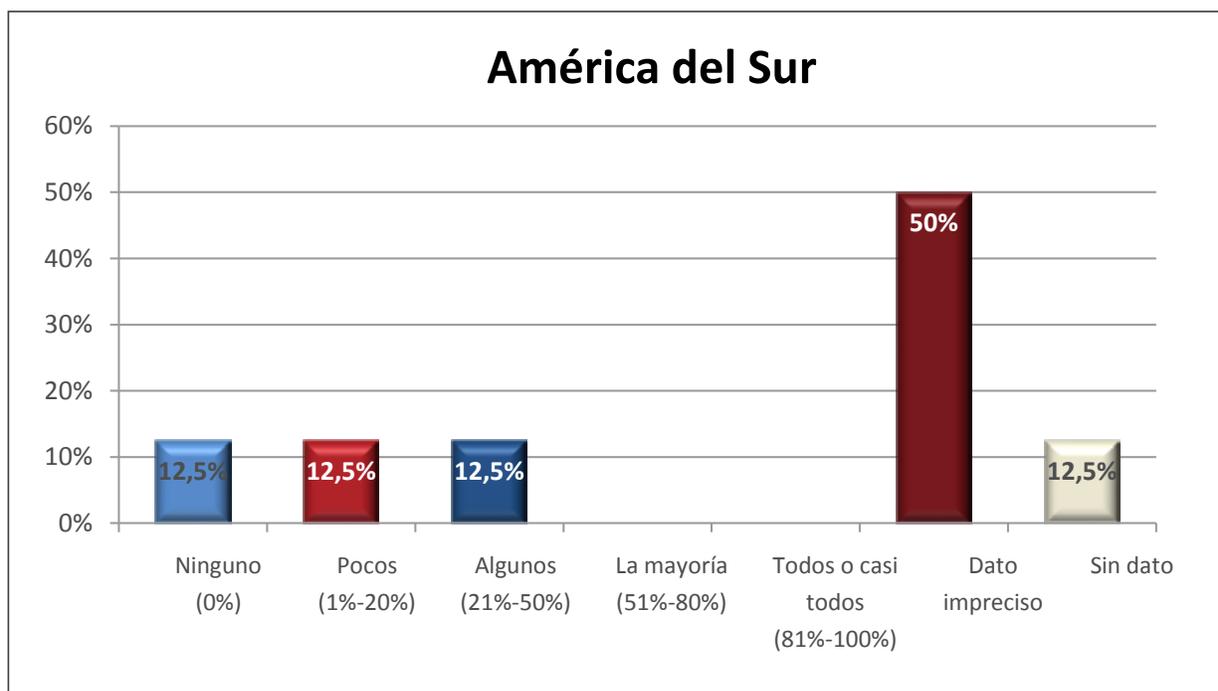
Por su parte, en el Caribe no latino, un 75% de centros de APS, con médico, no cuenta con protocolos de evaluación y tratamiento.

**Figura 3.2. Interacción entre médicos de atención primaria y profesionales de la salud mental al menos una vez por mes en el último año, en el Caribe no latino**



En el Caribe no latino existe una variabilidad considerable entre los países con respecto a este indicador: 25% cuenta con pocos médicos de atención primaria interactuando con profesionales de salud mental al menos una vez al mes (1%–20%); otro 25% cuenta con algunos médicos (21%–50%); y 18,5% con ninguno. Tan solo 6,25% de los países de la subregión tienen a la mayoría de sus médicos de APS (51%–80%) interactuando con profesionales de salud mental; la misma proporción de países (6,25%) cuenta con todos o casi todos sus médicos en igual situación (ver figura 3.2).

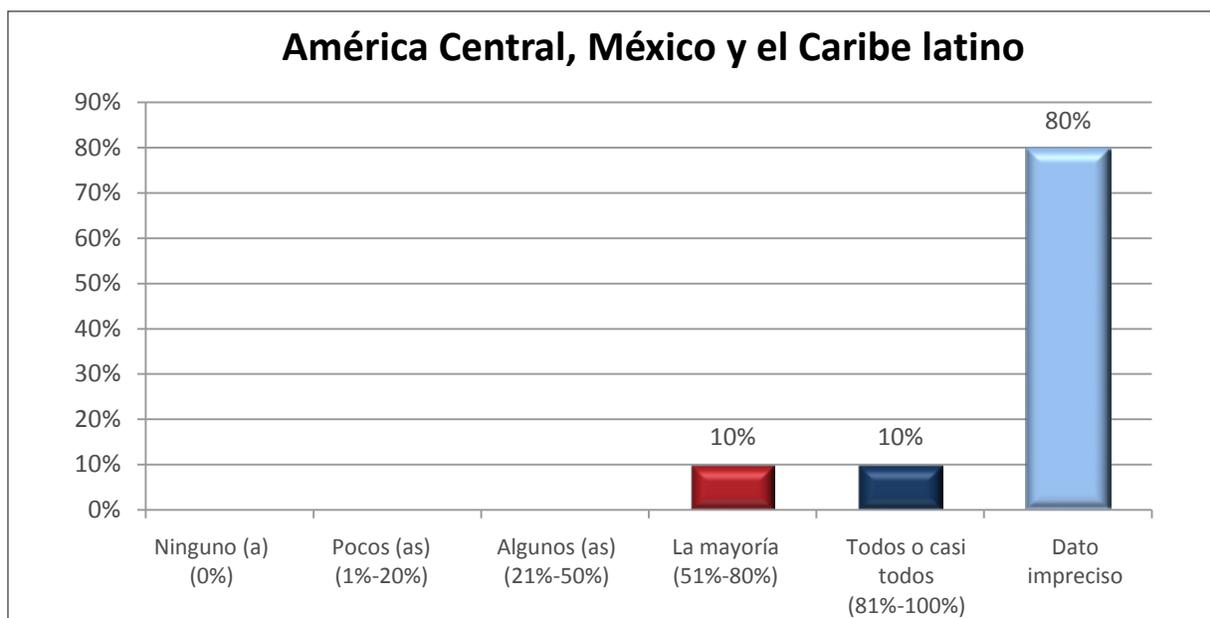
**Figura 3.3. Interacción entre médicos de atención primaria y profesionales de la salud mental al menos una vez por mes en el último año, en América del Sur**



En 62,5% de los países de América del Sur o bien falta el dato o la información suministrada con respecto a la frecuencia con que los médicos de APS interactuaron con profesionales de salud mental durante el último año es imprecisa. De aquellos países que ofrecieron datos, 12,5% dijo que ninguno de sus médicos de APS había interactuado con los colegas de salud mental; otro 12,5% informó que pocos lo habían hecho (1%–20%); el mismo porcentaje (12,5%) informó que algunos de sus médicos (21%–50%) establecieron contacto con profesionales de salud mental. Finalmente, en ninguno de los países, ni la mayoría (51%–80%), ni todos o casi todos (81%–100%) los médicos de APS habían interactuado con los profesionales de la salud mental en el año precedente (ver figura 3.3).

Algo parecido sucede con América Central, México y el Caribe latino, en donde un abrumador 80% de los países requiere de más claridad (datos imprecisos) sobre la frecuencia de la interacción entre APS y salud mental. Sin embargo, en 10% de los países la interacción ocurre entre la mayoría de los médicos de APS y los de salud mental (51%–80%); y en otro 10%, todos o casi todos los médicos de APS tienen al menos un contacto al mes con profesionales de la salud mental (ver figura 3.4).

**Figura 3.4. Interacción entre médicos de atención primaria con profesionales de la salud mental al menos una vez por mes en el último año, en América Central, México y el Caribe latino**



## Prescripción de psicofármacos en APS

El acceso a los psicofármacos es una condición necesaria para que la atención primaria de la salud pueda cumplir la función de atender apropiadamente a las personas con trastornos mentales. La información recogida por el WHO-AIMS muestra que los medicamentos sí están disponibles aunque, en muchos casos, de manera parcial. El acceso a los mismos fue medido a través de varios parámetros.

El primero de ellos se refiere a la prescripción de psicofármacos por parte de los/las enfermeros(as), ya que hay centros de APS en los cuales solo trabaja personal de enfermería. Por ejemplo, esa licencia es efectiva en Belice, El Salvador y Jamaica, donde solo el personal de enfermería especializado está autorizado a prescribir psicofármacos. Con respecto a los médicos de APS, todos están facultados para prescribir este tipo de medicamentos, si bien en algunos países lo hacen con ciertas restricciones (por ejemplo, en Brasil en relación a los nuevos antipsicóticos, presumiblemente por sus altos costos).

La segunda pieza de información importante que arroja luz sobre la capacidad que tiene APS de cumplir con su rol en el campo de la salud mental se refiere a la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.

En los países de América Central, México y el Caribe latino la situación difiere. En Costa Rica y Cuba, todos o casi todos los centros (81%–100%) de APS tienen por lo menos un medicamento psicotrópico de cada categoría terapéutica. En México, entre 21% y 50% de los servicios de APS con personal médico tienen disponibilidad de los medicamentos, y entre 1% y 20% de los centros sin médico(a). En los demás países de la subregión la disponibilidad de psicotrópicos, incluso en los centros de APS que cuentan con un(a) médico(a), es nula o limitada.

En los países de América del Sur los psicotrópicos no están disponibles en todos los centros de APS. Los países informaron que el rango oscila entre una mínima disponibilidad y una disponibilidad satisfactoria, pero sin alcanzar el 100%.

En cuanto al Caribe no latino, todos los países y territorios, excepto Antigua y Barbuda y Santa Lucía, tienen psicotrópicos en los centros de APS que cuentan con médico(a). Cuando no es así, solo están disponibles en cinco países y territorios (Guyana, Jamaica, Suriname, Trinidad y Tabago y Turcas y Caicos).

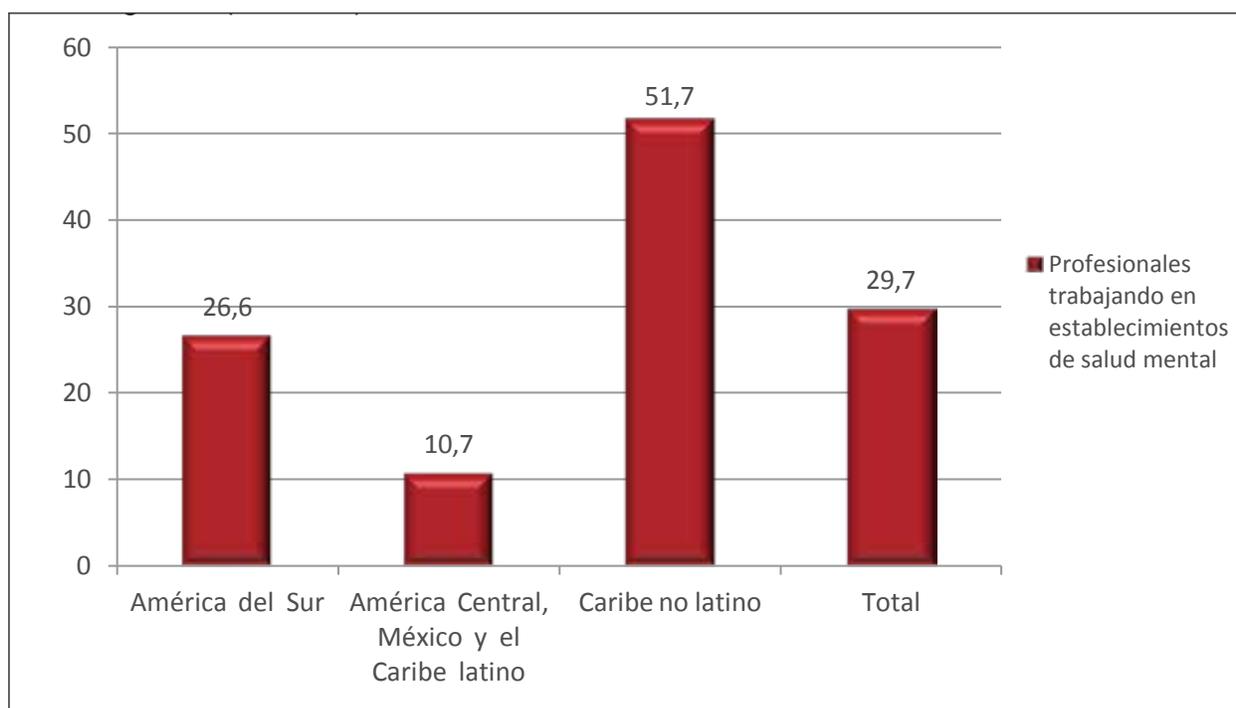
# SECCIÓN 4 - RECURSOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

## Introducción

Los recursos humanos constituyen una pieza central para el desarrollo de los programas y servicios de salud mental. Sin embargo, los datos disponibles muestran la escasez de los mismos y la existencia de problemas adicionales que agravan la situación, como la desigual distribución en los países.

Se observa una marcada variabilidad entre las subregiones. En los países de América Central, México y el Caribe latino el rango oscila entre 6 y 79 profesionales de salud mental por 100.000 habitantes, y la mediana subregional es de 10,7; en América del Sur, el rango está entre 4 y 173 y la mediana para la subregión es de 26,6; solo Perú no cuenta con datos específicos para este indicador. En los países y territorios del Caribe no latino, los recursos humanos oscilan entre 9,6 y 182 con una mediana de 51,7. Es importante mencionar que en esta última subregión hay siete países o territorios cuya población es menor a 100.000 habitantes.

**Figura 4.1. Profesionales trabajando en establecimientos de salud mental por 100.000 habitantes, por subregiones (mediana)**



La figura 4.1 muestra que existe una variación considerable con respecto al número de profesionales trabajando en establecimientos de salud mental por subregiones, siendo América Central, México y el Caribe latino la que cuenta con la menor tasa en la Región. Es importante resaltar que, aunque la tasa del Caribe no latino es la más alta, se trata muchas veces de una reducida cantidad de profesionales en islas con escasa población, lo cual crea una tasa relativamente alta, desvirtuando los promedios subregionales.

## Análisis de la presencia de profesionales en las tres subregiones

### Psiquiatras

Desglosando el total de trabajadores en salud mental de acuerdo a las distintas profesiones, encontramos que la tasa de psiquiatras está sujeta a una variabilidad muy significativa entre cada uno de los países y territorios, así como entre las tres subregiones. La mediana de psiquiatras por 100.000 habitantes es de 1,5 en América Central, México y el Caribe latino, con un rango de 0,3 a 10; en el Caribe no latino la tasa es de 1,9, con un rango de 0,5 a 20; y de 2,9 en América del Sur, con un rango de 1,1 a 19 (ver cuadro 4.1).

**Cuadro 4.1. Psiquiatras por 100.000 habitantes, por subregiones (mediana)**

Subregión	Mediana
América Central, México y el Caribe latino	1,5
Caribe no latino	1,9
América del Sur	2,9

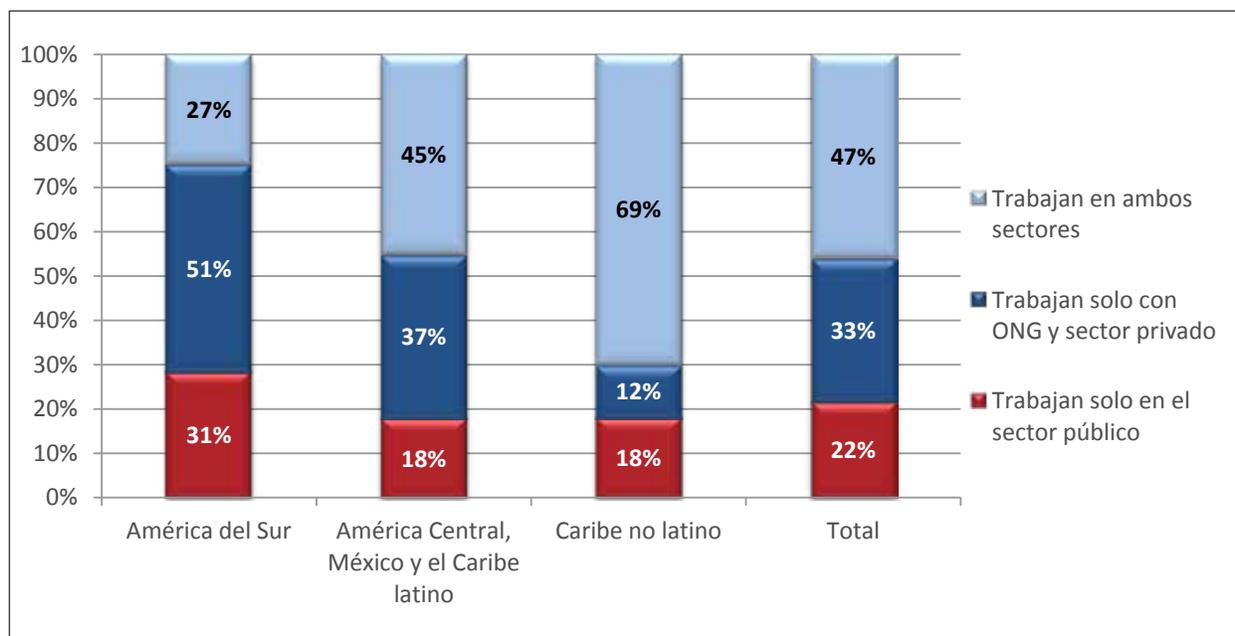
Si bien aparentemente la diferencia en el número de psiquiatras en las distintas subregiones no es tan marcada, el indicador por 100.000 habitantes en América del Sur es casi dos veces más alto que en América Central, México y el Caribe latino.

### Presencia de psiquiatras en el sector público y el privado

Otro tema a tener en cuenta es que en muchos de los países una proporción importante del recurso humano en salud mental (particularmente psiquiatras y psicólogos) trabaja tanto en el sector público como en el privado (ver figura 4.2).

En América Central, México y el Caribe latino, 37% de los psiquiatras trabaja de manera exclusiva en el sector privado y 18% exclusivamente en el público; en América del Sur, 51% y 31%, respectivamente; y en el Caribe no latino, 12% y 18%. El porcentaje que trabaja en ambos sectores en cada una de las subregiones es: Caribe no latino, 69%; América Central, México y el Caribe latino, 45%; y América del Sur, 27%.

**Figura 4.2. Distribución porcentual entre los diferentes sectores donde trabajan los psiquiatras, por subregión**



En la figura 4.2 se puede observar que en las dos primeras subregiones, América del Sur y América Central, México y el Caribe latino, la mayor parte de los psiquiatras trabaja en ambos sectores, aunque esta situación es mucho más pronunciada en el Caribe no latino. Otro dato a destacar es que en Sudamérica, la gran mayoría trabaja exclusivamente en el sector privado (particularmente notorio en Argentina).

Toda la situación descrita seguramente contribuye a la formación o consolidación de la brecha existente entre quienes necesitan tratamiento en salud mental y quienes efectivamente lo reciben.

### Distribución geográfica de psiquiatras

Otro factor que contribuye a limitar el acceso al tratamiento es la desigual distribución geográfica de los recursos humanos. En la mayoría de los países analizados, los psiquiatras están concentrados en las capitales o en las grandes ciudades, con escasa presencia en el interior de los países.

En América Central, México y el Caribe latino, la razón de psiquiatras que trabajan en o cerca de la ciudad más grande en relación con los que trabajan en el resto del país es de alrededor de 4,3; en el Caribe no latino, 1,6; y en América del Sur, 1,7. Sin embargo, es importante señalar que la mayoría de los países y territorios no proveyeron datos específicos al respecto. Queda de manifiesto que en las tres subregiones los recursos se concentran predominantemente en las zonas urbanas y en las ciudades de mayor tamaño.

### Otros profesionales de la salud mental

Las tasas de personal de psicología, en América Central, México y el Caribe latino oscilan entre 1,4 y 7 por 100.000 habitantes, con un promedio de 2,5; en América del Sur, entre 0,5 y 70 y una tasa promedio de 18 (la Argentina tiene una tasa muy por encima del promedio regional); y en el Caribe no latino, entre 0 y 18, con una tasa promedio de 2,5 (ver cuadro 4.2).

Con respecto al personal de enfermería, las tasas por 100.000 habitantes en América Central, México y el Caribe latino tienen un promedio de 5,1 (rango de 0,4 a 30); en América del Sur, la tasa promedio

subregional es de 8 (rango de 0,3 a 13). En cuanto al Caribe no latino, los países y territorios que no cuentan con personal de psiquiatría o de psicología tienen, en cambio, personal de enfermería, que es el más frecuente en la subregión, con una tasa promedio de 22 y el rango oscilando entre 0 y 140. Este último dato se refiere a Monserrat, una isla con una población inferior a 5.000 habitantes, que cuenta con siete enfermeras trabajando en salud mental (si bien ninguna es especializada).

Otras profesiones, como trabajo social y terapia ocupacional, exhiben tasas relativamente bajas, si bien siempre los hallazgos muestran disparidad entre las tres subregiones. La tasa promedio para el Caribe no latino es de 22,5 (rango entre 0 y 49), para América Central, México y el Caribe latino de 5 (rango de 0,4 a 29) y para América del Sur de 18 (rango entre 1 y 74), todas por 100.000 habitantes. Cabe notar que en esta última subregión, tres de sus ocho países carecen de información acerca de este ítem (ver cuadro 4.2).

En cuanto a trabajo social en particular, América Central, México y el Caribe latino tiene una tasa promedio de 1 trabajador por 100.000 habitantes, mientras que en el Caribe no latino y América del Sur la tasa es de 1,5 y 1,6 respectivamente; las diferencias entre las subregiones no fueron tan marcadas como para otros profesionales, salvo algunos ejemplos específicos en ciertos territorios y países.

Una situación similar a la anterior se observa en relación a terapia ocupacional, donde las tasas por 100.000 habitantes no presentaban diferencias tan marcadas como para otros perfiles profesionales. La tasa promedio tanto para el Caribe no latino como para América Central, México y el Caribe latino es de 0,7, mientras que para América del Sur es de 1.

**Cuadro 4.2. Profesionales en distintas áreas de salud mental (excepto psiquiatría) en las tres subregiones, por 100,000 habitantes (mediana)**

Subregión	Enfermería	Psicología	Trabajo social	Terapia ocupacional	Otros
América Central, México y el Caribe latino	2,3	2	0,7	0,2	2,3
Caribe no latino	14,3	0,3	1,1	0,1	20,8
América del Sur	1,6	10,2	1,1	0,2	3,8
<b>Promedio Total</b>	<b>6</b>	<b>4,2</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>9</b>

Como se observa en el cuadro 4.2, con la excepción del Caribe no latino, el número de personal de enfermería es relativamente bajo en las tres subregiones, especialmente si se lo compara, por ejemplo, con el número de psicólogos en América del Sur, donde la diferencia es bien significativa. Esta situación lleva a la necesidad de adaptar los roles de los profesionales existentes a las necesidades de los servicios y de los usuarios que concurren a ellos con el objetivo de establecer servicios centrados en la persona.

## Distribución de los profesionales según el tipo de dispositivo

Otro elemento a tomar en consideración, de absoluta importancia desde la perspectiva de la descentralización de los recursos humanos disponibles, es la distribución del personal, no solo desde el punto de vista geográfico, sino de acuerdo al tipo de servicio de salud mental en el que desarrollan su tarea.

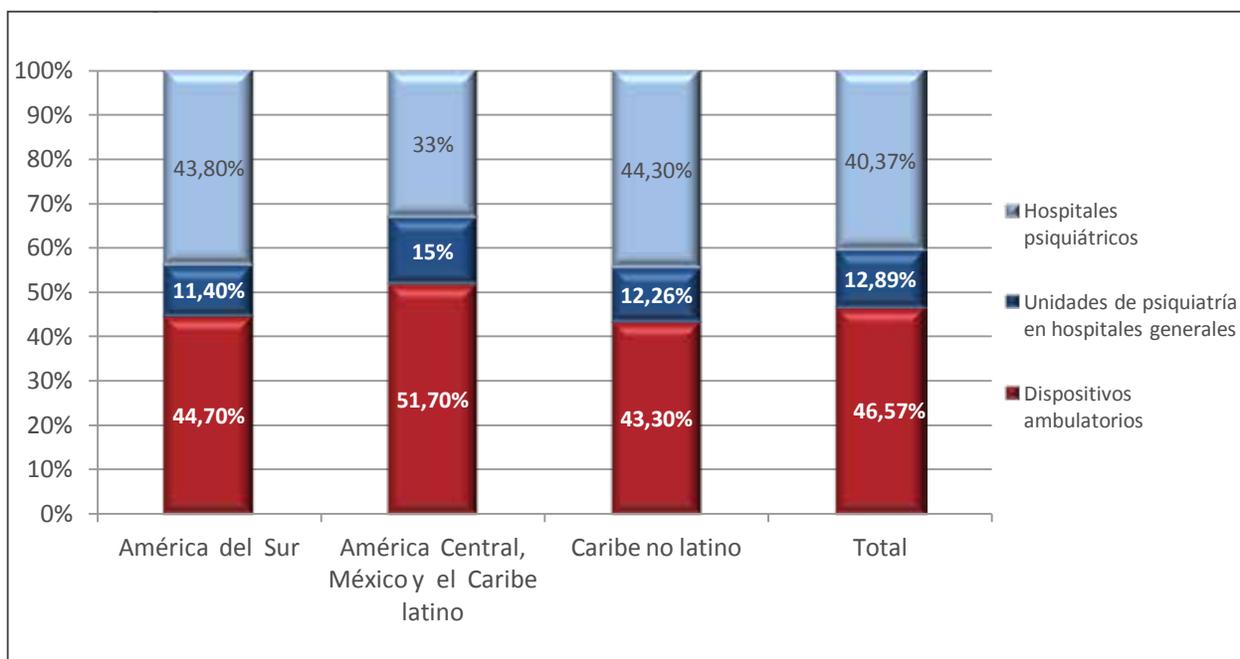
El análisis de las diversas categorías de profesionales que trabajan en salud mental (psiquiatras, médicos no especializados, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales) y la distribución de los mismos en los diversos dispositivos varía en las tres subregiones. Al respecto, un elemento a tener en cuenta es el desarrollo más o menos significativo de los servicios comunitarios.

### Psiquiatras

En cuanto a los psiquiatras (ver figura 4.3) la situación es la siguiente: el Caribe no latino cuenta con 46 psiquiatras (43,4%) en dispositivos ambulatorios, 13 (12,3%) en unidades de psiquiatría en hospitales generales y 47 (44,3%) en hospitales psiquiátricos. América Central, México y el Caribe latino informa tener 1.356 (51,7%), 396 (15%) y 870 (33%) psiquiatras distribuidos en el mismo orden. América del Sur tiene 3.145 (44,7%), 805 (11,4%) y 3.082 (43,8%), respectivamente.

Expresados en tasa promedio de psiquiatras por cama, en el Caribe no latino la tasa es de 0,13 en unidades de psiquiatría en hospitales generales y 0,01 en hospitales psiquiátricos; en América Central, México y el Caribe latino, 0,22 y 0,06, respectivamente; y en América del Sur, 0,18 en los primeros y 0,07 en hospitales psiquiátricos.

**Figura 4.3. Distribución porcentual de médicos psiquiatras entre los tres tipos de dispositivos, por subregión y promedio regional**



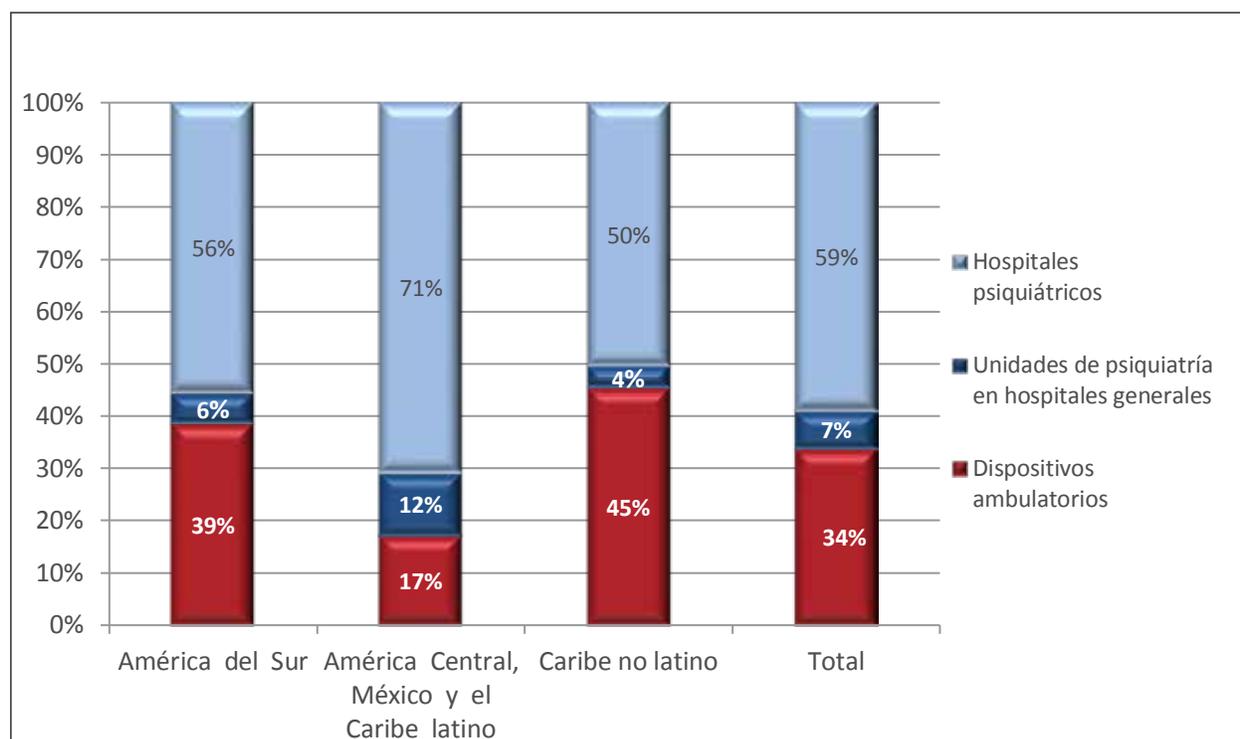
Como se puede observar en la figura 4.3, existen algunas diferencias entre las subregiones. Mientras que en América del Sur y el Caribe no latino los psiquiatras se encuentran distribuidos casi de igual manera entre los centros de atención ambulatoria y los hospitales psiquiátricos, en América Central, México y el Caribe latino, se encuentran en su mayoría concentrados en los dispositivos ambulatorios.

## Personal de enfermería

Con respecto a los enfermeros(as) en salud mental, en las tres subregiones se concentran mayormente en los hospitales psiquiátricos. La tasa de enfermeras(os) por cama en el Caribe no latino es de 0,28 en unidades de psiquiatría en hospitales generales y 0,14 en hospitales psiquiátricos; la de América Central, México y el Caribe latino es de 0,42 y 0,33, respectivamente; y la de América del Sur de 0,3 y 0,1. Cabe rescatar que hay una variación más marcada en América Central, México y el Caribe latino y América del Sur con respecto al Caribe no latino.

La distribución de los profesionales de enfermería entre los dispositivos ambulatorios, las unidades de psiquiatría en hospitales generales y los hospitales psiquiátricos, respectivamente, es la siguiente: el Caribe no latino, 525 (45,3%), 50 (4,3%) y 583 (50,3%); América Central, México y el Caribe latino, 1.359 (17,3%), 938 (11,9%) y 5.556 (70,7%); y América del Sur, 1.941 (38,5%), 302 (6%) y 2.798 (55,5%) (ver figura 4.4).

**Figura 4.4. Distribución porcentual de enfermeras/os entre los tres tipos de dispositivos, por subregión y promedio regional**



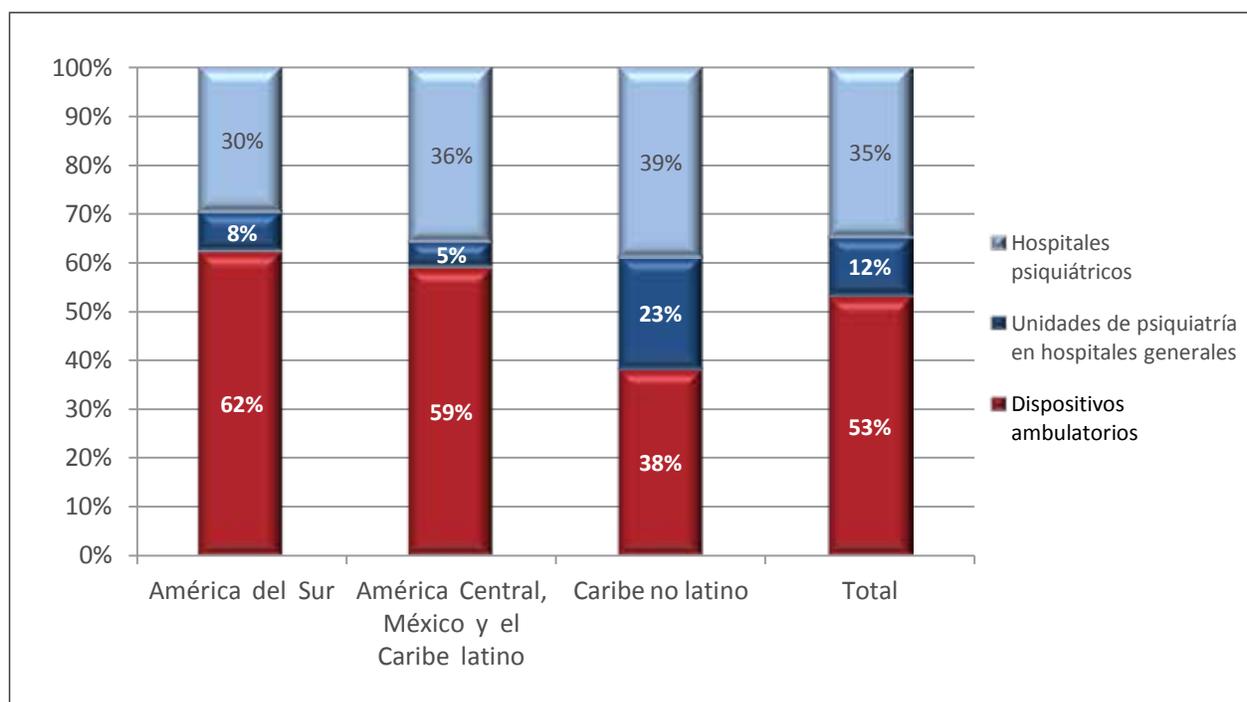
Aunque en las tres subregiones la mayoría de los enfermeros/as se encuentra en los hospitales psiquiátricos, es significativo observar que en América Central, México y el Caribe el porcentaje es mucho mayor que en las otras dos subregiones.

## Psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales

En cuanto a los psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, reunidos todos bajo un mismo grupo en este apartado (ver figura 4.5), el Caribe no latino tiene 58 (38,2%) en dispositivos ambulatorios, 35 (23%) en unidades de psiquiatría en hospitales generales, y 59 (38,8%) en hospitales psiquiátricos; América Central, México y el Caribe latino informa tener 2.438 (58,9%), 224 (5,5%) y 1.471 (35,6%), respectivamente; América del Sur cuenta con 6.874 (62,2%), 895 (8,1%) y 3.280 (35,6%).

Queda de manifiesto que, mientras en el Caribe no latino la distribución de estos profesionales se reparte entre los servicios ambulatorios y los hospitales psiquiátricos, en América Central, México y el Caribe latino, y América del Sur están mayormente concentrados en los centros ambulatorios. Al comparar la disponibilidad de los mismos entre las unidades de psiquiatría en hospitales generales y los hospitales psiquiátricos, el Caribe no latino cuenta con 0,05 profesionales por cama en las primeras y 0,12 en los hospitales psiquiátricos; América Central, México y el Caribe latino 0,19 y 0,09; y América del Sur 0,3 y 0,06, respectivamente.

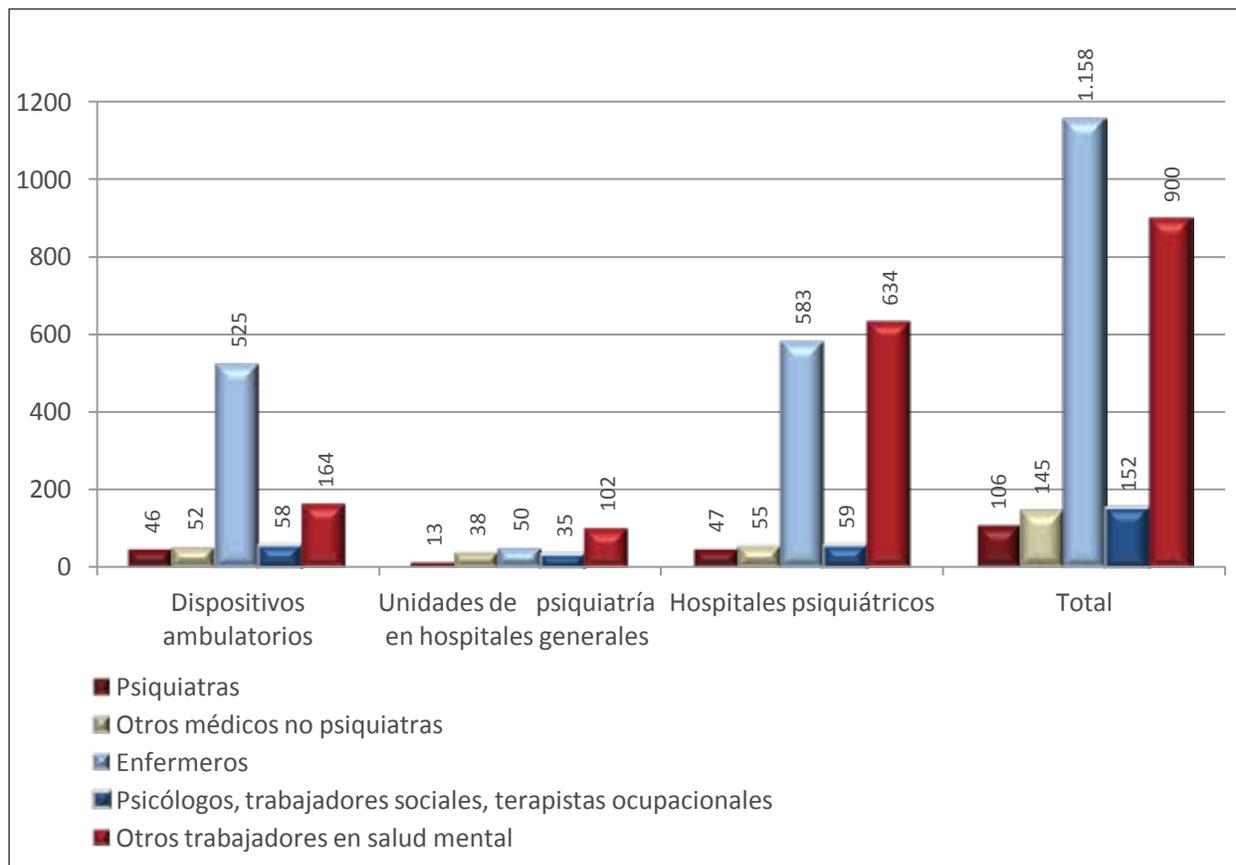
**Figura 4.5. Distribución porcentual de psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales entre los tres tipos de dispositivos, por subregión y promedio regional**



Como ya se ha mencionado, tanto en América del Sur como en América Central, México y el Caribe latino, la mayor parte de estos profesionales se encuentran concentrados en los dispositivos ambulatorios y se destaca la baja presencia de los mismos en las unidades de hospitalización psiquiátrica de los hospitales generales. Cabe mencionar que en el caso del Caribe no latino, seis de los países o territorios no cuentan con hospitales psiquiátricos y ocho carecen de unidades de psiquiatría en los hospitales generales (ver sección 2). En América del Sur, 25% de los países no dieron detalles de estos indicadores, al igual que 10% de los países de América Central, México y el Caribe latino.

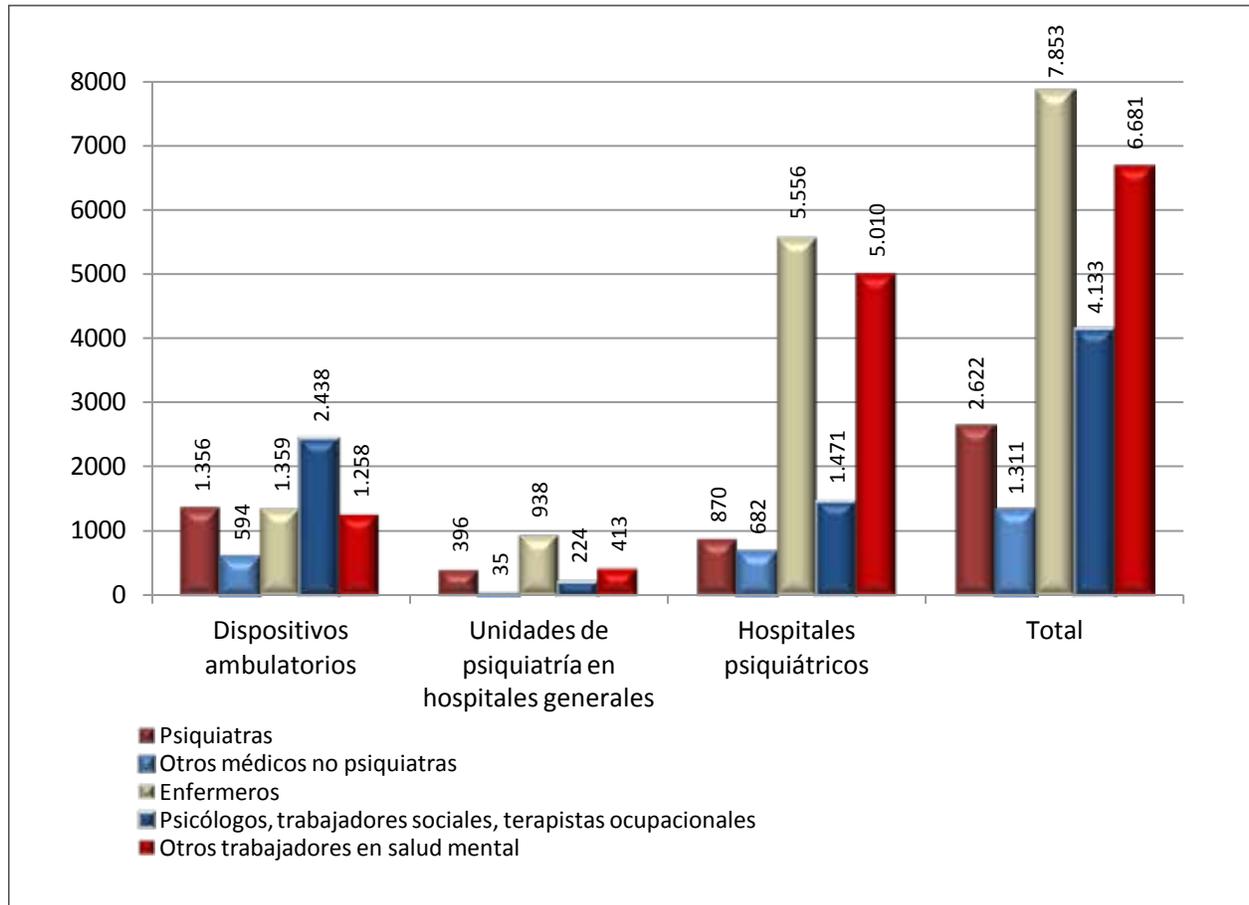
En términos generales, en el Caribe no latino, la mayoría de los profesionales en salud mental se encuentran concentrados en los hospitales psiquiátricos, aunque los psiquiatras están más equitativamente distribuidos entre estos últimos y los dispositivos ambulatorios, en parte debido a que muchos de los países y territorios cuentan con un solo psiquiatra, que atiende tanto a la población ambulatoria como a la hospitalizada (ver figura 4.6).

**Figura 4.6. Distribución de los profesionales de salud mental entre los diferentes tipos de dispositivos en el Caribe no latino**

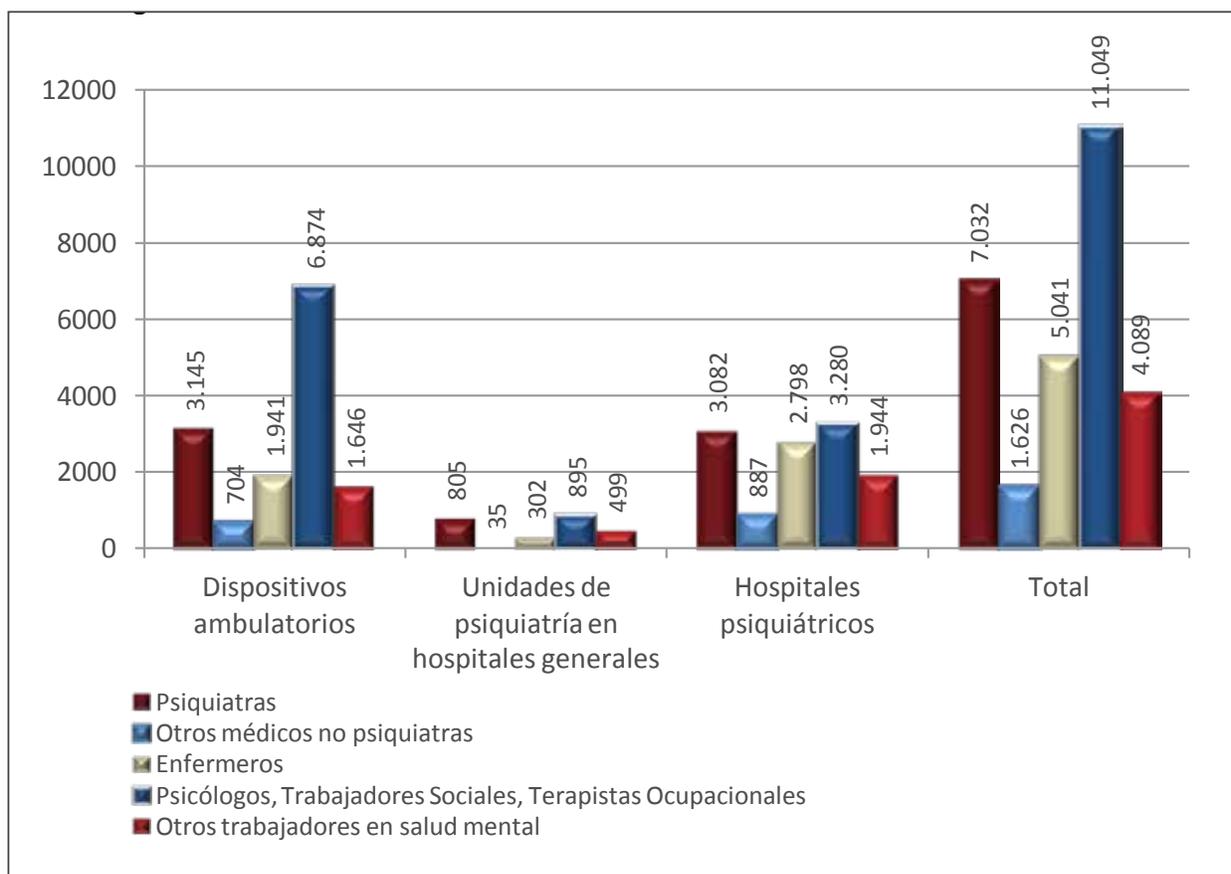


En América Central, México y el Caribe latino, la mayoría de los profesionales también se encuentra trabajando en los hospitales psiquiátricos, aunque el mayor número de psiquiatras está concentrado en los dispositivos ambulatorios. Se destaca la escasa cantidad de profesionales en las unidades de psiquiatría en los hospitales generales (ver figura 4.7).

**Figura 4.7. Distribución de los profesionales de salud mental entre los diferentes dispositivos en América Central, México y el Caribe latino**



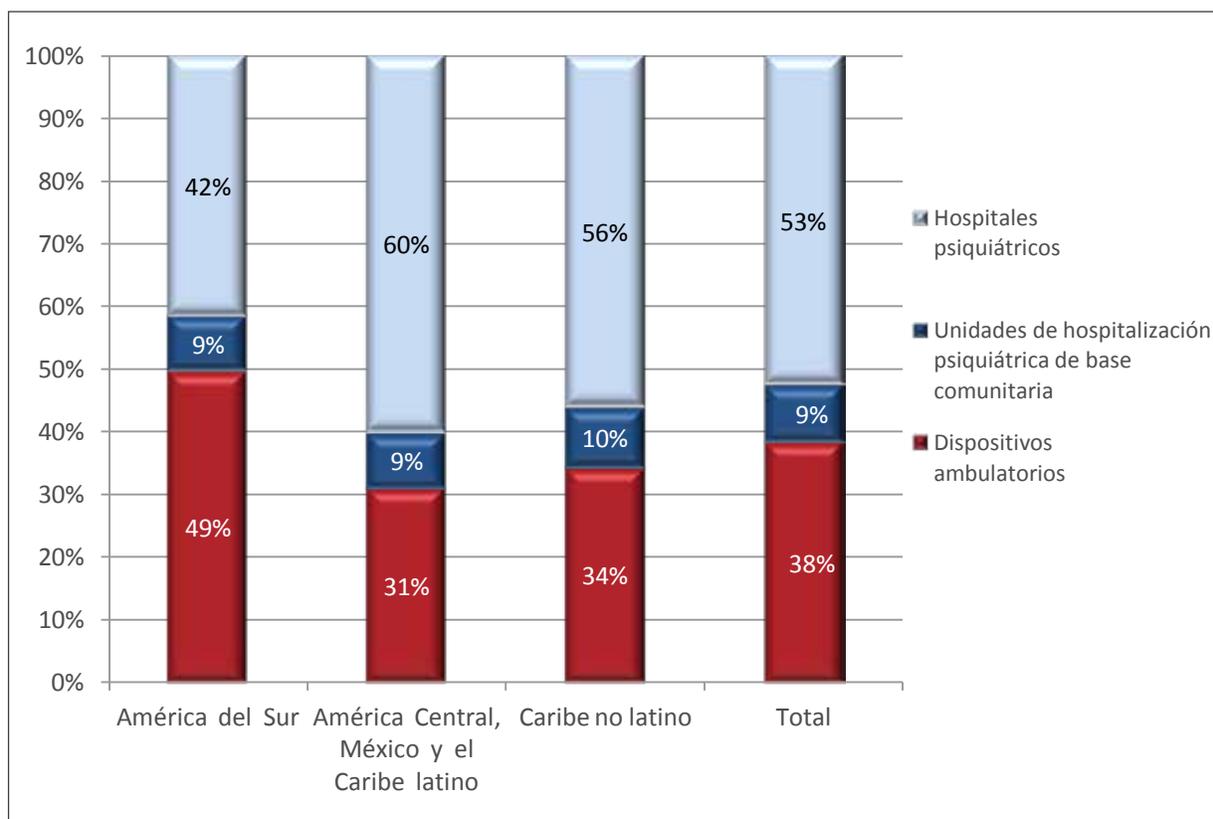
**Figura 4.8. Distribución de los profesionales de salud mental entre los diferentes tipos de dispositivos en América del Sur**



En la figura 4.8 se puede observar que América del Sur tiene una distribución diferente de los profesionales que trabajan en salud mental si se la compara con las otras dos subregiones, donde aparece una mayor concentración de profesionales en los dispositivos ambulatorios. Al igual que en América Central, México y el Caribe latino, es significativa la baja cantidad de profesionales presentes en las unidades de psiquiatría en hospitales generales.

La figura 4.9 muestra que la mayor parte de los profesionales que trabajan en salud mental se encuentran aún ubicados en los hospitales psiquiátricos. A nivel subregional, una excepción comienza a verse en América del Sur, donde el porcentaje es mayor en los centros de atención ambulatoria, si bien solo con una ligera diferencia con respecto a los hospitales psiquiátricos.

**Figura 4.9. Distribución porcentual del total de profesionales trabajando en salud mental entre los tres diferentes dispositivos, por subregión y promedio regional**



## Capacitación continua y en servicio impartida durante un mínimo de dos días

Una estrategia importante para actualizar el conocimiento sobre prácticas y teorías consiste en proveer capacitación de posgrado (de tipo continua y en servicio) para todos los profesionales y técnicos de salud mental. En el WHO-AIMS se considera un mínimo de capacitación de dos días en las áreas que se especifican a continuación.

### Capacitación sobre medicamentos psicotrópicos

El porcentaje registrado en esta área de capacitación es variado y además la información brindada por algunos países es incompleta. En América Central, México y el Caribe latino, el promedio es 37% para el personal de psiquiatría, 24% para el personal de enfermería y 32% para otros médicos. En el caso de los médicos psiquiatras y médicos no especialistas, 30% de los países no cuenta con esta información, mientras que para el personal de enfermería, 40% desconocía dicha proporción (ver cuadro 4.3).

En los ocho países de América del Sur, el porcentaje de capacitación ofrecida a psiquiatras osciló entre 1% y 44%, con un promedio de 24% para la subregión; al personal de enfermería, entre 0% y 47%, con un promedio de 18%; y en el grupo agregado de los profesionales de psicología, trabajo social y terapia ocupacional, los porcentajes oscilaron entre 0% y 82%, con un promedio de 21%. Dos países no presentaron información al respecto y en uno de ellos ninguno de estos profesionales recibió capacitación alguna (ver cuadro 4.3).

En el Caribe no latino, un cuarto de los psiquiatras recibieron capacitación, pero apenas unos pocos en los otros grupos de profesionales (ver cuadro 4.3).

**Cuadro 4.3. Porcentaje de profesionales y técnicos de salud mental que recibieron capacitación en servicio en el uso de psicotrópicos durante un mínimo de dos días, por subregión y a nivel regional**

Subregión	Psiquiatría %	Medicina general %	Enfermería %	Otros %
América Central México y el Caribe latino	37	32	24	18
Caribe no latino	26	1	8	3
América del Sur	24	27	18	21
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>20</b>	<b>16,7</b>	<b>14</b>

### Capacitación sobre intervenciones psicosociales

En relación a este rubro, los porcentajes cambiaron si se los compara con el ítem anterior (ver cuadro 4.4). En algunos casos, los porcentajes fueron más altos, mientras que en otros - específicamente con respecto a los psiquiatras - la situación fue la contraria. La falta de información precisa permaneció como un problema en la evaluación.

En América Central, México y el Caribe, 33% de los psiquiatras y 24% de las enfermeras recibieron capacitación en relación a intervenciones psicosociales en el último año; en las otras dos subregiones la cifra fue aún menor: 20% de los psiquiatras y 13% del personal de enfermería en América del Sur; y 22% y 19%, respectivamente, en el Caribe no latino.

**Cuadro 4.4. Porcentaje de profesionales de salud mental que recibieron capacitación en servicio en intervenciones psicosociales durante un mínimo de dos días, por subregión y a nivel regional**

Subregión	Psiquiatría %	Medicina general %	Enfermería %	Trabajo social, terapia ocupacional, psicología %	Otros %
América Central, México y el Caribe latino	33	32	24	26	34
Caribe no latino	22	13	19	14	9
América del Sur	20	13	13	18	17
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>19,3</b>	<b>18,7</b>	<b>19,3</b>	<b>20</b>

## Capacitación en salud mental infantil

Los hallazgos con respecto a este ítem fueron análogos al anterior, con porcentajes ligeramente menores (ver cuadro 4.5). En América Central, México y el Caribe y en América del Sur solo 19% y 15% de los psiquiatras, respectivamente, contaron con tal capacitación, y en el Caribe no latino, 24%. Las cifras correspondientes al personal de enfermería son aún menores: en América Central, México y el Caribe latino y en el Caribe no latino 15% de los enfermeros/as recibieron capacitación en salud mental infantil; y 16% en América del Sur.

**Cuadro 4.5. Porcentaje de profesionales de salud mental que recibieron capacitación en servicio durante un mínimo de dos días en salud mental infantil, por subregión y a nivel regional**

Subregión	Psiquiatría %	Medicina general %	Enfermería %	Trabajo social, terapia ocupacional, psicología %	Otros %
América Central, México y el Caribe latino	19	40	15	17	6
Caribe no latino	24	5	15	8	3
América del Sur	15	17	16	13	6
<b>Total</b>	<b>19,3</b>	<b>20,7</b>	<b>15,3</b>	<b>12,7</b>	<b>5</b>

Como conclusión podemos decir que si bien las tres áreas de capacitación son consideradas prioritarias y relevantes para el desarrollo de los profesionales que trabajan en salud mental, los niveles de implementación a nivel regional son bajos. En términos generales, se observa un cierto predominio de la capacitación destinada a los psiquiatras.

## Asociaciones de usuarios y familiares

El rol de la sociedad civil, las comunidades en general y las asociaciones de usuarios y familiares en particular, es crucial en el ámbito de la salud mental, con posibilidades muy variadas que van desde la participación en las discusiones y decisiones sobre las políticas, planes y legislaciones y la evaluación de la calidad de los servicios, hasta la misma prestación de los servicios.

Lamentablemente, la participación de estos actores en la Región es aún muy limitada e incluso inexistente. Sin lugar a dudas, es un área que requiere mayor esfuerzo y apoyo para su desarrollo, lo que podría implicar algún tipo de inversión por parte de los gobiernos, si bien los costos de estas iniciativas no son necesariamente altos. También es fundamental la comprensión de los profesionales de la salud mental para estimular, motivar y empoderar a estos grupos de actores.

En América Central, México y el Caribe latino, cuatro países informaron tener asociaciones de usuarios y seis de familiares, aunque expresaron la necesidad de apoyo financiero para realizar sus acciones. En América del Sur, aunque la mitad de sus países dijeron tener asociaciones de usuarios y seis de ellos asociaciones de familiares, solo en dos (Brasil y Chile) el gobierno apoya financieramente a estas organizaciones; mientras que en un tercero, Argentina, algunas recibieron cierto apoyo gubernamental, aunque no se brindan detalles.

Una situación también deficiente se informó en el Caribe no latino, donde el movimiento es incipiente, pues solo un país informó tener una asociación de usuarios y dos países una de familiares. Es importante resaltar, sin embargo, que en algunos de los países o territorios de esta subregión existen ONG y otras instituciones que dan algún tipo de soporte para enfermos mentales.

En término de número de miembros, el Caribe no latino cuenta con 15 personas en asociaciones de usuarios y 39 en asociaciones de familiares; América Central, México y el Caribe latino, 5.603 y 4.459; y América del Sur, 12.946 y 10.356, respectivamente. Desafortunadamente, la participación de estos grupos en la elaboración de políticas o en la prestación de servicios es aún muy limitada en la Región.

# SECCIÓN 5 - EDUCACIÓN DEL PÚBLICO Y VÍNCULOS CON OTROS SECTORES

## Campañas de educación y sensibilización pública sobre salud mental

Casi todos los 34 países y territorios de la Región, en mayor o menor medida, realizan acciones de educación y concientización sobre salud mental con la intervención activa de distintos sectores.

En América Central, México y el Caribe latino, la mayoría de los países cuenta con organismos coordinadores de campañas de educación y sensibilización pública en temas de salud mental (70%). Por lo general, se suman otros actores como organismos gubernamentales, agencias internacionales y organizaciones no gubernamentales, incluidas las asociaciones de profesionales y fundaciones privadas. Las acciones están dirigidas a distintos grupos poblacionales: población general, niños/as y adolescentes, víctimas de desastres y otros grupos vulnerables. Además, se han desarrollado campañas destinadas a grupos profesionales, incluyendo proveedores de atención de salud, docentes, personal de servicios sociales y otros.

Los ocho países de América del Sur que aplicaron el WHO-AIMS informaron que realizan campañas de educación y sensibilización, pero solo Brasil, Paraguay y Perú poseen un organismo coordinador (37,5%). Las campañas están mayormente dirigidas al público general, mujeres, niños/as y adolescentes, grupos profesionales y, en dos países, a los sobrevivientes de traumas. Los temas principalmente tratados son el uso de sustancias y las conductas violentas.

En el Caribe no latino siete países informaron acerca de la realización de campañas de educación pública y sensibilización; otro tanto informó sobre la existencia de instancias de coordinación (43,8%). En algunos países y territorios se involucran organizaciones no gubernamentales, así como asociaciones profesionales y fundaciones. La mayoría de las campañas están dirigidas a la población general, en particular a menores y jóvenes.

El cuadro 5.1 presenta una síntesis de las actividades que las subregiones realizan en el ámbito de la educación pública en salud mental.

**Cuadro 5.1. Educación pública en salud mental, por subregiones**

subregión	Organismo coordinador	Campañas educativas	Población objetivo
Caribe no latino	43,8%	Todos los países realizaron algún tipo de campaña	Población general, niños/as y adolescentes
América Central, México y Caribe latino	70%	Todos los países realizaron algún tipo de campaña	Población general, mujeres, niños/as y adolescentes, víctimas de desastres, otros grupos vulnerables y grupos de profesionales
América del Sur	37,5%	Casi todos los países realizaron algún tipo de campaña	Población general, mujeres, niños/as y adolescentes, grupos de profesionales, sobrevivientes de traumas

## Disposiciones legislativas y financieras para las personas con trastornos mentales

La información proporcionada por los 34 países o territorios muestra que es absolutamente infrecuente la existencia de disposiciones que faciliten el acceso a un empleo y a la vivienda, y que aseguren la no-discriminación en el ámbito laboral para las personas con discapacidad mental, tal como lo requieren las convenciones internacionales. En muchos países existen en papel, sin necesariamente traducirse a la práctica, y además tienen diferentes alcances (ver cuadro 5.2).

En Centro América, México y el Caribe latino, la mayoría de los países cuentan con disposiciones que obligan a los empleadores a contratar un porcentaje de personal con discapacidades, salvo en Guatemala, Haití y Honduras. Por otra parte, las disposiciones legislativas para prevenir la discriminación en el ámbito laboral existen en seis países, pero no se implementan. No existen disposiciones relativas a la disponibilidad de residencias y planes de vivienda subvencionados por el estado, excepto en México, donde existen algunas de estas opciones, aunque con un grado precario de implementación.

Tampoco es favorable la situación en los países del Caribe no latino. En ninguno de los países existen disposiciones legislativas respecto al empleo, excepto en Turcas y Caicos, aunque no se aplican. De los países y territorios, solo dos tienen disposiciones sobre no-discriminación en el trabajo, Montserrat, pero sin ponerlas en efecto, y Turcas y Caicos, donde la disposición existe y se implementa. En cuanto a vivienda, solo Trinidad y Tabago y Turcas y Caicos cuentan con previsiones legislativas para personas afectadas por trastornos mentales severos, pero solo se aplican en el primero.

No es más favorable la situación en los ocho países de América del Sur que aplicaron el WHO-AIMS. Solo cuatro cuentan con disposiciones referidas al empleo y la protección contra la discriminación laboral, y tres con respecto al acceso a la vivienda. En uno de los países (Perú), existen disposiciones legislativas no implementadas referidas a empleo y vivienda; en otro (Chile), tales disposiciones son tan solo de tipo financiero.

**Cuadro 5.2. Porcentaje de países con existencia de disposiciones legislativas referidas a empleo, vivienda y medidas antidiscriminatorias, por subregiones**

Subregión	Empleo	No-discriminación	Vivienda
Caribe no latino	6,3%	12,5%	12,5%
Centro América, México y Caribe latino	70%	60%	20%
América del Sur	50%	50%	12,5%

## Vínculos con otros sectores

Con respecto a este ítem, en general, se observa que a nivel regional la relación con muchos sectores con los cuales salud mental podría coordinar acciones para facilitar el logro de sus objetivos es limitada, excepto con otras instancias del sector salud y, en menor medida, con el sector educación. Esta insuficiencia en la vinculación con otras áreas (como justicia, trabajo, vivienda, protección social y otros) limita el desarrollo de las acciones de promoción de la salud mental y de prevención.

En los países de América Central, México y el Caribe latino, el WHO-AIMS encontró que los vínculos existen de manera más extensa, tal como se mencionara antes, dentro del propio sector salud. En siete países, salud mental se relaciona con instancias de atención primaria de la salud y de abuso de sustancias; y

en seis con VIH/sida, salud reproductiva y salud de niños/as y adolescentes. En cinco países aparecen sectores como educación, protección social, justicia y otros.

En cuanto al sector educación, solo 6% del total de las escuelas tienen un profesional de salud mental asignado (dentro de un amplio rango que oscila entre 0,7% y 16%); cabe mencionar también que los programas de promoción y prevención son limitados. Sectores claves como la policía y la justicia están desatendidos en lo que respecta a educación en temas de salud mental dirigida a sus miembros, con la excepción de Cuba, donde entre 51% y 80% participaron en actividades educativas sobre salud mental en los cinco años precedentes al WHO-AIMS. El 60% de los países de la subregión informaron no contar con policías que hayan participado en tales actividades o la proporción de los mismos era inferior al 20%. Por otro lado, 70% de los países tampoco cuentan con jueces que hayan participado en capacitaciones o no superan el 20% del total.

En cuanto a los países del Caribe no latino, los hallazgos no fueron muy diferentes. Las instancias programáticas de salud mental de todos los países y territorios colaboran con otros actores institucionales dentro y fuera del sector salud pero no de manera uniforme. Más frecuentemente lo hacen con atención primaria de la salud (dentro del sector salud), seguido por los sectores de protección social y justicia (13 países). Sólo la mitad de los países colaboran con otros programas o sectores, tal como VIH/sida, salud de jóvenes y menores o educación. En cuanto a este último sector, solo 15,5% de las escuelas tienen asignados profesionales de salud mental. Sin embargo, hay mayor cobertura en lo relativo a programas de promoción y prevención: más de la mitad de los países y territorios cuentan con ellos. Tal como ocurre en otras subregiones, se ha dedicado poca atención a la capacitación de policías (solo en siete países y territorios) o de jueces (solo en cuatro).

No muy diferente fue el informe de los ocho países de América del Sur. Los vínculos en esta subregión son más frecuentes dentro del sector salud; luego, aunque en menor grado, con el sector de educación; y en tercer lugar con la policía y la justicia. El promedio subregional del porcentaje de escuelas que cuentan con profesionales de salud mental es 18%, aunque dos países no cuentan con información al respecto. Por otro lado, solo 20% de los policías participaron de actividades educativas en salud mental, mientras que solamente un país sobrepasa esta proporción en lo que respecta a jueces (21%–50%). El 25% de los países no cuentan ni con policías ni con jueces participando de dichas actividades.

## Vínculos con el sistema penitenciario

Otro tema de particular importancia evaluado en esta sección se refiere al vínculo con el sistema penitenciario, teniendo en cuenta que la población reclusa puede tener un alto riesgo de padecer trastornos mentales.

En general, el grado de cobertura es variado y limitado, no cubriendo las necesidades de salud mental de ese grupo poblacional. En América Central, México y el Caribe latino, 50% de los países informan que tan solo 1%–20% de las prisiones tienen este servicio, y el restante 50% presenta variabilidad en sus resultados, desde ninguna prisión hasta todas las prisiones con tal servicio.

En cuanto a los países del Caribe no latino, 87,5% de los países y territorios informaron que ofrecen servicios especializados en todas las prisiones, mientras que el restante 12,5% informa que ofrece servicios de salud mental en 1%–20% de las prisiones.

Finalmente, en América del Sur, 50% de los países informan que sólo 1%–20% de las prisiones cuentan con servicios especializados en salud mental; 25% tienen cobertura de estos servicios en 51%–100% de las prisiones; y por último, otro 25% (dos países, Argentina y Ecuador) no tenían datos precisos al respecto.

# SECCIÓN 6 - MONITOREO E INVESTIGACIÓN

## Sistemas de información

Este componente clave del sistema de salud mental, cuyo objetivo es proporcionar datos para una toma racional de decisiones, es paradójicamente deficitario. Los sistemas de información en muchos de los 34 países y territorios aún no cuentan con todos los instrumentos y elementos necesarios para el análisis.

El WHO-AIMS reveló que la información recogida es parcial en la mayoría de los 34 países y territorios. En muchos casos solamente se registran datos sobre el número de camas en las instituciones psiquiátricas y no sobre las hospitalizaciones involuntarias. La falta de datos sobre admisiones involuntarias o medidas restrictivas puede obstaculizar la mejora en materia de derechos humanos. Otras veces se conoce el número de usuarios pero no el número de contactos que cada usuario ha establecido con el respectivo servicio.

No obstante el déficit en los sistemas de información, es importante destacar que cierta información fluye desde los niveles periféricos a los centrales, particularmente la enviada desde los hospitales psiquiátricos al nivel central, lo cual, por lo general, es la regla en casi todos los países. La información que emana de los hospitales generales es menor y la de los servicios ambulatorios es variada. Cabe señalar que aún cuando la información fluye desde esos tres tipos de servicios, no todos los datos requeridos por el WHO-AIMS son accesibles (ej. con respecto a usuarios a los que se les prescribió contención física). Sin embargo, es posible distinguir algunas diferencias entre las subregiones en lo que respecta a la circulación de información entre los distintos dispositivos y el nivel central.

En América Central, México y el Caribe latino, 72 de los 83 hospitales psiquiátricos públicos existentes informan sobre diagnóstico, estancia, ingresos y número de camas, pero nada en relación a parámetros que permitan evaluar posibles trasgresiones a los derechos humanos de las personas internadas; por ejemplo, sobre usuarios restringidos físicamente o aislados (solo dos hospitales ofrecen esta información) o sobre ingresos involuntarios (ninguno lo hace). Aún más insuficientes son los datos suministrados por los dispositivos ubicados en los hospitales generales. En cuanto a la proporción de servicios ambulatorios que colectan información, 79% lo hacen sobre usuarios tratados, 83% sobre número de contactos y 72,7% sobre diagnósticos.

Una situación análoga fue identificada en el Caribe no latino en cuanto a la proporción del tipo de dispositivos que informan sobre sus actividades. Casi 37% de los servicios ambulatorios, 42% de los servicios de internación en los hospitales generales y 58% de los hospitales psiquiátricos ofrecen información regularmente. Al igual que en Centroamérica, se suelen informar los diagnósticos, pero son pocos los países que informan sobre el número de admisiones involuntarias, mientras que solo tres países informan sobre el número de personas internadas y que fueron contenidas físicamente o aisladas. En cuanto a los servicios ambulatorios, 55% informaron sobre el número de usuarios tratados, 43% sobre el número de contactos y 60% sobre los diagnósticos.

En América del Sur el porcentaje promedio de hospitales psiquiátricos que proveen información al gobierno con respecto al número de camas, ingresos, diagnósticos y estancia es de 64%. En cuanto a los hospitales generales, 51% de los mismos ofrecen información regularmente a sus propias autoridades ministeriales. Por otro lado, 65% de los servicios ambulatorios proveen información acerca del número de usuarios, contactos y diagnósticos realizados. En lo específico de los servicios ambulatorios, 68% poseen datos sobre el número de usuarios tratados, 69% sobre el número de contactos y 68% sobre los diagnósticos de los usuarios tratados.

Cabe mencionar que en la mayoría de los países está aún vigente el sistema de financiación de los hospitales psiquiátricos que otorga el presupuesto de acuerdo al número de camas disponibles. Los hospitales se ven entonces obligados a proveer regularmente determinados datos para poder recibir también de manera regular el correspondiente presupuesto.

**Cuadro 6.1. Porcentaje de existencia de sistemas de información, por tipo de dispositivo de atención y por subregión**

Subregión	Tipo de dispositivo		
	Hospitales psiquiátricos %	Hospitales generales %	Servicios ambulatorios %
Caribe no latino	58	42	37
América Central, México y el Caribe latino	77	34,5	83,3
América del Sur	64	51	65
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>42,5</b>	<b>61,8</b>

El cuadro 6.1 presenta los porcentajes o la proporción de dispositivos de servicios de salud mental que coleccionan y proveen datos dentro de los sistemas oficiales de información en los países (agrupados por subregiones).

## Investigación

Por lo general esta área de acción es limitada en todas las subregiones.

En América del Sur, en particular Argentina, Brasil, Chile y Perú, se realizan activamente investigaciones en salud mental sobre temas variados (en el caso de Argentina se desconoce el número exacto de publicaciones realizadas en las diez provincias participantes y más aún en las excluidas por el informe nacional). Revistas locales e internacionales dan a conocer regularmente esos estudios. Muchas de las investigaciones han generado información que sirve de apoyo al desarrollo de programas y servicios. Los tres países mencionados en primer término gozan de políticas explícitas o indirectas de fomento de la investigación.

Solo tres países del Caribe no latino (Belice, Guyana y San Kitts y Nevis) ofrecieron información clara en este ámbito. De acuerdo a los datos suministrados, en los cinco años precedentes al estudio, 11 de los 95 artículos registrados en la base de datos PubMed correspondían a salud mental (11,6%).

En Centro América, México y el Caribe latino, aproximadamente 13% de todas las publicaciones en salud corresponden a publicaciones de salud mental. Un país carecía de información al respecto (Honduras).

Finalmente, es importante señalar que en muchos de los países de las tres subregiones la escasa actividad de investigación observada está frecuentemente promovida por la industria farmacéutica privada. Existen, además, estudios publicados en medios de pobre difusión, con poco alcance y un impacto muy limitado.

# CONCLUSIONES

Cada una de las evaluaciones WHO-AIMS de los países y territorios concluye con comentarios y recomendaciones tendientes a mejorar el estado de sus respectivos sistemas de salud mental. A lo largo de este Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe se han hecho también comentarios relativos a cada componente del WHO-AIMS, los que se retoman a continuación, a modo de cierre. Cabe señalar que, si bien los estudios fueron ejecutados en su mayoría antes de que la Estrategia y plan de acción de salud mental (12) fuera adoptada por los Estados Miembros de la OPS, este informe presenta una línea de base necesaria para trazar un punto de partida y evaluar los avances.

El WHO-AIMS fue diseñado para medir, por lo menos en parte, el grado de implementación de las diez recomendaciones generales del Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, de la OMS (15). En términos generales, podemos afirmar que el nivel de desarrollo de las seis grandes áreas investigadas en las respectivas secciones está caracterizado por grandes progresos, pero al mismo tiempo se evidencian falencias y necesidades que todavía no encuentran respuesta en los sistemas existentes. La diferencia entre países, y aún entre territorios dentro de un mismo país, es significativa.

En un intento por resumir la situación regional, podemos resaltar lo siguiente:

- Si bien la mayoría de los países y territorios cuenta con políticas y planes de salud mental, alrededor de un tercio aún no posee esta herramienta. Del mismo modo, un tercio de los países y territorios no tiene leyes específicas de salud mental, y otro tanto tiene leyes muy antiguas, que no han incorporado aún importantes tratados y convenciones internacionales sobre protección de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.
- Con respecto a la situación financiera, 73% de los países destina entre 1% y 5% del presupuesto de salud a la salud mental. Por otro lado, de los veintisiete países con hospitales psiquiátricos, veinte destinan más del 50% del presupuesto de salud mental únicamente a dichas instituciones; y catorce de esos veinte destinan más del 80%.
- La situación respecto a la organización de los servicios de salud mental no es homogénea en la Región. Algunos países han podido desarrollar, total o parcialmente, experiencias positivas e innovadoras y cuentan con opciones válidas y viables para satisfacer las necesidades diversas que presentan las personas con problemas de salud mental y sus familiares. Por otro lado, muchos países aún tienen un sistema altamente centralizado, donde la respuesta está concentrada en los hospitales psiquiátricos, con un desarrollo escaso o nulo de los servicios de atención a nivel primario o secundario.
- El rol de la atención primaria en el ámbito de la salud mental es bastante limitado. La capacitación y/o formación (de pre-grado y post-grado) en temas de salud mental que recibe el personal de APS (profesionales médicos, enfermeros/as, entre otros) es escasa. Como consecuencia la capacidad resolutoria es reducida y, en términos generales y con las debidas excepciones, no existen mecanismos consolidados, sistemáticos y viables de referencia y contra-referencia.
- Desde el punto de vista de los recursos humanos existentes, hay una gran disparidad entre países. Un fenómeno común observado es que, donde el hospital psiquiátrico está en la base del sistema, la mayor parte de los recursos disponibles se encuentran también concentrados allí, dejando poca disponibilidad para el desarrollo de servicios en la comunidad. En algunos casos, el grado de capacitación y responsabilidad otorgado al personal de enfermería ha podido suplir – de manera altamente positiva – la falta inicial de personal médico.

- En general, si bien existen relaciones de colaboración intersectorial, en la mayoría de los países dichas relaciones son esporádicas y responden a necesidades o demandas específicas. Asimismo, si bien en algunos países y territorios la sociedad civil (en particular las asociaciones de usuarios y familiares) está organizada y se presenta como un interlocutor válido a la hora de discutir políticas y planes o evaluar servicios, en otros, dichas asociaciones son casi inexistentes o aún muy débiles.
- Finalmente, uno de los elementos que la misma ejecución del WHO-AIMS puso en evidencia es la falta de información sobre cuestiones de salud mental. En muchos casos los datos son inexistentes o de difícil acceso. Por otro lado, con la excepción de algunos pocos países, la investigación en salud mental es también muy limitada.

La disparidad entre países y el hecho de que existan modelos avanzados de sistemas de salud mental en países más ricos o más pobres, con más o menos recursos, nos permite conjeturar que es una cuestión de tiempo, y que si bien queda aún mucho por recorrer, las bases y las potencialidades existen para seguir progresando.

Por último, los hallazgos del WHO-AIMS requieren respuesta. Parte de esta respuesta puede encontrarse en las recomendaciones para mejorar los sistemas de salud mental de los países de toda la Región, aprobadas por los Estados Miembros en el 49.º Consejo Directivo de la OPS/OMS (septiembre-octubre 2009), las cuales justamente responden a los resultados de la información recogida por el WHO-AIMS. Dichas recomendaciones fueron reformuladas operativamente en el documento Marco de referencia para la Implementación de la Estrategia Regional de Salud Mental (14).

Tenemos la firme convicción de que se cuenta ahora con los instrumentos científico-técnicos y con la voluntad política y la participación social necesarios para lograr los cambios deseados en los programas y servicios de salud mental. La situación actual en el seno del colectivo de salud mental como resultado de todas estas oportunidades abre a los países y territorios una nueva etapa en el desarrollo de sus acciones. La línea de base trazada con el WHO-AIMS permitirá seguir de manera más precisa ese proceso.

# REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental (WHO-AIMS, Versión 2.1). Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/WHOAIMS\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf) y [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=445&Itemid=1106&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=445&Itemid=1106&lang=es).
2. Organización Mundial de la Salud. ATLAS de Salud Mental 2011. Ginebra: WHO; 2011. Disponible en inglés en: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html).
3. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2008. Santiago, Chile: Naciones Unidas; 2009. Disponible en: [http://websie.eclac.cl/anuario\\_estadistico/anuario\\_2008/docs/ANUARIO2008.pdf](http://websie.eclac.cl/anuario_estadistico/anuario_2008/docs/ANUARIO2008.pdf).
4. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos. Santiago, Chile: Naciones Unidas; 2010. Disponible en: [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/39438/LCL3216\\_CEP2010.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/39438/LCL3216_CEP2010.pdf).
5. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Población, Envejecimiento y Desarrollo. Trigésimo Período de Sesiones. San Juan de Puerto Rico; 2004. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/15126/DGE-2235-SES30-16.pdf>.
6. Rodríguez J et al, eds. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Serie de manuales y guías sobre desastres No. 7. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
7. Pan American Health Organization. Mental Health and Psychosocial Support in Disaster Situations in the Caribbean. Washington, DC: PAHO; 2012. Disponible en: [http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1647&Itemid=1](http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=1647&Itemid=1).
8. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, eds. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud . Washington, DC: OPS; 2009.
9. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto de Salud Mental, Discapacidades y Rehabilitación. Mortalidad por Suicidio en las Américas. Informe Regional. Washington, DC: OPS; 2010. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Mortalidad%20por%20suicidio%20en%20las%20americas.pdf>.
10. Organización Panamericana de la Salud. Resolución del Consejo Directivo CD40.R19. Washington, DC: OPS; 1997.
11. Organización Panamericana de la Salud. Resolución del Consejo Directivo CD43.R10. Washington, DC: OPS; 2001.
12. Organización Panamericana de la Salud. Resolución del Consejo Directivo CD 49.R17 Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington, DC: OPS; 2009. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=es).
13. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington, DC: OPS; 2009. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD\\_MENTAL\\_final\\_web.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf).

14. Organización Panamericana de la Salud. Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional en salud mental. Washington, DC: OPS; 2011. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18051&Itemid=1497](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18051&Itemid=1497).
15. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: WHO; 2001. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf).
16. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Disponible en: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>.
17. Programa “De Vuelta para Casa”. Portal Brasil. Disponible en: [http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/programas-y-campanas/programa-de-vuelta-para-casa-1/br\\_model1?set\\_language=es](http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/programas-y-campanas/programa-de-vuelta-para-casa-1/br_model1?set_language=es).
18. Organización Mundial de la Salud. Conjunto de guías sobre políticas y servicios de salud mental (Mental health policy and service guidance package). Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/essentialpackage1/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html); o en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=197%3Amental-health-policy&catid=1169%3Ade-mental-health-technical-documents-&Itemid=1106&lang=es](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=197%3Amental-health-policy&catid=1169%3Ade-mental-health-technical-documents-&Itemid=1106&lang=es).

**El Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (conocido como el WHO-AIMS, por sus siglas en inglés), es un instrumento y una metodología que la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado, utilizada en casi todos los países de América Latina y el Caribe. La Organización Pan Americana de la Salud ha estimulado y colaborado activamente con 34 países y territorios para su uso, así como en el análisis y diseminación de los resultados.**

**Este informe es un resumen de esos resultados, una comparación entre países, sus logros así como los desafíos aún por resolver, en un esfuerzo común de asegurar una atención apropiada a las necesidades de salud mental de sus poblaciones.**

