

IESM-OIMS

IESM-OIMS

INFORME SOBRE

LOS

SISTEMAS DE SALUD MENTAL

EN

**CENTROAMÉRICA Y
REPÚBLICA DOMINICANA**



**Organización
Mundial de la Salud**



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*



IESM-OMS

INFORME

SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL

EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

Informe sobre la evaluación de los sistemas de salud mental en los países de Centroamérica y República Dominicana usando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)

2009



Esta publicación fue producida por el Proyecto de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud, con el apoyo del Equipo de Evidencias e Investigación del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS (sede central de Ginebra, Suiza).

Coordinación y revisión técnica del Informe:

Dr. Jorge Rodríguez, OPS/OMS

Dr. Víctor Aparicio, OPS/OMS

Dr. Shekhar Saxena, OMS

Dr. Jodi Morris, OMS

Dr. Thomas Barrett, Universidad de Denver (EEUU)

Para cualquier información adicional puede contactar a:

- 1. Víctor Aparicio, Asesor Sub-regional de Salud Mental (OPS/OMS). Correo electrónico: apariciv@pan.ops-oms.org*
- 2. Jorge Rodríguez, Coordinador del Programa de Salud Mental OPS / OMS. Correo electrónico: rodrigo@paho.org*
- 3. Shekhar Saxena, Sede Central de la OMS, correo electrónico: saxenas@who.int*

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2009

Todos los derechos reservados. OPS/OMS

ISBN:

Impreso en Panamá

Índice

1. Reconocimientos	7
2. Presentación	8
3. Introducción	9
4. Metodología	11
5. Información sociodemográfica	13
6. Análisis de resultados	14
7. Limitaciones	31
8. Conclusiones	32
9. Recomendaciones	34

Reconocimientos

Este proyecto fue realizado por varios equipos técnicos nacionales con la participación de diferentes instancias de los Ministerios de Salud y con la colaboración técnica de las oficinas de OPS/OMS en los países así como del Programa Regional de Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). También recibió apoyo del Equipo de Evidencia e Investigación del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (OMS en Ginebra). Este informe no hubiera sido posible sin la colaboración de:

- Los consultores, puntos focales, de salud mental, de la OPS/OMS en cada país; Roberto Del Aguila (OPS/OMS Costa Rica), Gerardo Alfaro, Selma Zapata y Jacqueline Gernay (OPS/OMS República Dominicana), Amalia Ayala (OPS/OMS El Salvador), José Adan Montes (OPS/OMS Guatemala), Raquel Fernandez (OPS/OMS Honduras), Silvia Narvaez (OPS/OMS Nicaragua), En Panamá, los asesores sub-regionales de la OPS trabajaron en el informe de país (Jorge Rodriguez y Víctor Aparicio).
- Los profesionales nacionales responsables de la recopilación de datos: Marcos Calderón (Costa Rica), Ramona Torres e Ivonne Soto (República Dominicana), Arturo Carranza (El Salvador), Jose Antonio Flores (Guatemala), Héctor Murcia (Honduras), Carlos Manuel Fernandez (Nicaragua) y Yamileth Gallardo (Panamá).
- El Programa Regional de Salud Mental de OPS/OMS: Jorge Rodriguez, Víctor Aparicio y Matt Sumner.
- El equipo de la Universidad de Denver (Colorado-EEUU): Tom Barrett, Renee Boeck y Abigail Wolfe.
- OMS/Sede Central en Ginebra: Shekhar Saxena, Jodi Morris, Grazia Motturi, Annamaria Berrino y Patricia Esparza.

El Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS-IESM o WHO AIMS por sus siglas en inglés) ha sido conceptualizado y desarrollado por el Equipo de Evidencia e Investigación del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con profesionales de dentro y fuera de la OMS. El equipo de OMS-IESM incluyó a Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena (Coordinador), Tom Barrett, Antonio Lora, Mark van Ommeren, Jodi Morris y Grazia Motturi.

Para cualquier información adicional, refiérase a IESM-OMS (OMS, 2005) en el siguiente sitio web:

http://www.who.int/mental_health/datosprobatorios/WHO-AIMS/en/index.html

Este proyecto recibió ayuda financiera del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) (perteneciente a los Institutos Nacionales de Salud) y del Centro para Servicios de Salud Mental (de la Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y Salud Mental [SAMHSA por sus siglas en inglés]) de los Estados Unidos de América, de la Autoridad de Salud de la Region de Lombardia en Italia, del Ministerio de Salud Pública de Bélgica, y del Instituto de Neurociencias, Salud Mental y Adicciones, así como los Institutos Canadienses de Investigación en Salud.

Presentación

El Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (WHO AIMS) es una herramienta y metodología que ha sido desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para recopilar información esencial sobre los programas y servicios de salud mental. Actualmente este instrumento se está aplicando, con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la mayoría de las naciones de América Latina y el Caribe.

El intenso trabajo desarrollado, de conjunto con las autoridades nacionales, en Centroamérica y la República Dominicana permitió concluir el proceso evaluativo en toda la subregión. Este documento resume la información descriptiva de los sistemas de salud mental de los siete países y proporciona una línea de base confiable para documentar las mejoras y avances en el futuro.

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; también a nivel regional y subregional tenemos una visión más precisa que permitirá orientar la colaboración técnica a este nivel. La OPS ha expresado claramente el compromiso de cooperar con los Estados Miembros para la reestructuración de la atención en salud mental y este ejercicio evaluativo es un paso esencial en ese proceso.

Los trastornos mentales representan el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe. Un sistema de salud mental eficiente es vital para poder reducir esta elevada carga que se traduce en morbilidad, mortalidad y discapacidad; así como para cerrar la alta brecha en términos de personas enfermas que no están recibiendo ningún tipo de tratamiento.

Una conclusión importante del informe a la cual me quiero referir especialmente es que los sistemas de salud mental, en la mayoría de los países evaluados, no responden satisfactoriamente a las necesidades de la población. Los hospitales psiquiátricos continúan siendo –en gran medida– el eje de la atención en salud mental, absorbiendo esas instituciones una proporción considerable de los recursos disponibles. El desarrollo del componente salud mental en la Atención Primaria es aún limitado y los trabajadores a ese nivel no tienen la capacidad resolutoria necesaria para afrontar este tipo de problemas. Sin embargo también hay experiencias positivas en la subregión que nos pueden servir de ejemplo de lo que se puede hacer en este 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 por el apoyo brindado a la iniciativa. Esta evaluación no hubiera sido posible sin el soporte de las Representaciones de OPS/OMS en los países, así como la cooperación sistemática del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud. También vaya el reconocimiento a otros muchos actores que jugaron un papel relevante en los países.

El desafío ahora es transformar esta evaluación en una herramienta de trabajo para la planificación e implementación de nuevas acciones. El objetivo final es la consecución de mejoras genuinas en las vidas de aquellas personas que padecen trastornos mentales en la subregión centroamericana.

José Luis Di Fabio
Gerente
Área de Tecnología, Atención de Salud e Investigación
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Introducción

La situación de la salud mental en Centroamérica y República Dominicana es compleja y ha estado afectada históricamente por una serie de factores sociales y políticos. La historia de la sub-región ha estado marcada por múltiples eventos traumáticos tales como desastres naturales y sangrientos conflictos armados; estos eventos han afectado a las personas y a las comunidades dejando heridas psicosociales permanentes, así como han contribuido a la disfunción familiar y a la discapacidad laboral. El impacto de estos eventos se intensifica por el hecho de que han ocurrido y continúan ocurriendo en un contexto de marcada pobreza. Estas condiciones adversas sumadas a la exclusión social de los grupos indígenas y poblaciones rurales, perpetúan un ciclo vicioso de pobreza y sufrimiento. La frecuencia de los trastornos mentales aumenta inversamente al estatus socioeconómico, y estos dificultan los esfuerzos por parte de los grupos de la población más vulnerables para romper el ciclo de la pobreza.

La creciente carga de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe se ha convertido en un problema demasiado relevante como para ser ignorado. Una revisión realizada por la OPS (2005) de los estudios epidemiológicos más relevantes sobre los trastornos mentales, en los últimos 15 años 2004, reveló una prevalencia media anual estimada de 1% para psicosis no afectivas, 4.9% para depresión mayor y 5.7% para abuso o dependencia de alcohol. Pero la brecha de tratamiento, es decir la proporción de personas con enfermedades mentales que no reciben ningún grado de atención es muy alta; más de un tercio de las personas con psicosis no afectiva, más de la mitad con trastornos de ansiedad y tres cuartas partes con abuso o dependencia de alcohol, no recibieron ningún tipo de atención en salud mental en los servicios especializados, ni en los servicios generales de salud.

En 1990, se estimaba que los trastornos mentales y neurológicos representaban un 8.8% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe, en términos de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Para el año 2002, esta cifra se había más que duplicado llegando a alcanzar el 22.2%.

A pesar de esta situación, los sistemas de salud mental en la mayoría de los países de Centroamérica y República Dominicana están muy lejos de satisfacer las necesidades actuales. Los hospitales psiquiátricos en muchos de estos países continúan siendo, en gran medida, el eje de la atención en salud mental, absorbiendo estas instituciones una proporción considerable de los recursos dedicados a la salud mental. La participación de la Atención Primaria en Salud (APS) en la provisión de servicios de salud mental es limitada. Además, los profesionales de la APS no tienen la capacitación adecuada para manejar los problemas psicosociales en forma efectiva.

El *Informe sobre la Salud en el Mundo-2001* denominado *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* abordó, basado en pruebas científicas, el enorme impacto que los trastornos mentales representan en la carga global de enfermedad. Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó, en octubre del 2008, el *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés)*. Este programa ofrece un conjunto claro y coherente de actividades para ampliar y mejorar la atención de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.

La OPS/OMS ofrece apoyo técnico a la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe en especial para el desarrollo de políticas y planes nacionales de salud mental y la reestructuración de los servicios de salud mental. La Declaración de Caracas (1990),

las Resoluciones del Consejo Directivo de la OPS/OMS (1997 y 2001) y la Conferencia de Brasilia (2005) son ejemplos de documentos programáticos de soporte y guía a estos esfuerzos.

Este proceso evaluativo representa un paso importante dentro de la estrategia regional de cooperación técnica de la OPS/OMS en el campo de la salud mental. El informe resume la información más relevante concerniente a los países centroamericanos de habla hispana y la República Dominicana. Los datos se presentan para todas las secciones del instrumento IESM-OMS: política y marco legislativo, servicios de salud mental, salud mental en la atención primaria, recursos humanos, educación sanitaria y vínculos con otros sectores y monitoreo e investigación.

Metodología

El Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS)

El Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) fue desarrollado con el fin de proporcionar una herramienta para que los países puedan monitorear sus sistemas de salud mental. Este instrumento de la OMS recoge información esencial sobre el sistema de salud mental de un país o región con el objetivo proporcionar una línea base para monitorear el cambio e impulsar la mejoría de los sistemas de salud mental. Para los fines del instrumento IESM-OMS, un sistema de salud mental se define como el conjunto de estructuras y actividades cuyo propósito principal es promover, mantener o restaurar la salud mental. El IESM-OMS está dirigido principalmente a evaluar los sistemas de salud mental en países de bajos y medianos ingresos, pero es también una valiosa herramienta de evaluación para los países de altos ingresos.

Las 10 recomendaciones para promover mejoras en los servicios de salud mental que fueron descritas en el *Informe sobre la Salud en el Mundo - 2001* constituyen la base del instrumento IESM-OMS. Este instrumento evalúa los componentes claves de los sistemas de salud mental e identifica sus principales debilidades y fortalezas. El IESM-OMS se estructura en 6 secciones con 28 subsecciones y 155 ítems. Todas las secciones deben ser evaluadas con el fin de tener un panorama completo de un sistema de salud mental.

Los datos se recopilan a nivel nacional, departamental/provincial/distrital y local (centro, unidad o servicio). Se utilizan todas las fuentes relevantes con el fin de maximizar la exactitud de la información.

Los hallazgos del instrumento IESM-OMS se pueden utilizar para abogar por reformas de salud mental, para desarrollar planes y programas, para monitorear el cambio y para evaluar el progreso.

La recopilación de datos:

El trabajo comenzó en 2005 con un primer taller celebrado en Managua (Nicaragua), donde se presentó el instrumento IEMS-OMS y se analizó su aplicación en Nicaragua, El Salvador y Guatemala. Los respectivos Ministerios de Salud dieron su consentimiento para el estudio y comprometieron su apoyo. Subsiguientemente, se presentó el instrumento a otros países centroamericanos y cada país aceptó participar en este proyecto.

El siguiente paso fue capacitar a un equipo técnico de cada país en la aplicación del IESM-OMS. El equipo estaba compuesto por un profesional nacional contratado por la OPS/OMS, el/la coordinador/a nacional de salud mental del Ministerio de Salud y el consultor de salud mental de la Representación de la OPS/OMS en el país. Cuando fue necesario, los países incluyeron a otros especialistas o personal. El profesional a cargo de compilar la información y aplicar el instrumento IESM-OMS dispuso de seis meses para ejecutar el trabajo. Durante ese tiempo, estuvo regularmente en contacto con el equipo técnico nacional que monitoreó y orientó el proceso.

Al finalizar la fase de recolección de datos, se celebró un taller nacional para analizar y validar los resultados. Directivos y trabajadores del sector salud, así como de otras organizaciones y sectores examinaron y discutieron los datos obtenidos. Los datos posteriormente se compilaron y resumieron en informes analíticos de país que fueron publicados conjuntamente por la OPS/OMS y el Ministerio de Salud respectivo.

El personal del Programa Regional de Salud Mental de la OPS y del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en la sede central de la OMS en Ginebra (Suiza) revisaron los datos de cada país; en esta etapa se identificaron algunas inconsistencias y posibles errores, lo que sirvió para que los equipos nacionales revisaran y corrigieran la versión final del documento. Además, el Ministerio de Salud respectivo aprobó la información antes de la publicación. Sin embargo, se hace notar que como la OPS y la OMS no son directamente responsables de la recopilación de datos, no pueden confirmar de forma independiente la total exactitud de los mismos.

Los datos de Nicaragua, Guatemala y El Salvador se recopilaron en el 2005, de Panamá y la República Dominicana en el 2006 y de Honduras y Costa Rica en el 2007. Los datos están basados en la suministrada por el sector público, es decir, de los Ministerios de Salud e instituciones de la Seguridad Social de cada país. En la mayoría de los países no se pudo recopilar la información del sector privado. En este informe, no se incluyen aquellos epígrafes del instrumento cuando la mayoría de los países no pudieron recopilar la información mínima necesaria sobre los mismos.

Información Sociodemográfica

La tabla 1 resume varios aspectos sociodemográficos de los países y se destacan algunos aspectos de cada país; Guatemala es el país con mayor número de habitantes y también con la más alta proporción de población indígena, predominantemente de origen maya. El Salvador tiene la mayor densidad de población (332 habitantes por Km²) en la subregión y Panamá tiene la población más envejecida (5.9% de la población tenía más de 65 años de edad en el 2005).

Guatemala y Honduras tienen la menor esperanza de vida y Costa Rica y Panamá la más elevada. La renta per cápita más baja corresponde a Honduras y Nicaragua.

Tabla 1 – Datos sociodemográficos

Países	Población 2007	Esperanza de vida 2007	Nivel de alfabetización (> 15 a.) (%)	Renta per cápita ajustada por poder adquisitivo (\$) 2005
Guatemala	13.354.000	70.3	69.1	4410
El Salvador	6.857.000	71.9	80.6	5120
Nicaragua	5.603.000	72.9	76.7	3650
Panamá	3.343.000	75.5	93.1	7310
Honduras	7.106.000	70.2	80	2900
República Dominicana	9.760.000	72.2	87	7150
Costa Rica	4.468.000	78.8	94.9	9680

Análisis de resultados

Sección 1 - Política y Marco Legislativo

En esta sección se evalúa la información en relación a la actualización más reciente que han hecho los países de sus políticas, planes y legislación sobre salud mental así como de los programas de salud mental para situaciones de desastres y emergencias. La Tabla 2 muestra que todos los países tienen un plan de salud mental lo que implica un avance y expresa un grado de compromiso con el tema salud mental. Aún cuando había cuatro países que no tenían una política explícita de salud mental, los planes de salud mental a menudo tienen un marco general que aborda la política en este tema. En ocasiones no está claramente delimitado la diferencia entre política y plan. Sin embargo, lo positivo es que de esos cuatro países, tres (Guatemala, El Salvador y Panamá) que no mostraban actualizada su política de salud mental ya la han desarrollado.

También se evidencia que la mayoría de los países tienen programas actualizados de protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias.

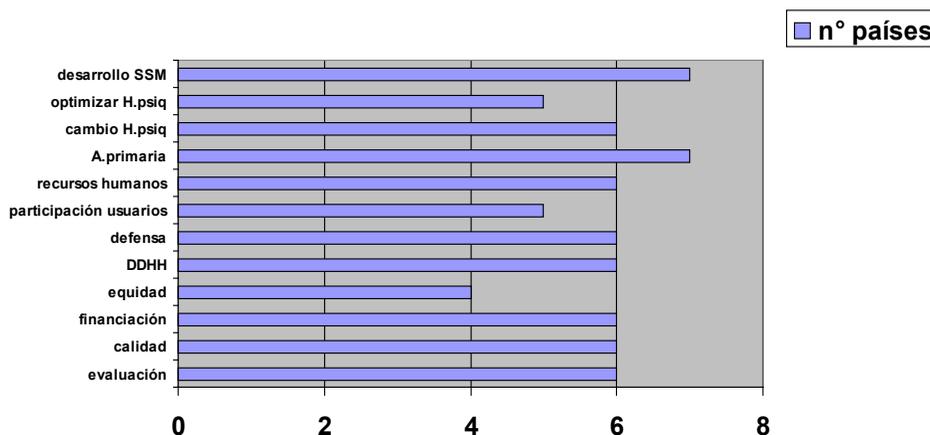
Tabla 2 – Planes y legislación para cada país

	Costa Rica	El Salvador	Panamá	Guatemala	Nicaragua	Honduras	República Dominicana
<u>Año de la última versión de la política de salud mental</u>	2006	NA	NA	NA	NA	2001	2006
<u>Año de la última versión del plan de salud mental</u>	2004	2005	2003	1997	2004	2007	2006
<u>Año de la última versión de un plan de salud mental en desastres/emergencias</u>	NA	2004	2005	2004	2004	2001	2006
<u>Año de la última versión de la legislación de salud mental</u>	1999	NA	2003	NA	NA	1999	2006

NA = No Actualizada (plan con más de diez años de antigüedad o ningún plan existente)

Los planes de salud mental parecen ser bastante amplios e inclusivos, ya que cubren la mayoría de los elementos sugeridos por la OMS (Gráfica 1). Los tres componentes que algunas veces no se abordan en varios de estos países son la reducción de los hospitales psiquiátricos (2 países: Guatemala y Honduras), la participación de usuarios y familiares (2 países: Honduras y El Salvador) y la equidad en la accesibilidad a la atención (3 países: Guatemala, Panamá y Honduras). Honduras fue el país con el menor número de componentes recomendados en su plan de salud mental. Todos los países participantes reportaron la inclusión de los medicamentos psicotrópicos recomendados por la OMS en su lista de medicamentos esenciales.

Gráfica 1. Contenido del plan de salud mental



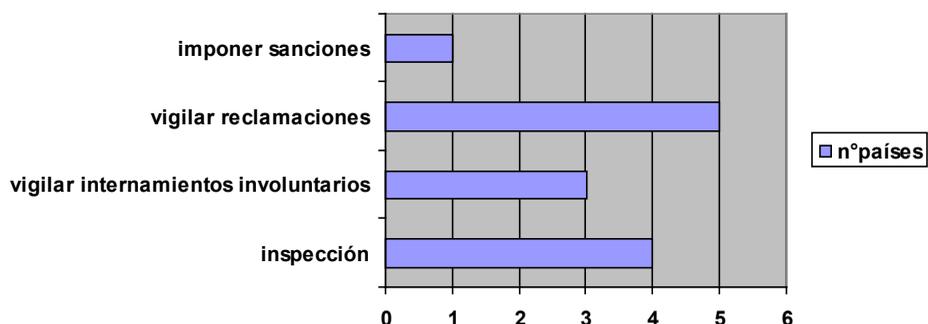
Nota gráfico 1: El desarrollo de los servicios de salud mental se refiere a la organización de servicios de tipo comunitario. La optimización de los hospitales psiquiátricos se refiere a la reducción de los grandes hospitales psiquiátricos. El cambio de los h. psiquiátricos se refiere a desarrollar una atención más integral. La referencia a DDHH es a los derechos humanos.

La Gráfica 2 muestra que la mayoría de los países (5 de 7) tienen algún tipo de institución oficial de auditoría para la protección de los derechos humanos. Estas entidades pueden revisar el internamiento involuntario y los procedimientos para dar de alta en los hospitales psiquiátricos, así como también atienden y revisan reclamaciones y quejas; sin embargo, esto tiene un carácter casuístico y no regular. Estas instituciones denominadas, por lo general, procuraduría de los derechos humanos o defensoría del pueblo, no tienen autoridad ejecutiva para dictar medidas de obligatorio cumplimiento o sanciones, solo en Costa Rica se reportó que el organismo de revisión impone sanciones.

Los dos hospitales psiquiátricos de Costa Rica y uno de los dos de Guatemala, recibieron por lo menos una revisión/inspección externa en el año previo al estudio sobre la protección de los derechos humanos de los pacientes. Esto representa el 27% de los hospitales psiquiátricos de los países evaluados. Ninguna de las unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales y ninguno de los establecimientos residenciales han recibido auditorías externas referidas a la protección de los derechos humanos de las personas internadas.

En los últimos dos años, 6 de los 11 hospitales psiquiátricos habían tenido por lo menos una sesión de capacitación sobre la protección de los derechos humanos de los pacientes. Cuatro de estos hospitales reportaron el 100% de participación del personal en estos cursos. Dos unidades entre las unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales y las de establecimientos residenciales comunitarios tuvieron capacitación en derechos humanos para el personal; estos se encuentran en la República Dominicana. Pero en general se destaca que no hay procesos regulares o sistemáticos de capacitación en el área de derechos humanos para los trabajadores de los dispositivos o servicios de salud mental.

Gráfica 2. Protección de los derechos humanos: funciones de los organismos de derechos humanos



Cinco de los siete países reportaron que los planes públicos de la seguridad social ofrecen cobertura a todos los tipos de trastornos mentales. La República Dominicana reportó una cobertura parcial y Nicaragua reportó no tener cobertura alguna. Costa Rica y Panamá son los únicos dos países que tienen instituciones del Seguro Social que cubren a la mayoría de la población, en el resto de los países la cobertura es muy baja.

Un promedio del 27% de la población total en estos siete países tiene acceso gratuito a medicamentos psicotrópicos esenciales, esto significa que por lo menos el 80% del costo de estos medicamentos estaría cubierto para esa población.

La media del porcentaje del presupuesto de salud asignado a salud mental en estos países es 1,6% por ciento. Existe una brecha importante si se compara con la carga asociada con los trastornos mentales en la carga general de enfermedad (aproximadamente 22% en América Latina y el Caribe). Pero por otro lado, la mayor parte de este presupuesto (75%) está asignado a los hospitales psiquiátricos. Aproximadamente el 90% del presupuesto total de salud mental se dedica a los hospitales psiquiátricos en Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Honduras. Panamá y República Dominicana tienen la mejor situación en este indicador con un 44% y 50%, respectivamente, de su presupuesto de salud mental dedicado a los hospitales psiquiátricos. Ver tabla a continuación (tabla 3)

Tabla 3 – Gastos en Salud Mental

	% del presupuesto de salud asignado a salud mental	% del presupuesto de salud mental dedicado a los hospitales psiquiátricos
Costa Rica	2.9%	67%
Honduras	1.6%	88%
Guatemala	1.4%	90%
Rep. Dominicana	0.4%	50%
Nicaragua	0.8%	91%
El Salvador	1.1%	92%
Panamá	2.9%	44%
<i>Promedios</i>	1.6%	75%

Sección 2 - Servicios de Salud Mental

Todos los países participantes reportaron la existencia de una autoridad nacional de salud mental que proporciona asesoría al ministerio de salud (gobierno) en política/legislación de salud mental y está involucrada en la planificación, el manejo y la coordinación de los servicios así como en el monitoreo y la evaluación de la calidad de la atención de salud mental. Por otra parte, todos los países participantes reportaron la existencia de áreas de atención sectorizadas (o regionalizadas) como una forma de organizar los servicios de salud mental.

Un total de 389.262 usuarios fueron atendidos en establecimientos de salud mental ambulatorios en los siete países participantes, con un promedio de 55.609 usuarios por país. Esto se traduce en una tasa de 803,95 usuarios tratados por 100.000 habitantes.

Tabla 4 – Usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios por cada 100,000 habitantes

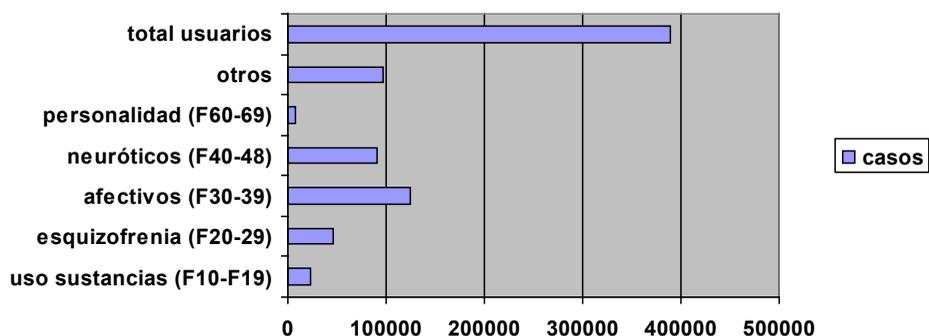
	Costa Rica	Honduras	Guatemala	Rep. Dominicana	Nicaragua	El Salvador	Panamá
Contactos ambulatorios por cada 100,000 habitantes	1916.31	1579.97	781.55	265.53	145.06	627.28	587.83

Seis de los siete países reportaron datos sobre el género de los usuarios de salud mental. De media el 60 % de los usuarios atendidos en los servicios ambulatorios de salud mental fueron mujeres. El 6% de los usuarios atendidos en los establecimientos ambulatorios de salud mental tenían 17 años de edad o menos.

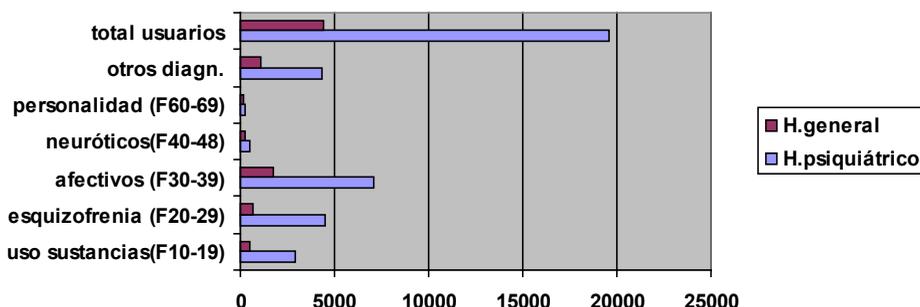
Hubo 995.685 contactos ambulatorios brindados a través de los establecimientos de salud mental ambulatorios en el último año, con un total de 290.001 usuarios atendidos (no se incluyen los usuarios de Guatemala al no conocerse el número de contactos), lo que arroja un promedio de 3.43 contactos por usuario. Estos datos incluyeron a seis de los siete países participantes.

Las Gráficas 3 y 4 muestran que el principal diagnóstico en todos los establecimientos (ambulatorios y de hospitalización) es el de los trastornos del estado de ánimo. El segundo diagnóstico más frecuente varía de acuerdo con cada establecimiento; los trastornos neuróticos en los establecimientos ambulatorios, los trastornos mentales de base orgánica en las unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales y la esquizofrenia en los hospitales psiquiátricos

Gráfica 3. Diagnósticos en servicios ambulatorios



Gráfica 4. Diagnóstico pacientes hospitalizados (hospital psiquiátrico y hospital general)



En la tabla 5 se desglosan los establecimientos o servicios de salud mental por categorías y países. Se destaca que solo 15 de los 343 establecimientos de salud mental ambulatorios (4.4%) son exclusivos para niños y adolescentes. Solamente 31 de los 311 establecimientos de salud mental ambulatorios (9.9%), en seis de los siete países, reportaron que brindan un seguimiento en la comunidad de manera regular a las personas con trastornos mentales atendidas.

De un total de 14 hospitales de día en seis de los siete países participantes, 5 se encuentran en Nicaragua y por otro lado El Salvador no tiene ninguno. En los seis países con hospitales de día, 52.6% de los usuarios atendidos son mujeres. Los usuarios tuvieron una estancia promedio de 66 días en estos establecimientos.

Se reportó un total de 48 unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales en cinco de los siete países participantes; El Salvador y Honduras no reportaron contar con dichas unidades. En Costa Rica se encuentran ubicadas 26 de estas unidades de hospitalización. Hay 399 camas disponibles en estas unidades, lo que representa una tasa de 1,17 camas por cada 100.000 habitantes. De las 27.316 admisiones en las mismas, 56% eran mujeres. Tres países no recopilaban datos acerca del tiempo de estancia en estos establecimientos, en tanto que cuatro países (Panamá, Nicaragua, Guatemala y Costa Rica), de los siete países, sí reportaron esta información. En estos cuatro países los pacientes egresados tuvieron una estancia promedio de 11.4 días en las unidades de hospitalización psiquiátrica de los hospitales generales en el año anterior.

La mayoría de los países participantes reportaron no tener establecimientos residenciales comunitarios. Hay un total de 67 establecimientos residenciales comunitarios distribuidos en 3 países y en la República Dominicana solo hay 1 de estos establecimientos. Hay 1.432 camas en estos establecimientos, lo que representa una tasa de 7,7 camas por cada 100,000 habitantes. Sin embargo al evaluar las características de estos dispositivos reportados se observa que en su mayoría pertenecen al sector privado y reciben básicamente a ancianos con trastornos mentales o personas con discapacidad intelectual.

Hay un total de 2.624 camas en hospitales psiquiátricos, lo que significa una tasa de 5,4 camas por cada 100.000 habitantes. El 48% de los pacientes atendidos en los hospitales psiquiátricos son mujeres. Solo El Salvador y Panamá reportaron información sobre admisiones involuntarias, la cual fue obtenida mediante una muestra analizada en el marco de este estudio. En estos países hubo un total de 2.020 admisiones involuntarias, lo que representa el 42% del total de los internamientos.

En general ninguno de los países disponía de mecanismos regulares de recogida de información sobre las admisiones involuntarias de personas con trastornos mentales en hospitales.

Tabla 5 – Establecimientos de salud mental en cada país

	Hospitales psiquiátricos	Establecimientos ambulatorios de SM	Hospitales de día	Servicios psiquiátricos en hospitales generales	Establecimientos residenciales
Costa Rica	2	38	2	26	35
República Dominicana	1	56	1	9	1
El Salvador	2	49	0	0	0
Guatemala	2	32	2	2	0
Honduras	2	31	1	0	0
Nicaragua	1	34	5	3	31
Panamá	1	103	3	8	0
TOTAL	11	343	14	48	67

La Tabla 6 indica que dos países reportaron un estimado del 20% o más de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos que son sometidos a medidas de restricción física o aislamiento en algún momento de su hospitalización; en dos de los países este renglón se desconoce (Nicaragua y Guatemala). La información es estimada ya que no existen mecanismos regulares para la recopilación de este dato en ninguno de los países.

Tabla 6 – Restricción física y aislamiento en los hospitales psiquiátricos

Porcentaje de pacientes que estuvieron físicamente restringidos o en aislamiento en los hospitales psiquiátricos por lo menos una vez en el último año						
	Más del 20%	11-20 %	6-10%	2-5%	0-1%	Se desconoce
Número de países	2 Costa Rica Panamá	1 República Dominicana	1 El Salvador	1 Honduras	0	2 Nicaragua Guatemala

Hay 64 establecimientos residenciales específicamente para personas con problemas de abuso de sustancias en seis de los siete países participantes. En cuatro países que tienen datos disponibles, hay un total de 1.861 camas en establecimientos residenciales específicamente para personas con problemas de abuso de sustancias; Panamá reportó no tener dichas camas y la República Dominicana reportó 1.522 camas.

La disponibilidad de por lo menos un medicamento psicotrópico de cada categoría terapéutica fue reportada en los 11 hospitales psiquiátricos (100%), en 37 de las 48 unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales (77%) y en 221 de los 343 establecimientos de salud mental ambulatorios (64.4%).

Seis países reportaron que los usuarios del medio rural están significativamente menos representados en el uso de los servicios ambulatorios en comparación y tan solo Costa Rica reportó que los usuarios rurales están casi igualmente representados.

La Tabla 7 muestra que en relación con el tiempo promedio de consulta con un psiquiatra, en casi todos estos países hay diferencias significativas entre los establecimientos de salud del gobierno y los establecimientos de salud con fines de lucro.

Tabla 7 — Diferencias entre los establecimientos de salud mental administrados por el gobierno y los establecimientos de salud mental con fines de lucro

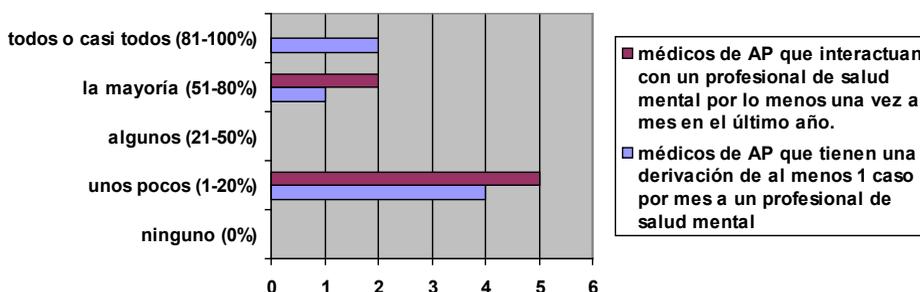
Aspecto evaluado	En general, una diferencia significativa (más de 50%)	
	SÍ	NO
Duración promedio de la lista de espera para una cita ambulatoria psiquiátrica inicial no considerada de urgencia	<ul style="list-style-type: none"> Nicaragua Honduras R. Dominicana Costa Rica 	<ul style="list-style-type: none"> Panamá Guatemala El Salvador
Número promedio de minutos de una consulta ambulatoria con un psiquiatra	<ul style="list-style-type: none"> Panamá El Salvador Nicaragua Honduras R. Dominicana Costa Rica 	<ul style="list-style-type: none"> Guatemala

Sección 3 - Salud Mental en la Atención Primaria

Los protocolos de evaluación y tratamiento para problemas claves de salud mental no están disponibles en los centros de atención primaria que cuentan con médico en cuatro de los países, están disponibles en el 20% o menos de estos centros en Guatemala y El Salvador y en el 51-80% de los mismos en Costa Rica.

La Gráfica 6 muestra que en la mayoría de los países, pocos médicos de atención primaria tienen una referencia por mes a un profesional de salud mental y pocos médicos de atención primaria interactúan mensualmente de manera regular con profesionales de salud mental. Los países con la mayor interacción entre médicos y profesionales de salud mental son Costa Rica y Panamá

Gráfica 6. Derivaciones e interacción entre médicos de atención primaria y los profesionales de salud mental



Los médicos de atención primaria de salud están autorizados a prescribir medicamentos psicotrópicos en todos los países participantes; sin restricciones en cuatro de los países participantes y con restricciones en tres de los países. La accesibilidad a los medicamentos psicotrópicos es un problema importante en la mayoría de los países centroamericanos y la República Dominicana.

La Tabla 8 muestra que la mayoría de los centros de atención primaria de seis de los países no tienen suficiente cobertura de medicamentos psicotrópicos.

Tabla 8 – Disponibilidad de psicotrópicos para los pacientes en centros de atención primaria de salud que cuentan con un médico.

Centros de atención primaria de salud que cuentan con un médico en los que está disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada categoría en el establecimiento o en una farmacia cercana durante todo el año.					
	0 %	1-20 %	21-50%	51-80%	81-100%
Número de países	2 Nicaragua Guatemala	2 Honduras República Dominicana	2 Panamá El Salvador	0	1 Costa Rica

La Tabla 9 muestra la proporción (%) de horas dedicadas a temas relacionados con psiquiatría y salud mental en los programas de pregrado en las Escuelas de Enfermería y Medicina. En las escuelas de enfermería el promedio para los siete países es 6,5% y en las de medicina el 3,3% del total de horas dedicadas a la formación. Resulta evidente el insuficiente número de horas dedicado a la salud mental en la formación de médicos y enfermeras.

Tabla 9 – Formación de pregrado en salud mental en las Escuelas de Enfermería y Medicina

País	Proporción (%) de horas dedicadas a temas relacionados con psiquiatría y salud mental en los programas de formación en el pregrado universitario	
	Escuelas de Enfermería.	Escuelas o Facultades de Medicina
Costa Rica	9	3
República Dominicana	4	3
El Salvador	4	7
Guatemala	3	1
Honduras	7	5
Nicaragua	7	2
Panamá	12	2
Promedio	6,5	3,3

La Tabla 10 muestra que muy pocos médicos, enfermeros y personal de Atención Primaria en Salud están recibiendo capacitación / actualización considerando un estándar mínimo de 16 horas anuales de entrenamiento en salud mental. El Salvador y Dominicana tienen el mayor número de médicos recibiendo esta capacitación/actualización con 16 y 12 % respectivamente. Guatemala no dispone de información al respecto. De cualquier manera es evidente que se hace necesario, en todos los países, desarrollar programas regulares de capacitación en salud mental para el personal de la APS.

Tabla 10 – Proporción de médicos, profesionales de enfermería y personal de APS con por lo menos dos días de capacitación en psiquiatría/salud mental en el último año.

País	Personal de APS		
	% de médicos	% de enfermeros	% de personal no médico ni enfermero
Costa Rica	3	Se desconoce	Se desconoce
R. Dominicana	12	0	39
El Salvador	16	13	15
Guatemala	Se desconoce	Se desconoce	Se desconoce
Honduras	4	2	Se desconoce
Nicaragua	4	0	0
Panamá	7	Se desconoce	Se desconoce
Media	7,7	3,8	18

Los protocolos de evaluación y tratamiento no están disponibles (0%) en ninguno de los centros de APS que no cuentan con un médico en cuatro de los países (Costa Rica, Panamá, Nicaragua y Honduras) y solo están disponibles en el 1-20% de dichos centros en dos de los países (El Salvador y Guatemala). La República Dominicana no tiene esta información.

El Salvador fue el único país que reportó que los enfermeros de atención primaria de salud tienen autorización para prescribir y/o continuar la prescripción de medicamentos psicotrópicos, aunque con restricciones. Los otros seis países reportaron no tener autorización.

Cinco países reportaron que los centros de atención primaria de salud con médico no interactuaban usualmente con personal que ofrece procedimientos curativos alternativos ó tradicionales (por lo menos una vez en el último año). Tan solo Panamá y Nicaragua reportaron que algunos centros (1-20%) si interactuaban con dicho personal. Cinco países reportaron que sus centros de atención primaria de salud que no cuentan con médico no interactuaban con estos profesionales por lo menos una vez en el último año y un país reportó tener algunos centros (1-20%) que interactuaban con dichos profesionales. Los siete países reportaron que los establecimientos de salud mental no interactuaban con personal que ofrece procedimientos curativos alternativos ó tradicionales (por lo menos una vez en el último año).

Sección 4 - Recursos Humanos

Recursos humanos: tasas de profesionales de salud mental

La Tabla 11 muestra los índices de psiquiatras, enfermeros y psicólogos por 100.000 habitantes. Hay grandes divergencias entre los países centroamericanos en relación con el número de profesionales de salud mental disponibles; por ejemplo, Panamá tiene la tasa más alta de psiquiatras per cápita (3.46) y Guatemala tiene la tasa más baja (0.57). Existe una diferencia de seis veces entre estos países. Hay una diferencia de nueve veces entre el número de psicólogos en la República Dominicana (3.17) y en Guatemala (0.35).

En una mirada general es evidente que Panamá y Costa Rica muestran los mejores indicadores en términos de recursos humanos dedicados a la salud mental.

Además, existen diferencias en los programas de especialización. Por ejemplo, la residencia de psiquiatría puede variar de 3 a 4 años de acuerdo con el país. En muy pocos países hay formación especializada de psiquiatría infantil. También hay grandes diferencias en la formación de enfermeros ya que los países pueden tener de 2 a 4 niveles profesionales diferentes siendo el más alto el título universitario de licenciatura de enfermería y el más bajo el de auxiliar o asistente de enfermería.

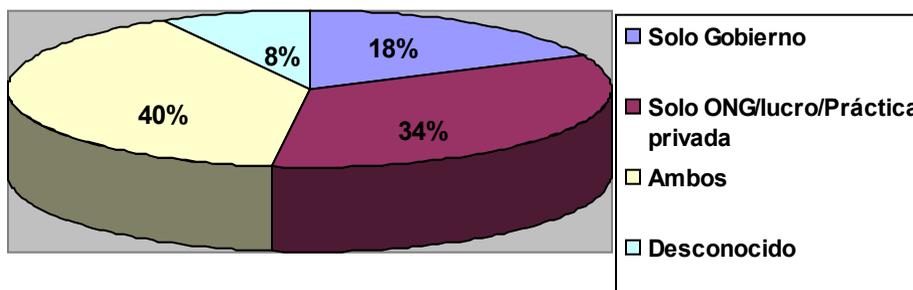
Tabla 11 – Recursos humanos: tasas de profesionales en salud mental por 100.000 habitantes

Pais	Psiquiatras	Psicólogos	Enfermeros
Costa Rica	3.06	1.88	4.13
R. Dominicana	2.07	3.17	1.61
El Salvador	1.39	1.68	2.11
Guatemala	0.57	0.35	1.28
Honduras	0.81	0.77	2.58
Nicaragua	0.90	2.11	1.7
Panamá	3.46	2.99	4.38
Media	1.75	1.85	2.54

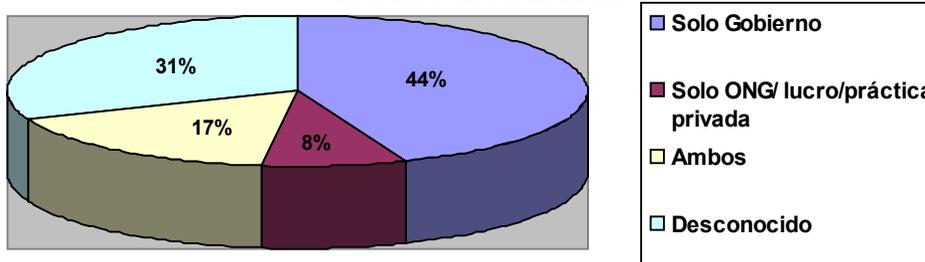
Profesionales de Salud Mental que trabajan en diferentes sectores

Según se evidencia en las siguientes gráficas (7 y 8), la mayoría de los psiquiatras trabajan en el sector privado o en la combinación gobierno-sector privado, mientras que la mayoría de los otros profesionales de salud mental (psicólogos, trabajadores sociales, y otros) trabajan para el gobierno solamente. Los psiquiatras a menudo trabajan en más de un sector (público y privado), y esto puede deberse a la demanda o necesidad de estos profesionales y a la existencia de sueldos bajos que los motivan a buscar empleos o fuentes de ingreso complementarias.

Gráfica 7 - PROPORCIÓN DE PSIQUIATRAS QUE TRABAJAN EN VARIOS SECTORES DE SALUD MENTAL

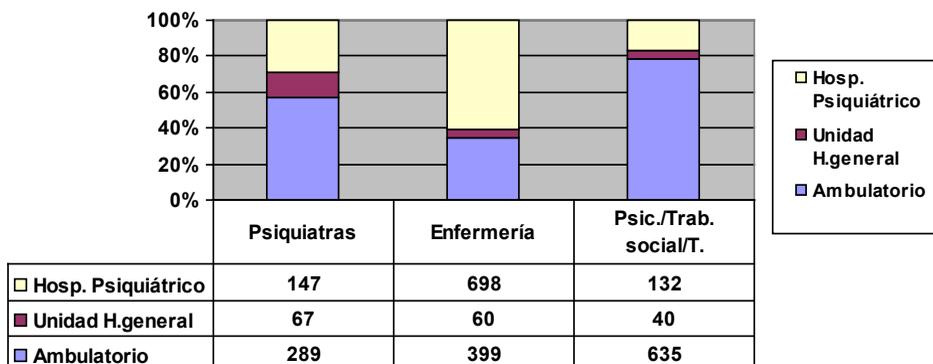


Gráfica 8 - PSICÓLOGOS/TRABAJADORES SOCIALES/ENFERMEROS/TERAPEUTAS OCUPACIONALES QUE TRABAJAN EN VARIOS SECTORES DE SM



La siguiente gráfica (9) muestra que el personal de enfermería labora en mayor proporción en los hospitales psiquiátricos, mientras que los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales están más representados en los establecimientos ambulatorios.

Gráfica 9 - PORCENTAJE DE PERSONAL QUE TRABAJA EN H.PSIQUIÁTRICO/ESTABLECIMIENTOS AMBULATORIOS/UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN EN H. GENERALES

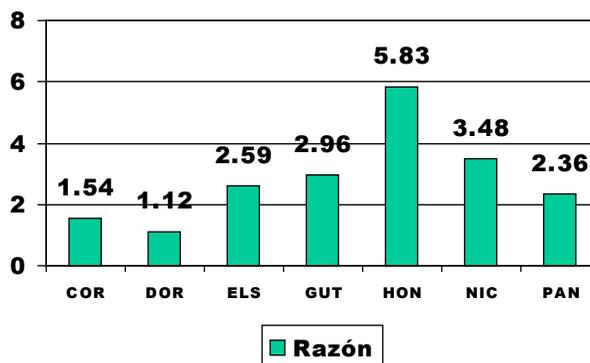


Profesionales de salud mental que trabajan en o cerca de la ciudad más grande de cada país

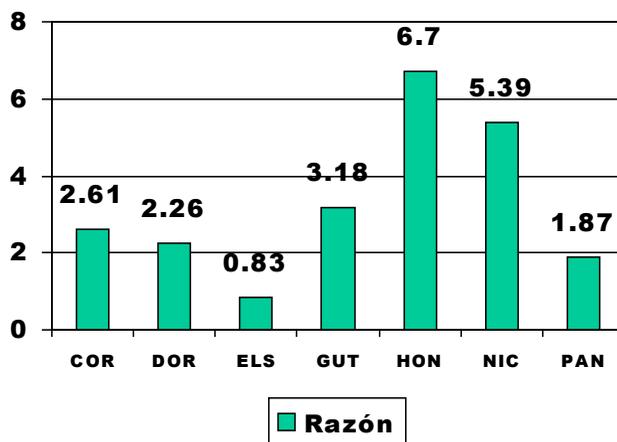
Las Gráficas 10 y 11 demuestran que los recursos humanos se concentran predominantemente en las capitales y las áreas urbanas de los países. Las ratios o cocientes más altas indican los países que tienen una mayor diferencia entre áreas urbanas y rurales (a favor de las primeras).

Los países con la mayor diferencia de psiquiatras y enfermeros entre las áreas urbanas y no urbanas son Honduras y Nicaragua. En Honduras, el número de psiquiatras per cápita es casi seis veces más alto en la ciudad más grande en comparación con todo el país. Los países con la menor diferencia para psiquiatras son la República Dominicana y Costa Rica y los países con la menor diferencia para enfermeros son El Salvador y Panamá.

Gráfica 10. Razón entre la tasa de psiquiatras que trabajan en o cerca de la ciudad más grande por 100,000 habitantes en comparación con el conjunto del país



Gráfica 11. Razón entre la tasa de enfermeros en la ciudad más grande en comparación con la tasa de enfermeros en el conjunto del país



Educación y capacitación

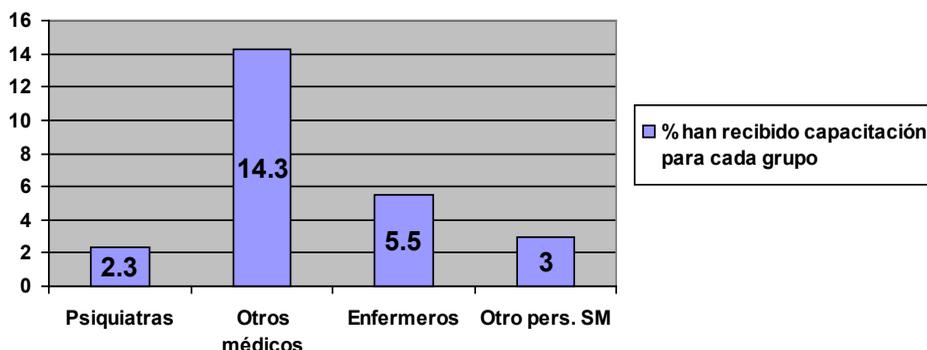
La tasa más alta de médicos graduados corresponde a Costa Rica, República Dominicana y Panamá. El mayor índice de enfermeros graduados corresponde a Costa Rica y Guatemala. El índice más elevado de especialistas de psiquiatría graduados en el último año corresponde a Costa Rica y Panamá.

Tabla 12 – Tasa de profesionales que se han graduado en el último año por 100.000 habitantes según profesión y país

	COR	RD	ELS	GUT	HON	NIC	PAN
Médicos	17.4	15.2	7	2	2.6	4.5	13.3
Enfermeros	9	3.7	2.7	7.1	0.8	4.2	4.5
Psiquiatras	0.1	0.07	0.08	0.04	0.05	0.01	0.15

La gráfica 12 indica que los profesionales que han recibido una actualización en el uso de medicamentos psicotrópicos son sólo una pequeña proporción del total. El grupo de "otros médicos" (14.5%) y de enfermería (5.5%) son los con que tienen más profesionales han tenido en cursos de actualización y los psiquiatras son los que menos han recibido capacitación en este tema.

Gráfica 12 - % PROFESIONALES QUE HAN RECIBIDO 2 DÍAS DE CAPACITACIÓN DE ACTUALIZACIÓN EN EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS EN EL ÚLTIMO AÑO



Migración de psiquiatras

Se calculó que entre 1 y 20% de los psiquiatras emigraron a otros países dentro de los primeros cinco años tras terminar su especialización en 4 de los países centroamericanos. En dos países centroamericanos (El Salvador y Honduras) no se reportó psiquiatras especializados que hayan emigrado a otros países.

Asociaciones de usuarios y asociaciones de familiares

Hay un total de 747 personas con trastornos mentales que son miembros de asociaciones de usuarios y otras 292 están involucrados en asociaciones de familiares en los siete países participantes. El número limitado de asociaciones de usuarios y de familiares constituyen una debilidad del sistema. Los gobiernos de los países participantes no proporcionan apoyo regular a las asociaciones de familias o usuarios en forma de iniciativas financieras o de aportes de recursos.

Sección 5 - Educación sanitaria y vínculos con otros sectores

Educación sanitaria y campañas de sensibilización en salud mental

Cinco de los siete países tienen organismos de coordinación para la educación sanitaria y las campañas de sensibilización en salud mental. Las instancias que promueven los temas de salud mental van desde las agencias internacionales a las instituciones gubernamentales, tales como el Ministerio de Salud o los de educación pública. Las asociaciones profesionales y las fundaciones privadas participan activamente en esta esfera en cuatro de los siete países; dos países indican que se desconoce la participación de las fundaciones privadas y un país indica lo mismo para las asociaciones profesionales.

Disposiciones para la protección legal y social

Nicaragua, Panamá, El Salvador y la República Dominicana tienen disposiciones vigentes que obligan legalmente a los empleadores a contratar un porcentaje de empleados con discapacidades, sin embargo, estas disposiciones legislativas no están implementadas de manera regular en la práctica. Honduras y Guatemala no tienen ninguna disposición legislativa para el empleo de personas con discapacidades. Sin embargo, Costa Rica tiene dichas disposiciones vigentes y se implementan.

Las disposiciones legislativas para prevenir la discriminación en el trabajo a causa de los trastornos mentales existen pero no están implementadas en cuatro de los países participantes. Tres países reportaron que no existen dichas disposiciones.

Las disposiciones legislativas o financieras relativas al alojamiento en residencias financiadas por el sector público y los planes de vivienda subvencionadas para personas con discapacidad mental no existen en ninguno de los países participantes.

Programas de colaboración y vínculos con otros sectores

Todos los países reportaron tener programas de colaboración formal a lo interno del sector salud entre los programas de salud mental y los departamentos o unidades para la atención primaria en salud y abuso de sustancias. En la mayoría de los países (6 de 7) hay vínculos con salud reproductiva y salud de la niñez y adolescencia.

Los programas de vivienda y empleo no estuvieron bien representados, ya que 4 países reportaron no tener programas de colaboración formal con agencias de empleo y 5 países reportaron no tener ninguna relación con agencias o programas de vivienda. Solamente Guatemala y Costa Rica tienen programas de colaboración en todos los sectores señalados.

En los países evaluados ningún establecimiento o servicio de salud mental tiene acceso a programas que brinden o gestionen empleo.

Tabla 13 – Programas de colaboración formal con unidades de salud y no relativos a la salud

Unidad Organizativa de Salud o de otros sectores con el que se colabora	Número de países	
	Sí	No
1. Atención primaria de salud/ salud comunitaria	7	
2. VIH/SIDA	6	1 (Nicaragua)
3. Salud reproductiva	6	1 (Nicaragua)
4. Salud de niños y adolescentes	6	1 (Nicaragua)
5. Abuso de sustancias	7	
6. Protección de la infancia	6	1 (Nicaragua)
7. Educación	5	2 (Honduras y R. Dominicana)
8. Empleo	3	4 (Nicaragua, Honduras, R. Dominicana, y Panamá)
9. Vivienda	2	5 (Nicaragua, Honduras, R. Dominicana, Panamá y El Salvador)
10. Bienestar social	5	2 (Nicaragua y Honduras)
11. Justicia penal	5	2 (Nicaragua y Honduras)
12. Tercera edad	5	Nicaragua, Honduras
13. Otros departamentos/agencias	5	2 (Honduras) (El Salvador no reporta)

El número total de escuelas públicas primarias y secundarias reportadas es de 36.182 de las cuales solo 3.334 disponen a tiempo parcial o completo de algún profesional de salud mental (9%). Esta cifra muestra que la gran mayoría de las escuelas no tienen personal de salud mental asignado. En este indicador Nicaragua y la República Dominicana tienen el porcentaje más alto, 12 y 16%, respectivamente de las escuelas con personal de salud mental asignado.

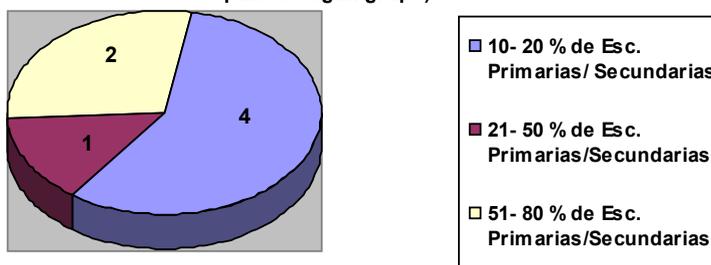
La siguiente tabla muestra la distribución por países.

Tabla 14 – Número de escuelas con profesionales de salud mental por país

País	Número total de escuelas	Número de escuelas con profesionales de salud mental	%
Panamá	3295	24	0.7%
Nicaragua	6946	829	12%
Guatemala	1932	41	2%
El Salvador	6122	31	0.5%
Honduras	desconocido		
R. Dominicana	13860	2264	16%
Costa Rica	4026	145	3.6%
Total	36181	3334	9.21 %

A pesar de no disponer siempre de los servicios regulares de profesionales de la salud mental se reporta la existencia de diferentes modalidades de programas de promoción de la salud mental en escuelas. En dos países (El Salvador y Costa Rica) tienen entre el 51-80% de las escuelas con programas de este tipo. Sólo en un país (Nicaragua) se reporta este indicador como inferior al 20%.

Gráfica 13-PROPORCIÓN DE ESCUELAS CON PROGRAMAS PARA PROMOVER LA SALUD MENTAL Y PREVENIR LAS ENFERMEDADES MENTALES (número de países según grupo)



10-20 % de escuelas primarias/secundarias	21-50 % de escuelas primarias/secundarias	51-80 % de escuelas primarias/secundarias
Nicaragua	Panamá	El Salvador
	Guatemala	Costa Rica
	Honduras	
	República Dominicana	

En la tabla 15 se puede observar el porcentaje de policías que han recibido alguna actividad educativa o de capacitación en salud mental durante los cinco años previos al estudio. Panamá tiene el mayor porcentaje de oficiales de policía en este indicador (51-89%).

Tabla 15 – Porcentaje de policías que han participado en actividades educativas sobre salud mental en los últimos 5 años

%	0%	1-20 %	21-50 %	51-80 %
Países	Guatemala Honduras	Nicaragua El Salvador	R. Dominicana Costa Rica	Panamá

En la tabla 16 se puede observar el porcentaje de jueces y abogados que han recibido alguna actividad educativa o de capacitación en salud mental durante los cinco años previos al estudio. Solo Costa Rica reporta que entre el 21 y 50% de este personal ha participado en actividades educativas de este tipo en los últimos cinco años. En el resto el estimado es mínimo (entre el 1 y 20%).

Tabla 16 – Porcentaje de jueces y abogados que participaron en actividades educativas sobre salud mental en los últimos 5 años

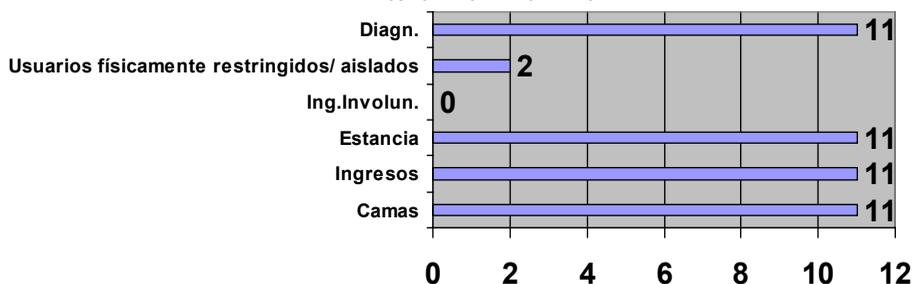
0%	1-20 %	21-50 %	
Honduras	Panamá Nicaragua Guatemala El Salvador R. Dominicana	Costa Rica	

Cuatro de los países participantes reportaron tener pocas instituciones penitenciarias (1% - 20%) con por lo menos un solo preso por mes en contacto terapéutico con un profesional de salud mental, ya sea dentro o fuera de la prisión. Los otros tres países reportaron que entre el 21% y 80% de las prisiones tienen por lo menos un preso por mes en contacto terapéutico con un profesional de la salud.

Sección 6 - Monitoreo y Evaluación

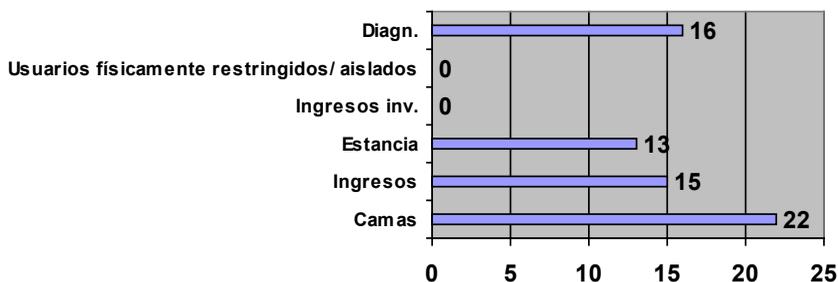
La Gráfica 15 muestra cuántos hospitales psiquiátricos recopilan rutinariamente diversos tipos de información. Prácticamente ningún hospital psiquiátrico recopila, de manera regular, datos sobre el número de usuarios que están físicamente restringidos o aislados y sobre el número de admisiones involuntarias. Sin embargo, todos los hospitales psiquiátricos recopilan datos, sobre el número de camas, las admisiones los diagnósticos y los días de estancia en la institución.

Gráfica 14 - NÚMERO DE HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS QUE RECOGEN Y RECOPILAN RUTINARIAMENTE DATOS POR TIPO DE INFORMACIÓN



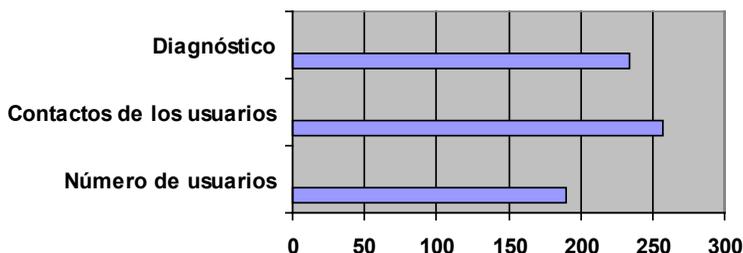
La información sobre admisiones involuntarias y el número de usuarios que están físicamente restringidos o aislados no se recopila en las unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales (Gráfica 15). Al igual que en los hospitales psiquiátricos, este indicador muestra un problema con relación a la protección de los derechos humanos en los servicios de internamiento psiquiátrico.

Gráfica 15 - NÚMERO DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA QUE RECOGEN Y RECOPILAN DATOS POR TIPO DE DATOS



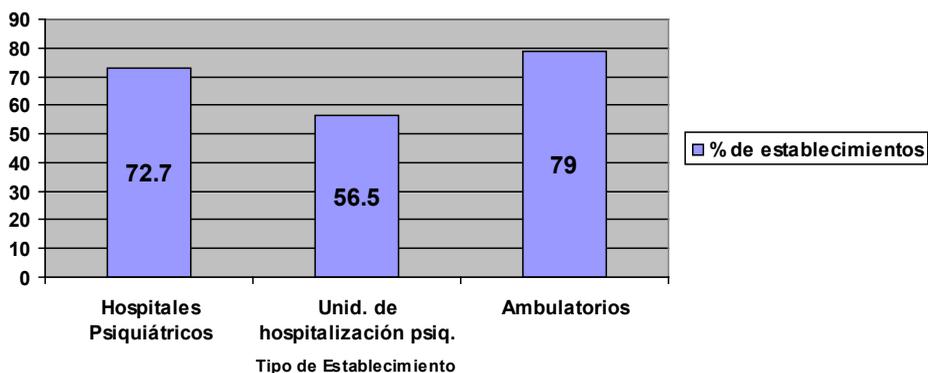
Hay 343 establecimientos de salud mental ambulatorios (cualquier servicio de consulta externa donde se ofreciera atención especializada en salud mental). La mayoría de estos dispositivos recopilan información sobre diagnósticos y el número de contactos de los usuarios. El dato del número de usuarios es más problemático y no siempre confiable.

Gráfica 16- NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS AMBULATORIOS QUE RECOLECTAN Y RECOPILAN DATOS POR TIPO DE INFORMACIÓN



Las unidades ambulatorias y los hospitales psiquiátricos son los establecimientos que transmiten datos e información, en un mayor porcentaje, (más del 70%), a las instancias centrales o nacionales. Sólo un 56,5% de las unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales transmiten información

Gráfica 17 - TRANSMISIÓN DE DATOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS a los servicios centrales



Publicaciones

De acuerdo con los registros de PubMed, solo 31 de las 16.523 publicaciones de salud en Centroamérica y R. Dominicana en los últimos cinco años estuvieron dedicadas a temas de salud mental. Esto representa el 0.18% de las publicaciones, lo cual significa una gran brecha.

Limitaciones

Los siete países participantes tienen limitaciones y deficiencias en sus sistemas de información, lo cual representó una barrera para la recopilación de una óptima información. Es evidente que este es un asunto que necesita ser abordado por los Ministerios de salud de los países en el futuro inmediato.

Aunque se hicieron grandes esfuerzos para recopilar la información más exacta, algunos países no pudieron obtener los datos requeridos para algunos de los ítems. Esto determinó que no fue posible obtener inferencias o conclusiones de aquellos indicadores con poca información o datos no confiables. En algunos casos se trabajó con diferentes fuentes con el fin de obtener la información requerida. Este informe se debe considerar como el análisis de la mejor información disponible en este momento para la OMS/OPS, pero no necesariamente como el punto de vista oficial de los países participantes.

Conclusiones

Los siete países han desarrollado sus sistemas de salud mental en mayor o menor medida de acuerdo a sus condiciones particulares y el grado de prioridad que ha recibido el tema en el campo de las políticas públicas de salud. Se reconoce muy positivamente la existencia de planes nacionales de salud mental en todos los países, lo cual les provee de un marco operativo y estratégico para el desarrollo de los servicios de salud mental; sin embargo el reto parece ser la implementación real de estos planes.

Existen deficiencias en la cartera disponible de servicios de salud mental. El modelo de atención continúa aún muy centrado en el hospital psiquiátrico; la gran mayoría de los recursos se asignan a estas instituciones (casi siempre de modelo asilar) y los servicios de salud mental en hospitales generales, los hospitales de día y los dispositivos residenciales en la comunidad son muy limitados e incluso en algunos países inexistentes.

Se coincide que una estrategia básica debe ser el desarrollo del componente salud mental en la Atención Primaria. Sin embargo, en la práctica la integración de la atención de salud mental en la atención primaria es muy deficiente. Un muy bajo porcentaje de médicos y enfermeros de la APS han recibido un estándar mínimo de capacitación o actualización en salud mental. No hay, por lo general protocolos de atención para los problemas básicos de salud en la APS y la mayoría de los centros del nivel primario no tienen suficientes psicotrópicos disponibles de forma regular durante todo el año.

Un problema relevante está relacionado con los recursos humanos y financieros evaluados como insuficientes y mal distribuidos (una elevada concentración de los recursos disponibles en las ciudades capitales y zonas urbanas). Debe señalarse que Panamá y Costa Rica tienen una situación más favorable en términos de recursos humanos dedicados a la salud mental.

El movimiento de usuarios y de familiares es aún débil y la membresía en estas organizaciones es baja. También la relación con el sector público de estas asociaciones es pobre y su participación efectiva en el diseño e implementación de los planes de salud mental es casi inexistente.

Hay programas de educación y promoción de la salud mental en la mayoría de estos siete países pero la cobertura lograda (en especial de las escuelas públicas) es muy baja. Muy pocas escuelas tienen profesionales de salud mental asignados. Con algunas excepciones, los trabajadores de otros sectores relacionados con la salud mental no han recibido de manera regular información o capacitación en el tema (por ejemplo, policías, jueces y abogados).

En general, existen vínculos entre los programas nacionales de salud mental y otras unidades organizativas del sector salud y con otros sectores. Hay muy pocas investigaciones y publicaciones de salud mental de estos siete países.

En conjunto, ha habido avances en el desarrollo de los sistemas de salud mental en estos países, pero es evidente que todavía queda mucho por hacer. Las prioridades identificadas para los próximos años deben incluir:

1. Fortalecer la implementación de políticas y planes nacionales de salud mental a nivel de país.

2. Mejorar el financiamiento de los programas y de los servicios de salud mental. Modificar la actual estructura de los gastos (centrada en los hospitales psiquiátricos) para que se dediquen más recursos a los servicios ambulatorios de salud mental comunitarios vinculados con la APS.
3. Desarrollar una cartera de servicios más diversa, descentralizada y vinculada a la comunidad; lo cual incluye establecimientos ambulatorios, unidades de hospitalización en hospitales generales, servicios residenciales y otros.
4. Re-estructurar los hospitales psiquiátricos existentes; es necesario reducir la población de enfermos mentales severos de larga evolución en estas instituciones, muchos de los cuales "han vivido" allí durante largos periodos de tiempo.
5. Favorecer la hospitalización de personas con trastornos mentales, cuando sea necesario, en unidades de salud mental de los hospitales generales.
6. Incrementar la capacitación/entrenamiento en salud mental para los trabajadores de atención primaria y aumentar la disponibilidad de los psicotrópicos en los centros de atención primaria.
7. Fortalecer el recurso humano de salud mental, lo cual incluye trabajar en los programas de pre y post grado de profesionales y técnicos de salud mental.
8. Apoyar las organizaciones de usuarios y de familiares, fortaleciendo su participación directa en el diseño e implementación de los Planes de Salud Mental.
9. Continuar trabajando en la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales aumentando la vigilancia sobre las prácticas hospitalarias.
10. Mejorar los sistemas de información.

Recomendaciones

Existen algunos documentos básicos que pueden ayudar a guiar el proceso para reestructurar los servicios de salud mental:

- La Declaración de Caracas
- Las Resoluciones del Consejo Directivo de la OPS/OMS, de 1997 y 2001
- El Informe sobre la Salud en el Mundo - 2001
- Los Principios de Brasilia (2005)
- El Programa Mundial de Acción en Salud Mental (OMS, 2008) (mhGAP)

Las 10 recomendaciones del Informe Mundial de Salud (OMS, 2001) continúan siendo un guía para la acción:

1. Proporcionar tratamiento para los trastornos mentales en la atención primaria
2. Garantizar una mayor disponibilidad de los medicamentos psicotrópicos
3. Brindar atención en la comunidad
4. Educación sanitaria
5. Involucrar a las comunidades, familias y usuarios
6. Establecer políticas, programas y legislaciones nacionales de salud mental
7. Desarrollar los recursos humanos
8. Establecer vínculos con otros sectores
9. Monitorear la salud mental comunitaria
10. Apoyar una mayor investigación

Por otra parte, en noviembre de 2005, la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas” celebrada en Brasilia aprobó los “Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas”. En esta Conferencia, se reiteraron los principales elementos de la Declaración de Caracas (1990) y se hizo notar que los servicios de salud mental se enfrentarían a nuevos retos técnicos y culturales.

Las siguientes son recomendaciones para la acción a corto, mediano y largo plazo en estos países.

A corto plazo:

1. Reformular las políticas nacionales de salud mental que se emplearán como un marco estratégico para los planes operativos y la selección de las prioridades.
2. Garantizar el acceso a los psicotrópicos para la población de bajos ingresos, priorizando la disponibilidad de medicamentos gratuitos o subsidiados en centros de atención primaria y en los servicios ambulatorios de salud mental.
3. Establecer acuerdos entre los Ministerios de Salud y las Oficinas de Derechos Humanos para asegurar que se realicen inspecciones periódicas en especial a los hospitales psiquiátricos y para garantizar que se salvaguarden los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales.
4. Fortalecer y aumentar el número de servicios de salud mental comunitaria y garantizar los recursos humanos y financieros adecuados para ellos.
5. Transferir los recursos de los hospitales psiquiátricos a los servicios y programas de salud mental de base comunitaria.
6. Garantizar la atención de salud mental para niños y adolescentes.

7. Diseñar e implementar un programa de capacitación para los trabajadores de APS que garantice que por lo menos el 80% del personal esté capacitado en el menor tiempo posible.
8. Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y de información.

A mediano-largo plazo:

Política y marco legislativo

1. Proponer las reformas necesarias para actualizar las legislaciones nacionales de salud mental con el fin de que sea consistente con los estándares internacionales actuales.
2. Aumentar el presupuesto dedicado a la salud mental; algunos países como Panamá y Costa Rica han logrado dedicar el 3% de su presupuesto general de salud a la salud mental. Trabajar para modificar también la estructura del gasto en salud mental, para garantizar que se asigne mayor prioridad a los servicios ambulatorios de base comunitaria..

Servicios de salud mental:

3. Descentralizar las consultas de los hospitales psiquiátricos hacia los servicios ambulatorios.
4. Promover la apertura de servicios psiquiátricos en los principales hospitales generales de cada país, especialmente en los hospitales departamentales y regionales.
5. Desarrollar hospitales de día vinculados a los servicios de salud mental ambulatorios o a los servicios psiquiátricos de los hospitales generales.
6. Abrir y fortalecer las unidades forenses para los pacientes con trastornos mentales con conductas criminales o delictivas.
7. Implementar mecanismos y acciones para facilitar la igualdad de acceso de los usuarios a los servicios en las áreas rurales o marginadas y para los grupos poblacionales minoritarios, incluyendo comunidades indígenas y otras minorías étnicas y lingüísticas.

Salud mental en la atención primaria de salud

8. Aprobar e implementar estándares de salud mental y protocolos de tratamiento a los trastornos mentales más comunes en la APS.

Recursos humanos

9. Diseñar un programa para la recalificación de los recursos humanos especializados en la atención de la salud mental; establecer metas a corto, mediano y largo plazo.
10. Establecer estrategias para la asignación de los recursos humanos con el fin de garantizar los servicios de salud mental para las áreas rurales.

Educación sanitaria y vínculos con otros sectores

11. Establecer acuerdos entre los Ministerios de Educación y de Salud para asegurar la contratación gradual de profesionales en salud mental en las escuelas primarias y secundarias y motivar al sector privado a hacer lo mismo. Al mismo tiempo, capacitar a los maestros y personal de APS para que juntos tomen acción para promover la salud mental y reducir la incidencia de los trastornos psíquicos en los niños y niñas..
12. Apoyar a las organizaciones de usuarios y de familiares, así como alentar su participación activa en los planes y programas de salud mental..

Evaluación e investigación

Conformar grupos de trabajo en cada país e inter-países para desarrollar la investigación multicéntrica, asegurando la participación de universidades e instituciones públicas. La investigación debe basarse en las necesidades y prioridades identificadas.

El Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS o WHO-AIMS por sus siglas en inglés) es una herramienta que ha sido desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para recopilar información esencial sobre los sistemas de salud mental de un país o región. La meta final es proporcionar una línea de base para mejorar los sistemas de salud mental y monitorear el cambio.

Los seis países centroamericanos de habla hispana y la República Dominicana aplicaron la herramienta IESM-OMS durante el período 2005 - 2007 para evaluar las condiciones de sus sistemas de salud mental. Los Ministerios de Salud dieron su anuencia para este trabajo y participaron activamente en el mismo. Las representaciones de OPS /OMS en los países, el Programa Regional de Salud Mental de OPS / OMS y el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS brindaron apoyo técnico durante todo el proceso.

Este documento contiene el Informe Final donde se resumen los resultados de la evaluación en los siete países. De su lectura podemos inferir las principales limitaciones y problemas de salud mental que se enfrentan en la subregión. También nos muestra el progreso realizado en el campo de la salud mental en los últimos años así como los desafíos y la factibilidad de reorganizar los servicios de salud mental.