



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

MARCO DE REFERENCIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE SALUD MENTAL





**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

MARCO DE REFERENCIA PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE SALUD MENTAL



Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud.

“Marco de Referencia para la Implementación de la Estrategia Regional en Salud Mental”

Washington, D. C.: OPS, © 2011.

ISBN 978-92-75-33178-1

I Título

1. SERVICIOS DE SALUD MENTAL – legislación y jurisprudencia
2. REGULACIÓN DE ORGANISMOS DE POLÍTICAS
3. PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD
4. PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD
5. LEGISLACIÓN COMO ASUNTO
6. RESOLUCIONES – políticas
7. LEGISLACIÓN SANITARIA

NLM WM 32.DA1

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

©Organización Panamericana de la Salud, 2011. 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.



MARCO DE REFERENCIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL EN SALUD MENTAL

PRÓLOGO

El 49.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) adoptó, el 2 de octubre del 2009, la Resolución sobre la *Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental*. Este acontecimiento marcó un hito histórico para la Región, pues ha colocado claramente la salud mental en la agenda de los gobiernos del continente americano y expresa la voluntad política y técnica para priorizar y continuar impulsando los procesos de cambios necesarios en este campo. Surge claramente la impostergable necesidad de acelerar los tiempos de implementación de las reformas en los países.

Existen condiciones, en el campo de la salud mental, que justifican este llamado a la acción como:

- Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe.
- Las necesidades de salud mental de las poblaciones se tornan crecientes, en especial para los grupos más vulnerables y en condiciones especiales. Se evidencia que no hay poblaciones inmunes a los trastornos mentales, si bien se afectan más quienes tienen menos.
- Existe una importante brecha de tratamiento, es decir una alta proporción de personas con trastornos mentales que no reciben ningún tipo de atención en los servicios de salud.
- En la evaluación de los programas y servicios de salud mental, realizada en un gran número de países, se evidencian las numerosas debilidades de la respuesta que estos ofrecen.
- Las obligaciones adquiridas por los países en el ámbito internacional en materia de derechos humanos, fortalecen la voluntad política de las autoridades nacionales y los comprometen a actuar con firmeza en este campo.

Para la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) también significa un reto importante desde el punto de vista de la cooperación técnica. La nueva *Estrategia* se convierte en la guía para el trabajo en los próximos diez años. El documento técnico que presentamos en este libro es el primer paso para apoyar a los países en este propósito.

El objetivo es proveer a los países con sugerencias y recomendaciones concretas para adaptar y llevar a la práctica, en los contextos nacionales, los elementos fundamentales que se plantean en la *Estrategia Regional*. La *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental* define la visión y el “que hacer” y el *Marco para la implementación* aborda en mayor detalle el “como hacerlo”. Ambos son complementarios y trazan el camino hacia delante en los próximos 10 años a nivel nacional y regional. Es de esperar que el esfuerzo conjunto de muchos actores nacionales y de la cooperación internacional - en un ámbito común de responsabilidad y acción - logre cambiar sustancialmente la respuesta de los sistemas de salud ante la problemática de salud mental.

Este obra fue preparada por un grupo de trabajo integrado por profesionales con experiencia práctica y teórica en el tema; posteriormente fue discutido en la Conferencia Regional de Salud Mental



celebrada en Panamá en octubre del 2010, posterior a la cual fue sometido a un segundo proceso de revisión.

La Conferencia Regional de Salud Mental “20 años después de la Declaración de Caracas” fue una reunión exitosa donde participaron alrededor de 140 personas representando a casi la totalidad de los países de la Región; asistieron profesionales y expertos del campo de la salud mental, funcionarios de los ministerios de salud y otras instituciones públicas, centros colaboradores de OPS/OMS, instituciones académicas, delegados de organizaciones no gubernamentales y organizaciones relacionadas con la defensa de los derechos humanos, así como usuarios y familiares. La composición amplia y heterogénea, pero representativa de las distintas perspectivas de la salud mental, fue precisamente una de las riquezas y fortalezas del evento.

Existen enormes desafíos, pero soy optimista. Cuando miramos hacia atrás, los logros alcanzados son muchos, hay experiencias innovadoras en la Región y muchas lecciones aprendidas. La voluntad política de los gobiernos es creciente. Hemos probado que se pueden vencer los mitos, el estigma, la discriminación y la complacencia con el *status quo*.

Deseo expresar el agradecimiento a todos los que contribuyeron, de manera directa e indirecta, a la construcción del libro y esperamos que este se convierta en una herramienta práctica para quienes planifican e implementan las intervenciones en el campo de la salud mental.

Mirta Roses Periago
Directora



MARCO DE REFERENCIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL EN SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN

La **Estrategia y plan de acción sobre salud mental**¹ para las Américas fue aprobada por todos los ministros de salud de los países del continente durante el 49o. Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud/ (OPS/OMS). La **Estrategia** presenta un abreviado pero minucioso análisis de situación y delimita cinco líneas de trabajo o áreas estratégicas claves, a saber:

1. Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental;
2. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, con énfasis en el desarrollo psicosocial de la niñez;
3. Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de salud. Definición de condiciones prioritarias y ejecución de las intervenciones;
4. Fortalecimiento de los recursos humanos; y
5. Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental.

Estas áreas estratégicas están íntimamente vinculadas entre sí y difícilmente los procesos de reestructuración de los servicios de salud mental puedan ser exitosos si alguna de ellas es excluida de la ecuación de trabajo. Por el contrario, la ejecución de acciones en un área facilita el desarrollo de las otras.

El propósito de este documento es proveer a los países con un marco referencial de trabajo y recomendaciones concretas para implementar la *Estrategia Regional*. El documento consta de cinco capítulos (una por cada área estratégica) donde se dan, en primer lugar, elementos introductorios sobre el tema en cuestión. Posteriormente se plantean propuestas básicas para la acción dirigidas a cumplir con la *Estrategia*. En cada caso se describen los antecedentes que justifican esa propuesta de acción, seguidamente se plantean los objetivos y las recomendaciones para los países, y finalmente se sugieren indicadores para medir el grado de cumplimiento. De esta manera, en los niveles nacional y local, se dispondrá de una gama de opciones sustentadas en bases racionales. Las propuestas de acción se han reducido al mínimo esencial de manera de facilitar las tareas y no abrumar a los ejecutores.

Este documento-marco es una herramienta importante que debe ayudar a los países a alcanzar una mejor comprensión de los principios básicos de la **Estrategia y plan de acción sobre salud mental** y cómo aplicarlos. Los planes nacionales de salud mental pueden nutrirse y apoyarse en muchas recomendaciones y propuestas de acciones específicas, adaptándolas a sus propias condiciones y prioridades. Como corolario, la cooperación técnica de la OPS/OMS se debe alinear con este

1 Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Resolución CD49.17. 49o Consejo Directivo de la OPS/OMS; 2009.



mandato del Consejo Directivo y con las demandas de los países de América Latina y el Caribe. La obra es la resultante de un esfuerzo colectivo y del consenso logrado a lo largo de varios meses de labor. Participaron en su elaboración, como autores de las matrices originales del texto, un grupo de expertos seleccionados con tal fin (ver lista de autores por capítulos). Luego fue sometido a discusión en el marco de la *Conferencia Regional de Salud Mental: “20 años después de la Declaración de Caracas”*, celebrada en Panamá en octubre de 2010. Por último, un segundo proceso de revisión, traducción al inglés y edición final en ambas lenguas (inglés y español), tuvo lugar entre noviembre de 2010 y marzo de 2011.

La Resolución CD49.R17 del Consejo Directivo de la OPS/OMS de octubre de 2009, ofrece recomendaciones claras y precisas a los Estados Miembros y a la propia OPS/OMS. Asimismo, los participantes de la Conferencia Regional de Salud Mental adoptaron por aclamación una declaración final llamada *Consenso de Panamá*² donde se expresan consideraciones y compromisos para la acción inmediata, entre los cuales resalta la idea final: *La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020*. Recomendamos consultar ambos documentos, los cuales se anexan a esta introducción.

La OPS/OMS y el Comité Editorial reiteran el reconocimiento a todos los que participaron, de una manera u otra, en la preparación del documento y confía que sea de utilidad para los países en las acciones de fortalecimiento de sus planes y programas nacionales de salud mental y en los procesos de reestructuración de los servicios psiquiátricos.

2 http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=625&Itemid=353&lang=es



49.º CONSEJO DIRECTIVO
61.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL
Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009

RESOLUCIÓN
CD49.R17

Estrategia y plan de acción sobre salud mental

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora Estrategia y plan de acción sobre salud mental (documento CD49/11);

Reconociendo la carga que representan los trastornos mentales y por abuso de sustancias —en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad— en el mundo y en la Región de las Américas en particular, así como la brecha existente en cuanto al número de personas enfermas que no reciben ningún tipo de tratamiento;

Entendiendo que no hay salud física sin salud mental y que es necesario un abordaje del proceso de salud y enfermedad no solo desde la perspectiva de la atención al daño, sino también desde el ángulo de la protección de los atributos positivos de la salud y del fomento del bienestar de la población; y, además, que desde esta perspectiva de salud pública los factores psicosociales y relacionados con la conducta humana desempeñan una función crucial;

Considerando el contexto y el fundamento para la acción que ofrecen la Agenda de Salud para las Américas, el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 y el Programa de Acción de la OMS para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (mhGAP), donde se refleja la importancia del tema y se definen objetivos estratégicos para el abordaje de la salud mental;

Observando que la Estrategia y plan de acción sobre salud mental se abordan las áreas de trabajo principales y se definen las líneas de cooperación técnica para responder a las diversas necesidades de salud mental de los países,

RESUELVE:

1. Respalda lo establecido en la Estrategia y plan de acción sobre salud mental y su aplicación en el marco de las condiciones especiales de cada país para responder de manera apropiada a las necesidades actuales y futuras en materia de salud mental.





2. Instar a los Estados Miembros:

- a. a que incluyan a la salud mental como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud, mediante la ejecución de planes de salud mental que estén acordes con las diversas problemáticas y prioridades de los países, a fin de mantener los logros alcanzados y avanzar hacia nuevas metas, en especial en lo relacionado con la reducción de las brechas de tratamiento existentes;
- b. a que promuevan el acceso universal y equitativo a la atención de salud mental para toda la población, mediante el fortalecimiento de los servicios de salud mental en el marco de los sistemas basados en la atención primaria de salud y las redes integradas de servicios y continúen las actividades para eliminar el modelo antiguo centrado en los hospitales psiquiátricos;
- c. a que continúen trabajando para fortalecer los marcos legales de los países con miras a proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y para lograr la aplicación eficaz de las leyes;
- d. a que impulsen iniciativas intersectoriales para la promoción de la salud mental, con atención particular en los niños y los adolescentes y para hacer frente al estigma y a la discriminación que sufren las personas con trastornos mentales;
- e. a que apoyen la participación eficaz de la comunidad y de las asociaciones de usuarios y de familiares en actividades destinadas a promover y proteger la salud mental de la población;
- f. a que consideren el fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud mental como un componente clave del mejoramiento de los planes y servicios, mediante la formulación y la ejecución de programas sistemáticos de capacitación;
- g. a que reduzcan la brecha de información existente en el campo de la salud mental mediante el mejoramiento de la producción, análisis y uso de la información, así como la investigación, y con un enfoque intercultural y de género;
- h. a que fortalezcan las alianzas del sector público con otros sectores, así como con organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y actores sociales claves, haciendo hincapié en su participación en la formulación de los planes de salud mental.

3. Solicitar a la Directora:

- a. que apoye a los Estados Miembros en la elaboración y ejecución de planes nacionales de salud mental dentro del marco de sus políticas de salud, teniendo en cuenta la Estrategia y Plan de Acción, procurando corregir las inequidades y asignando prioridad a la atención a los grupos vulnerables y con necesidades especiales, incluidos los pueblos indígenas;

- b. que colabore en las evaluaciones de los servicios de salud mental de los países para lograr que se apliquen las medidas correctivas apropiadas que estén basadas en pruebas científicas;
- c. que facilite la difusión de información y el intercambio de experiencias positivas e innovadoras, así como de los recursos disponibles en la Región, y promueva la cooperación técnica entre los Estados Miembros;
- d. que fomente las alianzas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como con organismos internacionales y otros actores regionales en apoyo a la respuesta multisectorial que se requiere en el proceso de ejecución de esta Estrategia y Plan de Acción.

(Novena reunión, 2 de octubre del 2009)





Consenso de Panamá

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), con el co-auspicio del Gobierno de Panamá, convocó la Conferencia Regional de Salud Mental en la Ciudad de Panamá los días 7 y 8 de octubre del 2010. En ella participaron trabajadores de salud mental de la Región de las Américas procedentes del sector público, autoridades nacionales de salud, representantes de organizaciones defensoras de los Derechos Humanos, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y centros colaboradores de OPS/OMS, así como usuarios de los servicios de salud mental y familiares.

Habiendo notado los participantes:

Que han transcurrido 20 años desde que se celebrara la *Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica*, en Caracas, Venezuela, que marcó un hito histórico en el desarrollo de la atención de salud mental en todos sus aspectos a nivel continental y global.

Que el Consejo Directivo de la OPS/OMS aprobó en 1997 y 2001 sendas Resoluciones donde se solicitaba a los países priorizar la salud mental y se sometían propuestas para la acción.

Que los participantes de la *Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental*, celebrada en noviembre del 2005 en Brasil, adoptaron los *Principios de Brasilia* que advierten sobre los nuevos desafíos técnicos y culturales que se enfrentan en salud mental.

Que la Organización Mundial de la Salud lanzó formalmente en el 2008 el *Plan de Acción Global en Salud Mental (mhGAP)* para reducir las brechas existentes en la atención a los trastornos mentales, neurológicos y relacionados con el abuso de sustancias.

Observando con preocupación:

Que los trastornos mentales y por uso de sustancias psicoactivas (particularmente debido al consumo nocivo de bebidas alcohólicas) representan, por un lado, una gran carga en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad, y por el otro, que existe una brecha de atención importante, lo que significa que un alto número de personas afectadas no acceden a un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Que si bien en las dos últimas décadas muchos han sido los avances logrados por los países, aún persisten serias limitaciones, en cuanto a la implementación efectiva de políticas y planes nacionales de salud mental, así como de legislaciones que sean consistentes con los instrumentos internacionales de derechos humanos.

Que a pesar del apoyo generalizado, a nivel continental, a la Declaración de Caracas y los múltiples esfuerzos realizados en las últimas dos décadas por diversas instancias en los países, las acciones de superación de la hegemonía del hospital psiquiátrico, en el modelo de atención, son aun insuficientes.



Considerando con beneplácito:

Que en septiembre del 2009 el Consejo Directivo de la OPS/OMS aprobó, por primera vez, la *Estrategia y Plan de Acción Regional en Salud Mental (CD49/11)* mediante la Resolución CD40.R17, que ofrece claras y viables guías y pautas para enfrentar la problemática de salud mental.

Que en mayo del 2010, la OMS aprobó, por primera vez, la *Estrategia Global para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol (WHA 63.13)* y el Consejo Directivo de la OPS adoptó en septiembre del 2010, también por primera vez, una *Estrategia Regional sobre el Uso de Sustancias y la Salud Pública (CD50.18)*.

Que las *Estrategias Regionales de Salud Mental y sobre el Uso de Sustancias* armonizan con el *Plan Global (mhGAP)* y la *Estrategia Global para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol*, en particular en lo que refiere a la aplicación de los paquetes básicos de intervención en los servicios de salud basados en la Atención Primaria.

Que en octubre del 2010 el Consejo Directivo de OPS aprobó, por primera vez, una Resolución específica sobre *la Salud y los Derechos Humanos (CD50/R.8)* que establece recomendaciones para proteger los derechos humanos en el contexto de los sistemas de salud.

Que existen muchas experiencias nacionales y locales innovadoras y exitosas, así como que tanto los gobiernos como la sociedad, en general, han adquirido progresivamente conciencia de la importancia sanitaria y el impacto social y económico que significan los problemas relacionados con la salud mental. Llaman a los gobiernos y demás actores nacionales a:

Impulsar la implementación de la *Estrategia y Plan de Acción Regional en Salud Mental* mediante un proceso que debe adaptarse a las condiciones particulares de cada país para responder apropiadamente a las necesidades actuales y futuras en materia de salud mental.

Fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental en todos los países de la Región, de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial en la próxima década.

Reconocer como un objetivo esencial la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad.

Identificar en los escenarios nacionales los desafíos actuales y emergentes que demandan una respuesta apropiada por los servicios de salud mental, en especial la problemática psicosocial de la niñez, adolescencia, las mujeres, así como de grupos poblacionales en situaciones especiales y de vulnerabilidad.

Incrementar la asignación de recursos a los programas y servicios de salud mental y lograr una equitativa y apropiada distribución de los mismos, de manera que exista correspondencia con la carga creciente que representan los trastornos mentales y por el uso de sustancias, entendiendo que la inversión en salud mental significa una contribución a la salud y el bienestar en general, así como al desarrollo social y económico de los países.

**La década del salto hacia la comunidad:
Por un continente sin manicomios en el 2020**

Dado en la Ciudad de Panamá, a los 8 días del mes de octubre del año 2010.





ÁREA ESTRATÉGICA N°. 1

FORMULACIÓN Y EJECUCIÓN DE POLÍTICAS, PLANES Y LEGISLACIONES NACIONALES DE SALUD MENTAL Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD MENTAL

I. INTRODUCCIÓN

El 49° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) aprobó la Resolución CD49.17 del 2 de octubre de 2009 por la cual instó a los Estados Miembros *“a que incluyan a la salud mental como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud, mediante la ejecución de planes de salud mental que estén acordes con las diversas problemáticas y prioridades de los países...”*, y *“a que continúen trabajando para fortalecer los marcos legales de los países con miras a proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y para lograr la aplicación eficaz de las leyes”* (1).

La Resolución respondió a las recomendaciones formuladas en el documento **Estrategia y plan de acción sobre salud mental** (2), que la OPS/OMS sometiera a los Estados Miembros como base de discusión para el citado Consejo Directivo. El documento expresa que la existencia de *“políticas y planes apropiados permite tener una visión amplia y estratégica de la salud mental integrada en las políticas públicas del sector salud y facilita la organización de los servicios sobre la base de un modelo comunitario”*. En cuanto a la legislación sobre salud mental, el documento agrega que *“la legislación proporciona un marco jurídico para promover y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales”*. El documento además enfatiza que, para poder alcanzar esas metas, es necesario cerrar la enorme brecha existente en la Región entre las crecientes necesidades en materia de salud mental de la población y los exiguos recursos presupuestarios asignados, situación agravada por su distribución no equitativa.

Teniendo conciencia de que la ejecución efectiva de las políticas y planes constituye un enorme desafío, en el documento se propone movilizar a toda la sociedad por medio del establecimiento de *“asociaciones eficaces”* (con otras partes involucradas), del *“refuerzo de los compromisos existentes”*, y del *“logro de nuevos aliados”*, tales como los usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares.

De las consideraciones antes expuestas emanan cuatro objetivos operativos:

- Promover la formulación, ejecución y evaluación de las políticas y planes de salud mental, apoyándose en la movilización social como parte indivisible de esas acciones;
- Desarrollar legislaciones acordes con los compromisos regionales e internacionales que los países han ratificado;
- Cerrar la brecha presupuestaria de manera que las inversiones sean conmensurables con la carga de la enfermedad, y reorientar la asignación de los recursos para poder cumplir con la restructuración de la atención psiquiátrica; y



- Crear o fortalecer alianzas en el campo de la salud mental con todas las partes involucradas, tanto internas como externas al sector salud.

II. ANTECEDENTES Y MARCO REFERENCIAL

Política de salud mental y planes nacionales de salud mental

La existencia de políticas y planes racionalmente concebidos, basados en un análisis de la situación de la salud mental del país y congruentes con los marcos generales de las políticas sociales del Estado, facilita la planificación, organización, coordinación y gerencia de los programas y servicios de salud mental. Como resultado, se torna más factible prevenir total o parcialmente la fragmentación de los mismos, aumentar la efectividad de las intervenciones, identificar a los actores claves y cristalizar acuerdos entre ellos. Asimismo, ayuda a asegurar una asignación más apropiada del presupuesto y una mejor distribución del mismo. En otras palabras, los esfuerzos llevados a cabo por la dirigencia de salud mental, tal como sucede en el campo más general de la salud pública, deben estar pautados por un marco racional de decisiones y sancionados merced a un proceso democrático de participación en el cual estén incorporadas todas las partes involucradas, incluyendo, de manera prominente, a los usuarios y familiares (3). En este sentido, y tal como lo señala el documento **Estrategia y plan de acción sobre salud mental**, es durante este proceso de deliberación y formulación participativa cuando se identifican los grupos más necesitados de atención de manera de planificar con equidad.

La política de salud mental, al ser sancionada por las más altas autoridades gubernamentales, deja de ser un documento aislado del ámbito técnico para convertirse en una base estratégica y herramienta de guía de las acciones de carácter nacional. Por lo general, una política de salud mental como marco estratégico se adopta a nivel nacional, aunque en países con estructura federal pueden existir políticas a nivel provincial, estatal o regional, según sea la organización administrativa del país.

Es importante advertir que la necesidad de formular e implementar políticas, planes y programas es tanto mayor cuanto menores son los recursos que dispone un país. Sin embargo, es paradójico encontrar que los países con menos recursos frecuentemente operan sin un plan explícito, ya sea por no haber sido formulado o actualizado, o porque simplemente no se ejecuta. Como el sentido común lo predica, si se desconoce a dónde uno dirige sus pasos, es imposible trazar el mejor plan de viaje y jamás se sabrá si se llegó al destino. Con necesidades abrumadoras, recursos limitados y exigencias de acciones efectivas, el malgasto del tiempo y de los fondos públicos implica una seria violación del compromiso adquirido por el sector de salud mental con la población. Por otra parte, solo la existencia de un plan hace posible informar a la población y a los trabajadores de la salud cuáles prioridades serán atendidas, con qué recursos se contará para hacerlo, cuáles serán las estrategias y acciones a implementar, y en qué áreas se espera su involucramiento.

Es de común conocimiento que los resultados de las acciones de prevención secundaria y terciaria en el marco de las políticas, planes y programas, tienden a mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y sus familiares, a facilitar a los usuarios su inclusión en la comunidad, a mejorar su capacidad laboral, a lograr la disminución de los síntomas de su trastorno, a reducir





la disfunción social y psicológica, a prevenir la comorbilidad física y abuso de sustancias, y a disminuir la mortalidad prematura. Sin cuestionar la bondad de todas esas acciones, el rango potencial de las intervenciones disponibles en salud mental es mucho más amplio (3, 4); no obstante, las acciones de prevención aún permanecen casi o completamente ausentes.

En efecto, en virtud de que el objetivo principal y tradicional de la salud mental, tanto para la sociedad en general como para los profesionales del sector, ha estado dirigido hacia las acciones curativas y solo en parte a las de rehabilitación psicosocial, es habitual encontrar que las políticas, planes y legislaciones soslayan las intervenciones de prevención primaria y de promoción de la salud. Justamente, en razón de la ausencia de tradición en materia de prevención primaria y de promoción de la salud mental, los planes deben posicionarse para incluirlas como prioritarias en la agenda de salud y convertirlas en acciones concretas (ver Área Estratégica N°.2). Es por eso que el documento **Estrategia y plan de acción en salud mental** (1) manifiesta explícitamente: *“Los programas de promoción y prevención de la salud mental son escasos o no han recibido suficiente atención en la Región y no siempre están bien articulados con otros sectores, como el educativo, por ejemplo”*.

Es responsabilidad de los profesionales de salud mental la responsabilidad de socializar su saber en cuanto a la existencia de esas dos áreas de acción en salud mental y, como resultado, aumentar la capacidad de decisión de la población, en general, y de los tomadores de decisión, en particular. Esa capacidad debe estar basada en el conocimiento de los diferentes tipos de intervenciones disponibles, todas ellas producto de la evidencia científica existente o, en su defecto, de buenas prácticas. Debe advertirse que su limitación o ausencia de este tipo de intervenciones implica una seria transgresión por omisión desde la perspectiva de los derechos humanos.

Legislación en salud mental

Además de la política nacional de salud mental y plan nacional de salud mental se añade la legislación sobre salud mental. Esta constituye un componente esencial del cambio cultural del sector salud y de toda la sociedad en relación a la salud mental. En este sentido, cuanto más amplio sea el debate que precede a la adopción de una ley de salud mental en un determinado país (gobierno federal, provincia/estado), tanto mayor es el potencial de que ella se convierta en un poderoso agente de cambio en todos los frentes. Así sucedió en varios países, como, por ejemplo, en Argentina y Brasil, cuando se discutieron los anteproyectos de la ley nacional de salud mental. Las dos leyes fueron con posterioridad aprobadas por los respectivos parlamentos.

El Recuadro 1 sintetiza los principios centrales de la ley adoptada en la provincia de Río Negro, Argentina (5), que también fuera precedida por una amplia movilización de la opinión pública.



Recuadro 1. Principios centrales de la Ley de Salud Mental 2440* de la Provincia de Río Negro, Argentina.

- La aplicación de medidas de restricción física a las personas con trastornos mentales está reservada sólo para situaciones de excepción claramente especificadas;
- La enfermedad mental no implica automáticamente discapacidad;
- El ejercicio de los derechos civiles es condición para la recuperación;
- El cambio de las prácticas y la infraestructura logra evitar la transinstitucionalización y manicomialización de los nuevos servicios a establecerse;
- La coordinación de los esfuerzos tendientes a reintegrar en la comunidad de la persona con trastorno mental recae en los miembros idóneos del equipo, independientemente del título académico que posean;
- La internación, de ser necesaria, debe hacerse en el hospital general, luego de agotarse todas las demás instancias de atención;
- Deberá disponerse de dispositivos y recursos terapéuticos tan diversos como son las necesidades de cada persona, en su lugar de residencia o en un sitio cercano; e
- Implementar estrategias de coordinación intersectorial.

*Sancionada en la Legislatura de la Provincia de Río Negro el 11 de septiembre de 1991. Promulgada por Decreto 1466, Boletín Oficial 909.

La legislación proporciona un marco jurídico de promoción y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, sus familias y comunidades, que debe ser recogido y adoptado tanto por las políticas y planes como por los programas y servicios en todos los niveles de atención (6). La ventaja de contar con una legislación sobre salud mental es que codifica y consolida principios fundamentales, ofreciendo una plataforma general para las acciones de salud mental, por períodos más prolongados que los de un mandato de gobierno. Para hacer operativas las transformaciones, la ley debe reglamentarse para su implementación y asegurarse que sea llevada al conocimiento público en general.

Los derechos humanos en salud mental

Entre otros puntos, la Resolución 49.17 del Consejo Directivo de la OPS/OMS (1) llama a los Estados Miembros a continuar fortaleciendo los marcos jurídicos de los países con miras a proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y lograr la aplicación efectiva de las leyes.

Esta Resolución ratifica consensos que datan de varias décadas atrás. En 1946, los Estados-Miembros de la Organización Mundial de la Salud acordaron un principio internacional fundamental en virtud del cual *“El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social...”*³. Más recientemente, en 2007, los/as ministros/as y secretarios/as de salud, en la Agenda de Salud para las Américas (2008-2017)⁴, renovaron su compromiso con

3 La Constitución fue adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada el 22 de julio de 1946 por los Representantes de 61 Estados. La Agenda de Salud para las Américas (2008-2017) fue aprobada en Panamá el 3 de junio del 2007. La Agenda es un instrumento político de alto nivel en aspectos de salud que orienta la elaboración de futuros planes nacionales de salud y los planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación en salud con los países de las Américas. Este instrumento está disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf

4 Vásquez J, Caldas de Almeida JM. DOSSIER OMS. Salud mental y derechos humanos: un nuevo enfoque.





el principio internacional arriba mencionado y reconocieron que entre los “*principios y valores*” de este instrumento se encuentran “*los derechos humanos*”. Con el propósito de hacer realidad el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr “...*los países deben procurar el logro de la universalidad, accesibilidad, integralidad, calidad e inclusividad en los sistemas de salud dispuestos para individuos, familias y comunidades...*”.

Cabe señalar que la protección de la salud como un derecho humano se encuentra consagrada en 19 de las 35 Constituciones de los Estados Miembros de la OPS (Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Uruguay y Venezuela).

Los tratados de derechos humanos son instrumentos generales para la defensa de los derechos humanos que protegen a todas las personas, sin distinción alguna por motivo de raza, color, género, idioma, religión, afiliación política, origen nacional, extracción social, posición económica o cualquier otra característica. De ahí que las personas con discapacidad mental se encuentran protegidas por instrumentos tales como la *Declaración Universal de Derechos Humanos*; el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*; el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*; la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*; la *Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo Adicional en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*⁴.

En particular, el artículo 12 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* reconoce el derecho de toda persona al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, en 1996, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptó la Observación General N° 5, que especifica la aplicación del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a las personas con discapacidades mentales y físicas*⁵.

La *Convención Internacional contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes* (1984) también es relevante para las personas con discapacidad mental. El artículo 16, por ejemplo, impone a los Estados Partes la obligación de prevenir los actos que constituyan tratamientos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Un ejemplo práctico lo constituye la aplicación, en algunas instituciones psiquiátricas, del tratamiento electroconvulsivante sin seguir protocolos o regulaciones (como la administración de anestesia y relajantes musculares). En muchos casos se aplica dicho tratamiento sin que hubiera una clara justificación médica y, en ocasiones, como herramienta de castigo.

No solo los adultos se hayan amparados. La *Convención sobre los Derechos del Niño*, un instrumento de carácter internacional aplicable a personas hasta los 18 años de edad, reconoce en el artículo 23 que los niños, niñas y adolescentes con discapacidades mentales o físicas tienen derecho a disfrutar una vida plena, en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse por sí mismos y faciliten su participación activa en la comunidad. En otro artículo, el número 25, se reconoce que quien ha sido internado en un establecimiento para la atención, protección o

Unidad de Salud Mental y Programas Especializados, Organización Panamericana de la Salud: Washington, DC; 2002.

5 Las Observaciones Generales, producidas por los órganos de monitoreo de los tratados de derechos humanos, son una fuente importante de interpretación de los artículos de los tratados.



tratamiento de su salud física o mental, tiene derecho a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

El *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (Protocolo de San Salvador), en el artículo 18, establece que “*Toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad. Con tal fin, los Estados Partes se comprometen a adoptar las medidas que sean necesarias para ese propósito*”.

La *Convención Americana de Derechos Humanos* (“*Pacto de San José de Costa Rica*”) también ofrece algunas garantías y derechos especialmente relevantes con referencia a la protección de los derechos de las personas con discapacidad mental. El artículo 4 establece que toda persona tiene derecho a que se respete su vida. También se consagra el derecho a la integridad personal en el artículo 5, particularmente relevante con respecto al maltrato físico al que son expuestas las personas con discapacidades, en especial aquellas que están internadas en instituciones psiquiátricas. En materia procesal, el artículo 25 establece que toda persona tiene el derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes establecidos por ley, con las debidas garantías judiciales y dentro de un plazo razonable. De esta manera se intenta que la persona esté amparada frente a actos que violen sus derechos humanos y libertades fundamentales. El derecho a la libertad personal establecido en el artículo 7 es de relevancia para todas las personas que se encuentran detenidas en instituciones psiquiátricas sin la garantía del debido proceso, a pesar de que en muchas ocasiones las causas originales que provocaron la internación hubieran desaparecido.

Por último, recientemente ha entrado en vigor la *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, siendo su objeto promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el inherente respeto a su dignidad. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales prolongadas, quienes, al interactuar con diversas barreras, ven impedida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás (artículo 1). Cabe destacar el artículo 12 en relación a la protección de las personas con trastornos mentales. En él se establece la obligación de los Estados Partes de asegurar que “*en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos, de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos, por parte de una autoridad u órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas*”.

En resumen, en estos instrumentos vinculantes para los Estados Partes se exige protección para evitar las frecuentes violaciones a los derechos humanos y libertades fundamentales que se cometen en el contexto de la atención de salud mental y que más comunmente afectan a las personas con discapacidades



mentales. Los derechos incluyen: el derecho a ser tratado con humanidad y respeto; el derecho a la admisión voluntaria en instituciones psiquiátricas; el derecho a la privacidad; el derecho a la libertad de comunicación; el derecho a votar; el derecho a recibir tratamiento en la comunidad; el derecho a dar el consentimiento informado antes de recibir cualquier tratamiento; el derecho a apelar ante un tribunal independiente e imparcial que determine la legalidad de la detención en una institución psiquiátrica; el derecho a las garantías judiciales; el derecho al trabajo; el derecho a la seguridad social; el derecho al disfrute de salud física y mental; y el derecho a la educación, entre otros.

Existen otros instrumentos que, si bien no son vinculantes, proporcionan marcos de referencia que aseguran mejores prácticas. Ellos se denominan “estándares internacionales de derechos humanos”⁶, que son considerados principios o directrices y están consagrados en declaraciones, resoluciones o recomendaciones emanadas de órganos internacionales.

La *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental*⁷ (denominación superada y hoy reemplazada por “*discapacidad intelectual*”), constituyó la primera invocación de las Naciones Unidas para que se adoptaran medidas para la protección de las personas con discapacidad mental. En 1975, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la *Declaración de los Derechos de los Impedidos*, la cual establece que las personas con discapacidades tienen los mismos derechos civiles y políticos que las demás personas. Posteriormente, los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental* (1991)⁸, establecieron estándares mínimos de derechos humanos en la práctica de salud mental, representando el consenso de la opinión internacional sobre la materia.

La Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, realizada en Viena en 1993, reiteró que el derecho internacional sobre derechos humanos protege a las personas con discapacidades mentales y físicas y que los gobiernos deben adoptar legislación doméstica para que se cumplan esos derechos. De conformidad con las recomendaciones de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó las *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*⁹ como instrumento guía en la formulación de políticas públicas. Las Normas Uniformes reiteran los objetivos de prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades establecidos por el *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad* de 1982.

6 Los estándares o lineamientos internacionales de derechos humanos también pertenecen al ámbito del derecho internacional público y son, en su gran mayoría, directrices establecidas en declaraciones, recomendaciones e informes aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la Asamblea General y otros órganos de la Organización de Estados Americanos (OEA), la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y los organismos/comités creados por los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas y la OEA. A diferencia de los instrumentos vinculantes ratificados por los Estados Miembros de la OPS, estos estándares o lineamientos no tienen fuerza vinculante. Sin embargo, establecen importantes recomendaciones que pueden ser incorporadas en los planes, políticas, legislaciones y prácticas nacionales vinculadas a la protección de la salud de las personas más vulnerables. Además, constituyen una importante guía para interpretar las disposiciones de los tratados internacionales de derechos humanos vinculadas a la salud de las personas arriba mencionadas.

7 A.G. res. 2856 (XXVI), 26 ONU GAOR Supp. (No. 29) p. 93, ONU Doc. A/8429 (1971).

8 A.G. res. 46/119,46 ONU GAOR Supp. (No.49) p.189, ONU Doc. A/46/49 (1991).

9 Normas Uniformes sobre Igualdad para las Personas con Discapacidad, A.G. res 48/96, 48 ONU GAOR Supp. (No. 49) p. 202, ONU. Doc. A/48/49 (1993).



Existen también guías y documentos de carácter técnico y principios de políticas públicas que son una valiosa fuente de interpretación de las convenciones de derechos humanos y sirven para establecer políticas, planes y programas. Entre ellas sobresale la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por la OPS/OMS, donde se adoptó la *Declaración de Caracas*, en 1990 (7). En ella se señala que la internación en hospitales psiquiátricos, como forma única o principal de tratamiento, aísla a los pacientes de su ambiente natural y genera mayor discapacidad. La Declaración establece un claro nexo entre los servicios de salud mental y los derechos humanos al concluir que los servicios de salud mental anticuados ponen en peligro los derechos humanos de los pacientes. La Declaración señala además que los recursos y la atención de las personas con enfermedades mentales deben garantizar su dignidad y respetar sus derechos humanos, así como que se debe proporcionar un tratamiento adecuado y racional procurando mantener a las personas con trastornos mentales en sus comunidades (7).

En 1996, la OMS elaboró las “Guías para la promoción de los derechos humanos de las personas que padecen de desórdenes mentales¹⁰”. En septiembre de 2006, el 47° Consejo Directivo de la OPS/OMS, aprobó una Resolución sobre “La discapacidad: su prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados”. Esta Resolución constituye un precedente con relación al reconocimiento de la salud como un derecho humano por parte de los Ministros de Salud; a la utilización de convenciones y estándares internacionales de derechos humanos como una herramienta importante en el contexto de la salud; y con relación al rol de la OPS/OMS en su trabajo con organismos regionales e internacionales de derechos humanos.

En 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la OPS adoptó sendas resoluciones sobre salud mental, donde se instó a los Estados Miembros a priorizar la salud mental dentro de las agendas gubernamentales y se emitieron otras recomendaciones específicas. Ambos documentos apoyaron y ratificaron la validez de los principios enumerados en la *Declaración de Caracas*.

En octubre del 2010, en el marco de la reunión del 50° Consejo Directivo de la OPS, se adoptó la Resolución CD 50.R8 sobre “La salud y los derechos humanos¹¹” en la que los Ministros de Salud de las Américas se comprometieron a trabajar para mejorar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y otros derechos humanos relacionados con los grupos en situación de vulnerabilidad. La Resolución hace referencia específica a la utilización de los instrumentos de derechos humanos en el contexto de la salud mental y exhorta a los Estados Miembros de la OPS a que:

- a) Fortalezcan la capacidad técnica de la autoridad sanitaria para trabajar con las entidades gubernamentales de derechos humanos correspondientes, tales como las defensorías y secretarías de derechos humanos, para evaluar y vigilar la implementación de los instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con la salud que sean aplicables;

10 World Health Organization. Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Geneva: WHO; 1996 (WHO/NMH/MND/95.4).

11 Organización Panamericana de la Salud. Resolución del Consejo Directivo CD50. R8. Washington, DC: OPS; 2010. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1178&Itemid=643&lang=es





- b) Fortalezcan la capacidad técnica de la autoridad sanitaria a fin de apoyar la formulación de políticas y planes de salud de conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con la salud que sean aplicables;
- c) Apoyen la cooperación técnica de la OPS en la formulación, la revisión y, si fuera necesario, la reformulación de los planes nacionales y la legislación sobre salud, incorporando los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables, especialmente las disposiciones referentes a la protección de los grupos en situación de vulnerabilidad;
- d) Promuevan y fortalezcan los programas de capacitación de los trabajadores de la salud sobre los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables;
- e) Formulen y, en la medida de lo posible, adopten medidas de carácter legislativo, administrativo, educativo y de otra índole para difundir los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables sobre la protección del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos humanos relacionados entre el personal apropiado de los poderes legislativos, judiciales y otras autoridades gubernamentales; y
- f) Promuevan la difusión de información entre las organizaciones de la sociedad civil y otros actores sociales, cuando corresponda, con respecto a los instrumentos internacionales de derechos humanos que sean aplicables relacionados con la salud, a fin de abordar la estigmatización, la discriminación y la exclusión de los grupos en situación de vulnerabilidad.

Por otra parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de la Organización de Estados Americanos (OEA), conforme con su función por la cual puede emitir declaraciones, publicaciones e informes con relación a grupos vulnerables y siguiendo las recomendaciones de la OPS/OMS, ha adoptado la *Recomendación sobre promoción y protección de las personas con discapacidad mental*¹². Ilustración concreta de estos desarrollos son el caso “Víctor Rosario Congo c. Ecuador”¹³, las medidas cautelares adoptadas en el caso del hospital psiquiátrico de Paraguay¹⁴, y el caso “Ximenes Lopes c. Brasil”¹⁵, decididos en el ámbito de la Comisión y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

12 Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), OEA/Ser./L/V/II.111, doc. 20 rev., 16 de abril 2001.

13 Con relación al caso de “Víctor Rosario Congo” (Abril de 1999), la CIDH aprobó un informe donde se estableció el precedente de que es “pertinente aplicar estándares especiales para determinar si se han cumplido o no con las disposiciones de la Convención Americana en aquellos casos que se refieren a personas con enfermedades mentales o detenidas en hospitales psiquiátricos, quienes son consideradas como un grupo particularmente vulnerable”. En este informe, la CIDH determinó que el estado de Ecuador había violado el derecho de Víctor Rosario Congo a la integridad física, psíquica y moral, a la vida y a la protección judicial. Informe 63/99 de la CIDH, Caso 11.427, Ecuador, 13 de abril de 1999.

14 El artículo 25 del Reglamento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos establece que en casos de gravedad y urgencia la Comisión podrá, a iniciativa propia o de la parte interesada, solicitar al Estado que se trate la adopción de medidas cautelares para evitar daños irreparables a las personas. Ver también: *Mental Disability Rights International: “OAS Human Rights Commission orders Paraguay to end horrendous abuses in national psychiatric facility”*, December 18, 2003.

15 Se estableció la responsabilidad estatal por los actos u omisiones provenientes de instituciones de salud no estatales y, a la vez, afirmó “la existencia de la violación del derecho al recurso efectivo y a las garantías judiciales relacionadas con la investigación de los hechos”, dado que “toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos”. Corte IDH, Ximenes Lopes c. Brasil, sentencia del 4 de julio de 2006.



Otros ejemplos de la aplicación de las normas y los estándares internacionales son los fallos de la Corte Suprema de Justicia de Argentina con respecto a los casos: Tufano, Ricardo Alberto; Hermosa, Luis Alberto y R. M. J.

Naturalmente, las “faltas por omisión” en relación a los derechos humanos de colectivos poblacionales especiales deben ser materia de preocupación para todas las partes interesadas en un país, así como han comenzado a serlo las “faltas por comisión”, es decir por la violación real de los derechos humanos de la persona.

III. ESTADO ACTUAL DE LAS POLÍTICAS, PLANES, LEGISLACIONES Y DERECHOS HUMANOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Hallazgos del estudio IESM-OMS

Un ejercicio sistemático de evaluación del grado de implementación de las acciones permite a los países, entre otros resultados, identificar los factores facilitadores y obstaculizadores de los cambios; de esta manera se pueden sostener y profundizar los primeros, o desmantelar los últimos. Para facilitar el proceso de exploración, la Organización Mundial de la Salud desarrolló el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS), conocido en inglés por sus siglas WHO-AIMS (8). Este instrumento ya ha sido aplicado en numerosos países de América Latina y el Caribe Inglés con el apoyo de OPS/OMS (ver Área Estratégica N°.5).

A continuación se sintetizan los hallazgos de este estudio en relación a las áreas consideradas en este capítulo: políticas, planes nacionales de salud mental, legislación y derechos humanos.

Política de salud mental

Los resultados del IESM-OMS fueron, por lo general, dispares. Algunos países carecen de una política de salud mental, lo que implica la necesidad de abogar por la formulación y adopción de una política que represente la voluntad política del gobierno. Otros países deben actualizarla, dado que data de gobiernos anteriores, o examinarla a fin de ampliarla, si cabe, según los lineamientos propuestos por OPS/OMS (3). En algunos casos se plantea la necesidad de consolidarla en un documento único que facilite su lectura a todas las partes involucradas, si se encontrara dispersa en políticas de otros ámbitos de la salud.

En ocasiones existe confusión conceptual y práctica de lo que es una política o esta se superpone con el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM).

Plan Nacional de Salud Mental

El Atlas de Salud Mental 2005 de la Organización Mundial de la Salud reveló que el 76,5% de los países cuentan con un programa nacional de salud mental; sin embargo no todos estos estaban actualizados, o sus componentes eran limitados. Otro problema clave es el grado de ejecución de los planes que, en general, es bajo.

^{xiv} Cohen H, ed. Salud mental y derechos humanos. Vigencia de los estándares internacionales. Buenos Aires: Organización Panamericana de la salud; 2009.



Los resultados de las evaluaciones del IESM-OMS demuestran que ha llegado la hora de formular o actualizar y poner en ejecución real un plan nacional de salud mental por parte de los gobiernos en la mayoría de los países. Obviamente, no basta con tener un buen plan en el papel lo que corresponde es llevarlo a la práctica.

El tema de financiación requiere de un análisis detallado. En principio se puede observar que los resultados del IESM-OMS muestran la existencia de una brecha evidente al respecto. En efecto, en casi todos los países latinoamericanos y caribeños que completaron el estudio, la asignación para salud mental del total del presupuesto de salud con que cuenta el sector público dista de ser adecuada para enfrentar la alta carga de las enfermedades mentales. El rango oscila de 0,2% a 7,0% con una mediana que no alcanza el 1,5%. Seguramente la asignación presupuestaria obedece a consideraciones históricas antes que a la evidencia y a los datos epidemiológicos existentes en la actualidad (9).

Por otra parte, la asignación del presupuesto de salud mental es totalmente asimétrica en casi todos los países. A dos décadas de la *Declaración de Caracas*, el grueso del presupuesto se asigna aún a los hospitales psiquiátricos y una minoría del mismo a la atención comunitaria y servicios ambulatorios. En efecto, de los datos provenientes de la evaluación surge claramente que en la mayoría de los países (exceptuando algunos como Belice, Chile, Brasil y Panamá) la distribución del presupuesto de salud mental no toma en cuenta ni la realidad epidemiológica ni los compromisos internacionales y regionales antes citados (4). La modificación de esta situación dependerá, en gran medida, de la gerencia del propio sistema de salud mental y no de factores ajenos al mismo.

Legislación en salud mental

La situación con respecto a legislación también es muy dispar. En algunos países las legislaciones son obsoletas o no son coherentes con los estándares internacionales modernos. Por ejemplo, con referencia al Caribe Inglés, en Belice se informó que la ley vigente es del año 1957; en Dominica, de 1987; en Guyana, de 1930; en Jamaica, de 1997, pero está en proceso de estudio; y en Surinam, es de 1912. Se observa también una dispersión del tema salud mental en varios textos legislativos. La necesidad de abogar por la actualización y adopción de una ley específica de salud mental surge claramente de los resultados obtenidos del estudio IESM-OMS. La ley adoptada en Brasil, así como las acciones de preparación de la misma, y la nueva Ley de Salud Mental (Nº. 26.657) promulgada en Argentina en diciembre de 2010, pueden servir de modelo para la abogacía y formulación de la legislación en otros países.

Derechos humanos y salud mental

Íntimamente vinculado con la legislación están las acciones de monitoreo de los derechos humanos. El estado actual de las mismas fue analizado por el IESM-OMS y por talleres especiales realizados en años recientes, donde también se exploró el estado de la legislación en salud mental, con especial referencia a los derechos humanos. A continuación, se detalla la síntesis de los resultados de esos dos grupos de ejercicios. Cabe advertir que las posibles incongruencias entre los resultados de ambos obedecen a las diferencias en las fuentes de información y a los respectivos años en los cuales fueron realizados los ejercicios.



Los resultados del IESM-OMS que se describen a continuación han sido sintetizados por subregión y, por lo general, se refieren a las acciones monitoreo y de capacitación del personal en el tema de derechos humanos.

América Central y la República Dominicana:

Según el IESM-OMS, los siete países incluidos en esta Subregión cuentan con un organismo de revisión de los derechos humanos, pero éste no desarrolla acciones sistemáticas y regulares. Esta institución se denomina, por lo general, Procuraduría de los Derechos Humanos o Defensoría del Pueblo y son órganos estatales con autonomía. En Costa Rica tiene autoridad para imponer sanciones. Los dos hospitales psiquiátricos de Costa Rica, así como uno de los dos existentes en Guatemala, recibieron una revisión/inspección referente a los derechos humanos de las personas internadas en el año previo al estudio. Solo el 27% de los hospitales psiquiátricos de los países centroamericanos y República Dominicana cuentan con un sistema de revisión, mientras que ninguno de los servicios comunitarios reporta mecanismos de vigilancia y revisión.

América del Sur:

Brasil, Chile y Perú poseen organismos nacionales que desarrollan acciones relevantes en este tema. Desde el 2006, Brasil cuenta con el Centro Brasileño en Derechos Humanos y Salud Mental con explícitos objetivos, pero sin haber llevado a cabo la inspección de las instituciones de salud mental. Chile tiene una Comisión Nacional de Protección de las Personas con Enfermedades Mentales desde el año 2001; en la mitad de las instituciones se han realizado actividades de capacitación del personal, pero las inspecciones realizadas *in situ* fueron pocas. En Perú, la Defensoría del Pueblo desarrolla acciones de inspección, denuncia y documentación. Sin embargo, una situación diferente se encontró en el resto de los países de la Subregión.

Caribe Inglés:

Belice cuenta con una comisión de monitoreo de carácter voluntario e informó que todo el personal de los servicios de hospitalización psiquiátrica tuvieron por lo menos un día de capacitación en el tema de derechos humanos en 2006. En Dominica no existe un organismo nacional de monitoreo, pero la ley tiene una previsión respecto a la internación psiquiátrica que sirve a la parte interesada cuando la internación es considerada injustificada. Guyana cuenta con un dispositivo regional con facultad de efectuar revisiones sobre trasgresiones a los derechos humanos, pero no ha proporcionado capacitación al personal sobre el tema. Jamaica informó que cuenta con una comisión nacional de revisión de los derechos humanos pero sin capacidad de imponer sanciones en caso de violaciones; en 2007, todo el personal del hospital psiquiátrico tuvo capacitación en el tema de derechos humanos así como el 7,0% del resto del personal de otros centros de internación. Surinam cuenta con un organismo nacional de monitoreo, pero no informa sobre capacitación al personal de los servicios de salud mental.

En conclusión, no obstante la importancia de las actividades tendientes a elevar el nivel de concientización del personal de salud mental sobre el tema y la realización de algunas inspecciones del estado para monitorear el grado de respeto a los derechos humanos en las instituciones





psiquiátricas, las actividades han sido pocas o han estado ausentes en la mayoría de los países estudiados. En ausencia de actividades regulares y sistemáticas de control, no se puede descartar que las violaciones ocurran. Además, el umbral de tolerancia a las mismas puede ser alto pues el personal no está totalmente consciente de la existencia y gravedad de las mismas.

Para más detalles sobre los resultados del IESM-OMS se pueden visitar los sitios web de OPS y OMS: new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=445&Itemid=259&lang=es y www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/en/index.html

Datos compilados en los talleres especiales realizados entre 2001-2004

Durante los talleres especiales realizados entre 2001-2004 se recopiló importante información sobre el estado de las políticas de salud mental, planes y legislación de 17 países, prestando particular atención a los derechos humanos¹⁶. Los datos, que se sintetizan en el Cuadro 1, ratifican los resultados obtenidos a través del IESM-OMS y permiten llegar a las siguientes conclusiones:

- Ausencia y/o insuficiencia de legislaciones nacionales, políticas y planes relativos a la salud mental en consonancia con los estándares internacionales sobre derechos humanos de las personas con discapacidad mental;
- Necesidad de una consideración más específica respecto a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental que son miembros de grupos particularmente desfavorecidos o en situaciones especiales (mujeres, niños, personas mayores y pueblos indígenas, entre otros);
- Ausencia de marcos jurídicos nacionales que prevean la protección de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas con discapacidad mental;
- Falta de compromiso o sistematización de los mecanismos/organismos de derechos humanos nacionales en la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental;
- Bajo nivel de información por parte de los usuarios y familiares acerca de cómo acceder a los mecanismos disponibles en caso de violaciones;
- Falta de aplicación por parte del personal judicial de las normas y estándares nacionales e internacionales sobre derechos humanos, en situaciones relacionadas con la admisión, la detención y revisión de las personas con trastornos o discapacidades mentales en instituciones psiquiátricas; y
- Ausencia y/o insuficiencia de legislación nacional, y/o políticas que apoyen y faciliten la prestación de servicios de salud mental con base en la comunidad.

¹⁶ Para mayor información sobre los resultados de los 19 talleres educativos de derechos humanos realizados en la Región de las Américas consultar la siguiente publicación: Organización Panamericana de la Salud. Apoyo a la ejecución de las políticas de salud mental en las Américas: Un enfoque basado en los derechos humanos. Hallazgos, tendencias y medidas estratégicas para la acción en salud pública. Washington, DC: OPS; 2010. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=4357&Itemid=643



Cuadro 1. Estado de las políticas de salud mental, planes y legislación de 17 países en relación a los derechos humanos.

	Falta de conformidad de las leyes, políticas y / o planes con las normas y estándares de derechos humanos	Existencia de deficiencias en las leyes, políticas y / o planes sobre los derechos de las personas con discapacidad	Examen general y / o revisión de las leyes nacionales, políticas y planes para garantizar la coherencia con las normas y estándares de derechos humanos	Protección de los derechos humanos de grupos vulnerables entre las personas con discapacidad mental
Antigua			✓	
Argentina	✓		✓	
Barbados	✓	✓	✓	✓
Belize	✓			✓
Chile				✓
Costa Rica	✓			
República Dominicana	✓		✓	✓
Ecuador			✓	
El Salvador	✓	✓	✓	✓
Granada		✓	✓	
Guatemala				✓
Honduras	✓	✓	✓	
Nicaragua	✓	✓	✓	✓
Panamá	✓	✓	✓	✓
Paraguay			✓	
Perú		✓		✓
St. Lucia			✓	

IV. PROPUESTAS PARA LA ACCIÓN

1. Promover la formulación y ejecución de una política nacional de salud mental.

La política de salud mental de un Estado constituye una visión estratégica de corto, mediano y largo plazo y provee el marco de referencia para implementar un conjunto de actividades por medio del Plan Nacional de Salud Mental. Cada administración entrante no necesariamente debe formular de nuevo la política. En efecto, la política puede transferirse de una gestión gubernamental a la otra en parte o en su totalidad, lo que da mayor estabilidad y continuidad al sistema de salud mental. Para garantizar que la política de salud mental se mantenga más allá de la gestión gubernamental correspondiente, la misma debe incorporar los principios y disposiciones establecidas en los instrumentos internacionales de derechos humanos, en particular, la *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*¹⁷.

17 La *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* entró en vigor el 3 de mayo de 2008. El texto de la Convención está disponible en: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>





Operar sin política es como pilotear una nave sin derrotero y sin brújula. Lo mismo cabe para el plan nacional de salud mental y los programas. Por lo general, todo partido político que se presenta a elecciones cuenta con una plataforma general y con propuestas de políticas en todos los ámbitos en los que actuará en caso de ser elegido, ya sea para ocupar el poder ejecutivo o para lograr escaños en el parlamento. A los profesionales, técnicos y demás integrantes de la comunidad de salud mental de todos los sectores involucrados les corresponde abogar para que la política en salud mental sea formulada explícitamente y que reconozca tanto las necesidades psicosociales de la población como las declaraciones y resoluciones que el país suscribiera en el plano internacional y regional.

A manera de ejemplo, se citan a continuación algunos principios que deberían ser parte de toda política:

- **Accesibilidad:** la atención en salud mental debe estar al alcance de la población teniendo en cuenta los aspectos geográficos, financieros y administrativos;
- **Equidad:** los servicios y programas deben proveer atención en todos los niveles, de acuerdo con las necesidades diferenciadas de las personas (es decir, se provee más al que más necesita);
- **Integralidad:** la atención en salud mental debería contar con los recursos humanos y de infraestructura suficientes para satisfacer las diversas necesidades de las personas de todos los grupos etarios, sociales y étnicos;
- **Sectorización:** los dispositivos de salud mental deberían asumir responsabilidad por la atención integral de la población dentro de un territorio definido;
- **Efectividad:** las acciones en todos los niveles deberían estar basadas en la evidencia y ser enteramente compatibles con la realidad donde habrán de implementarse, incluyendo costos;
- **Coordinación:** los sistemas de atención, tanto los de dentro (materno-infantil, promoción de la salud) como los de fuera del sector salud (agencias de la seguridad social, educación, trabajo, vivienda, entre otros) deben coordinar sus intervenciones en todos los niveles (promoción de la salud mental, prevención primaria, atención y rehabilitación); y
- **Salvaguardia de los derechos humanos.**

Es innecesario insistir que la política debe ser ejecutada mediante los planes operativos y programas específicos. De ahí la necesidad de que la dirigencia del sector salud y de salud mental en particular, junto con las demás partes involucradas, en especial los usuarios, sus familias y los líderes comunitarios, monitoreen activamente que la ejecución de la política se lleva a cabo en el ámbito público y, cuando fuera pertinente, en los ámbitos semipúblico y privado.

Objetivos

- Abogar para que los partidos políticos que se presentan a las elecciones incluyan una propuesta de política de salud mental claramente formulada dentro del marco de la política de salud. La propuesta deberá hacerse pública tempranamente para permitir un debate informado; y
- Asegurar que la visión de la política comprenda todos los niveles y áreas de acción de la salud mental (incluyendo el abuso de sustancias) en los sectores públicos, semipúblicos y, cuando fuera pertinente, en el sector privado.



Recomendaciones

- Apoyar de manera continua al grupo o mecanismo de coordinación intra e intersectorial en salud mental en sus acciones de abogacía en favor de la formulación y ejecución sostenida de la política en todos los niveles y áreas de acción de la salud mental (por ejemplo, atención comunitaria, desarrollo de recursos humanos, investigación, la salvaguardia de los derechos humanos de usuarios y familiares, etc.);
- Abogar para que la política, además de reflejar la visión de las autoridades elegidas, también incorpore los avances científicos que se hayan producido, vale decir, que incorpore la evidencia disponible más actualizada, así como la opinión informada del máximo de sectores involucrados;
- Mejorar la coordinación entre los profesionales de la salud mental para lograr que sus propuestas, que se intenta sean incorporadas en las política nacional de salud mental, sean, dentro de lo posible, consensuadas y de fácil comprensión para los tomadores de decisiones;
- Asegurar que la política nacional de salud mental sea fiel a la *Convención de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad* y otros instrumentos y estándares internacionales, así como a los principios generales y recomendaciones derivadas de las Resoluciones de los Cuerpos Directivos de OPS y OMS) (10, 11, 12);
- Adoptar una definición de discapacidad que incluya a todas las personas con trastornos mentales independientemente de su grado y duración, en armonía con el lenguaje de la *Convención de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad*;
- Impulsar la capacitación de los grupos de usuarios y familiares de conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos y las recomendaciones que emergen de los mismos, y promover el fortalecimiento de sus redes desarrollando actividades locales y regionales;
- Promover actividades de abogacía en lo que se refiere al respeto de los derechos humanos por parte de los profesionales y los trabajadores de la salud mental, principalmente en el personal de los hospitales psiquiátricos; y
- Garantizar, tanto en el espacio carcelario como extramuros, las medidas necesarias en materia de prevención, atención curativa y reintegración social de modo tal que las personas privadas de libertad o liberadas cuenten con los recursos necesarios para hacer frente a los problemas causados por los trastornos mentales y por el uso de sustancias.

Indicadores

- Los partidos políticos que se presentan a elecciones y la administración gubernamental cuentan con una propuesta de política de salud que incluye el componente salud mental y el uso de sustancias, así como la atención a otros problemas psicosociales, incluyendo aspectos vinculados con los derechos humanos; y
- El grupo o mecanismo coordinador intra e intersectorial de salud mental desarrolla actividades de abogacía y monitoreo en cuanto a la formulación e implementación de la política de salud mental.



2. Promover la formulación e implementación del Plan Nacional de Salud Mental.

La Organización Mundial de la Salud ha definido las características y componentes de un plan nacional de salud mental (PNSM) (4). Aquí solo se señalará que la visión contenida en la política adquiere operatividad por medio del mismo. Su formulación debe ser conducida por el cuerpo técnico del nivel ministerial en colaboración estrecha y en relación democrática con múltiples actores (por ejemplo, usuarios, familiares, trabajadores de la salud y de la salud mental, gerentes y administradores, agencias de gobierno, organismos representativos de minorías, asociaciones de profesionales, universidades, ONGs, curanderos o agentes de salud tradicionales y líderes religiosos y comunitarios). De esta manera se obtienen insumos desde diferentes perspectivas logrando un mayor consenso, su concepción es más integral y se asegura una ejecución plena.

El PNSM se deriva de la visión estratégica que traza la política, al tiempo que reconoce e incorpora las recomendaciones de las Resoluciones de los Cuerpos Directivos de OPS/OMS (10, 11, 12). Además, debe contener previsiones que aseguren el respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y sus familias. Existe consenso sobre la necesidad de proveer atención equitativa. Por lo tanto, corresponde dar prioridad a los grupos en situación de vulnerabilidad identificados por la literatura científica general y, en particular, por los estudios realizados en el país y/o la Región (13,14). Generalmente se recomienda priorizar:

- Grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad (niñas, niños y adolescentes; adultos mayores; los excluidos socialmente por razones diversas; los trabajadores desocupados; madres solteras; migrantes; personas afectadas por VIH/SIDA; las personas que abusan de alcohol y/o usan otras sustancias; pueblos indígenas y otros grupos étnico/raciales; los que se encuentran en riesgo suicida); y
- Grupos en condiciones o situaciones especiales, como las poblaciones expuestas a desastres, violencia y extrema pobreza.

El PNSM expresa la respuesta macro al diagnóstico de la situación del país. Esa evaluación, para cumplir con los fines de una formulación que esté en consonancia con las necesidades y recursos del país, debería cubrir, como mínimo, los siguientes componentes:

- Las necesidades de salud vinculadas con la salud mental de la población, identificadas por medio de estudios diversos, tales como los estudios epidemiológicos y los provenientes de la ciencias de la conducta, sociales y económicas, con referencia a las características (por ejemplo, étnicas y socio-políticas) y la situación (por ejemplo, económica, empleo) de las poblaciones;
- La organización y funcionamiento del sistema de salud mental, incluyendo los servicios y recursos humanos; y, en particular, el estado del cumplimiento de los instrumentos y estándares internacionales de derechos humanos;
- Las actitudes de los trabajadores de salud mental y de los distintos grupos poblacionales respecto a la atención en comunidad de los problemas de salud mental; y
- La disponibilidad y asignación diferencial de los recursos financieros, así como una proyección realista sobre los que se podrían conseguir, de manera que lleguen a ser compatibles con las necesidades de la población y con los procesos de reestructuración de la atención psiquiátrica.



Objetivos

- Formular, ejecutar y monitorear la implementación del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) y evaluar su impacto de manera participativa, en especial, con la intervención activa de los usuarios, familiares y representantes de la sociedad civil.

Recomendaciones

- El Ministerio de Salud deberá contar con dispositivos específicos de salud mental, con personal suficiente y capacitado y con presupuestos adecuados para conducir eficazmente la implementación de todos los componentes del PNSM, asegurando la coordinación entre las acciones de salud mental y las del campo de las adicciones;
- Examinar por parte del grupo o mecanismo de consulta y coordinación intra e intersectorial de salud mental, en particular usuarios, familiares y otros grupos de la sociedad civil, el grado en el cual el PNSM da respuesta operativa tanto a la política como a los resultados de los diagnósticos efectuados. Para que esta actividad pueda hacerse a cabalidad se requiere del desarrollo de acciones de auditoría, monitoreo y evaluación de la ejecución del PNSM;
- Analizar la asignación de recursos para dar satisfacción de manera equitativa a las necesidades y prioridades de los distintos grupos poblacionales, en especial de aquellos en situaciones especiales;
- Estimar los recursos financieros y humanos necesarios para la ejecución apropiada del PNSM y de los programas desagregados;
- Negociar la asignación de un presupuesto apropiado para las áreas de salud mental y adicciones, así como fondos de apoyo;
- Sensibilizar a los gobiernos para que asuman la responsabilidad de apoyar financieramente a los grupos de la sociedad civil, especialmente a usuarios y a familiares;
- Planificar de manera que las asignaciones presupuestarias de salud mental sean destinadas en conformidad con el modelo comunitario de atención. La inversión en salud mental debe priorizar la atención primaria de la salud (APS), la red de atención comunitaria de salud mental y los servicios especializados ambulatorios y de internación en los hospitales generales. Esto implica modificar el esquema tradicional de asignación presupuestaria en el que los hospitales psiquiátricos consumen hasta 80-90% de la inversión en salud mental. Implica también establecer un mecanismo de monitoreo para controlar la posible descentralización y re-distribución del presupuesto desde los hospitales psiquiátricos hacia el hospital general y los servicios comunitarios; y
- Abogar por el cumplimiento de la *Declaración de Caracas*, los *Principios de Brasilia*, el *Consenso de Panamá* y la Resolución CD 49.R17: **Estrategia y plan de acción sobre salud mental**, aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en 2009. Entre otras razones, esta Resolución fue adoptada por los Estados Miembros para evitar que se construyan nuevos hospitales psiquiátricos, o que se amplíen los existentes, y para asegurar que los hospitales generales tengan un número mínimo de camas destinadas a emergencias psiquiátricas y para adicciones.





Indicadores

- Existencia en cada ejercicio de gobierno de un Plan Nacional de Salud Mental aprobado por su máxima autoridad y actualizado acorde con la visión de la política de salud, con las Resoluciones de OPS y OMS, con los estudios diagnósticos efectuados y con los instrumentos y estándares internacionales de derechos humanos;
- Existencia de un cuerpo institucional, grupo o mecanismo de consulta y coordinación intra e intersectorial de salud mental formado por las partes involucradas (instituciones del sector público, asociaciones de usuarios, familiares, organismos de protección de los derechos humanos, ONGs y otros actores de la sociedad civil) que se reúne y actúa de manera regular y sistemática para desarrollar tareas de revisión y monitoreo del grado de implementación del PNSM y de la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales; y
- La Procuraduría de los Derechos Humanos, Defensoría del Pueblo, u organismo oficial similar, dispone de mecanismos formales y regulares para la vigilancia del respeto de los derechos humanos de las personas con enfermedad/discapacidad mental, en especial de las que están internadas en instituciones psiquiátricas.

3. Promover la formulación o actualización de la legislación de salud mental.

La evaluación de los sistemas de salud mental realizada en numerosos países del Caribe y América Latina (ver arriba) ha revelado que varios de ellos o no cuentan con una legislación actualizada en salud mental o está incompleta. Como resultado, no hay previsiones o base legal en cuanto a las acciones que el sistema de salud mental debe desarrollar (promoción, prevención primaria, asistencia curativa y rehabilitación psicosocial), y no hay seguridad de que la ley esté alineada con las normas y estándares internacionales que garantizan el goce y ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas con trastornos mentales. En calidad de insumo importante, se aconseja consultar el módulo de OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación (6) que ofrece información y recomendaciones en relación a los contenidos y al proceso de formulación de la legislación y a su adopción por parte de los parlamentos nacionales.

Objetivos

- Promover la formulación o actualización de una ley de salud mental que incorpore los estándares y el espíritu de las Resoluciones de los Cuerpos Directivos de OPS y OMS así como de los instrumentos y estándares internacionales y regionales en materia de derechos humanos, discapacidad y salud mental; y
- Promover que un organismo o grupo intra e intersectorial de salud mental vigile la implementación plena de la ley.

Recomendaciones

- Abogar activamente a fin de que los gobiernos promuevan la legislación que garantice la atención de las personas con trastornos mentales y uso de sustancias tanto en el sector público como en el privado;



- Realizar las acciones necesarias en el plano nacional tendientes a formular o actualizar la legislación relacionada con la salud mental en todos sus componentes. Esas acciones implican que serán necesarias negociaciones con los poderes legislativo y ejecutivo, además de una fuerte abogacía con todos los actores implicados y con la propia sociedad. Generalmente se parte de interesar a un grupo de parlamentarios motivados y sensibles al tema, los cuales pueden presentar una iniciativa de ley en la comisión parlamentaria correspondiente;
- Incluir en la legislación nacional las disposiciones de *la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* así como las de otros instrumentos internacionales de derechos humanos. Si fuera procedente, armonizar la legislación nacional para hacerla compatible con dichos instrumentos internacionales, en particular con el artículo 12 de la Convención antes citada, al igual que con las obligaciones que se refieren a la protección de la libertad personal, garantías judiciales y protección judicial (debido proceso en hospitales psiquiátricos);
- Promover que los organismos encargados del cumplimiento de la ley, en especial el sistema judicial y grupos de abogacía independientes, asuman un papel decisivo para garantizar el cabal respeto de los derechos humanos, en los ámbitos nacional, provincial y local, como lo establece la Resolución del Consejo Directivo de la OPS CD 50 R.8 sobre “La salud y los derechos humanos” (15).
- Coordinar acciones pertinentes con las asociaciones de usuarios y familiares y otros actores de la sociedad civil, quienes pueden jugar un papel muy relevante impulsando la gestión de los parlamentarios;
- Promover dentro del grupo o mecanismo de consulta-coordinación intra e intersectorial de salud mental el apoyo a la actualización de la legislación y lograr su reglamentación e implementación efectiva; y
- Asegurar que la legislación contemple la reglamentación sobre la disponibilidad y el uso racional de medicamentos.

Indicadores

- Existencia de una ley dedicada a la salud mental que incorpore los más modernos estándares científicos y de derechos humanos, junto con la debida reglamentación; y
- Existencia de un organismo o grupo intra e intersectorial de salud mental encargado de vigilar la implementación plena de la ley.

4. Promover el establecimiento de mecanismos de vigilancia del respeto a los derechos humanos.

Con el fin de la Segunda Guerra Mundial, como resultado de las groseras violaciones de los derechos humanos que ocurrieron en ese tiempo, se inició, y después continuó con un ritmo ascendente, un movimiento internacional de protección y respeto a los derechos humanos. Con el tiempo, esos derechos se hicieron explícitos y específicos en relación a las personas con discapacidad a causa de un trastorno mental. Cuando América Latina recuperó los gobiernos democráticos en las últimas décadas del siglo XX, ese discurso fue incorporado en general por la sociedad y se empezaron a desarrollar acciones concretas por medio de las defensorías del pueblo o instancias similares y por ONGs. La *Declaración de Caracas* de 1990 acopló el eje de los derechos humanos al eje técnico para desencadenar procesos de mejoramiento de la atención psiquiátrica.



Pero para que los derechos humanos no corran el riesgo de ser violados en las instituciones psiquiátricas son necesarias acciones específicas. Ellas incluyen, entre otras, que el personal de salud mental esté agudamente sensibilizado y adecuadamente capacitado en el tema y que se establezcan sistemas abiertos de vigilancia que monitoreen el grado de respeto de los mismos en los ámbitos públicos, semipúblicos y privados.

Objetivos

- Establecer o mejorar el mecanismo formal de vigilancia y monitoreo del respeto a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental y uso de sustancias a través de las instancias establecidas en los sistemas judiciales de cada estado, para que actúe como órgano de revisión de toda reglamentación de las leyes o sentencias concernientes a dichas personas.
- Establecer alianzas intersectoriales, en especial con la justicia y las ONGs, a fin de promover la conciencia de todos los sectores de la sociedad en relación a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y sus familias, para disminuir las transgresiones por comisión o por omisión;
- Promover la sensibilización y aumentar el conocimiento en relación a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, en especial en el personal de las instituciones psiquiátricas, así como entre los propios usuarios de los servicios y familiares; y
- Desarrollar mecanismos y procedimientos de vigilancia de los derechos humanos en las instituciones psiquiátricas, en especial, los hospitales psiquiátricos y servicios en las penitenciarias.

Recomendaciones

- Establecer la promoción del respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales como tema permanente en la agenda del grupo o instancia de coordinación y consulta intra e intersectorial;
- Establecer programas de sensibilización y conocimiento en relación a los derechos humanos en salud mental dirigido al personal de las instituciones psiquiátricas, en especial de los hospitales y servicios forenses, y a los usuarios de los servicios y sus familias;
- Desarrollar protocolos nacionales para la vigilancia y monitoreo del respeto a los derechos humanos a ser utilizados en todas las instituciones que ofrecen atención de salud mental; y
- Establecer mecanismos y procedimientos para la vigilancia y el monitoreo del respeto de los derechos humanos en los servicios de salud mental en los ámbitos públicos, semipúblicos y privados, que incluyan la capacidad de sancionar o proceder legalmente en caso de violaciones.

Indicadores

- Existencia de un mecanismo intersectorial que funciona de forma permanente y con apoyo gubernamental, promoviendo la conciencia y vigilancia del respeto a los derechos humanos;
- Los servicios de salud mental disponen de un sistema protocolizado de vigilancia del respeto y cumplimiento de los derechos humanos;

- Porcentaje de hospitales psiquiátricos que han recibido una inspección sobre derechos humanos realizada por un órgano auditor externo en los 12 meses precedentes; y
- Porcentaje de instituciones de salud mental que han capacitado a su personal en temas de derechos humanos en los últimos cinco años (o en cualquier otro periodo establecido por el país).

Recuadro 2. Derechos humanos y salud mental - Un esfuerzo intersectorial.

Un ejemplo de un esfuerzo intersectorial en Argentina lo constituye la “Mesa Federal de Justicia, Derechos Humanos y Salud Mental”, integrada por miembros de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia de la Nación y del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud. OPS/OMS provee el apoyo técnico.

Se convocó a participar en ella a todos los actores involucrados promoviéndose en conjunto una estrategia múltiple: actuar de puente entre los sectores de salud y del derecho; capacitar al personal de ambas instancias en los estándares internacionales y en las recomendaciones de la OPS/OMS para el desarrollo de servicios basados en la comunidad; e impulsar acciones concretas en salvaguarda de los derechos de personas internadas en hospitales psiquiátricos.

Se han implementado diversas iniciativas, tales como talleres regionales de capacitación y un taller con expertos nacionales e internacionales convocado por la Corte Suprema de Justicia, el Colegio de Magistrados y la Asociación de Abogados. Continuamente se realizan actividades de formación con el Instituto de Estudios Judiciales de la Corte Suprema de la Provincia de Buenos Aires y con juzgados de la provincia, así como una diplomatura universitaria. La Mesa Federal también fue una de la impulsoras de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental.

La principal lección aprendida es que si las partes involucradas se encuentran, actualizan los conocimientos y comparten los temas comunes, surgen respuestas a problemas aparentemente irresolubles.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. A su salud! Salud mental, derechos humanos y justicia. Buenos Aires: OPS; 2007.

5. Fortalecer alianzas multisectoriales dentro y fuera del sector salud.

La **Estrategia y plan de acción en salud mental** de la OPS/OMS destaca que: *“La ejecución de las políticas y planes nacionales de salud mental es un desafío que requiere de asociaciones eficaces, del refuerzo de los compromisos existentes y del logro de nuevos aliados; en este sentido, el papel de las organizaciones de usuarios y familiares es de especial pertinencia”*. También sugiere la *“creación de una estructura o instancia de coordinación intersectorial”* (Recuadro 2).

La experiencia indica que dada la extensa y compleja agenda de salud mental y su estrecha relación con salud y otras áreas sociales, no hay posibilidad de éxito si se intenta afrontarla independientemente. En efecto, se requiere el involucramiento de los responsables de prestar la voluntad política y de decidir sobre la inversión pública, los trabajadores de salud, las familias, ONGs y comunidades y, en oportunidades, también se precisa la colaboración entre gobiernos y de las organizaciones internacionales.





Objetivos

- Establecer alianzas intra e intersectoriales a fin de promover la conciencia de todos los sectores de la sociedad y de los decisores políticos en relación a la salud mental;
- Crear y/o fortalecer estructuras y mecanismos de consulta y coordinación para la formulación, implementación y monitoreo de la legislación, política, PNSM y programas específicos; y
- Apoyar el trabajo de las organizaciones de usuarios y/o de familiares de personas con trastornos mentales.

Recomendaciones

- Establecer un grupo u organismo de coordinación y consulta nacional, con una amplia participación de actores involucrados en el tema de la salud mental (dentro y fuera del sector salud), para la formulación, implementación y monitoreo y evaluación de la legislación, política, PNSM y, cuando correspondiere, de programas específicos en áreas de la salud mental. El grupo u organismo debe observar un procedimiento de trabajo regular;
- Establecer una instancia análoga de coordinación y consulta a nivel local y que igualmente observe un procedimiento de trabajo regular;
- Favorecer y estimular el establecimiento y fortalecimiento de las organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental y sus familias, promoviendo su autonomía (“empoderamiento”);
- Atender con prioridad las quejas justificadas de usuarios en situación de vulnerabilidad;
- Impulsar mecanismos concretos multisectoriales de inclusión social que estimulen y desarrollen la autonomía personal e integración laboral de las personas con discapacidad mental y uso/abuso de sustancias;
- Desarrollar campañas multisectoriales de abogacía de salud mental en los niveles locales y nacional; y
- Fomentar la cooperación técnica entre los países en los temas de salud mental, aprovechando las experiencias innovadoras existentes en la Región.

Indicadores

- Existencia de un grupo u organismo de coordinación y consulta en salud mental (intra- e intersectorial), con una agenda de trabajo regular y sostenido, y con mecanismos que le permita la evaluación de las acciones;
- Número de asociaciones de usuarios de los servicios de salud mental y cantidad de miembros;
- Número de asociaciones de familiares de personas con trastornos mentales y cantidad de miembros; y
- Participación de las asociaciones de usuarios y familiares en el diseño e implementación del Plan Nacional de Salud Mental y de los programas específicos.



V. CONCLUSIONES

En la Sección 3 de este capítulo se resumieron los principales hallazgos obtenidos por los estudios de evaluación de los sistemas de salud mental en algunos países de la Región por medio del IESM-OMS y a través de talleres ad-hoc. Esas exploraciones, realizadas por los países con el apoyo de OPS/OMS, revelaron el estado actual de las políticas, los planes nacionales, la legislación y la vigilancia de los derechos humanos en salud mental. De esos datos surge la clara necesidad de que los llamados a la acción hechos en diversas oportunidades por los mismos Estados Miembros en el seno de OPS y OMS lleven a poner en marcha las propuestas de acción, concretas y factibles, listadas como recomendaciones en la Sección 4 de este documento. Estas recomendaciones, destinadas a todos los sectores del gobierno y de la sociedad civil involucrados, tienen el propósito de posibilitar la superación de la situación actual en lo referente a la adopción de legislación, la creación de mecanismos de vigilancia de los derechos humanos y el desarrollo de políticas y planes de salud mental.

Se ha señalado repetidamente que tanto la política nacional de salud mental, como el plan nacional de salud mental y la legislación, requieren ser formulados o modificados de acuerdo con la realidad del respectivo país y con los compromisos adquiridos en el plano internacional y regional. Por otra parte, las acciones de vigilancia y capacitación en derechos humanos requieren ser cuidadosamente programadas de manera de evitar transgresiones, fueran ellas por comisión o por omisión.

Afortunadamente, cada país cuenta en la actualidad con guías y apoyos técnicos desarrollados por OPS y por OMS que facilitan las tareas a realizarse. En este documento se ha dado una muestra de acciones posibles que ayudan a complementar la **Estrategia y plan de acción sobre salud mental**. Como se dijera antes, las acciones recomendadas no son solo responsabilidad del nivel técnico nacional de salud mental sino de un grupo numeroso de actores, entre los cuales los usuarios y sus familiares son parte constituyente de la espina dorsal de ese colectivo. Es la conjunción de todas esas fuerzas y la ciudadanía movilizada que pueden - y deben - cambiar la situación actual, lo que permitirá servir mejor a las necesidades de salud mental de la población en la Región.

VI. REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Resolución 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
2. 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
3. Herrman H, Saxena S, eds. Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
4. Organización Mundial de la Salud. Política, planes y programas de salud mental. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/mhpolicy_plans_module_Spanish.pdf
5. Cohen H, Natella G. El programa de salud mental en la provincia de Río Negro. En: Rodríguez J, Malvárez S, González R, Levav I, eds. Salud mental en la comunidad, 2.^a





- edición. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex No.49. Washington, DC: OPS; 2009.
6. World Health Organization. WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Mental health policy and service guidance package. Geneva: WHO; 2005.
 7. González R, Levav I, eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Washington,DC: Organización Panamericana de la Salud; 1991.
 8. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental (IESM-OMS, Versión 2.1). Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf
 9. World Health Organization: Planning and budgeting to deliver services for mental health. Mental health policy and service guidance package. Geneva: WHO; 2003.
 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. Borneman T, Cabral de Mello M, Levav I, eds. World Health Organization: Ministerial round tables 2001. 54th World Health Assembly: Mental health. A call for action by world health ministers. Geneva: WHO; 2001
 13. 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.
 14. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública 2005;18:229-240.
 15. Organización Panamericana de la Salud. Resolución del Consejo Directivo CD50. R8. Washington, DC: OPS; 2010. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1178&Itemid=643&lang=es





ÁREA ESTRATÉGICA N.º 2

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS CON ÉNFASIS EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

I. INTRODUCCIÓN

La respuesta a las elevadas tasas de prevalencia de los trastornos mentales en la Región y la limitada oferta de atención constituye uno de los objetivos principales de la **Estrategia y plan de acción sobre salud mental** (1), que fuera aprobada en octubre de 2009 por el 49º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales son dos áreas entrelazadas de intervención que ayudarían a los países a enfrentar ese reto y a mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población (1, 2). Es por esta razón que el Área Estratégica N.º 2 del documento citado propone: *“incorporar el componente de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos y por abuso de sustancias en los planes de salud mental, asegurando la ejecución de actividades especiales con niños, niñas y adolescentes”* (1).

Ambas, promoción y prevención primaria, comprenden acciones que en décadas recientes han recibido la sanción de la evidencia, aunque, cabe admitirlo, más con referencia a la segunda que a la primera (2). Aprovechando las experiencias recogidas en la literatura, el Área Estratégica N.º 2 propone un marco conceptual destinado a guiar la formulación y/o ejecución de los programas. Estos se apoyan en un enfoque de derechos humanos, en tanto el derecho a la salud incluye las acciones de prevención primaria, junto con las curativas y de rehabilitación, en todos los grupos poblacionales, entre ellos, las niñas, los niños y los/las adolescentes.

En este capítulo se describen varias propuestas de acción, algunas de ellas con la finalidad específica de proveer intervenciones de prevención primaria. Otras, están destinadas a la promoción, mientras que otras son mixtas, dados los límites imprecisos entre ambas. De manera excepcional, se abordan también en este capítulo otros ámbitos como los de la prevención secundaria y terciaria cuando las propuestas pueden tener impacto sobre el bienestar mental de la población.

II. MARCO CONCEPTUAL

La promoción y la prevención primaria en la atención de la salud mental

La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales son componentes fundamentales de un enfoque de salud pública dentro del marco del derecho a la salud. Es importante señalar que los principios de los derechos humanos (v.g. disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención), se aplican por igual tanto en la prevención y la promoción como en la atención curativa y la rehabilitación. En el transcurso de los años, el Sistema de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos han





elaborado instrumentos jurídicos específicos (ver Área Estratégica N.º 1) que pueden ser utilizados para proteger y abogar por el derecho a la salud de las personas en todos los niveles. Las acciones consideradas acá deben incluir a las niñas, los niños y los/as adolescentes, frecuentemente descuidados en los planes y programas de salud mental (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (4). Cabe notar que esta definición, que enlaza los tres ámbitos (físico, mental y social), debe reflejarse en intervenciones que buscan un efecto multidimensional. Así es que, un programa destinado a controlar el estrés (v.g. en el trabajo) puede simultáneamente contribuir a modificar el riesgo de un trastorno somático (v.g. hipertensión) y a mejorar el ambiente social (2).

Esta visión integral de la salud lleva a reconocer la interrelación entre promoción-prevención y recuperación de la salud-rehabilitación, así como a entender que la promoción de la salud mental es parte de la promoción de la salud en general. Como resultado operativo surge naturalmente que la colaboración intra- e intersectorial es una necesidad en el abordaje integral del proceso salud-enfermedad. Por ejemplo, los programas dirigidos a niños y adolescentes incluyen, necesariamente, a los subsectores materno-infantil y salud mental, y a otros sectores fuera de la salud, como los de educación y bienestar social.

Como ya ha sido señalado, la promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos mentales son ámbitos relacionados, con límites imprecisos entre ellos. Como resultado, las intervenciones pueden superponerse. Operativamente, para distinguir si una intervención es de uno u otro ámbito, es necesario identificar sus objetivos y propósitos (5). La promoción de la salud mental procura fomentar una salud mental positiva mediante el mejoramiento de los recursos, habilidades y fortalezas de las personas, familias, comunidades e instituciones. Además, busca fomentar el establecimiento de condiciones de vida adecuadas, así como “empoderar” a los actores sociales para que esas condiciones puedan lograrse. Es posible planificar iniciativas de promoción de la salud mental en varios niveles. Pueden estar dirigidas a toda la sociedad, a comunidades específicas (v.g. vecindarios, escuelas, lugares de trabajo), y a personas que se encuentran en situación especial o de vulnerabilidad (v.g. niños que viven en condiciones de pobreza, parte de los cuales viven en instituciones o simplemente en la calle) (2).

El proceso a través del cual se inicia y desarrolla un trastorno mental consta de diferentes etapas. En cada una de estas etapas, se pueden tomar medidas correspondientes a distintos niveles de prevención. La prevención primaria está orientada a las personas que no presentan problemas o trastornos, o que están en riesgo de ser afectadas, y busca disminuir la incidencia de los mismos. La prevención secundaria tiene como objetivo evitar el progreso del trastorno, limitar su daño y restituir la salud, reduciendo la prevalencia. Eso lo logra a través de un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado y oportuno. Incluye también la prevención de complicaciones y discapacidades. Por último, la prevención terciaria se concentra en la rehabilitación física, mental y social para que las personas puedan lograr la mejor calidad de vida posible (6).



Las intervenciones de prevención primaria de los trastornos mentales deben estar basadas en datos científicos. Ellas se agrupan en tres categorías:

- 1) Universales: cuando el destinatario de la intervención es toda la sociedad;
- 2) Selectivas: cuando el destinatario es un grupo específico de la población; e
- 3) Indicadas: cuando los destinatarios son individuos o un grupo familiar con alto riesgo de padecer un trastorno mental (6).

Factores de riesgo y factores de protección

Gran parte de las estrategias de promoción de la salud mental y de prevención de los trastornos mentales depende de la identificación de los factores de riesgo y de protección (7, 9, 10, 11). Estos pueden clasificarse teniendo en cuenta la persona, la familia, la comunidad y las instituciones formales y no formales del estado, incluyendo los contextos económicos y ambientales (2, 7, 8, 9). Las intervenciones encaminadas a evitar o superar factores de riesgo específicos, así como las que tienen la finalidad de reforzar factores protectores, tendrán repercusiones positivas en todos los grupos poblacionales. Con respecto a los niños y los adolescentes, esas intervenciones repercutirán favorablemente en su desarrollo tanto de manera inmediata como a largo plazo (v.g. las acciones dirigidas a evitar el maltrato infantil que causa psicopatología no solo en edades tempranas sino incluso en la edad adulta).

Los factores de riesgo (v.g. ambientales) interactuando con elementos de vulnerabilidad (v.g. temperamento o dificultad para relacionarse en el niño) puede resultar en un problemas de salud de mayor gravedad y duración más prolongada. Los factores protectores, en cambio, se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia a los trastornos y reducen el riesgo. Esos factores favorecen la disminución de la probabilidad de que surja un trastorno mental, mediante la disminución de la exposición de la persona al riesgo o la atenuación del efecto de los factores de riesgo. Las acciones preventivas, cuyo objetivo es fortalecer los factores protectores, se superponen con la promoción de la salud mental, pues la mayoría de ellos (v.g. la autoestima adecuada, el pensamiento positivo, el nivel de inteligencia, la solución de problemas, las aptitudes sociales y otros, tales como el apoyo comunitario) son considerados aspectos positivos de la salud mental (7).

Factores de riesgo

- *Individuales*: vulnerabilidades genéticas; problemas de salud (v.g. enfermedades crónicas), descuido y maltrato de los menores. Otros factores de riesgo individuales pueden ser el resultado de problemas que se iniciaron con anterioridad: dificultades en el ámbito educativo, problemas interpersonales con los pares o con la familia y el uso de sustancias;
- *Familiares*: conflictos o desorganización familiar; antecedentes familiares de trastornos mentales graves y persistentes; violencia doméstica e incesto; ausencia de los padres, tanto psicológica como física; bajo nivel educativo del grupo familiar; aislamiento social o conducta antisocial; y problemas familiares de comunicación;
- *Comunitarios*: pobreza extrema; vecindario inseguro; exposición a agresiones y violencia; discriminación; pertenencia a una minoría discriminada; falta de acceso a los servicios relacionados con la salud y la educación; oportunidades limitadas para estudiar, trabajar o realizar actividades extracurriculares (v.g. culturales y recreativas); e





- *Institucionales*: violaciones sistemáticas de los derechos fundamentales de los pacientes en centros de tratamiento de las adicciones al alcohol y otras drogas; cárceles y escuelas desorganizadas y con marcado clima de violencia.

Factores de protección

- *Individuales*: buen estado de salud; hábitos saludables; adecuada nutrición; actitud y carácter positivos; buena relación con los pares; apropiadas aptitudes sociales; sentido de esperanza y optimismo; autoestima adecuada; manejo del estrés; adaptabilidad; cociente intelectual elevado; nivel de educación alto; sentido de coherencia; metas profesionales y existencia de proyecto de vida (en algunos contextos);
- *Familiares*: satisfacción de las necesidades básicas aseguradas mediante el empleo estable y digno; estabilidad y coherencia del núcleo familiar; estímulo y refuerzo de actividades y comportamientos positivos; vida regular en el colectivo; reconocimiento de logros; apoyo a metas positivas; promoción de la amistad, la solidaridad, la tolerancia y la inclusión; establecimiento de límites sociales apropiados de conducta
- *Comunitarios*: oportunidades educativas y profesionales; actividades para niños y adolescentes (v.g. deportes y actividades educativas); apoyo social; apoyo a las familias con necesidades especiales; legislación protectora de los jóvenes; entorno sin riesgos (ausencia de violencia, uso de drogas o contaminación ambiental); construcción de espacios públicos seguros (v.g. barrios, parques, plazas, edificios, caminos); oportunidades para el desarrollo económico sostenido (v.g. capacitación y créditos para iniciar pequeñas empresas destinados a personas en situación de pobreza); e
- *Institucionales*: organizaciones basadas en las necesidades de las personas y que ofrecen buen trato; instituciones proactivas en la defensa del medio ambiente; instituciones facilitadoras de la atención a personas con desventajas (v.g. discapacidades, minorías étnicas) y promotoras de la responsabilidad social por la salud mental de la población.

El análisis de los factores protectores y factores de riesgo vinculados a la salud mental es especialmente importante al momento de diseñar intervenciones de promoción y prevención primaria. Para aumentar la probabilidad de éxito se requieren intervenciones simultáneas en varios niveles de influencia, que consideren al grupo al cual va dirigido y al contexto al cual pertenece, incluyendo los diferentes entornos en los que participa la persona (8, 11).

Estado de salud mental de los niños y adolescentes

Al contrario de la creencia generalizada, los trastornos mentales son comunes durante la niñez y adolescencia. A los trastornos específicos, aunque raramente limitados a esta edad, se unen muchos de los trastornos diagnosticados en los adultos que comenzaron durante la infancia. Conviene señalar que las estimaciones de morbilidad psíquica en niños y adolescentes deben aceptarse con reservas. En efecto, no es enteramente infrecuente que los aparentes trastornos psiquiátricos reflejen fases del desarrollo en las que es difícil establecer límites claros entre fenómenos que son parte del desarrollo normal y otros que son anormales.



La psicopatología en la niñez surge de interacciones complejas entre características específicas individuales (de origen genético, biológico y psicológico) y el entorno social (padres, hermanos y relaciones familiares ampliadas; los pares y el vecindario; la escuela y la comunidad; y el contexto más amplio de tipo social, económico, cultural, étnico y de género).

Un análisis de los resultados de diez estudios epidemiológicos sobre trastornos mentales en niños y adolescentes realizados en América Latina y el Caribe mostró una tasa de prevalencia de alrededor de 15% (12). El trastorno depresivo y la conducta suicida aumentaban notablemente en la adolescencia (13). En efecto, la depresión mayor empieza con frecuencia en la adolescencia y da lugar a tasas de suicidio relativamente elevadas en este grupo de edad (14).

Según los datos disponibles, los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad por separación, fobias y trastorno de estrés postraumático) y del desarrollo son los más frecuentes en niños y adolescentes. A pesar de que los trastornos psicóticos y de la conducta alimentaria ocurren con menor frecuencia, ellos siguen siendo problemas que generan una significativa inquietud en el campo de la salud pública y a nivel social, por la gravedad del problema psicopatológico, la discapacidad que generan (con la carga familiar consiguiente) y el riesgo de mortalidad.

Los trastornos por comportamiento perturbador (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de la conducta y trastorno negativista desafiante) son relativamente frecuentes y constituyen objeto de especial preocupación para la familias y el sector escolar. En su abordaje se observa con frecuencia la prescripción no siempre justificada de medicamentos (15).

Últimamente se viene observando un aumento de las tasas de prevalencia de los trastornos generalizados del desarrollo (incluidos el autismo y el síndrome de Asperger) en parte debido a un nivel más alto de identificación. El trastorno autista se caracteriza por un déficit en el comportamiento social y en la comunicación, además de restricción de actividades (16, 17, 18). Los datos actuales indican que el autismo probablemente sea causado por una combinación de factores de riesgo, tanto genéticos como ambientales. Los síntomas del autismo pueden variar de leves a graves, con una heterogeneidad considerable del cuadro clínico. Muchas personas afectadas requieren atención durante toda la vida y presentan otros problemas médicos. En los Estados Unidos, la Academia de Pediatría ha recomendado el tamizaje obligatorio del autismo para todos los niños entre 18 y 24 meses de edad debido a los datos disponibles en cuanto a que una intervención conductual temprana puede dar como resultado mejoras significativas en las funciones cognitivas y de la comunicación social, con resultados a largo plazo (18).

En la niñez y la adolescencia, de manera muy particular, el bienestar emocional y mental tiene un efecto significativo sobre la salud. Las niñas, los niños y los/as adolescentes mentalmente sanos gozan de una mejor calidad de vida y funcionan mejor en su casa, la escuela y la comunidad (19). Por el contrario, las experiencias adversas tempranas durante la niñez, como el abandono y el maltrato o abuso emocional, físico y sexual (la violencia en general), se vinculan con una amplia variedad de resultados adversos tardíos, entre otros, un riesgo mayor de sufrir enfermedades crónicas, de padecer comportamientos suicidas, de utilizar más frecuentemente los servicios de salud y de presentar trastornos mentales diversos.





La aparición de las enfermedades mentales en la niñez o la adolescencia tiene efectos negativos sobre el desarrollo a largo plazo (20-24) y existe evidencia de que muchos trastornos mentales en los adultos están ya presentes con anterioridad (25). Estos datos subrayan la importancia que tienen la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en la población de niños y adolescentes.

III. EVALUACIÓN DE ALGUNOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Mediante el estudio de evaluación de los sistemas de salud mental usando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, conocido como IESM-OMS (WHO-AIMS, por sus siglas en inglés) (26), se identificaron algunos aspectos relacionados con las acciones de promoción–prevención en distintos países de la Región. A continuación se resumen algunos datos.

En seis países de Centroamérica y en República Dominicana se evaluó la presencia de programas de promoción de la salud mental y de prevención de los trastornos psiquiátricos en el ámbito escolar. Nicaragua tenía programas en aproximadamente el 20% de las escuelas primarias y secundarias; en Guatemala, Honduras, Panamá y la República Dominicana entre 21% y 50%; y en Costa Rica y El Salvador, entre 51% y 80%.

De los países del Caribe Inglés que realizaron la evaluación de sus sistemas de salud mental, Belice informó que entre 51% y 80% de las escuelas primarias y secundarias contaba con programas de este tipo; Jamaica, entre 21% y el 50%; Surinam, entre 1% y 20%; y ninguno en Dominica y Guyana.

En lo que respecta a las acciones educativas dirigidas al público, cinco de los siete países de Centroamérica y la República Dominicana informaron que contaban con un organismo encargado de implementar tales acciones. En los países del Caribe Inglés, aún sin contar con un organismo específico, se informó que se realizaban acciones destinadas a distintos grupos y sectores de la población bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud.

Entre los países que utilizaron el IESM-OMS en América del Sur, Bolivia, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay solo una baja proporción de escuelas contaban con programas de promoción y prevención primaria (1% a 20%). Por su parte, Brasil informó que cuenta con dichos programas, pero no incluyó en su informe el porcentaje. En Ecuador, 21% a 50% de las escuelas los tenían, pero solo en el nivel secundario.

Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay y Uruguay realizaron campañas dirigidas al público por medio de diversas instituciones, pero sin coordinación central; mientras que Brasil y Perú las realizaron con la coordinación del Ministerio de Salud. Los países no informaron si las acciones realizadas fueron objeto de evaluación.

En resumen, con pocas excepciones, las acciones de promoción y prevención primaria en los países fueron escasas, reduciéndose de esa manera las posibilidades de disminuir la carga de enfermedad y aumentar el



bienestar psicológico. La brecha existente en el campo de la promoción y prevención primaria, comparada con el área curativa, es amplia y necesita ser reducida para el beneficio de la población.

IV. PROPUESTAS PARA LA ACCIÓN

1. Establecimiento y fortalecimiento de las alianzas de colaboración intra- e inter-sectorial en el ámbito de la salud mental.

La colaboración intra- e intersectorial fortalece las acciones de salud mental y facilita el alcance de resultados en áreas prioritarias donde la responsabilidad es compartida por diferentes sectores, entre ellos, instituciones de gobierno, autoridades locales, líderes comunitarios, medios de comunicación, organizaciones profesionales, instituciones religiosas y organizaciones de la sociedad civil en general. Los objetivos perseguidos son, entre otros, generar nuevos entendimientos, explorar mecanismos apropiados de intervención conjunta, aumentar la aceptación de las acciones por parte del público, monitorear y evaluar las intervenciones y mejorar la base de datos sustentados en datos científicos para lograr de ese modo la optimización de las decisiones (ver Área Estratégica N.º 5).

La formación de alianzas y la coordinación de las mismas constituyen un desafío sostenido. Como todo esfuerzo democrático, exige un debate inteligente y esclarecedor, una comprensión clara de los compromisos mutuos y la aceptación de la distribución de las funciones y responsabilidades entre los diferentes sectores y actores (2, 7, 9).

Las alianzas y mecanismos de trabajo intra- e intersectoriales pueden incidir, por ejemplo, sobre los riesgos tempranos relacionados con los problemas del desarrollo durante el período prenatal, la lactancia y en la niñez y adolescencia. Además, pueden facilitar la implementación de estrategias para aumentar el acceso a la atención de salud y a otros servicios dedicados a la infancia, así como la promoción de estilos de vida saludables y el refuerzo de los factores protectores (2, 7, 9).

Objetivo

- Fortalecer la colaboración para la promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos mentales y los relacionados con el uso de sustancias, dentro y fuera del sector salud.

Recomendación

- Establecer un grupo de trabajo o instancia similar con la participación de actores del sector salud y de otros sectores, para desarrollar programas de acción conjunta dirigidos a la promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos mentales y los relacionados con el uso de sustancias, de manera coordinada y sostenible. Este mecanismo de colaboración puede desarrollarse dentro del marco del grupo de coordinación del Plan Nacional de Salud Mental, si existiera. El grupo de trabajo debe definir el componente de monitoreo y evaluación de manera de asegurar la implementación efectiva y transparente de las acciones planificadas.





Indicador

- Existencia de un mecanismo de colaboración intra- e intersectorial, constituido por los/as representantes de todos los sectores involucrados, encargado de diseñar, implementar, monitorear y evaluar los programas de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y los relacionados con el uso de sustancias, basados en la evidencia científica o, en su defecto, en las buenas prácticas.

2. Incluir un componente de promoción y prevención primaria en la política y el plan nacional de salud mental, con énfasis en niños y adolescentes.

Los programas de promoción en salud mental procuran proteger y mejorar el bienestar psicosocial de la población, desde el momento de la concepción y los primeros años de la vida hasta la tercera edad, pasando por la vida adulta. Están destinados a las personas que actualmente se hallan sanas y a aquellas que están expuestas al riesgo de sufrir problemas de salud mental y psicosociales. Por otra parte, los programas de prevención primaria (universales, selectivos o indicados) tienden a reducir la incidencia de los trastornos y problemas mentales y psicosociales, reduciendo los factores de riesgo y aumentando los de protección. Tanto los programas de promoción como los de prevención utilizan diversas intervenciones de naturaleza multidisciplinaria, mediante alianzas intra- e intersectoriales.

La **Estrategia y plan de acción sobre salud mental** (1) recomienda que los planes nacionales de salud mental incluyan programas específicos para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, basados en datos científicos.

Como se mencionó anteriormente, los informes nacionales producto de la aplicación del IESM-OMS (27), revelaron que la inversión destinada a la promoción de la salud y la prevención primaria fue mínima o inexistente, al menos en lo que respecta al sistema escolar, el componente que fuera analizado más en detalle. También se informó que, en general, en todos los países el presupuesto para salud mental estaba destinado esencialmente para los servicios curativos y soslayaba, en gran medida, los programas de promoción y de prevención primaria.





Recuadro 1. Chile Crece Contigo.

Chile Crece Contigo es una iniciativa integral de política social del gobierno que sigue un método intersectorial y multidisciplinario para la protección de la niñez. Merced a este programa, niñas y niños están cubiertos desde la concepción con servicios apropiados y oportunos, que permiten la estimulación temprana y favorecen el desarrollo integral. El objetivo es proporcionar igualdad de oportunidades desde las primeras etapas de la vida y eliminar las diferencias surgidas de las disparidades socioeconómicas.

Niños/as provenientes de familias carenciadas tienen la posibilidad de asistir gratuitamente a guarderías infantiles y jardines de infantes. El sistema consta de: 1) un programa educativo para todos los ciudadanos; 2) legislación y normas de protección de la maternidad y la paternidad; y 3) acompañamiento para todos los niños/as hasta la entrada en el sistema escolar: mejores controles prenatales, nacimiento humanizado, mejora de los controles de salud, especialmente durante los dos primeros años (con un programa de apoyo biopsicosocial). La iniciativa también dispone de una subvención para familias en condiciones vulnerables. Ver: <http://www.crececontigo.cl/>.

Es necesario destacar la importancia de incluir en los planes nacionales de salud mental componentes de promoción y prevención primaria, y de preparación para hacer frente a los desastres, particularmente en relación a niños y adolescentes (Recuadro 1).

Objetivos

- Integrar el componente de promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos en las políticas y planes nacionales de salud mental, con especial énfasis en niños y adolescentes;
- Diseñar programas de intervenciones tempranas para disminuir o suprimir los factores de riesgo y aumentar o reforzar los factores protectores, especialmente dirigidos a menores en situaciones psicosociales especiales, tales como la pobreza extrema y la marginalidad; y
- Sensibilizar y colaborar con las comunidades locales en la formulación de programas de prevención primaria que respondan a situaciones de atención prioritarias, tales como el comportamiento violento, el uso de sustancias y las conductas suicidas.

Recomendaciones

- Incluir la promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos mentales en la política y el plan nacional de salud mental y elaborar programas con énfasis en los niños, y adolescentes, formulados a partir de experiencias sustentadas en datos basados en la evidencia y que dispongan de asignaciones presupuestarias adecuadas;
- Los programas de promoción y prevención primaria deben: 1) basarse en experiencias documentadas y exitosas de fomento de entornos saludables, fortalecimiento de los factores de protección y aumento de la capacidad de resiliencia, así como de reducción de los factores de riesgo; 2) identificar claramente los grupos destinatarios; 3) garantizar la sostenibilidad dentro



del sistema, mediante la inclusión y, cuando correspondiere, la capacitación de los actores de diferentes instituciones cuya misión se corresponde con los objetivos y métodos de los programas (v.g. familias, escuelas, líderes, organizaciones comunitarias y profesionales); y 4) incluir un componente de seguimiento y evaluación (2, 7, 9);

- Apoyar los programas de protección social de los sectores que desarrollan acciones dirigidas a los grupos más vulnerables de la comunidad, como los destinados a reducir la pobreza y garantizar el pleno empleo;
- Fortalecer el componente psicosocial en la atención primaria de salud (APS) y, dentro del mismo, incluir la promoción de la salud y la prevención primaria, habida cuenta de las prioridades y capacidades identificadas en el nivel local;
- Desarrollar protocolos de atención de salud mental concebidos especialmente para APS, que incluyan guías para la implementación de acciones de promoción y de prevención primaria; y
- Apoyar las acciones de APS a través del nivel especializado por medio de un proceso periódico de supervisión e interconsulta.

Indicadores

- Existencia de una sección específica sobre promoción de la salud mental y prevención primaria en la política y el plan nacional de salud mental, y que este último incluya acciones de monitoreo y evaluación; y
- Proporción de centros de APS con disponibilidad de protocolos de salud mental, que contienen acciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y los relacionados con el uso de sustancias, para cuya implementación el personal debe ser capacitado y contar con el apoyo y supervisión del nivel especializado.

3. Desarrollar programas de promoción de la salud mental y prevención primaria en entornos específicos.

Entornos como la escuela, el lugar de trabajo, el sistema judicial, por citar solo algunos, son escenarios naturales y claves donde se potencia la cooperación intersectorial y entre instituciones. Todos ellos ofrecen la ventaja de poder trabajar con grupos poblacionales definidos, donde se pueden impulsar intervenciones concretas en el campo de la promoción de la salud y la prevención primaria de los trastornos mentales, incluidos los relacionados con el uso de sustancias (Recuadro 2).



Recuadro 2. Programa de promoción de la salud mental en Santiago Atitlán, Guatemala.

La experiencia en esta localidad, que cuenta con una población mayoritariamente indígena, es enriquecedora. En ella se incorporó un programa de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales dentro de las responsabilidades de la Red de Salud Municipal, que creó un comité especial para salud mental. La Red desempeñó una función activa en el liderazgo y la coordinación de las acciones. Las promotoras locales, dos mujeres indígenas, fueron cruciales para ayudar a la población a comprender y aceptar el programa. Un elemento fundamental en el cumplimiento del tratamiento por parte de las personas con trastornos mentales graves fue la participación de las familias en el programa de atención.

Fuente: Informe del Ministerio de Salud y la OPS en Guatemala.

La atención integral de la salud mental es clave en cada etapa del ciclo vital y debe implementarse teniendo en cuenta la diversidad de las necesidades biopsicosociales en los diferentes contextos. La atención dirigida a niños y adolescentes es particularmente importante y debe adoptar un enfoque multisectorial que se extiende desde la promoción de la salud mental y la prevención primaria a las acciones curativas, dentro del marco del hogar, la escuela y la comunidad (8, 28).

Servicios de salud materno-infantiles

Las madres son las principales proveedoras de atención primaria y cuidados de los menores. La abundante evidencia disponible indica que la salud mental de la madre así como su nivel educacional repercuten directamente en el bienestar y desarrollo del niño/a. Por ejemplo, los hijos de mujeres con depresión tienen mayor riesgo de sufrir accidentes y retrasos en su desarrollo; y los hijos de padres y madres que sufrieron eventos traumáticos parecen tener mayor riesgo de presentar síntomas de estrés postraumático (29). Los recién nacidos de madres que abusan del alcohol durante el embarazo pueden presentar el síndrome de alcoholismo fetal. Por todas estas razones, amén de otras no citadas acá, es esencial proveer atención a las madres antes y después del parto con la finalidad de fortalecer su salud mental y la capacidad de crianza y cuidado del hijo/a. Se ha demostrado que las visitas domiciliarias, particularmente a madres jóvenes y de alto riesgo social, por parte de enfermeras y, en menor grado, por paraprofesionales, prolongan el período de lactancia materna, reducen los castigos corporales a los niños así como el riesgo de que presenten trastornos de conducta en la adolescencia (37-38).

Escuelas

Las investigaciones han mostrado que la falta de acceso a la educación, o una educación limitada, constituyen un factor de riesgo para diversos trastornos de salud (físicos y mentales) y reducen las oportunidades laborales. Tal situación pone en movimiento el círculo vicioso de mala salud y pobreza (30, 31).

Un elemento fundamental en la vida de los niños es la escuela (y los jardines de infancia, si los hubiera) donde ellos pasan muchas horas del día y meses del año (10). Es casi obvio afirmar que





la escuela es un escenario privilegiado y posiblemente el lugar más apropiado para desarrollar programas de promoción de la salud mental y prevención primaria. Por otra parte, el personal docente (maestros y auxiliares) tiene la posibilidad de detectar problemas de salud mental en el alumnado, así como de intervenir y/o derivar a los menores a otros servicios. Sin embargo, una limitación real en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe es la capacitación insuficiente de los maestros en temas psicosociales, así como el limitado personal especializado (psicólogos/as o enfermeras capacitadas) dedicado al trabajo de salud mental en los establecimientos educativos. Huelga señalar que esta situación es factible de ser corregida cuando los servicios de salud mental están basados en la comunidad (ver Área Estratégica N° 3).

Los siguientes son algunos ejemplos de actividades que se pueden incluir en los programas escolares de promoción de la salud:

- Intervenciones para aumentar la autoestima y para promover la resolución pacífica de conflictos, la socialización con los pares, el acatamiento a las normas y la disminución o erradicación de conductas violentas y el consumo de sustancias;
- Intervenciones de prevención secundaria destinadas a niños y adolescentes tales como la derivación (referencia) oportuna de los alumnos que presenten los primeros síntomas de un trastorno emocional o conductual, inicialmente al personal escolar con capacitación especial y, si no diera resultado, a un profesional especializado, si se contara con uno; e identificación y derivación de alumnos del nivel preescolar y escolar con problemas académicos para que se practiquen las evaluaciones pertinentes (pruebas psicoeducativas, evaluación del lenguaje). Es obvio señalar que cuanto mas temprana la identificación de un problema y su atención (curativa y de rehabilitación) tanto mejor será la resolución del mismo y tanto menor la posibilidad de que aparezcan complicaciones; y
- Apoyo específico a maestros y trabajadores de las escuelas en la resolución de sus propios conflictos psicosociales y trastornos mentales. Un buen instrumento para comenzar el abordaje de problemas de orden psicosocial lo constituiría la elaboración del código de convivencia escolar con participación activa de padres, alumnos, autoridades, profesores, personal administrativo y de servicio.

Ámbito laboral

Dado que los trastornos mentales pueden comenzar a una edad relativamente temprana, ellos pueden causar una elevada carga, producir un impacto social significativo y ocasionar altos costos indirectos debidos a la disminución de la productividad en el trabajo. En muchos países industrializados, entre 35% y 45% del ausentismo laboral es causado por problemas de salud mental. Según un estudio llevado a cabo en Canadá, se calcula que entre 30% y 50% de las prestaciones por discapacidad se deben a problemas de salud mental (32).

El desempleo y la pérdida del trabajo son factores comprobados de riesgo para la salud. En diferentes estudios se ha demostrado que las personas desempleadas presentan más síntomas depresivos y de abuso de alcohol que las personas que tienen empleo. Quienes han perdido su trabajo tienen el doble de probabilidades de sufrir depresión si se los compara con las personas que lo conservan. Otro



dato significativo es que “aunque los empleados no hagan uso de su licencia por enfermedad, los problemas de salud mental pueden dar lugar a una disminución considerable del nivel habitual de rendimiento” (29, 32). Una conclusión importante es que el empleo pleno y satisfactorio es la mejor receta para la buena salud mental del adulto y, de manera indirecta, de toda la familia.

Por otro lado, las condiciones laborales desfavorables pueden generar un alto nivel de estrés, malestar y conflictos interpersonales. Precisamente, los programas de promoción y prevención de los trastornos mentales pueden dar respuesta a algunas de estas dificultades, con impacto favorable en el individuo y su familia. El entorno laboral es ideal para ejecutar acciones, por ejemplo, desarrollando programas que busquen reducir el uso del alcohol o para la identificación precoz y manejo de la depresión, o para la prevención del acoso sexual y sus consecuencias psicológicas adversas (33). En la actualidad, muchos lugares de trabajo cuentan con programas de promoción de la salud, a los cuales se les debería incorporar el componente de salud mental.

Es importante no pasar por alto que, si bien el trabajo infantil es una actividad regulada por las legislaciones de los diferentes países, es una problemática que va en aumento en los países en desarrollo¹⁸. Como se establece en la *Convención sobre los Derechos del Niño*, los niños y niñas “*tienen derecho a estar protegidos contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.*” Las condiciones de trabajo a las que estén expuestos, sumado a otros determinantes sociales vinculados, pueden poner en riesgo la salud mental de esta población.

Comunidad

Los programas de desarrollo comunitario, particularmente los dirigidos a poblaciones de bajos recursos y grupos vulnerables, son más efectivos cuando poseen un doble enfoque. Por un lado, se centran en las personas, intentando promover su bienestar psicológico, social y económico y, por el otro, tienen el propósito de promover el bienestar ambiental y cultural de la comunidad. Esto exige un proceso participativo que estimule, tanto la toma de decisiones basadas en la identificación de soluciones a problemas comunes sobre la base de las prioridades locales, como la implementación de acciones conjuntas.

En los últimos años, el crecimiento urbano y peri-urbano no planificado ha generado el surgimiento de grupos sociales, especialmente juveniles, excluidos y excluyentes, con altos riesgos para su salud mental, como conductas suicidas, consumo de sustancias, violencia, bajos niveles de tolerancia social, y otros. Ese proceso de desorganización urbana ha provocado que espacios públicos establecidos con fines recreativos se hayan convertido en zonas de alta peligrosidad.

El desarrollo de las redes sociales permitiría que las comunidades y grupos urbanos y peri-urbanos estén más informados, asuman responsabilidad sobre sus vidas, se apropien de la construcción de espacios públicos saludables y tengan a su alcance mayores oportunidades para mejorar su situación. Todo esto requiere el máximo apoyo por parte de las autoridades municipales y nacionales (2, 9).

18 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Eliminar el trabajo infantil, afirmando los derechos del niño. Nueva York: UNICEF; 2001. Disponible en: www.unicef.org/spanish/publications/index_4302.html





Sistema judicial

El sistema judicial y los servicios de salud mental deben coordinar acciones para garantizar que tanto la legislación como la política y el plan nacional de salud mental incluyan la promoción y la prevención primaria. La provisión de información básica sobre los derechos individuales y colectivos, la jurisprudencia nacional e internacional sobre derechos humanos y las sanciones que implica violarla, disminuiría las transgresiones de los derechos humanos, en especial, por omisión (ver Área Estratégica N° 1).

Los programas de capacitación destinados a trabajadores del sistema judicial deben incluir los estándares de derechos humanos de los organismos internacionales (Naciones Unidas) y regionales (Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos), así como conceptos esenciales en lo que respecta a discapacidades mentales, salud mental y desarrollo humano, en especial de la niñez y adolescencia.

Objetivo

- Desarrollar programas de promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos mentales conjuntamente con todos los sectores involucrados, entre ellos, aunque no exclusivamente, los servicios de salud materno-infantiles, el sistema escolar, los ámbitos de trabajo, las comunidades y el sistema judicial.

Recomendaciones

- Implementar intervenciones de promoción de la salud mental y de prevención primaria de los trastornos mentales, basados en alianzas intra- e intersectoriales, en entornos seleccionados, tales como las escuelas (niñez y adolescencia) y universidades; el ámbito laboral (dirigido a adultos, pero atendiendo de igual manera la problemática del trabajo infantil); los servicios materno-infantiles (madres, padres y niños/as); los entornos de la comunidad (entre ellos, las organizaciones religiosas y vecinales); y la atención primaria en salud;
- Formular programas de intervención temprana para fomentar el desarrollo psicosocial por medio del apoyo a padres y familias; las acciones comunitarias para la protección de niños y adolescentes; la ampliación de oportunidades educativas para la primera infancia (y para las madres); la implementación de acciones psicosociales en la escuela; y del diagnóstico oportuno de los trastornos mentales (1);
- Formular programas de intervención con adolescentes en riesgo de entrar en conflicto con la ley; e
- Implementar en los servicios de salud materno-infantil programas de promoción y prevención primaria que incluyan visitas domiciliarias especialmente a madres jóvenes, solteras y en situaciones de pobreza durante el embarazo y los tres primeros años de vida del niño/niña.

Indicadores

- Proporción de servicios de salud materno-infantil con programas de promoción de la salud mental y visitas domiciliarias a madres jóvenes durante el embarazo y los tres primeros años de vida del niño/niña;

- Proporción de escuelas con programas de promoción de la salud mental (o de promoción de la salud que incluya el componente psicosocial) y prevención de los trastornos mentales y del comportamiento;
- Proporción de ámbitos de trabajo con programas de bienestar que incluyan el componente salud mental;
- Proporción de funcionarios del sistema judicial que han recibido capacitación en temas de salud mental y uso de sustancias, basados en un enfoque de derechos humanos; y
- Proporción de municipios que han establecido programas de promoción y prevención de la salud mental que incluyan el componente psicosocial, con particular énfasis en niñez y adolescencia.

4. Desarrollar programas de educación pública sobre temas de salud mental que incluyan la colaboración con los medios de comunicación.

En general, la información que la sociedad posee sobre temas de salud mental ha aumentado con el transcurso de los años, desde la época en que se aislaba de manera sistemática a las personas con trastornos mentales en instituciones manicomiales hasta el tratamiento comunitario actual. Sin embargo, en muchas sociedades todavía existe un gran desconocimiento de los temas relacionados con la salud mental y los trastornos mentales.

Las campañas de educación pública pueden ayudar a disminuir la discriminación en relación a las personas con trastornos mentales y, en cierta medida, a clarificar los mitos y atenuar el estigma. También contribuyen a disminuir las barreras psicológicas y sociales en el camino de acceso a los servicios de salud mental (33, 5). Para asegurar su eficacia, estos programas deben estar dirigidos a entornos específicos como escuelas, centros laborales o una comunidad en particular, donde se comparte un espacio y una subcultura común y donde es posible involucrar a líderes comunitarios o personas representativas (34) (Recuadro 3).

Recuadro 3. La Colifata, una radio de usuarios para toda la comunidad, Buenos Aires, Argentina.

La Colifata es una asociación civil que brinda servicios en salud mental utilizando los medios de comunicación para la creación de “espacios en salud”. Nació en 1991 y fue la primera radio en el mundo en transmitir desde un hospital psiquiátrico. En ella los protagonistas son las personas en tratamiento y la comunidad. Esta construcción de espacios en salud se hace desde una perspectiva de participación social.

La misión de la radio es producir conocimiento y desarrollar espacios concretos de intervención tendientes a: disminuir la carga social estigmatizada de la “locura” mediante el desarrollo de espacios de encuentro entre la comunidad y los usuarios; promover acciones en salud por parte de la comunidad apelando a su inventiva, creatividad y participación solidaria; y fomentar la autonomía, la búsqueda de soluciones cognitivas apropiadas y el ejercicio de sus derechos de ciudadanía.

Más de 50 personas internadas y unos 30 visitantes concurren todos los sábados a *LT 22 Radio La Colifata*. Ese día se realiza la emisión en directo desde los jardines del Hospital Borda en la Ciudad de Buenos Aires por el 100.1 de FM y en línea. Están también conectados a las redes sociales vía Internet.





Para alcanzar los resultados previstos, es importante que las iniciativas se pongan en práctica en colaboración con otros interesados directos, particularmente usuarios y familiares. La difusión de información incluye los medios de comunicación tradicionales y los basados en Internet (v.g. redes sociales, multimedia, periódicos electrónicos y otros).

La función de los medios de comunicación y la necesidad de sensibilizarlos con respecto a la problemática de salud mental requiere una consideración especial en virtud de que es frecuente observar que aún se asocian a las enfermedades mentales con la violencia y se perpetúan los mitos negativos (34, 35). Una alianza continua de trabajo con los medios de comunicación tradicionales y una participación proactiva en las redes sociales y otras tecnologías análogas contribuirá a establecer canales apropiados para informar, explicar y “cambiar los estereotipos y las concepciones erróneas acerca de los trastornos mentales” (34). También es necesario hacer un seguimiento de todos estos esfuerzos y evaluar su impacto.

Objetivos

- Aumentar los conocimientos, mejorar las actitudes y erradicar las prácticas de discriminación de la población en relación a la salud mental;
- Fortalecer las alianzas de trabajo con los medios de comunicación para modificar su perspectiva sesgada y mejorar el contenido de los mensajes sobre salud mental. En particular, evitar el sensacionalismo con respecto a los suicidios y a otros actos violentos, incluyendo los relacionados con personas con problemas mentales;
- Promover el respeto de los códigos de ética por parte de los medios y los comunicadores sociales; y
- Ayudar a niños y adolescentes a interpretar de manera crítica y apropiada los mensajes transmitidos por los medios de comunicación.

Recomendaciones

- Diseñar e implementar campañas educativas diferenciadas de acuerdo a los grupos a los cuales se intenta abordar, según las metas formuladas y los escenarios particulares;
- Establecer un mecanismo formal de cooperación sistemático y práctico con los medios de comunicación sobre temas relacionados con la salud mental y el uso de sustancias; y
- Asegurar que entre los medios de comunicación se incluyan sitios de la red y otros medios utilizados por niños y adolescentes.

Indicadores

- Número de campañas educativas sobre salud mental realizadas anualmente con mención del público destinatario, sesiones, número de participantes;
- Número de reuniones con representantes de los medios de comunicación para examinar temas de salud mental y facilitar la entrega de información apropiada sobre salud mental a la población; y
- Número de redes sociales que incluyen temas sobre salud mental.



5. Elaborar y poner en práctica un programa para luchar contra la estigmatización, la discriminación y la exclusión social de las personas con trastornos mentales.

Muchos factores inciden en la aceptación por la comunidad de las personas con trastornos mentales y con discapacidad física o intelectual. Entre ellos:

- Los síntomas y signos propios de la enfermedad mental y características de la discapacidad;
- Los conocimientos, actitudes y el comportamiento de los miembros de la comunidad, los familiares cercanos y del personal de los servicios de salud; y
- La disponibilidad y calidad de la atención de salud mental en los servicios de salud.

Es frecuente que la estigmatización y la discriminación modulen las creencias, actitudes y prácticas de la comunidad con respecto a las personas con trastornos mentales y con discapacidades y sus familias. La estigmatización está enraizada profundamente en muchos contextos sociales, culturales y profesionales (incluso en el sector salud). Por ejemplo, en algunas culturas se cree que las enfermedades mentales son contagiosas o que ocurren porque la persona ha ofendido a un demonio. Tampoco los países desarrollados están libres de mitos o ideas erróneas; por ejemplo, muchas veces se atribuye a personas con trastornos mentales severos la comisión de actos de violencia en la comunidad (36). En muchos países, las personas con trastornos mentales y discapacidades pierden sus derechos de ciudadanía, como los que les permiten votar y presentarse a cargos de elección pública, y sufren restricciones para recibir educación, para obtener un trabajo digno y apropiado o acceder a una vivienda aceptable.

Objetivo

- Reducir la estigmatización, eliminar la discriminación asociada con los trastornos mentales y discapacidades y aumentar la inclusión social de las personas con trastornos mentales.

Recomendaciones

- Diseñar e implementar programas, por medio de un trabajo coordinado que incluya a las organizaciones de usuarios y familiares y a los organismos involucrados en la promoción y protección de los derechos humanos, dirigidos a disminuir y erradicar la estigmatización y la discriminación relacionadas con las personas que están afectadas por una enfermedad o discapacidad mental. Estos programas deben estar dirigidos a diferentes grupos destinatarios (v.g. escuelas, universidades, profesionales de la salud en general y de salud mental en particular, a los mismos usuarios de servicios y familiares, jueces, autoridades del gobierno central y municipal, y otros);
- Promover la inclusión de niños con necesidades especiales en las escuelas normales como la mejor estrategia para su acceso a una educación apropiada. Ello contribuirá a la disminución del auto-estigma y del estigma de otros en relación a esos menores.
- Utilizar todos los métodos disponibles en la lucha contra el estigma, entre ellos: educar al público para aumentar sus conocimientos sobre salud mental; promover cambios de conducta en los establecimientos laborales que discriminan a las personas con trastornos mentales; brindar oportunidades a las personas con trastornos mentales para que establezcan contacto directo con



otras personas (v.g. que hablen en escuelas y universidades, con empleadores y con la prensa) de manera que puedan abogar por sus derechos humanos, estén o no recogidos en la legislaciones vigentes, y el derecho a ser diferentes;

- Asegurar que los servicios de salud mental brinden apoyo a usuarios y familiares en la lucha contra el estigma y la discriminación en la comunidad (36); y
- Apoyar a organizaciones de la sociedad civil cuya misión es la protección de los derechos humanos de las personas afectadas de enfermedad o discapacidad mental, incluyendo las asociaciones de usuarios y familiares.

Indicadores

- Número y tipo de actividades anuales contra la estigmatización y la discriminación planificadas, ejecutadas y evaluadas conjuntamente con todos los sectores involucrados; y
- Número de organizaciones que trabajan en la protección de los derechos humanos de personas con problemas de salud mental.

V. CONCLUSIONES

Las actividades de promoción de la salud mental y de prevención de los trastornos mentales están siendo integradas a la agenda de salud mental. Sin embargo, el ritmo de aplicación de los programas es aun lento, aunque se cuente con suficientes datos basados en evidencias y con manifestaciones de voluntad política al respecto.

En este capítulo se han presentado algunas recomendaciones para la acción que podrían cambiar la situación. Muchas de ellas no requieren de un financiamiento especial sino de una redistribución del presupuesto asignado a la salud mental. Por otra parte, el establecimiento de alianzas estratégicas conlleva la posibilidad de movilizar fondos de otros sectores que también intervienen en las actividades relativas a la salud mental.

Cabe esperar que la voluntad política, combinada con la base actual de conocimientos, acelere el proceso de implementación de acciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psiquiátricos en aras del bienestar de la población y de la disminución de la carga de morbilidad.



LECTURAS RECOMENDADAS

- Organización Panamericana de la Salud. Resolución 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
- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud y la Universidad de Melbourne. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado: un informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra: WHO; 2004. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- World Health Organization. Atlas: Child and adolescent mental health resources. Global concerns: implications for the future. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf
- Rodríguez J, Malvárez S, González R, Levav I, eds. Salud mental en la comunidad, 2.ª edición. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex No.49. Washington, DC: OPS; 2009.

VI. REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Resolución 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
2. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud y la Universidad de Melbourne. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
3. World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plans. Mental health policy and service guidance package. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index1.html
4. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. Ginebra: OMS; 1948. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
5. Freeman F, Saraceno B, Funk M. Public mental health. En: Detels R, Beaglehole R, Lansang MA, Gulliford M, eds. Oxford textbook of public health, Fifth edition. Oxford University Press; 2009.
6. Institute of Medicine: Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research. National Academy of Sciences. Washington, DC; 1994.





7. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado: un informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra: WHO; 2004. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
8. Breinbauer C, Maddaleno M. Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en la adolescencia. En: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica N° 594. Washington, DC: OPS; 2008.
9. Rodríguez J, Malvárez S, González R, Levav I, eds. Salud mental en la comunidad, 2.^a edición. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex N° 49. Washington, DC: OPS; 2009.
10. Rae-Grant N, Thomas BH, Offord DR, Boyle MH. Risk, protective factors and the prevalence of behavioral and emotional disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;28:262-268.
11. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly* 1988;15:351-377.
12. Duarte C, Hoven C, Berganza C, Bordin I, Bird H, Miranda CT. Child mental health in Latin America: present and future epidemiological research. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2003;33:203-222.
13. Belfer ML, Rohde LA. Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. *Revista Panamericana Salud Pública* 2005;18(4-5):359-365.
14. 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
15. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003;42:1203-11.
16. Grinker R. *Unstrange minds: Remapping the world of autism*. Nueva York: Basic Books; 2007.
17. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research* 2009;65:591-598.
18. Dawson G, Toth K, Abbott R et al. Early social attention impairments in autism: social orienting, joint attention, and attention to distress. *Developmental Psychopathology* 2004; 40:271-83.
19. Felitti V, Anda R, Nordenberg D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;14:245-258.
20. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB et al. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association* 1999;281:1707-1713.
21. Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist* 1989;44:329-335.
22. Scott S, Knapp M, Henderson J et al. Financial cost of social exclusion: Follow-up study of anti-social children into adulthood. *British Medical Journal* 2001;322:191-195.
23. Benjet C. La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En: Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, eds. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009.



24. World Health Organization. Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO Directions. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf
25. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>
26. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental (IESM-OMS, Versión 2.1). Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf
27. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre los sistemas de salud mental en Centroamérica y República Dominicana. OPS: Washington, DC; 2009. Disponible en: new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/who%20aims%20centro%20y%20dor.pdf
28. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD 48.R5. Estrategia regional para mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes. OPS: Washington, DC; 2008. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r5-s.pdf>
29. Cox D, Puckering C, Pound A et al. The impact of maternal depression in young children. Association for Child Psychology and Psychiatry. Journal of Child Psychology and Psychiatry 1987;28:917-928.
30. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. Bulletin of the World Health Organization 2003; 81(8).
31. World Health Organization. Investing in mental health. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf
32. World Health Organization. Mental health policies and programs in the workplace. Mental health policy and service guidance package. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/services/13_policias%20programas%20in%20workplace_WEB_07.pdf
33. British Columbia Ministry of Children and Family Development. Prevalence of mental health disorders in children and youth. A research update prepared by the Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit; Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of British Columbia for the Ministry of Children and Family Development. British Columbia; 2002.
34. Organización Mundial de la Salud. Fomento de la salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/advocacy_module_spanish.pdf
35. Miller G. Mental health and the mass media: room for improvement. The Lancet; 2007.
36. Arboleda-Flórez J, Sartorius N, eds. Understanding the stigma of mental illness. Londres: Wiley; 2008.
37. Olds DL, Henderson JR, Cole Ret al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: Fifteen-year follow-up of a randomized, controlled trial. Journal of the American Medical Association 1998; 280:1238-1244.
38. Olds DL, Robinson JA, O'Brian R, et al. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial. Pediatrics 2002;110:486-496.





ÁREA ESTRATÉGICA N°. 3

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL CENTRADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

I. INTRODUCCIÓN

La *Declaración de Caracas* adoptada en 1990 marca un punto de inflexión en la atención de la salud mental en la Región de las Américas (1). En ella se promueve el cambio de modelo de organización de los servicios. Dos décadas después de haber sido adoptada mantiene plena vigencia. La propuesta de reforma, tal cual fuera endosada posteriormente por los países del continente por medio de las resoluciones de los Consejos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) de los años 1997 (2), 2001 (3) y 2009 (4), obedeció a las grandes deficiencias del modelo institucional tradicional y la necesidad de su superación por un modelo de base comunitaria. Por su parte, en el año 2001, la Organización Mundial de la Salud lanzó el *Informe Mundial de Salud*, titulado *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* (5) dedicado a la salud mental, que dio renovado impulso a los esfuerzos de los países para modificar sus políticas públicas en materia de salud mental con el propósito de fortalecer los sistemas de atención basados en la comunidad.

La OPS/OMS, por medio de la Resolución del Consejo Directivo CD 49.R17 de octubre de 2009 (4), marca el derrotero a seguir para establecer definitivamente una atención de salud mental comunitaria de calidad. En la Resolución se considera que el “*acceso universal y equitativo a la atención de salud mental*” se logra por medio “*del fortalecimiento de los servicios de salud mental en el marco de los sistemas basados en la atención primaria de salud y las redes integradas de servicios*”. El documento también insta a los Estados Miembros a que “*continúen con las actividades tendientes a eliminar el antiguo modelo centrado en los hospitales psiquiátricos*”.

El Área Estratégica N°. 3 promueve la prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de la salud y el desarrollo de alternativas de atención, tal como lo ilustra la Figura 1. Esas alternativas incluyen recursos formales así como informales o tradicionales de la comunidad.



Recuadro 1. Servicios de salud mental dentro del sistema de salud.

NIVELES

1. Atención Primaria de Salud: (medicina tradicional y medicina científica o formal).
2. Atención especializada: ambulatoria, hospitalización (parcial y total) y rehabilitación (residencia protegida, laboral y del tiempo libre).

RED FUNCIONAL

Las instalaciones de salud de los diferentes niveles forman una red funcional por la cual transitan los usuarios según sus necesidades. En ocasiones también los profesionales se desplazan de un servicio a otros asegurando la continuidad de la atención.

TERRITORIO

Los servicios de salud son responsables de las acciones de promoción, prevención y atención curativa y de rehabilitación en un territorio determinado.

La implementación del modelo de base comunitaria en la Región es aún insuficiente a pesar de que es el producto de consensos alcanzados a lo largo de más de dos décadas por parte de los Estados Miembros de la OPS/OMS y que está basado en la evidencia. Como consecuencia, la brecha entre las necesidades de la población y los recursos es aún enorme. La **Estrategia y plan de acción sobre salud mental** de la OPS/OMS, aprobada en 2009, enmarca el desarrollo del modelo comunitario en la Región dentro de los principios de equidad, accesibilidad y calidad de la atención. Estos principios se aplican a todas las personas independientemente de la edad, género, nivel socioeconómico, pertenencia étnica-cultural o cualquier otra característica diferencial.

II. ANTECEDENTES Y MARCO REFERENCIAL GENERAL

La estrategia de atención primaria de la salud promovida a través de la *Declaración de Alma-Ata* en 1978 (7) y renovada 19 años después por la OPS/OMS (8) es un punto de referencia clave para el desarrollo de la atención de salud mental en la Región. Un sistema de salud mental que incluye la atención primaria de salud permite que los recursos estén al alcance de la población, al tiempo que se revela como una eficiente estrategia para ofrecer una asistencia de calidad y con capacidad resolutoria si está respaldada por personal capacitado (ver Área Estratégica N°. 4). En efecto, se estima que aproximadamente 90% de los usuarios afectados por trastornos mentales pueden ser atendidos de manera apropiada en el nivel primario (9).

Dentro del contexto de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe se observa que las enfermedades mentales y neurológicas crecieron de 8,8% en 1990 a 22,2 % en 2002 (10). A la carga se agrega la brecha de tratamiento existente, es decir, la diferencia que hay entre la prevalencia real de las enfermedades y las personas que tienen acceso al diagnóstico y al tratamiento. Por ejemplo, más de un tercio de las personas con psicosis no afectiva y 70% de las personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol no reciben ningún tipo atención en salud mental (10). Cabe notar al respecto que en la mayoría de los países la brecha de atención está muy condicionada por la concentración de recursos en los hospitales psiquiátricos.





La respuesta a esos problemas, la carga y la brecha, ha sido dada: la integración de los cuidados de salud mental en la atención primaria de salud es la forma más viable y eficiente de poder enfrentarlos (11, 12). La Organización Mundial de la Salud lanzó en 2008 un plan de acción global denominado “Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias” (conocido como mhGAP, por sus siglas en inglés) (13). De manera estratégica y basándose en criterios de carga de enfermedad y de posibles respuestas de atención basadas en la evidencia, este programa se centra en ocho condiciones prioritarias, a saber: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por el uso de alcohol, trastornos por el uso de drogas, lesiones autoinfligidas y suicidio, y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente. La OMS ya ha comenzado a difundir la Guía de Intervención mhGAP a través de su página web (13).

El mhGAP:

- Ofrece un modelo integral de atención;
- Es adaptable a los diferentes contextos nacionales y resulta viable en los sistemas de salud de países en desarrollo;
- Comprende intervenciones para las condiciones consideradas prioritarias y cuenta con protocolos basados en la evidencia para la toma de decisiones clínicas;
- Provee guías para la prestación de cuidados, capacitación y supervisión;
- Utiliza un enfoque para la atención clínica de los casos basado en síntomas y síndromes;
- Los paquetes de intervenciones están concebidos para ser operados por profesionales de la salud sin especialización en salud mental; y
- Requiere del apoyo y la supervisión de los profesionales de salud mental.

III. ESTADO ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

El estudio de los sistemas de salud mental que se realizó en algunos países de la Región utilizando el Instrumento de Evaluación de Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS o WHO-AIMS, por sus siglas en inglés) (14) reveló cuál es la situación actual en cuanto a la integración de la salud mental en la atención primaria de la salud, la capacitación de su personal, la atención especializada en la comunidad y la psiquiatría forense. La información ahora disponible, que se resume brevemente a continuación, justifica la necesidad de un cambio. Para mayores detalles, se recomienda consultar los sitios web de la OPS y OMS donde se encuentran los informes de los países que concluyeron la evaluación (14).

Datos sobresalientes del IESM-OMS

Integración del componente de salud mental en la APS

Con la excepción de muy pocos países, la integración del componente de salud mental en APS es limitada e insuficiente. No se dispone aún en la mayoría de los centros de APS de protocolos estandarizados y basados en datos científicos para la identificación y atención de los problemas de



salud mental por el personal de atención primaria. El *Conjunto de guías sobre políticas, planes y servicios de salud mental de la OMS* puede llenar este vacío (6).

Capacitación en salud mental para el personal de APS

Como se mencionara antes, para lograr una mayor cobertura de la atención de salud mental se requiere la incorporación de la APS al esfuerzo. Los resultados del estudio IESM-OMS, también en este aspecto, describen una situación muy preocupante ya que es difícil suponer que el personal de APS puede hacer frente a las necesidades psicosociales de la población con una formación tan limitada como la provista actualmente, tanto en la enseñanza de pregrado como en el posgrado y en la práctica de los servicios. Es de esperar que la *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada* sea utilizada ampliamente para capacitar al personal de APS. De esa manera se facilitará la elevación de la capacidad resolutive de la APS (13) (ver también Área Estratégica N°. 4).

Atención hospitalaria de los trastornos mentales

El IESM-OMS reveló una considerable asimetría en el peso que tienen las internaciones de personas con trastornos mentales en los hospitales psiquiátricos en relación a los hospitales generales. Aún cuando se están abriendo o fortaleciendo los servicios de internación en hospitales generales, en muchos países los hospitales psiquiátricos conservan su centralidad en la atención e internación de las personas con trastornos mentales. Esto se refleja en una serie de indicadores como, por ejemplo, las admisiones hospitalarias y la distribución de los recursos humanos y financieros.

Tratamientos involuntarios

Otro problema identificado fue la falta de información y regulación sobre los internamientos involuntarios, así como la existencia frecuente de medidas de restricción física y aislamiento que se aplican a las personas internadas en las instituciones hospitalarias. La conclusión a la cual permite arribar el estudio IESM-OMS es que la situación de los servicios en la actualidad, frecuentemente condiciona o facilita la violación de los derechos humanos de las personas internadas, en especial, en los hospitales psiquiátricos.

Unidades forenses

La evaluación de los sistemas de salud mental muestra la insuficiencia y la situación, por lo general precaria, de los servicios forenses.





Recuadro 2. Del IESM-OMS a la acción: la colaboración bilateral como facilitador de cambios en el sistema de salud mental en Bolivia.

Bolivia utilizó el IESM-OMS para obtener información relevante sobre el sistema de salud mental, a fin de facilitar la sensibilización y promover acciones entre las autoridades sanitarias nacionales, departamentales y locales. El IESM-OMS identificó 39 servicios de salud mental para una población de casi 10 millones de habitantes, nueve de ellos son hospitales psiquiátricos y los demás, servicios ambulatorios. Esos 39 servicios solo representan el 1,4 % del total de servicios públicos del país.

Ante estos magros resultados, se estableció un proyecto de colaboración sobre salud mental comunitaria entre el departamento de La Paz, Bolivia, y la provincia de Río Negro, Argentina, con el objetivo de acelerar el ritmo de los cambios que el IESM-OMS identificara como necesarios en el marco de la Declaración de Caracas. OPS/OMS proveyó apoyo técnico y financiero. Este proyecto logró la incorporación de variables de salud mental en el sistema nacional de información en salud, el desarrollo de un modelo piloto integral de atención primaria y la elaboración de una política pública departamental (N° 377/10) destinada a implementar la salud mental de manera transversal en el quehacer institucional.

Cabe ahora extender la citada experiencia departamental al nivel nacional y evaluar su institucionalización.

IV. PROPUESTAS PARA LA ACCIÓN

1. Integrar o fortalecer el componente de salud mental en la APS dentro del primer nivel de atención.

Un sistema de salud basado en la APS es *“un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción”* (8).

De esa definición surge claramente, y tal cual fuera mencionado antes, que la integración del componente salud mental en la atención primaria de la salud constituye una estrategia acertada para asegurar el acceso a la atención de las personas con trastornos mentales y, como resultado, para reducir la enorme brecha de tratamiento (10). En efecto, es altamente improbable que ambos propósitos sean logrados si la atención se provee solamente en servicios especializados y, aún menos, si estuvieran centrados en el hospital psiquiátrico tradicional.

Los estudios han mostrado que entre 80% y 90 % de las personas con un problema de salud mental acceden al nivel de atención primaria. Pero solo 50 % de este conjunto es diagnosticada en APS, dependiendo del tipo y foco de la entrevista (14), y únicamente entre 5% y 15 % alcanza el nivel especializado (13). Estos hallazgos agregan una nueva razón por la que apoyarse en la APS para disminuir la brecha de atención. La existencia de protocolos de intervención contribuirá a este propósito. A medida que la Guía de Intervención del mhGAP de la OMS (13) esté disponible en los países, será necesario adaptarla a las condiciones locales. Por otro lado, cada país deberá definir el alcance de su implementación (nacional, limitada territorialmente o inicialmente en proyectos



piloto) y establecer un cronograma de ejecución hasta lograr la cobertura nacional. Para que la APS sea efectiva es necesario asegurar ciertas condiciones mínimas:

- Capacitación de los trabajadores del primer nivel de atención;
- Provisión sostenida de psicofármacos esenciales;
- Consideración de las necesidades psicosociales específicas dentro de las diferentes etapas del ciclo de vida; y
- Consideración de las particularidades socioculturales y de género de la población.

Objetivo

- Asegurar que los servicios de APS aborden los problemas de salud mental con un enfoque de género e interculturalidad en todos los rangos etarios con una eficiente capacidad resolutive, contando con la colaboración y supervisión constante del nivel especializado.

Recomendaciones

- Asegurar que la política y los planes de salud mental establezcan claramente la integración del componente salud mental en APS como la estrategia básica para satisfacer las necesidades existentes. Asignar a este componente los recursos necesarios para que pueda operar cabalmente;
- Organizar los servicios formales y colaborar con los informales de tal manera que cada nivel de la pirámide invertida (Figura 1) pueda operar eficazmente;

Figura 1. Organización de los servicios: combinación ideal de servicios centrados en la atención primaria de la salud.



Fuente: Modificado del original: Rodríguez J, Malvárez S, González R, Levav I, eds. Salud mental en la comunidad, 2.^a edición. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex No.49. Washington, DC: OPS; 2009.





- Establecer y mantener un sistema de flujo de atención desde la comunidad al nivel más especializado y viceversa (referencia y contra-referencia);
- Asegurar la provisión sostenida de psicofármacos esenciales; y
- Adoptar/adaptar los paquetes de intervención y la guía del mhGAP de la OMS (13) al contexto nacional. Formar al personal de APS en su utilización para que puedan identificar, manejar o referir oportunamente los problemas prioritarios de salud mental (ver Área Estratégica N°. 4 sobre desarrollo de recursos humanos).

Indicadores

- La política y el plan nacional de salud hacen referencia explícita a la integración del componente salud mental en APS;
- Porcentaje de centros de APS que proveen atención a los problemas prioritarios de salud mental siguiendo protocolos adoptados formalmente por el sector salud;
- Porcentaje de centros APS que disponen de psicofármacos esenciales de manera continua;
- Porcentaje de centros de APS que interactúan con los servicios formales especializados;
- Porcentaje de centros de APS que interactúan con los servicios de salud informales o tradicionales; y
- Porcentaje del presupuesto de salud mental asignado a la APS.

2. Establecer o fortalecer la atención especializada ambulatoria en todo el país.

Los servicios ambulatorios especializados en salud mental pueden ser más o menos complejos según el grado de desarrollo del sistema de salud de un país. Para que puedan ser eficientes y faciliten una adecuada continuidad de la atención deben mantener una estrecha colaboración con otros niveles asistenciales como la atención primaria de salud, los servicios psiquiátricos de los hospitales generales y los servicios comunitarios no formales de salud mental (16). Además, deben garantizar la atención para todos los grupos poblacionales, teniendo en cuenta la edad, el género, el nivel socioeconómico y la condición étnico-cultural, evitando que los grupos más vulnerables o en situaciones especiales corran el riesgo de ser marginados en la provisión de servicios (Box 3).

Los servicios ambulatorios especializados en salud mental deben estar cerca de la comunidad y tener asignada la responsabilidad de la atención sobre una población determinada (área de responsabilidad territorial que puede incluir uno o más centros de salud de APS) y actuar en todos los niveles de promoción y de prevención (primaria, secundaria y terciaria).

El equipo multidisciplinario involucrado debe proveer atención a los problemas de salud mental de forma integral. La multidisciplinariedad significa que el equipo puede estar compuesto por profesionales que proceden de las ciencias de la salud, de la conducta y de las ciencias sociales, así como por para-profesionales. Cuanto más escasos son los recursos humanos tanto más se desdibujan las fronteras profesionales con el fin de satisfacer las necesidades de los usuarios, de sus familias y de la comunidad.

Las funciones esenciales de un equipo de salud mental son (13):

- Promoción y prevención primaria de la salud mental;
- Asistencia curativa y rehabilitación de personas con problemas de salud mental;

- Atención en situaciones de crisis;
- Asesoramiento, apoyo y capacitación al personal de APS y de otros servicios de salud, así como a líderes, grupos, agentes e instituciones de la comunidad;
- Apoyo y suministro de información apropiada a personas con trastornos mentales y sus familiares; y
- Colaboración/participación en la formación de estudiantes de pregrado y en la capacitación de postgrado de los trabajadores de los servicios de salud.

Objetivos

- Desarrollar servicios de salud mental especializados ambulatorios y territorializados (con áreas de responsabilidad definida) en todo el país, con capacidad para integrarse o interactuar con los servicios de atención primaria de la salud y con la comunidad, así como con los otros componentes sanitarios especializados de la red y los recursos para la rehabilitación comunitaria.

Recomendaciones

- La política y los planes de salud mental deben establecer claramente la adopción del modelo de salud mental comunitaria en todo el territorio del país como la estrategia más apropiada para satisfacer las demandas y necesidades psicosociales de la población;

Recuadro 3. Experiencia intercultural en Chile.

En 1996, el Ministerio de Salud desarrolló la línea técnica *Salud y Pueblos Indígenas*, implementada a través del Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas y del Programa de Desarrollo Integral de las Comunidades Indígenas (Programa Orígenes). Por su parte, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría estableció la necesidad de implementar estrategias específicas para apoyar el desarrollo de las comunidades indígenas existentes, reforzando su identidad cultural, aumentando su grado de cohesión social interna y con el resto de la comunidad nacional, y potenciando la sabiduría ancestral de su forma de vida y medicina tradicional.

Con la reforma sanitaria, la interculturalidad fue incorporada en el marco legal a través del artículo 16 de la Ley de Autoridad Sanitaria, el cual establece que es deber del Ministerio de Salud: *“formular políticas que permitan incorporar el enfoque intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración de población indígena, permitiendo y favoreciendo la colaboración y complementariedad entre la atención de salud que otorga el sistema de salud y la que provee la medicina indígena, que permita a esas personas obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto de salud”*.

Uno de los principales logros es la incorporación de facilitadores interculturales y de asesores culturales en los establecimientos de salud ubicados en zonas con alta concentración de población indígena, además de la asignación de espacios físicos contiguos a los centros de salud, donde se practica la medicina tradicional. De esta manera se facilita la integración de ambos saberes y los procesos de referencia y contra-referencia que se llevan a cabo entre la red asistencial y el sistema médico indígena. Ejemplos de esta integración son: el Centro de Atención Integral Ruca Lawén,

incorporado al consultorio municipal de la comuna de Lago Ranco, atendido por las *ñañas* o médicas mapuches; y el Hospital de Nueva Imperial en Temuco, con un imponente centro de salud mapuche, el Hospital Manquehue. Este cuenta con habitaciones de internación, consultorios para los especialistas, las *machis* y sus asistentes, y es gestionado por una asociación indígena local.

En salud mental intercultural, algunas de las experiencias específicas son:

- Los talleres de salud mental y medicina natural mapuche, ejecutados por el Programa de Salud Mental Integral, junto al programa para Pueblos Indígenas del Centro de Salud Malalhue, que brinda a las mujeres actividades preventivas y promocionales de salud mental, incorporando saberes ancestrales de la medicina natural mapuche. Además, en estas reuniones grupales se sensibiliza a las participantes con respecto a la violencia hacia la mujer, el maltrato infantil y los trastornos del ánimo, junto con la promoción de las prácticas de autocuidado y el fomento del aprendizaje de tratamientos naturales moderadores de la actividad del sistema nervioso.
- El Programa *Wiñoy Monguen* (Aprendiendo a Vivir), en el Centro de Salud Familiar de Ralko, en la Comuna de Alto Bío-Bío, realiza talleres de autoayuda rescatando procesos culturales y de identidad de las mujeres pehuenches ingresadas al Programa de Salud Mental Intercultural y ha contribuido a la remisión parcial y/o total de la sintomatología depresiva y/o ansiosa.

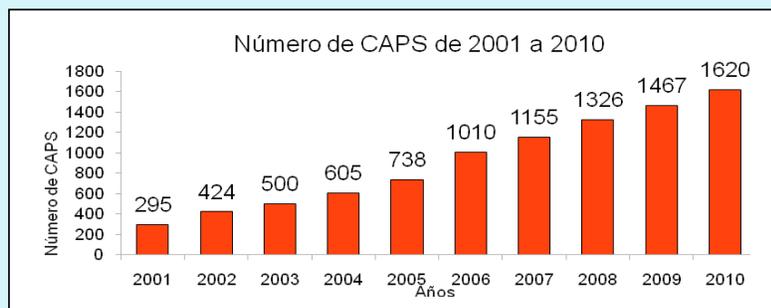
- Asignar los recursos necesarios para que este componente del sistema de salud mental pueda operar adecuadamente, redistribuyendo los recursos existentes y/o asignando nuevas partidas;
- Reorientar la atención psiquiátrica para que sea provista por los servicios ambulatorios especializados en salud mental con el concurso de los agentes formales y no formales de la comunidad (Recuadro 4);

Recuadro 4. Dos recursos claves en la reforma psiquiátrica en Brasil.

Con la promulgación de la ley 10.216 del año 2001, cada ciudadano brasileño con trastornos mentales tiene el derecho de ser atendido en servicios comunitarios abiertos. Por medio de este proceso, las camas en los hospitales psiquiátricos van disminuyendo paulatinamente, siendo substituidas por una red de atención compuesta por los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), los Servicios de Residencias Terapéuticas (SRT), la atención primaria de la salud y otros servicios comunitarios.

Centros de Atención Psicosocial (CAPS)

Los CAPS constituyen recursos novedosos en la atención de salud mental en las ciudades. Por medio de servicios de puertas abiertas y atención clínica y actividades diarias para personas con trastornos mentales severos, se están evitando las internaciones innecesarias y el aislamiento social de la persona en los hospitales psiquiátricos. Los CAPS se articulan con la atención básica, con el sistema de urgencia y con otras instituciones para fortalecer los vínculos sociales de los usuarios en sus barrios. Desde fines del año 2010, los CAPS están presentes en 1118 ciudades del Brasil, con 1.620 unidades, dando así cobertura a 60% de la población. Esto se compara favorablemente con el año 2001, cuando se promulgó la Ley de Reforma Psiquiátrica. En ese año el país contaba con 295 servicios y una cobertura de 21% de la población.



Servicios de Residencia Terapéutica (SRT)

Los SRTs son casas localizadas en el espacio urbano, establecidas para responder a las necesidades habitacionales de las personas afectadas por trastornos mentales graves que egresan de los hospitales psiquiátricos. El número de usuarios de cada residencia puede variar de una a ocho personas. Los SRT cuentan con un apoyo profesional sensible a las necesidades de cada residente, el cual debe estar vinculado a un CAPS o a otro servicio de la red de atención de salud mental. El número de SRTs ha aumentando conforme con el ritmo de reducción de las camas, de 85 en el año 2002 a 570 en el 2010.

- Organizar una red de servicios especializados de salud mental con áreas de responsabilidad territorial definidas. De acuerdo con las características del sistema nacional de salud y de los recursos disponibles habrán de adoptarse las modalidades de servicios y dispositivos más apropiadas para el ámbito local;
- Asegurar una interrelación sistemática entre los servicios ambulatorios comunitarios de salud mental y los equipos/centros de APS. Los equipos especializados deben visitar los centros de APS y asegurar apoyo, orientación y supervisión a los trabajadores de ese nivel;
- Establecer protocolos de atención; y
- Formular regulaciones para los mecanismos de referencia y contra-referencia.

Indicadores

- La política y el plan nacional de salud hacen referencia explícita a la reestructuración de los servicios de salud mental de manera que las necesidades diferenciales de la población puedan ser satisfechas, principalmente, en la comunidad;
- Porcentaje de provincias/departamentos/regiones del país que cuentan con servicios especializados ambulatorios que proveen una atención integral de salud mental y que operan coordinada y sostenidamente con los demás componentes de la red de servicios de salud;
- Porcentaje de los trabajadores de los servicios especializados de salud mental en la comunidad que han sido capacitados según un programa y estándares aprobados oficialmente por el ministerio de salud (ver Área Estratégica N°. 4); y
- Porcentaje de servicios ambulatorios de salud mental que cuentan con protocolos de referencia y contra-referencia.



3. Incorporar el componente salud mental en los hospitales generales.

La integración del componente salud mental en los hospitales generales responde a la estrategia de integración de la salud mental en el sistema sanitario general y al objetivo específico de descentralizar los servicios. Esta integración favorece la reducción de la estigmatización y otras consecuencias negativas que genera la internación en los hospitales psiquiátricos (Recuadro 5).

La descentralización también acerca la atención de la persona afectada por un trastorno a su lugar de residencia, posibilitando así el mantenimiento de la relación con su familia, sensibilizando los recursos de apoyo social existentes y potenciando la acción de rehabilitación en la comunidad. Asimismo, permite el acceso de las personas afectadas por trastornos mentales a una atención médica integral, a otras especialidades médicas y a la tecnología sanitaria disponible en los hospitales generales.

El componente de salud mental en el hospital general comprende: la atención de las urgencias, el desarrollo de programas de inter-consulta y psiquiatría de enlace y la internación de personas con trastornos mentales, ya sea en salas especiales o en otras (v.g. de medicina interna).

Objetivo

- Desarrollar servicios de salud mental en los hospitales generales, asegurando su integración dentro de la red y su relación con otros niveles de atención.

Recomendaciones

- Asegurar que la política de salud mental establece claramente que el país adopta la hospitalización breve (completa o parcial) de las personas con trastornos mentales en los hospitales generales, los cuales deberán disponer de capacidad técnica resolutive adecuada para su función. El plan de salud mental debe formular las acciones pertinentes para la implementación y desarrollo de esta modalidad de atención;



Recuadro 5. Integración de los servicios de salud mental en los hospitales generales de Panamá.

Los siguientes procesos han sido importantes en el desarrollo del componente salud mental en los servicios de salud de Panamá y en su integración al hospital general:

- Reintegración de personas con largas estadías intrahospitalarias en la comunidad, lo que permitió la reducción progresiva de camas en el hospital psiquiátrico;
- Apertura de salas de psiquiatría en los hospitales generales de referencia del nivel nacional (v.g. Complejo Hospitalario de la Caja del Seguro Social/CSS y Hospital Santo Tomás);
- Apertura de camas de psiquiatría dentro de los hospitales generales regionales como parte de los servicios de medicina interna o como salas independientes, dependiendo del desarrollo y condiciones de cada provincia/región. En algunos casos el mismo equipo especializado en salud mental que trabaja ambulatoriamente presta servicios en el hospital general, lo cual garantiza la continuidad de la atención;
- Capacitación de recursos humanos especializados (psiquiatras y enfermeras de salud mental) en el nuevo modelo orientado hacia la atención primaria;
- Ubicación progresiva de personal especializado en las instalaciones de atención primaria de todas las regiones de salud del país, junto con médicos generales y especialistas de pediatría y ginecología;
- El Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) ha ejecutado acciones en promoción de la salud y prevención de los trastornos mentales y se ha enlazado con otros programas de salud. No se favorece la internación en el hospital psiquiátrico. También ha desarrollado acciones para la reducción del estigma que rodea la enfermedad mental y para ampliar el concepto de salud mental, haciéndolo más atractivo a la población en general; y
- Desarrollo creciente de un presupuesto para medicamentos, que incluye psicofármacos, permitiendo la compra por parte del sector público, de antipsicóticos y antidepresivos tradicionales y de última generación. Esto facilita el acceso de los pacientes a la medicación requerida (incluidas las situaciones de crisis), a la vez que reduce las necesidades de hospitalización y acorta la duración del internamiento.

La comunidad ha aceptado la organización de la red de servicios desarrollada durante más de dos décadas y, en particular, la integración de los servicios de salud mental dentro de los hospitales generales.

- Asegurar la asignación de los recursos financieros y humanos necesarios para que pueda operar adecuadamente mediante la redistribución de los recursos existentes y la asignación de nuevas partidas y personal;
- Establecer claramente y fortalecer los mecanismos de referencia y contra-referencia entre los servicios de salud mental en los hospitales generales y los servicios ambulatorios especializados y la red de atención primaria; y
- Capacitar al personal de las unidades de salud mental en los hospitales generales.





Indicadores

- La política y el plan nacional de salud hacen referencia explícita a la reestructuración de los servicios de salud mental de manera que las necesidades de internamiento de las personas con trastornos mentales puedan ser satisfechas en los hospitales generales;
- Porcentaje de hospitales generales que disponen de servicios de salud mental con programas de hospitalización, psiquiatría de enlace y atención a la emergencia; y
- Porcentaje de camas para atención psiquiátrica ubicadas en hospitales generales con relación al total de camas hospitalarias y al total de camas psiquiátricas del país/provincia/región.

4. Desarrollar programas de rehabilitación comunitaria que faciliten la desinstitucionalización y la inclusión social.

La desinstitucionalización no es un mero proceso de disminución de la población internada en los hospitales psiquiátricos. Por el contrario, es un programa activo y multisectorial de rehabilitación y de inclusión social de esa población (Recuadro 6).

Recuadro 6. Desinstitucionalización en Brasil: Programa “Vuelta a Casa”.

Este programa fue establecido en el año 2003 por Ley Federal No. 10.708/03, como parte de una política de rehabilitación psicosocial de las personas con larga internación en los hospitales psiquiátricos. Este programa, que demostró ser útil en el proceso de desinstitucionalización, garantiza un pago de R\$320,00 mensuales (equivalente a US\$ 190 en enero de 2011) a personas con una larga historia de internación psiquiátrica, quienes utilizan los fondos de manera directa por medio de una tarjeta bancaria. El depósito en la cuenta bancaria del propio beneficiario tiene un papel estratégico en la (re)conquista de sus derechos civiles. En 2010, 3.635 personas fueron beneficiarias del Programa. Este número se triplicará en los próximos años, estimándose que llegará a 12 mil personas.



La desinstitucionalización implica el desarrollo de dispositivos comunitarios de rehabilitación que van desde espacios terapéuticos (v.g. hospitales de día), a lugares de alojamiento con atención continua (v.g. residencia asistida) y lugares de alojamiento protegidos (v.g. casas de medio camino). También



tiene en cuenta los procesos de integración laboral (v.g. empresas sociales y cooperativas), así como los de integración social (v.g. clubes sociales o asociaciones de usuarios). Asimismo, implica un proceso psicoeducativo para las familias de manera de lograr su participación y apoyo activo. La desinstitucionalización está estrechamente relacionada con la reforma de la atención de salud mental que tiende a hacer desaparecer el superado modelo del hospital psiquiátrico (tipo manicomio). El problema del hospital psiquiátrico y su cambio no debe ser soslayado en las políticas y planes nacionales de salud mental. No se podrá hablar de un modelo comunitario de salud mental ni de un sistema eficiente de atención mientras persistan estructuras obsoletas de tipo asilar, con atención de mala calidad y frecuentes violaciones de los derechos humanos (Recuadro 7).

Recuadro 7. Un manicomio se incorpora a la reforma de la atención psiquiátrica en Iquitos, Perú.

El Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos (CREMI), Perú, funciona desde marzo de 1991, como alternativa de atención para las personas con trastornos psiquiátricos internadas en el Hospital de Apoyo y para los que se encontraban en abandono social y familiar. Al inicio contaba con 20 camas, que ascendieron a fines del 2009 a 89, resultado de una mayor demanda y a la imposibilidad de contar con facilidades para la externación. Como resultado, el CREMI, se transformó en un mero albergue de personas con antecedentes psiquiátricos sometidas a una privación injustificada de su libertad, no obstante los esfuerzos de su personal.

En el año 2000 se realizó el primer intento de reforma, el cual comprendió la realización de un diagnóstico a fin de buscar una alternativa a la internación **y la prohibición del uso de cadenas como medio de contención física**. En el año 2005, ante las denuncias aparecidas en el Informe Defensorial N° 102, se demolieron las “celdas de seguridad” mencionadas en dicho documento.

Desde marzo del 2009, con el apoyo de consultores de OPS/OMS, se están realizando mayores acciones de reforma de la atención psiquiátrica, a saber: instalación de la red de salud mental en la red de salud existente, incluyendo la atención comunitaria; transferencia de la hospitalización de corta estadía a los hospitales generales; y provisión de respuestas residenciales adecuadas a las personas externables, v.g. en hogares protegidos y de medio camino.

Con la acción de retiro de la rejas de los dormitorios colectivos (agosto de 2010), por parte de las autoridades regionales y la Asociación Bola Roja de payasos médicos, se alcanzó un nuevo hito en el proceso de reforma. Parte de la agenda del 2011 es la instalación de Hogares Seguros para continuar con el proceso de externación de las restantes personas internadas en las mejores condiciones posibles.

El modelo centrado en el hospital psiquiátrico secuestra los recursos e inhibe el desarrollo de las redes asistenciales de la salud mental, no satisface las necesidades de las comunidades y favorece el desarraigo de las personas y la institucionalización.

Cada país deberá definir los tiempos y las modalidades de reforma o desaparición de los hospitales psiquiátricos según la realidad nacional o local. De esta manera se podrá avanzar progresivamente en la sustitución de la arcaica institución por una red de servicios alternativos como los descritos en este documento.

Cuando no existan los recursos y las posibilidades en el corto y mediano plazo de suprimir el hospital psiquiátrico por el riesgo de afectar los servicios que provee, es imprescindible programar



la puesta en marcha de una profunda modificación de su ambiente social, la planta física, su estructura y funcionamiento (v.g. monitoreo de las violaciones de los derechos humanos y de la calidad de la atención). Cualquiera sea el caso, la desinstitucionalización es un proceso necesario y prioritario, y desde un comienzo se debe evitar la institucionalización de nuevas personas. En el caso que un hospital psiquiátrico siga recibiendo personas para internación breve o de mediana estancia, será necesario que responda a un criterio de cercanía territorial que evite el desarraigo de las personas y, por otra parte, no inhiba el desarrollo de servicios en los otros territorios.

Los procesos de reforma hospitalaria siempre enfrentarán resistencias al cambio, tanto externas como internas. El propio personal del hospital psiquiátrico, por razones varias, puede convertirse en un obstáculo importante. El cambio sólo será posible si se hace sobre bases racionales y técnicas sólidas y nutridas por un código de valores donde la salvaguarda de los derechos humanos es un componente esencial. Contar con el apoyo y la voluntad política de las autoridades de gobierno, profesionales, ONGs y público en general es fundamental para este proceso.

Objetivo

- Desarrollar los servicios asistenciales necesarios en el marco de un programa de rehabilitación psicosocial e inclusión social que permitan llevar a cabo los procesos de desinstitucionalización y la reforma de los hospitales psiquiátricos, así como una adecuada atención a personas con trastornos mentales graves de larga evolución.

Recomendaciones

- Asegurar que la política de salud mental incluya la desinstitucionalización como una estrategia esencial de la reestructuración de la atención de salud mental;
- Asegurar que el plan nacional de salud mental formule un programa amplio e integral de rehabilitación psicosocial, de carácter multisectorial y base comunitaria, con especial énfasis en las personas con trastornos mentales graves de larga evolución, muchos de los cuales pueden tener condiciones sociales y económicas desfavorables. Este programa debe asegurar el respeto de los derechos humanos; así como establecer una conexión firme con la red comunitaria de atención en salud mental y los demás sectores sociales involucrados (ver “Alianzas” en Área Estratégica N°.1);
- Asegurar que la población institucionalizada de los hospitales psiquiátricos tenga un plan individualizado que contemple su rehabilitación y reintegración social, así como el apoyo a sus familias; y
- Planificar un proceso de transformación de los hospitales psiquiátricos con metas definidas de corto, mediano y largo plazo.

Indicadores

- Existencia de un programa integral y multisectorial de desinstitucionalización ejecutado;
- Porcentaje de personas hospitalizadas (con más de seis meses de estadía) que han sido reubicadas en sus familias u otros dispositivos de apoyo residencial apropiados;
- Porcentaje de disminución de camas de larga estancia en hospitales psiquiátricos por año;
- Número/tasa de plazas de servicios de día por región/departamento/estado; y
- Número/tasa de plazas de alojamiento en hogares protegidos o residencias comunitarias.



5. Proveer atención infanto-juvenil en APS y en los servicios especializados de salud mental.

La atención infanto-juvenil (también abordada en otra área de este documento), es una población invisible en las políticas de salud mental y es uno de los componentes más débiles de los servicios comunitarios de salud mental, principalmente por la escasez de recursos humanos capacitados. Existen otros obstáculos importantes para poder brindar una atención eficaz, por ejemplo, ciertas nociones erróneas en cuanto a que los trastornos mentales en edades tempranas remitirán espontáneamente, que los trastornos mentales de este grupo de edad tienen escaso impacto, que no dejarán huellas psicopatológicas, o que no existen intervenciones eficaces para los mismos.

Ninguna de esas nociones es válida. Por ejemplo, existe un alto grado de continuidad entre los trastornos de los niños y adolescentes y los de edad adulta, pero las intervenciones tempranas pueden prevenir o reducir el riesgo de discapacidad a largo plazo. En efecto, una atención efectiva reduce la carga de los trastornos mentales y disminuye los costos que ellos pueden representar para los sistemas sanitarios y la comunidad (17, 18) (ver Área Estratégica N° 2).

Por otra parte, la colaboración intrasectorial e intersectorial (en especial asistencia social y educación), es esencial para poder llevar a cabo intervenciones curativas y de rehabilitación efectivas en este grupo etario (ver Área Estratégica N°2). La adopción de protocolos de diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales más frecuentes en la infancia facilitará las acciones de los servicios de APS, tal como se incluye en el paquete básico del mhGAP (13).

Objetivos

- Introducir el componente infanto-juvenil dentro de la atención de salud mental a nivel de la atención primaria;
- Desarrollar programas de atención en salud mental infanto-juvenil dentro de la red de servicios especializados de salud mental en la comunidad;
- Incorporar el componente de salud mental infanto-juvenil en los servicios de pediatría del ámbito hospitalario;
- Desarrollar servicios especializados de salud mental infanto-juveniles, incluyendo los servicios de internación breve en hospitales generales, en salas de pediatría o específicas de psiquiatría infantil (de acuerdo con los recursos y necesidades); y
- Planificar programas de promoción de la salud y prevención para fomentar una infancia saludable (ver Área Estratégica N° 2).

Recomendaciones

- Capacitar al personal de APS en la detección e intervención temprana de los trastornos mentales de la infancia y adolescencia, con la colaboración de los sectores de la educación y la asistencia social. Estos programas de capacitación podrán utilizar el paquete de intervenciones del mhGAP (13) y deberán ser coordinados por los servicios especializados de salud mental comunitaria;





- Desarrollar servicios especializados para la atención de la salud mental de niños y adolescentes de acuerdo con las características del sistema de salud del país y los recursos disponibles. Estos servicios deben estar distribuidos de manera equitativa territorialmente para poder asegurar un apropiado sistema de referencia y contra-referencia desde los servicios especializados de salud mental;
- Promover la capacitación del personal especializado en salud mental infanto-juvenil (Área Estratégica N°. 4); y
- Establecer un grupo intra e intersectorial que formule, asesore, coordine y supervise las acciones de salud mental infanto-juvenil. En este aspecto es de máxima importancia la participación del sector educativo (Áreas Estratégicas N°.1 y N°. 2).

Indicadores

- Número de servicios ambulatorios especializados en atención de la salud mental de niños y adolescentes;
- Número de servicios especializados en atención de la salud mental de niños y adolescentes en hospital general o pediátrico;
- Porcentaje del personal de APS capacitado en protocolos relacionados con los trastornos mentales en la infancia, en especial, usando el paquete de intervenciones del mhGAP; y
- Existencia de un grupo intra e intersectorial que planifique, coordine y supervise las acciones de salud mental infanto-juvenil en todos los niveles.

6. Establecer o reforzar los servicios de psiquiatría forense.

La psiquiatría forense se define como el área de la psiquiatría relacionada con la ley a la que le competen todos los aspectos médico-legales en el marco de lo civil y penal.

En lo civil, la psiquiatría forense se ocupa, por ejemplo, de determinar si una persona tiene la capacidad necesaria para firmar un contrato o un testamento; si un padre o una madre son suficientemente competentes para continuar con sus obligaciones paternales después de un divorcio; o de establecer, en el caso de una enfermedad mental, a cuál de las partes le asiste la razón para anular el matrimonio o constituir la base de divorcio.

En lo penal, los equipos de psiquiatría forense forman parte del equipo legal que toma decisiones sobre la procesabilidad de un individuo, cuya capacidad mental es evaluada antes de que comience el proceso judicial. En todos los sistemas legales se prohíbe proceder si se encuentra que la persona es incompetente desde el punto de vista legal (*non compos mentis*). En muchos países el proceso se detiene y se ordena que la persona acuda a tratamiento o se la hospitaliza para tal fin. No se procede hasta que haya una disposición médica que certifique la recuperación de sus capacidades mentales.

Es posible también que al comenzar el proceso, o en cualquier momento durante el mismo, una de las partes (el acusado o la fiscalía) decida interponer una causa de inimputabilidad en relación al delito. La inimputabilidad se refiere a uno o varios de tres elementos que pueden afectar la capacidad del individuo:



- 1) La capacidad cognoscitiva de un acusado en el momento del crimen para saber o conocer la gravedad o el error del proceder criminal;
- 2) La capacidad de apreciar todos los elementos emocionales que pueden jugar un papel definitorio en el momento del crimen; y/o
- 3) La capacidad volitiva para controlar la conducta de acuerdo a los dictados de la ley.

Si se pudiera demostrar que el acusado sufre de un trastorno mental que afecta una de esas tres capacidades, la justicia estaría en posición de encontrar al acusado inimputable. Una determinación de inimputabilidad criminal cierra el ciclo del proceso y el acusado, si se demuestra su participación criminal, es enviado a un hospital para su tratamiento por un lapso que en general, de acuerdo a distintas legislaciones, se corresponde con el tiempo de la pena probable y mientras subsistan las condiciones que hicieron necesaria la internación, que en general corresponde a criterios de necesidad de tratamiento hospitalario y peligrosidad.

Dependiendo de las regulaciones legales existentes en cada país, el acusado se convierte en un paciente enteramente bajo la jurisdicción del sistema de salud mental o entra en un subsistema forense, bajo la jurisdicción de un sistema paralelo al judicial, del cual no saldrá hasta cuando se haya demostrado su recuperación y cese de la peligrosidad.

El sistema forense se encuentra ubicado en un nivel intermedio entre la psiquiatría y la ley, y colabora con ambos sectores, el judicial y el de salud. Se busca así dar un tratamiento psiquiátrico eficaz al individuo además de apoyar su rehabilitación y reintegración social. En los países de América Latina y el Caribe se observan muchos problemas por la débil coordinación existente entre los sectores de justicia y salud, por la falta de regulaciones precisas y por el déficit de servicios apropiados y personal capacitado para las funciones forenses.

Objetivos

- Establecer y/o fortalecer servicios de psiquiatría forense; y
- Desarrollar una sostenida y estrecha alianza entre el sistema judicial y el sistema de salud.

Recomendaciones

- Definir una red de servicios forenses que ofrezca una apropiada respuesta a las necesidades del país en este campo, según la legislación nacional e internacional pertinente, las características del sistema nacional de salud, los recursos disponibles y de común acuerdo con el sector judicial;
- Establecer acuerdos o convenios entre los sectores de salud y justicia que regulen y definan los diferentes aspectos establecidos por la ley; y
- Asegurar que todas las instituciones penitenciarias del país dispongan de servicios de salud mental, a tiempo completo o parcial.

Indicadores

- Número de servicios psiquiátricos forenses;
- Número de camas psiquiátricas para servicios forenses disponibles;



- Existencia de un acuerdo entre los sectores salud y justicia; y
- Porcentaje de instituciones penitenciarias donde se proveen servicios de salud mental a los reclusos.

7. Asegurar la protección de los derechos humanos de las personas internadas.

La protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales que están siendo atendidas en los servicios de salud, en particular en unidades forenses, hospitales psiquiátricos e instituciones de larga estadía para personas con trastornos mentales graves fue tratada en general en el Área Estratégica N°. 1. Este capítulo se refiere a dos aspectos particularmente importantes que deben ser vigilados: el internamiento involuntario y las medidas de restricción física o aislamiento.

Objetivos

- Asegurar la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales que están siendo atendidas en los servicios de salud, en particular en hospitales psiquiátricos, servicios forenses e instituciones de larga estadía.

Recomendaciones

- Reglamentar y protocolizar los internamientos involuntarios incluyendo el establecimiento de acciones de vigilancia, de acuerdo a la legislación (ley de salud mental u otra) existente, que debe responder a estándares internacionales; y
- Reglamentar y protocolizar las restricciones físicas y el aislamiento de las personas con trastornos mentales que son internados en servicios hospitalarios, unidades forenses o centros residenciales, incluyendo el establecimiento de acciones de vigilancia (Área Estratégica N°. 1).

Indicadores

- Porcentaje de hospitales generales o mentales que disponen de regulaciones y protocolos para los internamientos involuntarios;
- Porcentaje de personas con trastornos mentales admitidos en servicios hospitalarios que fueron internadas de forma involuntaria;
- Porcentaje de instituciones que ingresan personas con trastornos mentales que disponen de reglamento y protocolos para la restricción física o el aislamiento; y
- Porcentaje de personas internadas en servicios psiquiátricos que durante su estancia han sido sometidos a medidas de restricción física o aislamiento.

8. Proveer atención a las personas con problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

El consumo de alcohol se ha transformado en uno de los factores de riesgo más graves para la salud a nivel mundial. De acuerdo con los datos de la OMS (19), el alcohol es responsable del 9,7 % de la carga de enfermedad en las Américas (equivalente a la pérdida de 13,1 millones de AVAD-años de vida ajustados por discapacidad) y de 4,8 % de todas las muertes en la Región. En síntesis, el alcohol es el principal factor de riesgo para la salud en las Américas (20) y el tercer factor de riesgo a nivel global



(19). Esta fue la razón por la que en mayo de 2010 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la *Estrategia global para la reducción del uso nocivo del alcohol* (WHA 63.13).

En la *Estrategia global* se establecen diez áreas estratégicas para la acción a nivel nacional y subnacional, con base en la evidencia científica. Son varias las opciones que propone para hacer frente a la carga de enfermedad causada por el consumo nocivo de alcohol: “*en el nivel colectivo, las políticas públicas son las más costo-efectivas para disminuir la carga de enfermedad por el uso del alcohol, incluyendo los controles sobre la venta, promoción, precio y disponibilidad de las bebidas alcohólicas*”.

El uso de drogas también tiene consecuencias adversas sobre la salud en las Américas, pero la información disponible sobre su impacto en la mortalidad y morbilidad es aún limitada en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. La marihuana, la cocaína y los solventes volátiles son las sustancias más utilizadas, seguidas de los opiáceos, especialmente la heroína (21). El uso inyectable de drogas varía según cada país; sin embargo, constituye un problema común que demanda inmediata atención especialmente en lo que respecta a la transmisión del VIH/SIDA y su prevención. En septiembre de 2010, el Consejo Directivo de la OPS aprobó la *Estrategia regional sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública* (CD 50.18), que pone énfasis en los servicios de tratamiento y la atención integral a los usuarios de drogas.

La oferta de servicios centrada en la atención primaria de la salud es esencial para promover la reducción del uso nocivo de alcohol y/o de otras sustancias. Los servicios de tamizaje e intervención breve pueden cubrir gran parte de la población de riesgo y ampliar el vínculo con tratamientos más especializados de manera costo-efectiva. Para asegurar su eficacia, estos servicios deben ser parte integral del sistema sanitario y se deben promover los vínculos con ONGs y servicios sociales.

Finalmente, debido a los riesgos que el consumo de alcohol implica para la mujer en edad reproductiva, que planea quedar embarazada, así como para el feto durante el embarazo, los servicios de atención prenatal y ginecológica deben incluir rutinariamente preguntas sobre consumo de alcohol y otras drogas. Asimismo, deben ofrecer consejería breve para los casos de consumo riesgoso, además de atención de la dependencia y otros problemas asociados, mentales o físicos. En todos los casos, es fundamental que el abordaje utilizado sea neutro y sin juzgamiento moral, pues, de lo contrario, la mujer puede tratar de evitar el contacto con los profesionales y poner más en riesgo el desarrollo sano del niño/a y su propia salud.

Objetivos

- Formular e implementar políticas públicas de reducción del uso nocivo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas; y
- Establecer programas de alcohol y otras drogas en los servicios generales de salud y en los especializados a fin de disminuir los efectos nocivos de su consumo.

Recomendaciones

- Promover la formulación e implementación de políticas públicas sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol y el uso de sustancias psicoactivas, que se reflejen operativamente en el plan nacional de salud mental;





- Institucionalizar el tamizaje y la intervención breve para el consumo nocivo de alcohol como parte de los servicios esenciales de atención primaria, especialmente para mujeres embarazadas, a fin de garantizar una atención básica para toda la población;
- Vincular los servicios de atención primaria con los servicios especializados comunitarios, servicios sociales y de auto-ayuda, de modo de crear un sistema integrado donde las personas que requieren seguimiento o mayor atención tienen acceso expedito a los servicios que necesitan;
- Reglamentar los servicios especializados de internación y establecer que deben ser utilizados solamente para las condiciones más graves, después de una cuidadosa evaluación e indicación médico-psiquiátrica;
- Capacitar a los equipos de atención primaria en la implementación del tamizaje mediante el uso de cuestionarios estandarizados (v.g. el AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*, de la OMS) (22) y en intervenciones breves (IB)¹⁹;
- Capacitar a los equipos de atención primaria en la identificación, manejo y eventual referencia de personas con dependencia a los servicios asistenciales formales y no-formales (v.g. Alcohólicos Anónimos). De acuerdo con la prevalencia del consumo de otras sustancias psicoactivas en la población general se puede utilizar el cuestionario ASSIST (sigla del nombre original en inglés: *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) (23), desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, así como las intervenciones breves para personas con consumo de riesgo (24);
- Capacitar a los equipos de salud mental en el tratamiento eficaz de la dependencia y el uso nocivo de alcohol y otras drogas;
- Asegurar el acceso universal al tratamiento farmacológico de la dependencia a los opioides (v.g. metadona y buprenorfina), y ofrecer a los profesionales capacitación especializada sobre cómo determinar la dosis apropiada;
- Asegurar a los usuarios el acceso al tratamiento del VIH/SIDA. De acuerdo con la situación en cada país, integrar los programas de distribución/cambio de jeringas/aguja y provisión de condones, entre otras medidas, para prevenir la transmisión de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sanguínea en usuarios que se inyectan drogas; y
- Asegurar servicios sociales y sanitarios de alcance comunitario para los grupos más vulnerables, tales como servicios de móviles callejeros, servicios de búsqueda y contacto directo con usuarios para ofrecerles atención y apoyo, servicios de 24 horas.

Indicadores

- Existencia de una política nacional para la reducción del uso nocivo de alcohol y otras drogas reflejado en un plan de acción, formulado participativamente, con presupuesto, indicadores básicos y metas mensurables;
- Existencia de un punto focal o referente en el ministerio de salud para los temas sanitarios relativos al consumo de alcohol y otras sustancias;

19 La *intervención breve* es una técnica de entrevista motivacional, de corta duración (en general una sesión única de 5-20 minutos) para promover la necesidad de cambio en el paciente y ayudarlo/a a establecer metas de consumo más bajo y de menor riesgo. Las intervenciones breves no son apropiadas para personas con dependencia de alcohol o drogas, sino para personas con consumo de riesgo que pueden cambiar sus hábitos para evitar la dependencia y otros problemas de salud asociados al consumo excesivo de sustancias. La intervención breve puede ser utilizada por profesionales entrenados pero no especializados en salud mental o dependencia de sustancias, tales como enfermeras, agentes sanitarios, profesionales de atención primaria, médicos de familia, entre otros.



- Existencia de normas en APS para el tamizaje del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas y para las intervenciones breves, así como documentación sobre la Guía de Intervención mhGAP de la OMS con respecto al uso de alcohol y otras sustancias;
- Porcentaje de la población de riesgo en atención primaria que recibe la intervención breve o es referida para un tratamiento especializado;
- Existencia de normas para la provisión de agujas y jeringas a los usuarios de drogas inyectables;
- Existencia de normas para la prueba voluntaria de infección por VIH/SIDA y consejería, y acceso al tratamiento de VIH/SIDA para los usuarios de drogas y de alcohol;
- Número de servicios con capacidad de proveer agujas y jeringas estériles para usuarios de drogas en la comunidad (en localidades donde el uso inyectable ha sido detectado y asociado con la transmisión de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sanguínea);
- Disponibilidad de medicamentos para el tratamiento de la dependencia de los opioides (v.g. metadona y buprenorfina);
- Existencia de normas para el diagnóstico y tratamiento de la dependencia del alcohol y otras drogas y las comorbilidades asociadas;
- Existencia de un curriculum de pregrado y posgrado, y de educación continua para la cobertura de los temas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas;
- Porcentaje de profesionales de salud de APS capacitados en la identificación, atención y tratamiento de los trastornos por el uso de alcohol y otras sustancias; y
- Porcentaje de disminución de la brecha de tratamiento para los trastornos por el uso de alcohol y otras sustancias.

V. CONCLUSIONES

La **Estrategia y plan de acción sobre salud mental** de la OPS/OMS ofrece el marco apropiado para el desarrollo de un modelo de servicios de base comunitaria y en estrecha relación con la atención primaria de la salud. El *Programa de acción para superar las brechas en salud mental* (mhGAP) de la OMS ofrece herramientas de intervención para mejorar los servicios de APS y reducir las brechas de tratamiento.

La organización de los servicios de salud mental desde una perspectiva comunitaria implica que los equipos tengan responsabilidad sobre un área geográfica y una población determinada y que se integren en el sistema sanitario general. El equipo de salud mental comunitario debe ser multidisciplinario y estar ubicado lo más próximo posible a la población y a los centros de APS. El personal de atención primaria de la salud debe ser apoyado y supervisado para asegurar una adecuada identificación y atención de los problemas de salud mental.

A fin de reducir el estigma y otras consecuencias desfavorables es esencial que la hospitalización psiquiátrica se realice principalmente en los hospitales generales. Asimismo, el desarrollo de dispositivos y programas de rehabilitación comunitarios puede permitir un proceso sólido de desinstitutionalización y favorecer la atención comunitaria de los trastornos mentales graves. El desarrollo de la red de servicios debe considerar la protección de los derechos humanos, en especial de aquellas personas afectadas por trastornos psiquiátricos severos.





Para dar sostenibilidad a estos procesos son necesarias algunas condiciones, entre ellas, contar con la disponibilidad y accesibilidad a los psicotrópicos esenciales en los servicios ambulatorios y comunitarios, así como con sistemas de información sanitaria que incorporen los datos más sensibles y prioritarios de la salud mental.

Dada la enorme carga sanitaria generada por el uso indebido de alcohol y otras sustancias, se requieren estrategias nacionales que tiendan a disminuirlo, tal como la adopción de políticas públicas consensuadas por amplios sectores del país que provean la plataforma para las acciones antes descriptas.

LECTURAS RECOMENDADAS

- World Health Organization. Mental health policy and service guidance package. Organization of services for mental health. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html
- Rodríguez J, Malvárez S, González R, Levav I, eds. Salud mental en la comunidad, 2.^a edición. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex N^o.49. Washington, DC: OPS; 2009.

VI. REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS). Declaración de Caracas (1990). Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD40.R19. Washington, DC: OPS; 1997. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/cd/ftcd_40.htm#R19
3. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD43/15. La salud mental en las Américas: Nuevos retos al comienzo del milenio. Washington, DC: OPS; 2001. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_15-s.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud. Resolución 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
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
6. World Health Organization. Mental health policy and service guidance package. Organization of services for mental health. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html
7. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS; 1978. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
8. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC: OPS; 2007.

9. Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community. The pathway to psychiatry care. London: Tavistock; 1980.
10. Kohn R, Levav I. La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe. En: 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.
11. Rodríguez J, Malvárez S, González R, Levav I, eds. Salud mental en la comunidad, 2.^a edición. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex No.49. Washington, DC: OPS; 2009.
12. World Health Organization. Integrating mental health into primary care. A global perspective. Singapore: WHO; 2008.
13. Organización Mundial de la Salud. mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/mhgap%20final%20spanish.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental (IESM-OMS, Versión 2.1). Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: 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
15. Caldas de Almeida JM, Torres González F, eds. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica y técnica 601. Washington, DC: OPS; 2005.
16. Ustün TB, Sartorius N, eds. Mental illness in general health care: An international study. Chichester: John Wiley; 1995.
17. Funk M, Faydi E, Drew N, Minoletti A. Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. En: Rodríguez J, Malvárez S, González R, Levav I, eds. Salud mental en la comunidad, 2.^a edición. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex N°49. Washington, DC: OPS; 2009.
18. World Health Organization. Mental health policy and service guidance package. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html
19. World Health Organization. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
20. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: Implications for alcohol policy. Pan American Journal of Public Health 2005;18:41-248. Disponible en: <http://journal.paho.org/uploads/1137001840.pdf>
21. Monteiro M. Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, eds. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
22. Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro M. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care, 2nd edition. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva: WHO; 2001. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf



23. Humeniuk R, Dennington V, Ali R. The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in primary health care settings: A technical report of Phase III findings of the WHO ASSIST randomized controlled trial. Geneva: World Health Organization; 2008.
24. Madras BK et al. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drugs and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. *Drug and Alcohol Dependence* 2009;99:280-295.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Arboleda-Flórez J. Editorial-Mental illness and violence. *Current Opinion in Psychiatry* 2009; 22:475-476.
- Arboleda-Flórez J : Perspective-Mental patients in prisons. *World Psychiatry* 2009; 8:1-3.
- Arboleda-Flórez J: Editorial-Mental illness and human rights. *Current Opinion in Psychiatry* 2008;21:479-484.
- Jenkins R, *Üstün TB*, eds. Preventing mental illness: mental health promotion in primary care. Chichester: John Wiley & Sons; 1998.
- Barbato A, Vallarino M, eds. Community mental health in low income countries. A way forward. Milano: Mario Negri; 2010.
- Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de la salud mental en Panamá. Historia y actualidad. Serie de salud mental 1. Panamá: OPS; 2007.
- World Health Organization. Alcohol and injuries. Geneva: WHO; 2009.



AREA ESTRATÉGICA N°.4

DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

I. INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los países de la Región, particularmente en América Latina y el Caribe (ALC), los sistemas de salud mental enfrentan desafíos significativos en cuanto a la provisión de una atención en salud mental acorde con las necesidades y características de la población y haciendo uso racional de los recursos disponibles. En respuesta a esos desafíos los recursos humanos (RRHH) juegan un papel esencial, por ejemplo, en el cambio del paradigma de atención - de la manicomial a la comunitaria- tal como fuera sancionado por todos los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Amén de los que comparte con otras áreas, el área de RRHH afronta ciertos retos específicos:

- Asegurar una adecuada dotación y distribución geográfica de los mismos;
- Proveer ambientes positivos de práctica, condiciones de trabajo dignas y estimulantes, así como mecanismos de soporte y motivación laboral que aseguren el compromiso de los trabajadores;
- Desarrollar un personal de salud y salud mental con conocimientos y capacidades para promover la salud mental, prevenir los trastornos psiquiátricos, ofrecer atención curativa en la comunidad e implementar programas de rehabilitación psicosocial. Además de estas áreas de acción, les cabe a los RRHH que operan en la actualidad el abordaje de los múltiples problemas psicosociales prevalentes en las comunidades, así como los emergentes; e
- Intensificar el desarrollo de acciones tendientes a lograr que el modelo de atención centrado en la comunidad se traduzca en práctica de rutina en los servicios y programas.

Los RRHH en salud mental comparten similares tendencias y problemas que el resto del sector salud. En el año 2005, veintinueve países de las Américas se reunieron en una Conferencia en Toronto, Canadá, para analizar la situación de los recursos humanos en salud en la Región. Allí se identificaron diversos problemas, tales como la ausencia de políticas en este campo; la composición inadecuada y distribución inequitativa de los RRHH; la migración del personal de salud; las precarias condiciones laborales; y la falta de pertinencia de la educación, reflejada en la separación entre la formación, los procesos de educación continua y las prioridades de los servicios de salud. Como resultado de las deliberaciones se formuló el “*Llamado a la Acción de Toronto*” donde se establecieron cinco objetivos críticos:

- 1) Definir políticas y planes de largo plazo para preparar a la fuerza laboral para los cambios que hubieren de producirse en los sistemas de salud, contando con su participación activa. Esta deberá tener lugar incluso durante las revisiones periódicas que serán necesarias conforme se produzcan cambios;
- 2) Ubicar a las personas apropiadas en las posiciones y ámbitos adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa en términos de cantidad y competencia del personal sanitario, para poder satisfacer las necesidades de salud de la población;



- 3) Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países conserven su personal de salud y eviten carencias en su dotación;
- 4) Promover relaciones laborales positivas entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables, que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar una atención de buena calidad; y
- 5) Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y los servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales y técnicos al marco de un modelo de atención en salud universal, con equidad y de calidad.

El debate continental generado a partir de la conferencia en Toronto condujo a la adopción de un documento técnico y de una resolución con veinte apartados sobre *Metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015* por parte de la Conferencia Sanitaria Panamericana de OPS/OMS, en el año 2007. La Resolución CSP27/10 ofrece tanto un marco apropiado para el análisis de la situación presente y de las proyecciones futuras así como un conjunto de orientaciones para el desarrollo de los RRHH en salud (1). Es dentro de ese contexto general donde se inscribe el desarrollo de los RRHH en salud mental, que tiene, además, el soporte político y técnico específico de las resoluciones de la OPS/OMS relacionadas con la salud mental de los años 1997, 2001 y 2009 (2, 3, 4).

Conviene recordar que la Resolución CD49.R17 reiteró el llamado a los Estados Miembros para “*que consideren el fortalecimiento de los recursos humanos en salud mental como un componente clave del mejoramiento de los planes y servicios, mediante la formulación y la ejecución de programas sistemáticos de capacitación*”. De la Resolución surge claramente el reconocimiento de que esa mejora requiere la participación activa de los RRHH movilizados por el compromiso con el cambio y capacitados para llevarlo a cabo (6).

También el documento **Estrategia y plan de acción sobre salud mental** (7), adoptado mediante dicha resolución, se expidió de manera análoga al señalar que “*los programas de salud mental dependen, en gran medida, del recurso humano capacitado debidamente*” y advierte “*que es poco probable que los métodos tradicionales puedan ofrecer una respuesta apropiada a las necesidades de salud mental de la población, por lo que serán necesarios abordajes nuevos y diferentes*”.

De la Resolución y el documento citados se desprende un llamado a los responsables por el desarrollo de los RRHH de los países para que sean creativos en el diseño de los procesos de capacitación. Esto implica, entre otros factores, desprenderse de las formas habituales de trabajo en cuanto a objetivos, escenarios donde tiene lugar y de la celosa adhesión a las fronteras habituales de las profesiones. Además, convoca a mejorar los métodos pedagógicos y los contenidos curriculares. Este es un desafío complejo, dado que es frecuente que las instituciones prestadoras de atención y los establecimientos de enseñanza operen distanciados y con poca o ninguna coordinación (ver ítem 5 del *Llamado a la Acción de Toronto*).

Como resultado, ese divorcio docente-asistencial ha obligado ocasionalmente a los ministerios de salud a proveer capacitación en elementos básicos que no fueron desarrollados oportunamente por las instituciones educativas en la fase de pregrado, utilizando para ello una proporción nada despreciable de sus limitados recursos financieros. Al mismo tiempo, se han empobrecido las bases



científicas para la acción, en tanto las universidades no siempre incluyen dentro de sus programas de investigación temas que beneficien el desarrollo de los servicios (7, 8, 9). Es por eso que la **Estrategia y plan de acción sobre salud mental** (7) enfatiza la necesidad de “*fortalecer las alianzas con las instituciones académicas para cumplir tales fines*”.

Por último, el componente de derechos humanos debe impregnar los procesos y contenidos de desarrollo de los RRHH. Como se describe en el Área Estratégica N°.1, existen convenciones, tratados y protocolos internacionales, de los cuales los países son signatarios, que establecen principios de derechos humanos relacionados con el campo de la salud mental.

La diversidad de los recursos humanos

La atención en salud mental en la comunidad ha llevado al reconocimiento de que junto con los profesionales y técnicos especializados (v.g. psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y psicopedagogos) actúan otros agentes a los que la población accede en situaciones de crisis personal o familiar (v.g. líderes religiosos, líderes comunitarios, curanderos y otros), que operan dentro de la red asistencial diagramada en forma de pirámide. Esta pirámide tiene como base el autocuidado e integra varios niveles y agentes de atención en salud mental con capacidad de intervención diferenciada (ver Área Estratégica N°. 3).

La complementación entre los recursos propios de la población y los de los servicios de salud en un modelo comunitario ha sido objeto de descripción en un reciente manual de la OPS/OMS (10). Ambos grupos de agentes, los profesionales y los comunitarios, deben ser considerados en los planes de salud mental, en cuanto a los programas para el desarrollo de RRHH, de acuerdo con sus respectivos perfiles de desempeño y funciones. Con respecto a la evaluación de las intervenciones de los agentes comunitarios, se puede consultar el artículo de Bolton y cols., entre muchos otros (11).

La composición apropiada de todos los RRHH y su distribución equitativa son elementos claves para cubrir las necesidades expresas y latentes de atención en todos los niveles y grupos poblacionales. Asimismo, es clave la formación adecuada de los gerentes de los servicios de salud mental, los cuales, desde su posición de líderes, promueven las condiciones necesarias para lograr la mejora de la calidad asistencial y el establecimiento de redes de servicios. A manera de ejemplo, la OPS/OMS, por medio del Campus Virtual en Salud Pública, desarrolla un programa de capacitación para gerentes de servicios de salud mental en algunos países de Centroamérica con el objetivo de apoyar el diseño e implementación de políticas y planes de salud mental. (Ver: <http://devserver.paho.org/virtualcampus/drupal/>)





En síntesis, la relevancia del componente RRHH y la complejidad del abordaje de su desarrollo determinan que sea necesaria una mayor implicación de todas las partes involucradas. Esto significa que en el fortalecimiento y desarrollo de los RRHH en salud mental deben compartir responsabilidades el sector educación, con su red de instituciones académicas y docentes, y los organismos proveedores de servicios de salud. Es dable esperar que los RRHH, cuyo desarrollo se encuentren guiados por las orientaciones mencionadas antes, asuman el papel que les compete en la disminución de las barreras y dificultades que limitan la atención adecuada de las necesidades de salud mental.

II. ANTECEDENTES Y MARCO REFERENCIAL

Un desarrollo racional de los RRHH debe, como mínimo, girar alrededor de cinco ejes centrales. Ellos deben ser tomados en cuenta por los planificadores, los gerentes de servicios y las instituciones formadoras de profesionales, técnicos y otros agentes de salud mental, a fin de asegurar un proceso armónico y coherente con las políticas y planes nacionales de salud mental.

Ejes centrales para el desarrollo racional de los recursos humanos

1. El estado de salud de la población y sus necesidades específicas²⁰.

Los RRHH deben operar teniendo en cuenta la realidad sanitaria y de salud mental a nivel nacional y local. En la actualidad, el conocimiento de la situación de la salud mental está facilitado por la existencia de estudios comunitarios de los trastornos mentales y evaluaciones de servicios realizados en varios países de las Américas (12, 13). Esa realidad epidemiológica, la cual refleja las disparidades en el estado de salud mental de la población (provenientes del acceso diferencial a los bienes de producción y consumo, que opera como poderoso determinante social), debe ser tenida en cuenta en la formación de los RRHH. Solo así podrán actuar como efectivos agentes de cambio.

2. Congruencia entre el desarrollo de los RRHH y las políticas y planes nacionales, así como con las resoluciones de la OPS/OMS adoptadas por los Estados Miembros y las convenciones internacionales en el campo de los derechos humanos.

Los recursos humanos apropiadamente capacitados son los actores que ejecutan las políticas, planes y programas de salud en general y de salud mental en particular. Si el profesional de salud mental careciera de una preparación teórica y práctica apropiada (alimentada por valores, como la equidad, que sirven de sustrato a las políticas nacionales, así como a las resoluciones de OPS/OMS), y si su formación hubiera tenido lugar en el medio hospitalario de tipo manicomial, difícilmente podría operar en el marco de los planes de salud mental de base comunitaria. Esta obvia incongruencia entre los sitios donde se forman y capacitan los recursos humanos y los escenarios donde se prestan los servicios es una contradicción que ocurre de manera frecuente.

20 La OPS/OMS publica periódicamente un informe completo y actualizado sobre la situación general de la salud en los países de las Américas.



Un elemento esencial a tener en cuenta es la coherencia entre la letra de las declaraciones y convenciones internacionales adoptadas por el país y la práctica. Por ejemplo, para que la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2007)* sea una realidad en las acciones cotidianas, se requiere que los trabajadores de la salud no solo conozcan su existencia sino que la estudien, la internalicen, aboguen por su cumplimiento y operen según ella en los servicios (Recuadro 1).

Recuadro 1. Convergencia de políticas y servicios con el desarrollo de los RRHH: una experiencia en Argentina.

Esta experiencia en salud mental, de mediados de los años '80, tuvo como eje la articulación de la política y los servicios de salud mental con un proceso de formación de gerentes y líderes, en un ámbito de debate y acción para la transformación de los servicios psiquiátricos tradicionales.

La experiencia vinculó la cooperación técnica de la OPS y la OMS con la Dirección Nacional de Salud Mental, con algunas direcciones provinciales de salud mental y con la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba, en donde se desarrollaron tres cursos sobre políticas, planes y servicios de salud mental y dos sobre investigación. Estos programas se multiplicaron en otras provincias y dieron como resultado un grupo nacional de más de 500 gerentes formados y motivados. Se posibilitó conciliar conceptos, alinear orientaciones técnicas y producir importantes cambios en favor de la desinstitucionalización. Tres años después se había generado una iniciativa nacional de salud mental integrada por numerosos actores comprometidos.

Los cursos (componente de capacitación) promovieron un conjunto de iniciativas nacionales y provinciales de planificación y regulación en salud mental (componente de política), seminarios nacionales de salud mental (componente de información e investigación) y procesos de cambios en los servicios de salud mental (componente técnico-ejecutor), cuyo impacto transformador se extiende y continúa hasta nuestros días.

Fuente: Malvárez, S. Construcción de un nuevo paradigma de salud mental: la experiencia argentina. In: La Enfermería en las Américas. Nursing in the Americas. Enfermagem nas Américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS; 1999.

3. Redes integradas de atención en salud mental con base comunitaria.

Los profesionales, técnicos y agentes de salud mental comunitaria deben poseer los conocimientos científicos y las habilidades que les permitan trabajar como parte de equipos y redes de servicios. Esto implica planificar y ejecutar acciones de promoción de la salud mental, prevención de los trastornos psiquiátricos, identificación de riesgos y problemas en etapas tempranas, intervenciones curativas y rehabilitación psicosocial (14, 15).

Estos conocimientos deben incluir las intervenciones en situaciones de desastres y emergencias (16, 17, 18, 19) por el grave potencial que ellas tienen de afectar a las poblaciones más carenciadas y de causar reacciones psicosociales adversas inmediatas y con posible repercusión a mediano y largo plazo.





4. Composición heterogénea de los RRHH en salud mental.

Dada la magnitud y la diversidad de las necesidades de salud mental de las poblaciones, y habida cuenta que los recursos humanos y servicios especializados son limitados, que la brecha de tratamiento es amplia, que la actitud de la población no siempre es favorable en relación a la salud mental, y que existen miembros de las comunidades potencialmente competentes y estratégicamente posicionados para dar respuesta a parte de esas necesidades, es que los RRHH deben ser vistos como un colectivo heterogéneo con propósitos convergentes (Recuadro 2).

Recuadro 2. Un aliado potencial: el personal del salón de belleza como agente comunitario.

Los trastornos depresivos tienen altas tasas de prevalencia y la brecha de tratamiento es grande. Para potenciar los recursos de la comunidad que podrían ser convocados para disminuir esta brecha, la OPS/OMS en Panamá condujo una investigación a fin de estudiar los conocimientos y actitudes del personal (N=268) de los salones de belleza (N=107) en relación a la depresión, dado que la clientela permanece allí de 1 a 3 horas en cada oportunidad. Se observó que, aunque la mayoría de los empleados/as eran interlocutores frecuentes de las personas que asistían al salón de belleza, el conocimiento que poseían sobre problemas vinculados a la depresión era limitado y la actitud en cuanto al tratamiento en los servicios de salud era ambivalente. Se concluyó que su capacitación podría convertirlos en aliados y en un recurso valioso en la acción comunitaria para reducir la prevalencia no tratada. Casi 90% de los entrevistados expresaron interés en obtener mayor información sobre la depresión (i).

Los ejemplos se repiten. Un estudio reciente en los Estados Unidos encontró que este grupo era una importante fuente de apoyo social informal para los adultos mayores y que eran capaces de reconocer síntomas depresivos, demencia y autocuidado negligente (ii).

En síntesis, a pesar de las diferencias culturales existentes, si se negociara apropiadamente la oferta de colaboración de manera que el personal de esos establecimientos incrementara sus conocimientos y desarrollara actitudes más favorables, los profesionales de salud mental podrían ganar agentes estratégicamente posicionados en la comunidad.

ⁱ. Moreno P y cols. El empleado del salón de belleza como agente comunitario en el control de los trastornos depresivos. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 2003;48:47-56.

ⁱⁱ. Anderson KA, et al. Hairstylists' relationships and helping behaviors with older adult clients. Journal of Applied Gerontology 2009, July 2. Publicado en línea.

Como se adelantara en la sección precedente, la adopción del modelo de red de servicios de atención en salud mental propuesto por OPS (10) y enriquecido por OMS (20), implica que los recursos financieros, materiales, organizacionales y el personal de salud, se despliegan por niveles, asemejándose a una pirámide (ver Área Estratégica N°. 3, Figura 1).

Según este modelo, en la comunidad opera un colectivo que es necesario reconocer e integrar en las estrategias de salud mental. Por consiguiente, debe facilitársele tanto la formación como la educación continua, de manera que puedan establecerse alianzas que sean tan armónicas como



dichos mundos conceptuales diferentes lo permitan. En ese colectivo operan, por ejemplo, líderes religiosos, curanderos tradicionales, maestros, policías, el personal de los salones de belleza, líderes de los clubes juveniles y otros agentes comunitarios (18).

5. El componente salud mental en los procesos de formación y educación continua del personal de salud.

Por lo general se observa la escasa o limitada formación en temas de salud mental en las carreras técnicas y profesionales de la salud (pregrado) y la existencia de serias debilidades en los procesos de educación de posgrado y de capacitación en servicio. Es por ello que se hace necesario ampliar y fortalecer el componente salud mental en esos procesos educativos.

III. EL ESTADO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL

Los resultados de la evaluación de los sistemas de salud mental utilizando el Instrumento de Evaluación de Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS o WHO-AIMS, por sus siglas en inglés) (5) en varios países de América Latina y el Caribe muestran la existencia de algunos problemas comunes. Entre otros resultados, se observó una clara desproporción entre la carga de la enfermedad mental y de problemas psicosociales (alrededor del 22%) y el tiempo destinado a los temas de salud mental en la currícula de los estudios de pregrado. A esto se agrega que, en general, se gradúa un número insuficiente de profesionales y técnicos de salud mental, no acorde con las necesidades de los países.

El IESM-OMS también reveló la distribución poco racional e inequitativa de los psiquiatras en los países estudiados, desde el punto de vista territorial y de los ámbitos de trabajo (están ubicados en mayor proporción en los hospitales psiquiátricos y menor en los hospitales generales, los servicios ambulatorios o los centros comunitarios de salud mental). Otro resultado, citado a manera de ejemplo, fue el número reducido de personal de enfermería que existía en la mayoría de los países, en contraste con el número relativamente alto de profesionales de psicología, especialmente en algunos países de América del Sur.

El IESM-OMS identificó oportunidades desiguales de capacitación en servicio. Por lo general, los programas de capacitación benefician más a los/as psiquiatras que al resto del personal de salud mental. Los niveles de cobertura de los programas de capacitación en salud mental, tanto los destinados al personal especializado como al de atención primaria, son muy bajos. Por ejemplo, en Centroamérica solo el 7,7% de los médicos de APS recibieron al menos dos días de capacitación en salud mental en el año que precediera al estudio.

Del análisis de la situación actual surge la necesidad de que los trabajadores de la salud mental se formen/capaciten de manera integral. Eso les permitiría alcanzar perfiles más abarcadores y cumplir funciones múltiples en el contexto de los equipos de salud mental para superar, en parte, las fronteras profesionales habituales ya aludidas anteriormente. El tema de las infranqueables fronteras profesionales, especialmente en la atención en la comunidad, merece un análisis particular y toma de decisiones en cada país.



Otro estudio regional de la OPS/OMS, a publicarse con el título *Enseñanza de la enfermería en salud mental en los países de América Latina*, analizó la estructura y los contenidos de la enseñanza y halló que ella sigue un modelo predominantemente de tipo psiquiátrico con elementos de orientación comunitaria y prevención. Otro hallazgo a destacar fue la diversidad de contenidos en tanto abordaban los tres niveles de prevención (prevención primaria, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, y rehabilitación). Sin embargo, las prácticas continuaban estando centradas en los hospitales psiquiátricos tradicionales.

Por último, un estudio hecho en el año 2007 por OPS/OMS y completado en el año 2010 por la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina (Escalante M y cols. Comunicación personal.), usó la base de datos de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública para identificar la existencia de maestrías de salud mental. Se encontró que de un total de 109 establecimientos educativos, en solo siete existían maestrías especializadas. El estudio también reveló que solo 15,8% de las 95 maestrías de salud pública tenían contenidos de salud mental. De las restantes (v.g. las maestrías en administración de servicios de salud), 39% ofrecía dichos contenidos. Esta situación es particularmente preocupante por cuanto a los egresados de esas maestrías les corresponderá actuar como líderes y gerentes que conducirán los programas y servicios, tendrán a su cargo la toma de decisiones y definirán la visión estratégica de los planes de salud mental.

IV. PROPUESTAS PARA LA ACCIÓN

El objetivo general descrito en el documento **Estrategia y plan de acción sobre salud mental** (7) y la Resolución CD49.R17, 2009 (4) establece que se debe: “*Capacitar a los trabajadores de la salud mejorando sus competencias en salud mental de manera que estas sean coherentes con su función en el sistema de salud*”.

Las actividades sugeridas a nivel nacional en dicho documento son las siguientes:

- Disponer de una base de datos actualizada de recursos humanos en salud mental que sirva de base para la planificación;
- Formular planes sistemáticos de capacitación para los trabajadores de salud, con programas de estudios tendientes a proveer la formación de competencias apropiadas;
- Asegurar que los procesos de capacitación incluyan contenidos de derechos humanos;
- Asegurar la supervisión en servicio para apoyar los procesos de capacitación y elevar la calidad de la atención;
- Formular planes ampliados de capacitación que incluyan a proveedores informales de servicios, agentes comunitarios y trabajadores de otros sectores relacionados con la salud mental (v.g. policías, jueces y maestros);
- Evaluar los perfiles de desempeño de la enfermería y planificar diferentes modalidades de educación universitaria y de posgrado para poder incorporar estos profesionales a funciones concretas de salud mental. La enfermera/o es un recurso vital en muchos países;
- Asegurar el acceso equitativo a la información técnica y científica; y
- Colaborar con las universidades y las escuelas de formación de recursos humanos en salud para incluir y mejorar los contenidos sobre salud mental comunitaria en los programas de estudios de grado y posgrado.



Las acciones antes mencionadas, extraídas de la **Estrategia y plan de acción**, se amplían, complementan y especifican a través de seis propuestas para la acción y están precedidas por un conjunto de recomendaciones generales.

Recomendaciones generales

Las propuestas para la acción a ser desarrolladas a continuación incluyen un conjunto de elementos y condiciones comunes que son imprescindibles de considerar para lograr la unidad conceptual y práctica entre el desarrollo de los RRHH y la construcción de redes integradas de servicios. Estas recomendaciones son:

- Promover la participación multisectorial, e incluir de manera especial los sectores de salud y educación, así como otros actores relevantes de la sociedad civil;
- Asegurar un enfoque interdisciplinario en los procesos de aprendizaje y desarrollo de los RRHH;
- Promover la participación activa de los trabajadores de salud mental, así como de los usuarios y sus familiares, en el diseño y ejecución de programas de capacitación;
- Considerar a los estudios de población sobre el estado de la salud mental y los determinantes sociales como base de los programas de formación/capacitación conjuntamente con la política de desarrollo de los servicios comunitarios de salud mental, en particular con respecto a los procesos de desinstitucionalización;
- Diversificar los escenarios de práctica en los procesos de aprendizaje, tales como servicios especializados y generales de salud, de prevención primaria y de rehabilitación psicosocial;
- Incorporar los componentes éticos, de derechos humanos, de interculturalidad y de género en todos los programas de capacitación;
- Diseñar e implementar modelos pedagógicos integrales que incluyan el desarrollo de un pensamiento crítico y la capacidad de desempeñarse en el trabajo en condiciones de conflicto, tensión e incertidumbre;
- Incorporar nuevas tecnologías de información y comunicación en los procesos educativos, desarrollar el aprendizaje en red y promover la producción y disseminación de recursos educativos; y
- Fomentar la cooperación entre países a fin de facilitar el intercambio de conocimientos, buenas práctica y experiencias en el marco de la colaboración solidaria promovida por el panamericanismo.

Propuestas para la acción

1. Formular e implementar un programa integral de desarrollo de los recursos humanos en salud mental.

Los problemas relacionados con el desarrollo de los recursos humanos son complejos e inciden directamente en la prestación de servicios en los diferentes niveles. Una base necesaria para la planificación en este campo es disponer de un diagnóstico de situación. Afortunadamente, la mayoría de los países disponen de datos mínimos sobre el estado de los RRHH en salud mental (en cuanto a cantidad, distribución y grado de calificación), producto de estudios realizados en los niveles regional y nacional.



Cabe reiterar que los RRHH en el campo de la salud mental son heterogéneos e incluyen profesionales, técnicos y otros agentes fuera del sector salud. En efecto, un programa integral de desarrollo de los recursos humanos debe tener en cuenta el papel y la capacidad resolutive en salud mental y aspectos psicosociales que se espera desarrollen los trabajadores de salud no especializados. Asimismo, implica la decisión política de asignar prioridad al programa y asegurar su financiamiento continuo para una implementación efectiva.

Los procesos de formación y capacitación no operan aislados sino que se relacionan con otros componentes del complejo campo de los recursos humanos tales como la dotación y distribución del personal, las condiciones de empleo y trabajo, los sistemas de incentivos, los mecanismos de retención y carrera sanitaria, los procesos de regulación y funcionamiento de los servicios, y las organizaciones profesionales. También se debe considerar la articulación integral de todos esos componentes con las políticas y planes de salud, educación y trabajo en cada país.

Objetivo

- Formular un programa de desarrollo de RRHH en salud mental que ofrezca una respuesta integral a las necesidades actuales y futuras en la materia, que cuente con financiamiento adecuado y cuyos objetivos y lineamientos estén incorporados en la política y el plan nacional de salud mental.

Recomendaciones

- Establecer un grupo o mecanismo de coordinación intersectorial de todas las partes involucradas en la formación/capacitación de los RRHH en salud mental (v.g. ministerios de salud, educación y trabajo; universidades; asociaciones profesionales, organizaciones de usuarios);
- Formular e implementar un programa integral de formación y capacitación, a ser actualizado periódicamente, para dar respuesta equitativa a las necesidades en salud mental, teniendo en cuenta los hallazgos epidemiológicos actuales y las estimaciones futuras, los diagnósticos de situación de los servicios, las recomendaciones del documento **Estrategia regional y plan de acción en salud mental** (7) y la Resolución CD49.R17/2009 (4). El programa puede estar destinado al nivel nacional, local e institucional; y
- Adoptar las *Metas regionales de recursos humanos para la salud* (1) como guía para el desarrollo de acciones tendientes a lograr eficacia en la formación y capacitación.

Indicador

- Existencia de un programa nacional de desarrollo de los RRHH en salud mental que considere las *Metas regionales de recursos humanos para la salud* (1) que sea consensuado con todas las partes involucradas, que tenga financiación y que se refleje en acciones incorporadas en el plan nacional de salud mental.



2. Capacitar a los profesionales y técnicos de salud mental que ocupan posiciones de conducción en servicios y/o programas y a los responsables de la implementación de las acciones.

Las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de salud mental de la población requieren en la actualidad de manejos técnicos y administrativos complejos, guiados por conocimientos científicos generados por disciplinas diversas (v.g. epidemiología, antropología, sociología, economía de la salud, ciencias políticas). Pero tal como sucede en la salud pública, la capacitación exclusivamente basada en contenidos clínicos no es suficiente ni adecuada para ocupar funciones gerenciales o para conducir la implementación de todo el espectro de acciones necesarias en el ámbito de la salud mental comunitaria. Esto se ha traducido en la progresiva creación (pero aún insuficiente) de maestrías y cursos de posgrado en el campo de la salud mental en diversas instituciones educativas de la Región.

Objetivo

- Planificar el desarrollo del personal en salud mental para ocupar posiciones de gerencia y liderazgo en relación a la implementación de la política y el plan nacional de salud mental (o del nivel provincial/estadual, según correspondiere).

Recomendaciones

- Establecer cursos de posgrado universitarios en salud mental, o en salud pública con especialización en salud mental, en tantas universidades y establecimientos educativos como las necesidades y las posibilidades nacionales lo determinen;
- Asegurar la implicación de todas las partes interesadas, en especial, de los ministerios de salud pública, los organismos prestadores de servicios y las instituciones educativas, actuando de forma coordinada y continua;
- Los cursos deben priorizar a los profesionales y técnicos de salud mental que ocupen o estén destinados a ocupar puestos de conducción, tanto en planificación, como en gerencia (de servicios y programas hospitalarios y comunitarios), docencia o investigación;
- Los cursos deben proveer conocimientos sobre: desinstitucionalización y modelo comunitario en salud mental, teorías y modelos de abordaje, epidemiología y métodos de investigación en salud mental, derechos humanos, aspectos relevantes de las ciencias sociales, estadística, planificación y administración de programas y servicios, incluyendo financiación, así como computación e idioma inglés, para facilitar el acceso a la literatura científica (19); y
- Analizar los programas de post-grado en salud pública y administración de servicios de salud y promover la incorporación del componente de salud mental en sus planes de estudio; y

Indicadores

- Número de maestrías y/o cursos de posgrado en salud mental con enfoque de salud pública; y
- Número de posgrados en salud pública con el componente de salud mental incorporado (en universidades u otros establecimientos educativos del país).



3. Fortalecer los recursos humanos especializados para actuar en la red de servicios de salud mental.

El modelo comunitario de atención en salud mental se fundamenta tanto en la evidencia científica como en un enfoque de derechos humanos y requiere de capacidades complejas e instrumentos técnicos para ejecutar las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, así como de cambio del modelo de pensamiento y acción en salud mental.

Las actividades son múltiples e incluyen: planificación, implementación de la atención directa e indirecta, información, monitoreo, evaluación e investigación. Todo esto requiere el desarrollo de recursos humanos especializados que cumplan una doble función: tomar a cargo las acciones de alta complejidad en salud mental, ya sean individuales o colectivos, así como asesorar, apoyar y capacitar al personal de los dispositivos de APS y de los hospitales generales.

A cada país, provincia/estado o región le corresponderá establecer los programas de capacitación basados en las necesidades de su población, de acuerdo con los recursos disponibles (tanto los habituales como los movilizados para cumplir con este objetivo), y en concordancia con las políticas y planes nacionales de salud mental. Los países ahora cuentan con literatura y documentación técnica accesible para capacitar al personal especializado (10). Se deberían además utilizar métodos y estrategias educativas dinámicas y novedosas.

La clave de este proceso formador radica en la necesaria articulación intersectorial, donde convergen los proveedores de servicios, las instituciones educativas y las asociaciones profesionales, con miras a definir criterios, prioridades y necesidades de especialización en salud mental en las carreras de medicina, enfermería, psicología, trabajo social y otras especialidades. De esta manera se pueden integrar equipos capaces de abordar los problemas relacionados con la transformación de la atención psiquiátrica tradicional (Recuadro 3).



Recuadro 3. Una experiencia exitosa de formación con el personal de enfermería de los servicios de salud mental en Belice.

Ante la falta de psiquiatras, Belice resolvió formar enfermeras especializadas en salud mental a las que se les asignó responsabilidades en todo el ámbito de la salud mental comunitaria. Actualmente se cuenta con 3,3 enfermeras especializadas por cada 100.000 habitantes. Ello ha servido para tener una presencia permanente y bien aceptada de los servicios de salud mental en la comunidad. Dichas enfermeras apoyan las acciones de la atención primaria y facilitan el acceso a los servicios de salud mental.

Además de prestar servicios clínicos curativos de consulta externa, las enfermeras participan en actividades preventivas de salud mental, actúan en situaciones de crisis, en la asesoría a los servicios judiciales, en la atención de las personas con conductas suicidas y en la consejería psicológica antes y después de la prueba de VIH. Estas enfermeras están capacitadas y autorizadas para prescribir un número limitado de medicamentos psicotrópicos. Las enfermeras interconsultan regularmente con la única psiquiatra del país, y participan en talleres y sesiones de educación continua para su actualización en el manejo de los problemas de salud mental.

La presencia de servicios comunitarios y el personal citado contribuyó al cierre del hospital psiquiátrico en 2008. La red nacional de salud cuenta con ocho hospitales públicos, cinco privados y 37 centros de salud. Con la clausura del hospital psiquiátrico, las personas que necesitan internación son admitidas en los hospitales generales, con los consiguientes beneficios: la familia participa en la atención del paciente y éste se trata en su propia comunidad.

Mediante la habilitación de servicios comunitarios accesibles y de bajo costo, en Belice quedó demostrado que es posible aumentar significativamente el número de personas con problemas de salud mental atendidas. Las enfermeras pueden ser capacitadas efectivamente para proveer cuidados de salud mental a una gran mayoría de las personas con problemas psicosociales. Sólo una fracción menor de los pacientes necesita en la actualidad ser referidos al psiquiatra.

Objetivo

- Implementar programas de desarrollo de los RRHH especializados para que puedan realizar acciones en la red de servicios de salud mental desde una perspectiva comunitaria, incluso en situaciones de emergencias.

Recomendaciones

- Los proveedores de servicios de salud (ministerios de salud, seguro social, municipalidades, ONGs), con el apoyo de las instituciones educativas y de las organizaciones profesionales, deben planificar e implementar la capacitación de todo el personal especializado para que pueda ejecutar las múltiples actividades propias del modelo de salud mental comunitaria, según las prioridades establecidas y los recursos disponibles;





- La capacitación del personal especializado debe desarrollarse en un contexto interdisciplinario con el objeto de crear una cultura de colaboración entre profesionales que a su vez enriquecerá el análisis de los problemas y las modalidades de intervención;
- El personal de salud mental tiene que ser preparado para cumplir un doble papel: como prestador de servicios especializados, implementando programas de salud mental en los diferentes niveles, y como multiplicador en los programas de capacitación dirigidos a los trabajadores de APS y agentes comunitarios, incluyendo la supervisión y apoyo al personal de esos servicios; y
- El personal especializado debe ser preparado para alcanzar competencia en las técnicas de monitoreo de las acciones y la evaluación del impacto de los programas.

Indicadores

- Programa de capacitación para el personal especializado de salud mental, con definición de contenidos, tiempos, requisitos evaluativos y otros estándares (de acuerdo a los diferentes perfiles profesionales de los miembros del equipo); y
- Porcentaje del recurso humano de salud mental (de todas las disciplinas especializadas) que trabaja en ámbitos comunitarios de salud mental y que haya recibido un curso completo de salud mental comunitaria, cumpliendo con los parámetros o estándares establecidos por el país, y cuyos resultados hayan sido evaluados.

4. Aumentar la capacidad resolutive en salud mental del personal de salud del primer nivel de atención y de la red de servicios hospitalarios.

El incremento de la cobertura de atención en salud mental y la reducción de la enorme brecha de tratamiento existente depende del aumento de la capacidad resolutive de los problemas de salud mental y psicosociales por parte de los servicios del primer nivel de atención y hospitales generales. Para ello es imprescindible incluir a los trabajadores de atención primaria de salud en los procesos de capacitación. El programa deberá:

- Desarrollar capacidades para identificar y abordar los problemas de salud mental más frecuentes en las diferentes edades, incluyendo la comorbilidad;
- Promover actitudes favorables, exentas de estigma e impregnadas de respeto hacia las personas afectadas y sus familias; e
- Implementar iniciativas de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.

También es necesario capacitar al personal de salud de los hospitales generales sobre los aspectos psicosociales de la atención de las personas con enfermedades físicas así como sobre la atención a personas con trastornos mentales que consultan en las salas de urgencia o ingresan en la institución.

La capacidad resolutive del personal de salud se comienza a crear y fortalecer en la formación básica, por lo que se requiere de una racional integración de contenidos de salud mental en las currícula de pregrado de medicina, psicología, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional (Recuadro 4).



Objetivos

- Desarrollar programas de capacitación destinados a los RRHH que se encuentran en la red de servicios de la comunidad y en los hospitales generales, de manera que puedan ejecutar en forma competente acciones básicas de promoción de la salud mental, de prevención, asistencia curativa y rehabilitación y atender los aspectos psicosociales de los padecimientos físicos (Recuadro 4); e
- Integrar valores, conceptos y prácticas de salud mental comunitaria en los planes de estudio de pregrado de medicina, enfermería, psicología, terapia ocupacional y trabajo social, que permitan la identificación y el análisis de los problemas de salud mental en la comunidad así como el diseño e implementación de programas e intervenciones básicas de promoción, prevención, recuperación de la salud y de rehabilitación.

Recuadro 4. Contenidos esenciales en la capacitación del personal de salud en la red de servicios asistenciales.

Contenidos comunes para todo el personal

- Concepto de salud mental comunitaria y determinantes de la salud mental;
- Promoción de actitudes de inclusión y solidaridad con respecto a personas diferentes;
- Identificación de situaciones de riesgo de problemas mentales: extrema pobreza y marginalidad; crisis generadas por pérdidas (duelo, divorcio, pérdida de empleo); enfermedades severas; violencia familiar; abuso sexual y disfunción familiar; o cualquier otro evento negativo en la vida, como el fracaso escolar experimentado por los adolescentes y jóvenes;
- Establecimiento de una relación significativa con los usuarios/as y familiares, teniendo en cuenta las diferencias socio-culturales y de género;
- Desarrollo de habilidades de comunicación con los/as usuarios/as y sus familias, con los agentes de salud y los miembros de la comunidad, con el personal especializado en salud mental, y entre el personal de la red de servicios;
- Intervención en situaciones de crisis individual o familiar y en situaciones de emergencias y desastres;
- Intervención inicial en la atención de personas con signos de adicción, violencia, estrés, depresión, problemas emocionales vinculados a condiciones físicas, problemas de salud mental de los niños y ancianos, y el manejo de problemas psicosociales de la vida cotidiana;
- Promoción y protección de la salud mental y prevención del malestar emocional y el sufrimiento psíquico;
- Información sobre la red de servicios de salud mental comunitaria y sistema de referencia;
- Seguimiento, métodos de contención, apoyo, rehabilitación y reintegración social de las personas con problemas mentales y bajo tratamiento.

Contenidos para los médicos de los servicios del primer nivel de atención y de hospitales no especializados

- Identificación y manejo de las condiciones prioritarias establecidas por el “mhGAP -Programa de acción para superar las brechas en salud mental” de la OMS (20), a saber: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por el uso de alcohol, trastornos por el uso de





drogas, lesiones autoinfligidas y suicidio, y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente

Contenidos para el personal de enfermería del primer nivel de atención y de hospitales no especializados

- Identificación y manejo clínico y comunitario de los trastornos mentales, de manera prioritaria los establecidos por el mhGAP (especialmente si no hubiera médico del primer nivel de atención);
- Capacidades requeridas para la atención domiciliaria y manejo comunitario de personas con trastornos mentales, en particular los más severos y de larga evolución;
- Capacidad de planificar y desarrollar acciones de promoción de la salud mental y prevención primaria; y
- Capacidad para brindar seguimiento, atención, rehabilitación y reintegración social a personas con problemas mentales que han sido externados de hospitales psiquiátricos y a sus familias.

Recomendaciones

- Establecer programas de capacitación de capacitadores (para profesionales de la salud mental) en técnicas educativas, tecnologías de información y comunicación aplicadas al aprendizaje, y que los familiarice con las publicaciones de OPS y OMS destinadas a los servicios y programas de salud mental (v.g. la **Estrategia y plan de acción** y el mhGAP, entre otros);
- Familiarizar a los capacitadores con los principios de la educación permanente y del aprendizaje en red (educación a distancia usando la plataforma de la Web) y sobre el modelo comunitario en salud mental para que a su vez puedan capacitar a los RRHH no especializados del sector salud de la red de servicios, en especial en la APS. Este personal debe conocer la existencia de intervenciones comunitarias probadas científicamente y del potencial que tienen para asistir a los usuarios (Recuadro 4);
- Establecer procesos de articulación intersectorial “servicio-educación” para promover la revisión de los planes de estudio y la integración de valores, contenidos y prácticas de salud mental comunitaria en los programas de pregrado de enfermería, medicina, psicología, trabajo social y terapia ocupacional; y
- Generar programas de formación de profesores en relación al modelo de salud mental comunitaria, que impliquen la identificación y abordaje de problemas de salud mental así como la promoción y prevención. Esto llevará a mejorar los contenidos y prácticas de aprendizaje en la formación básica.

Indicadores

- Programa de capacitación en salud mental disponible para el personal del primer nivel de atención de salud y hospitales generales, con definición de contenidos, tiempos, requisitos evaluativos y otros estándares (de acuerdo a los diferentes perfiles de desempeño de los miembros del equipo de salud);



- Porcentaje del recurso humano del primer nivel de atención y de hospitales generales que ha recibido un curso de salud mental cumpliendo los parámetros o estándares establecidos por el país y cuyos resultados han sido evaluados. Este curso debe incluir el manejo de condiciones prioritarias tomando como base el paquete de intervenciones del mhGAP de la OMS;
- Porcentaje de escuelas de ciencias de la salud que han integrado la salud mental en los programas de estudios de pregrado (v.g. medicina, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y psicología) y que han realizado programas de capacitación de profesores en salud mental comunitaria; y
- Porcentaje del tiempo curricular dedicado a materias del campo de la salud mental (v.g. psicología, ciencias de la conducta, salud mental y psiquiatría) en las carreras de enfermería, medicina, psicología, trabajo social y terapia ocupacional.

5. Preparación de líderes y agentes claves de la comunidad en aspectos psicosociales.

Existen agentes en la comunidad que, dentro de sus roles y actividades específicas, cumplen tareas relacionadas con la salud mental, de una manera amplia e integral (promoción de la salud, prevención primaria y atención curativa y de rehabilitación de los problemas mentales y psicosociales). Esas tareas son tan variadas como variadas son las funciones de los mismos agentes: una maestra/o identifica trastornos de conducta en sus alumnos; un líder religioso brinda apoyo espiritual a una persona en situación de crisis (v.g. divorcio, duelo); un líder lego puede llenar funciones de abogacía de servicios y de educación de la comunidad; un empleado/a de salón de belleza puede referir un/una cliente afectado/a (v.g. por un estado depresivo) a un agente de salud; un supervisor en el ámbito laboral puede identificar y referir a un trabajador que abusa del alcohol; el agente de policía es llamado a cumplir funciones en situaciones críticas en la vía pública; y así sucesivamente con otros agentes (v.g. abogados, policías y bomberos). Una ventaja adicional es que estos agentes se encuentran en posiciones accesibles al usuario potencial y están libres del halo de estigma que aún afecta a los servicios especializados de salud mental.

Existen otras figuras de la comunidad, como los curanderos tradicionales, que están íntimamente incorporados en la vida social y cultural de los pueblos, incluso en el medio urbano. La función de los mismos debe ser examinada de manera objetiva y desprejuiciada de manera de poder establecer una buena relación de trabajo en beneficio de la comunidad. Deben reconocerse tanto los beneficios de su actividad como la posible existencia de riesgos y efectos adversos, incluyendo violaciones de los derechos humanos.

Por último, un importante grupo con capacidad de influencia en el área de la salud mental está constituido por los comunicadores sociales quienes, convenientemente orientados pueden contribuir a difundir conceptos y prácticas de salud mental comunitaria (ver Área Estratégica N°. 2).



Se debe destacar que la lista de agentes comunitarios, en realidad comienza por el mismo sujeto, sea o no usuario de servicios especializados, quien ejerce el autocuidado y es parte de las actividades de apoyo mutuo. Huelga señalar que para que el autocuidado pueda ser efectivo se requiere estar preparado y disponer de información fidedigna y apropiada (21).

En efecto, los usuarios, las familias y los cuidadores naturales tienen un enorme potencial de ayuda toda vez que cuentan con capacidades y herramientas apropiadas. Pueden y deben jugar un papel importante en la identificación y referencia de personas y familias con problemas, en el seguimiento y la rehabilitación, y, en particular, en las acciones de reintegración social. De hecho, tienen la responsabilidad y el derecho de participar de manera activa en la preparación y ejecución de las políticas y planes de salud mental.

Objetivo

- Desarrollar programas de capacitación especialmente destinados a agentes de la comunidad que operan fuera del sector salud, formulados de manera participativa, con acciones de seguimiento en el terreno y evaluación del impacto, incluyendo en las situaciones de desastres.

Recomendaciones

- Identificar a los agentes de la comunidad y explorar sus conocimientos, actitudes y prácticas para establecer alianzas con los que se considere apropiados, con el objetivo de aumentar su capacidad de identificación de los problemas de salud mental, de apoyarlos en el desarrollo efectivo de sus actividades hasta el límite de su capacidad resolutoria, y que puedan referir a las personas necesitadas de atención a los servicios formales del sector salud en el momento oportuno (10);
- Informar a las familias y los miembros de la comunidad sobre distintos aspectos de la salud mental y su atención a través de programas específicos (v.g. campañas educativas) y por los medios de comunicación. Estas actividades tienen el propósito de aumentar el nivel de autocuidado y cuidado mutuo, y de informar en temas generales de salud mental y específicos como, por ejemplo, los vinculados con el uso de sustancias o con las situaciones de crisis y desastres; y
- Proveer información sobre salud mental a los medios masivos de comunicación para que cooperen con la difusión de contenidos apropiados, buenas prácticas y servicios disponibles de salud mental y que eviten prácticas, como el sensacionalismo o el manejo inapropiado de la información, que pueden afectar la salud mental de la población.

Indicadores

- Número de programas comunitarios destinados a aumentar el autocuidado y el cuidado mutuo en salud mental de la población;
- Número de programas destinados a agentes de la comunidad y número de agentes (provincia/ estado, distrito, municipio) que han recibido capacitación en salud mental (de acuerdo a estándares establecidos por el país); y
- Número de actividades de capacitación/información dirigidos a periodistas y trabajadores de los medios de comunicación y número de participantes.



6. Capacitación del personal de los hospitales psiquiátricos para la desinstitucionalización.

En muchos de los países de la Región existe aún un extenso número de hospitales psiquiátricos y de personas internadas por largos períodos, perpetuando el estigma, el abandono y la cronicidad. El personal que trabaja en estas instituciones (v.g. médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, personal de servicios y gerentes) constituye un grupo humano crítico que, si se lo capacita y motiva de manera apropiada, pueden convertirse en agentes de cambio e impulsores de la reforma y la desinstitucionalización, sin convertirse en un obstáculo para las mismas.

La mayoría de las experiencias regionales de reforma y desinstitucionalización han tenido como eje importante los procesos de sensibilización, motivación y capacitación del personal hospitalario.

Las actividades de sensibilización y capacitación en los hospitales de tipo manicomial dan al personal la posibilidad de recuperar el sentido de dignidad, la capacidad creadora, el compromiso institucional, la competencia rehabilitadora y la perspectiva de futuro, todas estas a menudo perdidas en la vida del hospital psiquiátrico tradicional.

Objetivo

- Diseñar e implementar en los hospitales psiquiátricos programas de educación permanente en servicio con un modelo pedagógico apropiado, dinámico y motivante.

Recomendaciones

- La capacitación del personal hospitalario en la institución debe estar directamente vinculada a la práctica de la reforma y la desinstitucionalización. Debe implicar a los diferentes grupos de trabajadores, con orientaciones comunes y diferenciadas; e
- Incluir como parte de los programas, entre otros, la historia y análisis del manicomio como “institución total”; los modelos de sustitución del manicomio por redes integradas de servicios de salud mental con base comunitaria; las estrategias de diagnóstico social para programar adecuadamente el egreso de las personas internadas; las técnicas de rehabilitación y reintegración en el contexto de la familia, la comunidad y el trabajo.

Indicadores

- Número de programas de educación permanente en salud mental disponibles para personal de hospitales psiquiátricos tradicionales, con definición de contenidos, tiempos, requisitos evaluativos y otros estándares; y
- Porcentaje de hospitales psiquiátricos con programas de educación permanente dirigidos a impulsar la reforma y la desinstitucionalización.





V. CONCLUSIONES

El desarrollo de los recursos humanos es una línea estratégica vital para lograr el cumplimiento de los compromisos adquiridos por los países de la Américas en pos de la mejora del estado de salud mental de la población. Según los estudios desarrollados, la situación actual de los RRHH tiene grandes limitaciones, pero es factible corregirla. El proceso de cambio debe ser cuidadosamente programado por las partes involucradas. Todo esto implica un esfuerzo colectivo, creativo y consciente.

Es obvio señalar que será difícil proveer una atención de calidad, con técnicas de intervención modernas, respetuosa de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y sus familias, si los países no priorizan el fortalecimiento del recurso humano, elevando su nivel de competencia y grado de compromiso social.

Las dificultades para desarrollar los recursos humanos no son pocas. Se trata de abandonar esquemas superados que ubican la atención sólo en torno al personal especializado como eje central y, muchas veces, único. Un esquema de este tipo impide desarrollar un modelo de atención adaptado a las necesidades diferenciadas de los distintos grupos poblacionales y prolonga el estado actual de la brecha de atención. A manera de ejemplo, en ciertos trastornos, como el uso del alcohol, son más las personas que no acceden a la atención (cerca del 70%) que las que sí la reciben en el sector salud (22).

Dado que los agentes en la comunidad son muchos y diversos (10, 11), los esfuerzos de capacitación en salud mental deben llegar también a todos ellos, comenzando con el autocuidado y el cuidado mutuo. Además, el diseño de los programas debe estar de acuerdo con las funciones, características, autonomía y espacio de acción de estos agentes.

Probablemente nada pueda afectar más a los programas de desarrollo de los RRHH que la ausencia de armonización de los espacios de formación y capacitación con los espacios de la práctica de servicios. Difícilmente se pueda lograr una capacitación apropiada del futuro agente de salud en los programas de pregrado si la actividad docente no está ubicada en la comunidad. Tampoco resulta comprensible un programa de posgrado (v.g. residencias de psiquiatría) centrado en el hospital psiquiátrico.

Las acciones de salud mental en la comunidad demandan un cuerpo de conocimiento diferenciado en cuanto a su nivel de complejidad según la ubicación del agente en la pirámide de atención. Las resoluciones del Consejo Directivo de OPS/OMS serían mera letra muerta, y las necesidades de numerosos grupos poblacionales permanecerían insatisfechas, si las acciones de salud mental no estuvieran basadas en evidencias científicas y nutridas de los principios y valores que se enuncian en la **Estrategia y plan de acción** y otras resoluciones y convenciones internacionales adoptadas por los estados del continente.

Por último, aunque no por eso de menor importancia, las acciones de desarrollo de los recursos humanos deben ser cuidadosamente evaluadas a fin de comprobar si se han alcanzado las metas propuestas (23-26). En conclusión, la capacitación implica seguimiento, apoyo y supervisión en el terreno.



Material docente mínimo y lecturas claves recomendadas para los procesos de capacitación

- Rodríguez J, Malvárez S, González R, Levav I, eds. Salud mental en la comunidad, 2.^a edición. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex No.49. Washington, DC: OPS; 2009.
- Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, eds. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
- World Health Organization. Mental health policy and service guidance package. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index1.html
- 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/CD49.R17%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20(Esp.).pdf)
- Organización Mundial de la Salud. mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/mhgap%20final%20spanish.pdf>
- World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. WHO, Geneva; 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de la salud. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf
- Climent C, de Arango MV. Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. Organización Panamericana de la Salud. Serie PALTEX No. 23. Washington, DC: OPS; 1996.
- 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.
- Organización Panamericana de la Salud. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. Resolución CSP27/10. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud. Washington, DC: OPS; 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf>





VI. REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Resolución CSP27/10. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud. Washington, DC: OPS; 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Resolución del Consejo Directivo CD49.R19. Washington, DC: OPS; 1999.
3. Organización Panamericana de la Salud. Resolución del Consejo Directivo CD43.R10. Washington, DC: OPS; 2001
4. Organización Panamericana de la Salud. Resolución del Consejo Directivo CD49.R17. Washington, DC: OPS; 2009.
5. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental (IESM-OMS, Versión 2.1). Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf
6. González Uzcategui R, Levav I, eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1991.
7. 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/CD49.R17%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20(Esp.).pdf)
8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Declaración de Brasilia (2005). Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria 2006;6(1):67–9.
9. Razzouk D, Olifson S, Zorzetto R, Fiestas F, Mazzotti G, Levav I et al. Mental health research in Latin American and Caribbean countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008;118:490-498.
10. Rodríguez J, Malvárez S, González R, Levav I, eds. Salud mental en la comunidad, 2.ª edición. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex N.º.49. Washington, DC: OPS; 2009.
11. Bolton P, Bass J, Neugebauer R et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 2003;289:3117-3124.
12. Pratap S, Gallo C, Gurujee O, Patel V, Levav I, Saxena S et al. Mental health research priorities in low and middle-income countries of Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *British Journal of Psychiatry* 2009;354-363.
13. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, eds. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
14. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Andrade LHG, Caraveo Anduaga J, Saxena S, Saraceno B et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. *Pan American Journal of Public Health* 2005;18 (4-5):229-240.
15. Saxena S, Herrman E, Moodie R, eds. Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice. World Health Organization. Geneva: WHO; 2005.
16. 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.

17. World Health Organization. Mental health policy and service guidance package. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index1.html
18. Rodríguez J, Bergonzoli G, Levav I. Mental health and political violence in Guatemala. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 2002;48:1-4.
19. Levav I. What to teach with regard to mental health in an MPH program? *Public Health Reviews* 2002;30:365-374.
20. Organización Mundial de la Salud. mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/mhgap%20final%20spanish.pdf>
21. Shye D. *Autocuidados en salud mental*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1996.
22. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization* 2004;82:858-866.
23. Moreno P, Saravanan Y, Levav I, Kohn R, Miranda C: Evaluation of the PAHO/WHO training program on the detection and treatment of depression for primary care nurses in Panama. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003;108:61-65.
24. Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello MF, Ramos CP: Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Revista de Saude Pública* 2004;38:522-528.
25. Levav I, Kohn R, Montoya I, Palacio C, Rozic P, Solano I et al. Training Latin American primary care physicians in the WPA module on depression: results of a multicenter trial. *Psychological Medicine* 2005;35:35-45.
26. Vicente B, Kohn R, Levav I, Espejo F, Saldivia S, Sartorius N. Training Latin American primary care physicians in Chile in the diagnosis and treatment of depression. *Journal of Affective Disorders* 2007;98:121-127.





AREA ESTRATÉGICA N°. 5

FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD PARA PRODUCIR, EVALUAR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL

I. INTRODUCCIÓN

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), tomando nota de la ausente o limitada información disponible en el campo de la salud mental en muchos países y del déficit que esto implica en la toma de decisiones con bases racionales, aprobó la Resolución CD49.17 en octubre de 2009 (1). En ella, entre otras cosas, se insta a los países “*a que reduzcan la brecha de información en salud mental mediante el mejoramiento de la producción, análisis y uso de la información, así como la investigación, y con un enfoque intercultural y de género*”.

En el documento **Estrategia y plan de acción sobre salud mental** (2), que sirvió de base a las deliberaciones del Consejo Directivo, se recomienda: “*Fortalecer el sistema nacional de información sanitaria para mejorar la recopilación y análisis regular de un grupo básico de datos de salud mental*”. En relación al Área Estratégica N°.5, el documento mencionado establece tres objetivos operativos reproducidos a continuación:

Objetivo 5.1: Evaluar integralmente los sistemas de salud mental en los países, por medio del establecimiento de una línea de base y haciendo el seguimiento de la situación;

Objetivo 5.2: Mejorar el componente salud mental en los sistemas nacionales de información, asegurando la recopilación y el análisis regular de datos básicos en salud mental; y

Objetivo 5.3: Fortalecer la investigación en salud mental de acuerdo con las necesidades de cada país y los recursos disponibles.

Este capítulo desarrolla varios componentes del tema de información e investigación, de manera de orientar y facilitar la implementación de la **Estrategia Regional** según las condiciones específicas de cada país.

Los Sistemas de Información en Salud (SIS) recogen y procesan datos relevantes del sector, para luego analizarlos y transformarlos en información. Esta información, diseminada y analizada por todos los actores, provee bases para la toma de decisiones racionales en tanto permite identificar problemas y necesidades, establecer prioridades, valorar tendencias y evaluar el impacto de las políticas, planes, programas e intervenciones (3). Un objetivo central del SIS es lograr la utilización práctica de la información en los procesos requeridos para mejorar el quehacer en salud.



El concepto de “sistema” implica una conexión entre todos los componentes, cuya estructura, organización y funcionamiento están dirigidos hacia una finalidad determinada. Esto mismo se aplica a los SIS, de forma tal que los diferentes componentes encargados de la recolección, procesamiento y análisis de datos, de la difusión de la información y de la toma de decisiones están interconectados y comunicados.

La evidencia puede provenir de la investigación tanto cuantitativa como cualitativa y/o de los mismos SIS. Esta interacción de información es particularmente útil en el diseño de políticas y programas (5). Los SIS deben tener la capacidad de proveer información basada en la evidencia, lo que permite mejorar la eficiencia de la inversión en salud y la mejor aplicación de los principios de justicia social, tales como la equidad (6).

Los SIS son útiles para todos los actores interesados: para los que diseñan y ejecutan políticas y programas a nivel nacional y/o local, para los que dirigen sistemas de salud en diferentes niveles y para quienes gestionan directamente servicios y equipos de salud. Los SIS también son útiles para la comunidad y para la opinión pública en general al proveer información sobre el estado de la salud colectiva y el impacto que sobre ella tienen las diversas políticas implementadas - o no implementadas. En este aspecto, el SIS permite cumplir con el “derecho a la información” establecido por convenciones internacionales, de las cuales los países son signatarias. Cabe notar que cada actor involucrado y cada nivel de acción presentan diferentes necesidades, por lo que el diseño de estos sistemas debe tender a ajustarse a los requerimientos particulares.

A continuación se detallan las áreas que deberían ser incluidas dentro de un SIS (4):

- Determinantes de la salud (sociales, económicos, ambientales, conductuales y biológicos), así como el contexto dentro del cual funciona el sistema de salud;
- Legislación, políticas, planes y programas de salud, así como los recursos con que cuenta el sistema sanitario (infraestructura, equipamiento, recursos humanos y financieros y sistemas de información);
- Funcionamiento del sistema sanitario (disponibilidad, accesibilidad, calidad y utilización de los servicios); y
- Resultados en términos de la salud de la población (mortalidad, morbilidad, discapacidad, bienestar y calidad de vida).

A nivel de gestión local, el SIS debe permitir un acceso rápido a la información por parte de los equipos de salud y de todos los posibles usuarios, con la consecuente mejoría en la efectividad de los servicios y sus intervenciones, además de la democratización de la toma de decisiones. Se ha observado también que el SIS puede mejorar la coordinación entre dispositivos y apoyar los procesos de mejoramiento de la calidad de la atención (7).





II. ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA

Los sistemas de información en salud pública

Para que los SIS pudieran operar, tal como sucede en la actualidad, se debieron desarrollar por lo menos tres componentes:

- Un sistema de definiciones y clasificación de las enfermedades;
- Un conjunto de métodos estadísticos de análisis para los eventos bio-sociales; y
- Un sistema organizado para el cuidado de la salud que utilice esta información.

Los primeros sistemas de información, desarrollados hacia fines del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, se concentraron en la vigilancia de enfermedades infecto-contagiosas. Posteriormente, con la ampliación del campo de la salud poblacional bajo la conducción de la Organización Mundial de la Salud, se incorporó información sobre enfermedades crónicas no transmisibles, traumatismos y accidentes, salud ocupacional, factores del ambiente físico, conductas perjudiciales para la salud, y, en las últimas décadas, elementos estructurales y de proceso de los sistemas sanitarios. Además, se mejoraron las definiciones y clasificaciones así como los métodos de análisis. Más recientemente se incorporó también la tecnología informática (8).

Los SIS son utilizados para (9):

- Estimar cuantitativamente los problemas de salud;
- Conocer la distribución y extensión de eventos de salud/enfermedad;
- Conocer la historia natural de una enfermedad;
- Detectar brotes epidémicos, facilitando su estudio epidemiológico y de laboratorio;
- Monitorear los determinantes de la salud poblacional;
- Evaluar las intervenciones de prevención y de control de enfermedades;
- Monitorear el funcionamiento de los servicios sanitarios;
- Someter a pruebas empíricas las hipótesis de trabajo; y
- Entregar insumos para la planificación en salud.

Muchos países en vías de desarrollo tienen una baja utilización de sus SIS, entre otras causas, por la deficiencia de la calidad de los datos, por su funcionamiento intermitente y por la falta de integración en los procesos de toma de decisiones (10). Un importante problema adicional es la falta de cultura/hábito de los profesionales en el uso regular y eficiente de la información disponible.

Las evaluaciones periódicas son fundamentales para asegurar la utilidad y eficiencia del SIS. No obstante, se ha observado que se las realizan con poca frecuencia. A continuación se resumen los elementos básicos que deberían incluirse en la evaluación (11):

- Importancia para el diagnóstico de la salud poblacional: identificar en qué medida los eventos o datos que el sistema capta son los más importantes para describir la salud poblacional y sus determinantes;

- Objetivos y utilidad: identificar si los objetivos del sistema y los datos que se recogen siguen estando vigentes en el escenario epidemiológico actual, si son utilizados para la toma de decisiones, quiénes lo utilizan y qué acciones se ejecutan;
- Operación del sistema: describir cuál es la población-objetivo del SIS, los componentes que participan, la forma en que están organizados y funcionan, así como la ejecución de las tres actividades básicas (recolección y procesamiento de datos, análisis y generación de información y disseminación de los resultados);
- Control de los atributos cuantitativos: determinar en qué medida el sistema está procesando correcta y oportunamente la información, incluyendo la evaluación de la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos, así como la representatividad de la información y la puntualidad con que se entrega; y
- Costos operativos del sistema: estimar los costos directos del funcionamiento del sistema y el costo-beneficio del mismo.

Existen también *aspectos éticos* de singular importancia que deben ser considerados por quienes diseñan y operan los SIS:

- Se debe valorar si el SIS y sus productos benefician a la salud de la población, en contraste con los posibles riesgos y/o daños que pudiera ocasionar a los individuos o a la población en general. Este análisis debe ser explícito y transparente para cualquier miembro de la comunidad, y debe estar fundamentado;
- Se debe garantizar el manejo cuidadoso de los datos de las personas. Esto puede implicar la solicitud de un consentimiento informado, junto al respeto de la libertad de no entregar datos por parte de quienes no lo deseen, sin que esto tenga ulteriores consecuencias negativas. También se debe asegurar la confidencialidad de toda la información personal, tanto en los registros como en los sistemas informatizados;
- Se deben considerar los potenciales conflictos de interés por parte de los administradores del sistema o de algunos usuarios. Estos conflictos pueden generarse por el uso indebido de información de las personas, así como por la exclusión de información cuando existiera la intención de ocultar una realidad. También se deben considerar los posibles conflictos de interés asociados a investigaciones específicas que utilicen información de personas proveniente de los SIS, por lo cual se recomienda seguir los mismos protocolos con que se evalúan las propuestas de investigación por parte de los comités de ética; y
- Se debe asegurar que la información generada sea pública y de fácil acceso para cualquier persona. Esto se refiere tanto a los informes como a las investigaciones específicas que se realicen.

Los sistemas de información en salud mental

Los SIS aplicados a la salud mental (SISM) tienen características generales comunes a los sistemas usados en salud pública. Pero, además, presentan algunos problemas o limitaciones que les son propios, a saber:





- Pueden existir dificultades para definir la presencia de un trastorno mental en una persona. Para evitar problemas de confiabilidad diagnóstica es recomendable hacer uso estricto de los sistemas internacionales de clasificación estandarizados y sus criterios diagnósticos (capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud / CIE-10). Para la investigación, es preferible utilizar entrevistas estructuradas para la recolección de la información y el diagnóstico del trastorno;
- La condición no prioritaria que los problemas de salud mental suelen ocupar en las políticas sanitarias de algunos países;
- La estigmatización y discriminación social que sufren las personas con problemas mentales plantea la necesidad de revisar cuidadosamente los aspectos éticos; y
- La existencia de múltiples entidades que trabajan en el área de salud mental supone un desafío para concertar voluntades en el desarrollo de un SISM que responda a todos los actores relevantes.

A diferencia de otras áreas de la salud pública, en salud mental se ha discutido, y aún se discute, el tipo de modelo de atención y de servicios. En el último medio siglo se han desarrollado procesos de reforma en la atención psiquiátrica, que incluyeron el cierre progresivo de los grandes hospitales psiquiátricos y la creación de dispositivos ambulatorios alternativos en el marco de un modelo comunitario (ver Áreas Estratégicas N°. 1 y 3). Ello ha llevado aparejada una ampliación de la clase de problemas que se abordan; una mayor complejidad de las intervenciones (con especial énfasis en las de carácter psicosocial); la integración y coordinación de los sistemas de atención; el desarrollo de programas que buscan mejorar la capacidad resolutoria en la atención primaria; un mayor interés por las estrategias de promoción y de prevención; así como la preocupación por evitar el estigma y la discriminación y salvaguardar los derechos humanos de las personas afectadas por trastornos mentales y sus familias. Los SISM deberían incorporar datos e indicadores que posibiliten medir el grado de avance de este modelo comunitario. A su vez, cada país debería diseñar el sistema de indicadores que mejor refleje su política y plan de acción al respecto.

Finalmente, es recomendable que los SISM se fundamenten y construyan sobre la base de modelos de salud pública, aumentando la posibilidad de que la información generada sea utilizada en la toma de decisiones (12, 13, 14, 15).

Estado de la situación sobre información e investigación

El estudio de evaluación de los sistemas de salud mental desarrollado por la OPS/OMS en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe (mediante la aplicación del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, conocido por su sigla IESM-OMS) (16) identificó el estado de las políticas, planes y servicios de salud mental en general e incluyó ítems vinculados a la información. Otro estudio realizado por el Foro Mundial de Investigación en Salud (*Global Forum for Health Research*), que está relacionado con la Organización Mundial de la Salud (17), exploró la producción en investigación por medio de una encuesta a investigadores de América Latina y el Caribe Inglés identificados a través de diversos procedimientos.

Los resultados obtenidos tanto sobre los sistemas de información, por medio del IESM-OMS, como sobre investigación, por medio del segundo estudio (16), revelaron un limitado desarrollo o una total ausencia de un SISM en casi todos los países así como de investigaciones, particularmente sobre



los servicios. Cabe destacar, sin embargo, que países como Brasil, Chile y México han promovido políticas que se han traducido en concretos beneficios en ambas áreas de acción.

En conclusión, a la mayoría de los países les cabe una doble responsabilidad:

- Desarrollar un sistema de información para contar con las bases que permitan una toma racional de decisiones; y
- Realizar investigaciones sobre el funcionamiento de los servicios a fin de comprobar su efectividad, su adhesión al principio de equidad y, en general, justificar la inversión que se hace en ellos.

III. PROPUESTAS PARA LA ACCIÓN: HACIA UN MODELO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL

Como ya se ha señalado, el SISM debe ser un subsistema o componente plenamente integrado en el marco del SIS. El modelo propuesto seguidamente representa solo un marco de referencia a ser aplicado de distintas maneras y con distintos niveles de complejidad de acuerdo con las condiciones culturales, socioeconómicas y de desarrollo de los servicios de salud mental comunitarios de cada país. El Cuadro 1 describe los elementos fundamentales de un modelo de SISM que podría ser aplicado en países de ingresos bajos y medios.

Cuadro 1. Principales aspectos de un sistema de información.

Insumos y Recursos	Procesos	Resultados
<ul style="list-style-type: none">• Coordinación y liderazgo• Políticas y leyes• Recursos humanos• Presupuesto• Infraestructura	<ul style="list-style-type: none">• Recolección de datos• Procesamiento• Análisis• Diseminación	<ul style="list-style-type: none">• Utilización de la información para la toma de decisiones

Insumos y recursos del SISM

Coordinación y liderazgo

Se requiere la realización de acciones por parte del personal operativo responsable del funcionamiento del SISM (18), entre otras cosas, para mantener relaciones de trabajo con los distintos actores asociados a la recolección, análisis y utilización de la información, tanto del sector salud como de otros sectores, y para liderar los aspectos técnicos y administrativos. El programa o instancia nacional coordinadora de salud mental en los ministerios de salud debe establecer una clara y efectiva relación de trabajo con el SIS.

Es recomendable contar con un grupo consultivo en el que estén representados los distintos actores claves del sistema de salud mental y donde se reflejen las distintas disciplinas y necesidades de los usuarios del SISM. El grupo consultivo puede ser específico para el SISM o para la política y plan de salud mental en general, y entre sus integrantes deben por lo menos estar representadas las siguientes partes:





- Gestores de servicios y equipos de salud mental;
- Equipos de la atención primaria de salud; y
- Usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares.

Políticas, leyes y regulaciones

El SISM tiene como función fundamental la medición del nivel de logros de los objetivos y metas de las políticas y planes de salud mental (19).

El respaldo legal de las políticas de salud mental varía según cada país. Las medidas previstas en las regulaciones legales facilitan la obtención de datos de los servicios de salud mental públicos, semipúblicos y privados, así como de otros sectores. La legislación es también útil para definir los parámetros éticos y legales con respecto a la recolección, la transferencia de datos, la diseminación y la utilización de la información (3).

Recursos Humanos

El SISM requiere de equipos con competencia técnica. Por ejemplo, a nivel nacional, sería conveniente disponer de al menos un profesional de salud mental con formación en salud pública que supervise la calidad de la información, oriente su análisis y vele por su utilización. A nivel local, se requiere que los equipos de salud mental estén capacitados en los métodos de recolección de información, así como en el análisis y utilización de la misma para su trabajo diario. Dado que el SISM debe estar integrado al SIS, es necesario que los funcionarios que manejan este último posean suficientes conocimientos sobre las características particulares de los datos de salud mental.

Presupuesto

El SISM necesita recursos financieros para desarrollar sus actividades. Para justificar la solicitud de estos recursos es conveniente estimar el costo-beneficio de la existencia de un sistema de información apropiado, teniendo en cuenta los aportes que el sistema puede hacer al mejoramiento de la red de servicios de salud mental y a la posible reducción de gastos superfluos causados por la ausencia de información que oriente racionalmente las decisiones.

Infraestructura

Resulta obvio resaltar que la inversión en infraestructura será más factible y eficiente cuando el SISM esté incorporado dentro de un SIS. En los países de bajos ingresos, a nivel local, basta con disponer de lápiz y papel y de un sistema de comunicación con los niveles centrales (correo terrestre, fax, correo electrónico). Sin embargo, para el nivel nacional y regional, es imprescindible disponer de un sistema informático que almacene y procese los datos.

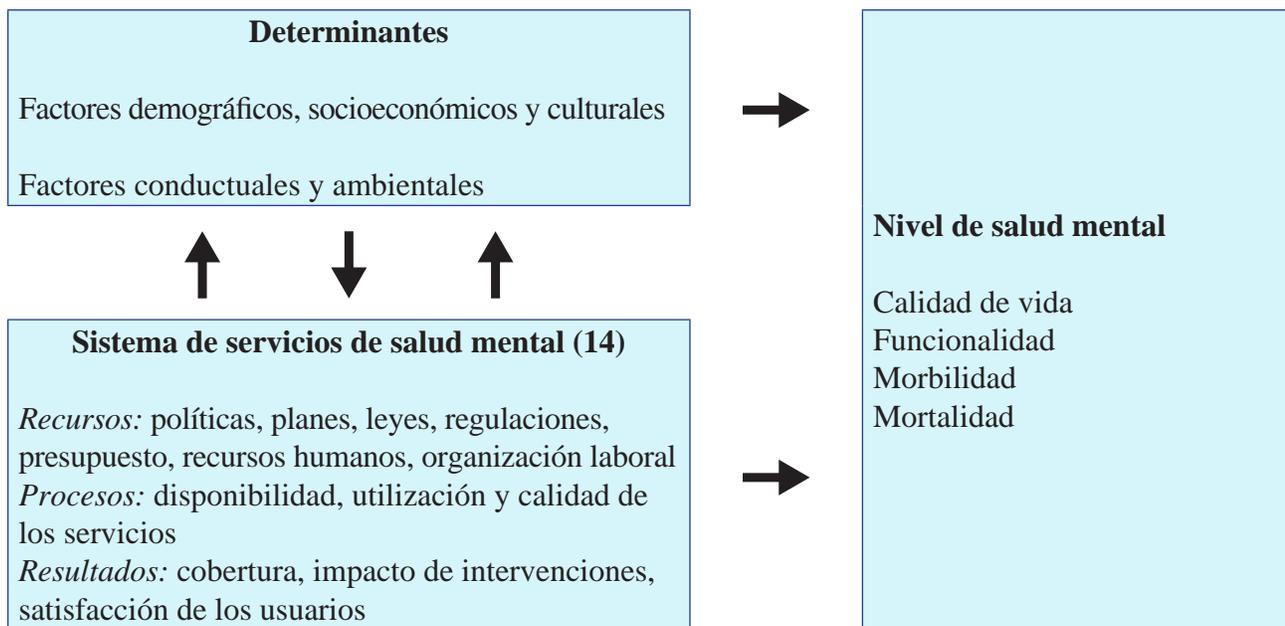


Procesos

Recolección de datos

En los niveles centrales se debe definir un conjunto mínimo de indicadores de uso regular para el monitoreo y evaluación de la política o plan de salud mental teniendo en cuenta sus objetivos y metas. En los niveles periféricos se pueden agregar indicadores intermedios que permitan el monitoreo y la evaluación de los objetivos y metas locales. La frecuencia con que se midan las variables asociadas a los indicadores dependerá tanto de la facilidad para obtener los datos, como de la posibilidad de que cambie la condición que se está midiendo. El conjunto de indicadores debe cubrir las diferentes áreas que interesa medir para la toma de decisiones, incluyendo los principales determinantes de la salud mental y el nivel de salud mental de la población (Figura 1).

Figura 1. Principales áreas de medición en un sistema de información de salud mental (SISM)*.



* Adaptado de: World Health Organization. Health Metrics Network. Framework and standards for country health information systems. Geneva: WHO; 2008.

Los datos con los cuales construir los indicadores se pueden obtener de distintas fuentes, tanto de las que proveen datos de la población general (censo, registro civil, encuestas de hogares y otros), como de aquellas que proveen datos recogidos en instituciones. Esos datos incluyen, entre otros, a tres tipos de registros: de las actividades con individuos, del conjunto de actividades de un establecimiento y de los recursos (3). Entre las principales fuentes de datos que se pueden utilizar, se destacan las siguientes:

- Censos: datos sobre el tamaño de la población, su distribución geográfica y características demográficas y socioeconómicas;
- Registro civil: datos sobre acontecimientos vitales (nacimientos, defunciones);





- Estudios poblacionales: los más difundidos son las encuestas de hogares que generan información sobre tasas de prevalencia de trastornos mentales y utilización de los servicios (20). Sin embargo, estos estudios pueden tener un alto costo. Los estudios de población escolar, laboral y de personas que demandan atención en los servicios generales de salud pueden suministrar una aproximación de las tasas de prevalencia verdadera con una menor inversión de recursos;
- Registros de las interacciones de salud mental entre proveedores y usuarios: estos registros recogen la frecuencia y las características tanto de los consultantes como de los diferentes tipos de contactos entre ellos y los integrantes del equipo de salud (por ejemplo, consulta individual, intervención grupal, visita domiciliaria, consulta telefónica, consulta en línea, etc.). Esos datos son útiles para las acciones de monitoreo, evaluación y planificación, tanto a nivel de los establecimientos de salud como a nivel regional o nacional. Asimismo, esos datos le sirven al equipo clínico para planificar futuras intervenciones, monitorear el resultado del tratamiento y efectuar seguimiento longitudinal de personas con trastornos crónicos;
- Registro de recursos de salud mental: idealmente, estos registros permiten obtener datos de los recursos públicos, semipúblicos y privados (por ejemplo, número y distribución de establecimientos, recursos humanos, presupuesto e inversiones, en la medida de lo posible desagregados);
- El Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) (16): este instrumento representa una de las recomendaciones centrales de la **Estrategia y plan de acción sobre salud mental** de la OPS para evaluar los sistemas de salud mental en los países (2). En este documento se describen algunas ideas prácticas de cómo utilizar el instrumento, que debería ser aplicado a nivel nacional, idealmente, cada cinco años. No obstante, dada la enorme utilidad práctica de la información que provee, muchos de los datos deberían ser recolectados con mayor frecuencia en los distintos niveles del sistema de salud mental, de modo de disponer de información actualizada para la toma de decisiones entre los intervalos de aplicación del IESM; e
- Investigaciones: permiten obtener datos en mayor profundidad en relación a algunos de los aspectos críticos. En los países de bajos ingresos, las investigaciones a menudo suplen las deficiencias existentes en las fuentes de datos mencionadas anteriormente. La **Estrategia y plan de acción sobre salud mental** también destaca la importancia de fortalecer la investigación en salud mental de acuerdo con las necesidades de cada país (2).

En el momento de decidir qué indicadores usar y el origen de la fuente de datos, es necesario ponderar las ventajas y limitaciones de las distintas fuentes y el costo de usar una u otra. Para cada área de medición pueden existir varias fuentes de datos (Cuadro 2).



Cuadro 2. Relación entre áreas que es necesario medir y fuentes de datos posibles*.

	Determinantes salud mental	Sistema de servicios de salud mental			Nivel de salud mental
		Recursos	Procesos	Resultado	
Censo	X			X	X
Registro Civil	X				X
Estudios poblacionales	X		X	X	X
Registro individual	X	X	X	X	X
Registro de establecimientos		X	X	X	
Registro de recursos		X			
Investigaciones	X	X	X	X	X

* Adaptado de: World Health Organization. Health Metrics Network. Framework and standards for country health information systems. Geneva: WHO; 2008.

Procesamiento de los datos

Los datos recolectados en los niveles periféricos de un sistema de servicios de salud mental (equipos, establecimientos, distritos) deben tener un flujo expedito hacia los niveles centrales (provincia, región, país). A su vez, los datos provenientes de fuentes externas al sistema de salud deben satisfacer las necesidades de cada nivel de dicho sistema (Figura 2). Al mismo tiempo, cada nivel debe almacenar sus datos de una manera sistemática de modo de poder disponer rápidamente de la información cuando sea necesario tomar decisiones.

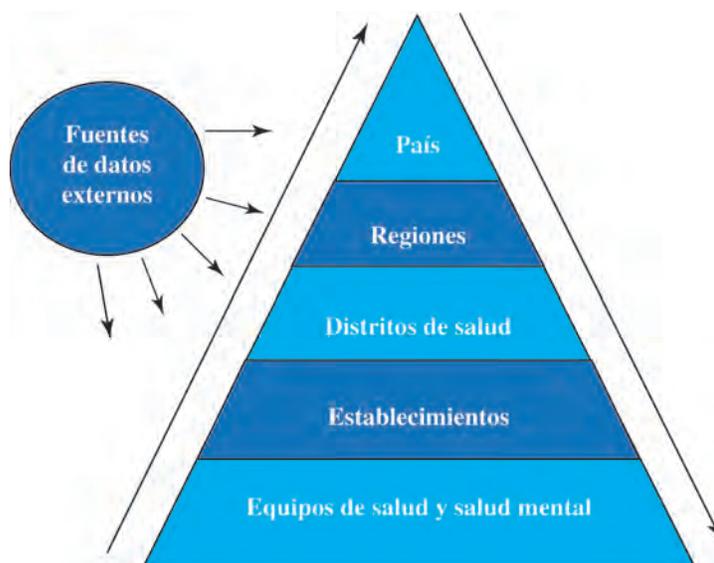
Como se mencionara antes, es imprescindible resguardar la confidencialidad de la información, especialmente en los niveles periféricos, donde los datos están ligados directamente a personas que utilizan los servicios de salud mental. A tal efecto, es necesario realizar en el nivel local una des-identificación de los datos confidenciales y respetar la normativa nacional respecto a la protección de los datos personales y en la investigación con seres humanos. Se debe recordar que en los niveles locales de los países con menor desarrollo se continuará almacenando la información en papel por largo tiempo, pero ella debe permanecer segura.

Otro aspecto a cuidar es el resguardo de la calidad de los datos. Mientras menor sea el número de datos recolectados, más fácil será realizar acciones para asegurar que sean confiables y consistentes. Como se mencionara antes, se requieren definiciones claras de los distintos ítems que se registran y recolectan, así como también capacitación y supervisión del trabajo de los técnicos y profesionales involucrados. Los datos deben ser revisados para eliminar errores y, en la medida de lo posible, se deben cotejar distintas fuentes para corregir inconsistencias. Es altamente recomendable implementar procesos periódicos de control de calidad.

La etapa final del procesamiento comprende: la agregación de datos, el ajuste de la información de múltiples fuentes para permitir su uso conjunto, y la presentación de reportes comprensibles y de fácil lectura.



Figura 2. Flujo de datos en el sistema de servicios de salud mental.



Flujo de datos

Niveles del sistema de servicios de salud mental (datos internos)

Flujo de información analizada

Análisis de los datos

Para que sean útiles a la hora de tomar decisiones, los datos brutos requieren ser transformados en información. Ello implica el uso de indicadores. Por consiguiente, cada nivel del sistema debería realizar de manera periódica un análisis particular pertinente a su contexto. Como resultado, los niveles más centralizados deberían retroalimentar a los niveles periféricos con la información analizada (Figura 2). Esto le permitiría a cada nivel tener un diagnóstico de su realidad y una comparación con otros equipos, establecimientos o distritos, y con los promedios nacionales o regionales. Es necesario analizar tanto indicadores recientes, que permiten caracterizar la situación actual, como series de indicadores a lo largo del tiempo que muestren las tendencias. También es de interés comparar el nivel de los indicadores con estándares o metas nacionales, regionales y locales, e inclusive internacionales en algunas ocasiones.

Diseminación

Los resultados del análisis de cada nivel deberían ser plasmados en al menos dos informes anuales, uno de avance y otro final, lo que permitiría que un mayor número de personas (actores) estén informadas del funcionamiento del SISM y de sus resultados. Es importante que dichos informes no sean distribuidos exclusivamente entre técnicos y profesionales de salud, sino también que sean compartidos con los usuarios de los servicios de salud mental y con representantes de otros sectores y de ONGs. De esta manera, todos contarían con la información necesaria para contribuir a la toma de decisiones tendientes a mejorar el sistema. Los informes deberán ser elaborados en un lenguaje adecuado a los principales destinatarios y el sistema de información debe ser amigable para los usuarios del mismo.



Resultados

Tal como se mencionara repetidamente, el propósito final de un SISM es que la información sea utilizada para tomar decisiones (21). Esto implica que el sistema de información debe tener en cuenta las necesidades de los distintos actores involucrados y el tipo de decisiones que cada uno de ellos debe tomar (Cuadro 3).

Cuadro 3. Ejemplos de usuarios del SISM, de sus necesidades de información y de posibles procesos de toma de decisiones*.

Usuarios del SISM	Ejemplos de necesidades de información en salud mental	Ejemplos de posibles procesos de toma de decisiones
Personas con trastornos mentales	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y calidad de servicios • Opciones de tratamiento • Confidencialidad de los registros 	<ul style="list-style-type: none"> • Dónde consultar • Qué tratamiento decidir o a cual consentir • Qué información entregar a los equipos clínicos
Familiares y amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y calidad de servicios • Opciones de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Dónde solicitar apoyo • Cómo apoyar mejor a su familiar enfermo
Organizaciones de usuarios y ONGs de derechos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Brechas de servicios • Respeto de los derechos humanos de los usuarios en los servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Por cuáles mejoras de servicios hay que abogar • Qué derechos hay que proteger
Equipos clínicos (Atención primaria y especialidad)	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y calidad de servicios especializados • Calidad de la atención • Resultados de tratamientos • Recursos disponibles • Costo-beneficios de las intervenciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo mejorar la calidad • Qué tratamientos usar • Qué condiciones laborales se requiere mejorar • Cómo mejorar la coordinación entre los servicios de atención primaria y los especializados
Gestores de salud mental en establecimientos o distritos	<ul style="list-style-type: none"> • Productividad y eficiencia de los servicios • Recursos disponibles • Necesidades de la población • Costo-efectividad de las intervenciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Qué incentivos entregar • Qué brechas hay que cerrar • Cuáles intervenciones hay que modificar o cambiar
Políticas y gestión nacional o regional	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de cumplimiento de metas y estándares • Necesidades de la población • Diferencias regionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Qué estrategias utilizar para mejorar el cumplimiento • Cuáles problemas priorizar • Dónde y cuánto invertir • Qué apoyos requieren las regiones
Otros sectores	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y calidad de servicios • Efectividad de las intervenciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo coordinarse con los servicios de salud mental • Qué tipo de problemas pueden ser referidos
Investigadores de servicios de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Datos de salud mental disponibles • Necesidades de los distintos usuarios del sistema de información 	<ul style="list-style-type: none"> • Qué asuntos críticos de las políticas y servicios priorizar en las investigaciones

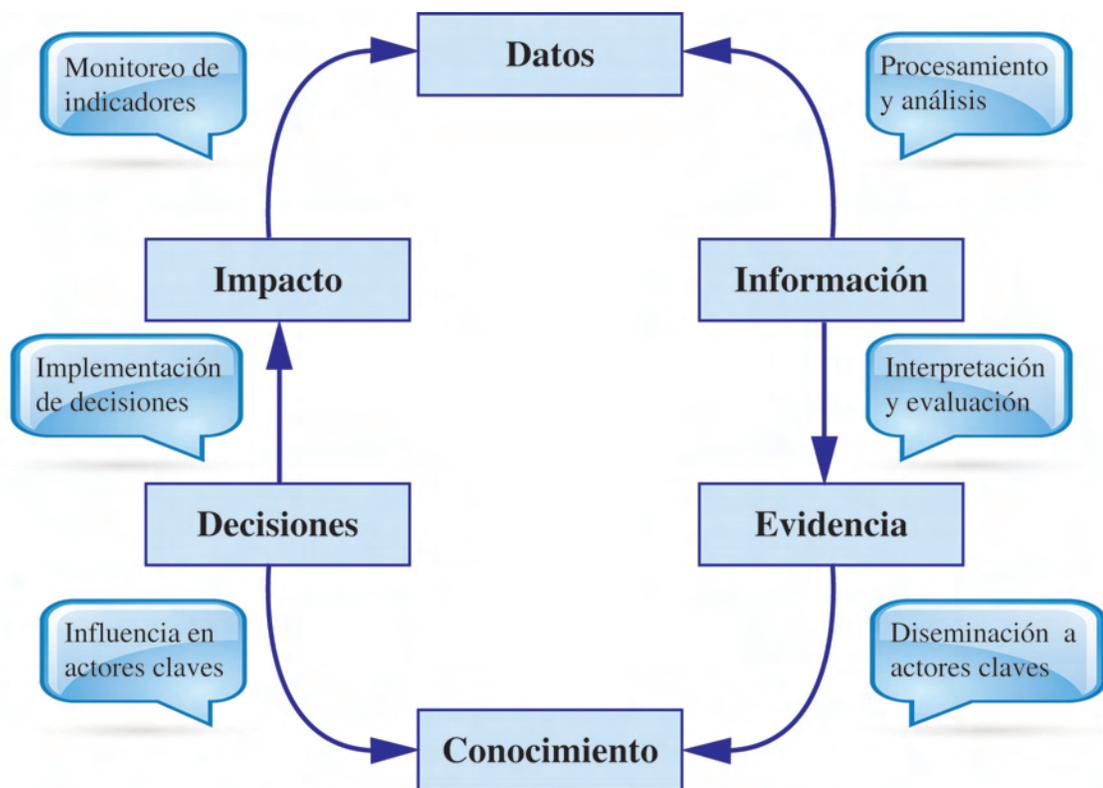
*Estos ejemplos no representan necesariamente recomendaciones ya que las necesidades de información y los procesos de toma de decisiones difieren entre diferentes países y regiones.

La implementación de las decisiones debe producir un impacto tanto en los servicios como en los determinantes de la salud mental y, eventualmente, en el nivel de salud mental de la población. Este impacto debería ser monitoreado y evaluado por medio de un conjunto de indicadores, lo cual nuevamente genera datos para el SISM. Ello da inicio a otro ciclo que va desde los datos hasta las decisiones y el impacto (Figura 3).





Figura 3. Transformación de datos en información y evidencia*.



* Adaptado de: World Health Organization. Health Metrics Network. Framework and standards for country health information systems. Geneva: WHO; 2008.

IV. PRINCIPALES INDICADORES EN SALUD MENTAL

Los indicadores constituyen un producto concreto de los SIS. Son utilizados como instrumento principal para evaluar el estado de salud de la población y el desempeño de los servicios y programas.

La selección de indicadores requiere de un profundo análisis y de un consenso entre sus potenciales usuarios (18). En el análisis, además de evaluar la utilidad de un indicador para medir los objetivos y metas de un plan o programa nacional y/o local, debe evaluarse el costo y la calidad del mismo, lo que dependerá del grado de cumplimiento de una serie de requisitos (22). Ellos son:

- Validez: que mida lo que se intenta medir;
- Confiabilidad: que su medición por distintas personas o en distintos tiempos reproduzca los mismos resultados;
- Sensibilidad: que registre los cambios que se pretende evaluar;
- Factibilidad: que sea capaz de ser medido con los datos que puedan conseguirse;
- Relevancia: que brinde información considerada relevante para los potenciales usuarios de los datos; y
- Costo: que provea información que justifique la inversión de recursos.



Es recomendable identificar un conjunto mínimo de indicadores en salud mental; algunos de sencilla medición y otros más complejos y específicos. También es deseable que progresivamente se incorporen diversos indicadores que incluyan todas las áreas de medición enumeradas en la Figura 1.

La selección de indicadores debe poner énfasis en los siguientes aspectos: que sean sensibles al cambio, en relación al tiempo y a las diferentes poblaciones y regiones (23); que faciliten la evaluación de servicios de salud mental; que permitan medir acciones de promoción y prevención en salud mental en todos los niveles de atención (23); que sean culturalmente apropiados; y que respondan a diversas perspectivas: usuarios de los servicios de salud mental, familiares, profesionales y comunidad. Si bien a la hora de seleccionar los indicadores se considerarán los datos que sea posible obtener, deben ser los indicadores mismos los que determinen el conjunto de datos mínimos relativamente consensuados a recolectarse, y no a la inversa (18).

La implementación puede ser realizada en dos etapas. En una primera etapa, se podrían seleccionar aquellos indicadores que pueden ser medidos con los datos ya recolectados y disponibles. En una segunda etapa, se podrían agregar aquellos que requieran de mayor desarrollo y generación de nueva información. Algunos de los datos deberían recolectarse de manera regular o sistemática, sobre todo aquellos a nivel individual y de los servicios de salud mental (por ejemplo, número de usuarios atendidos, evaluación rutinaria de los resultados, satisfacción). En cuanto a los datos a nivel nacional pueden ser recolectados de manera periódica (por ejemplo, de manera semestral o anual).

Existen tres razones que impiden hacer una lista universal de todos los indicadores de un SISM. En primer lugar, dado que los indicadores se utilizan para evaluar la implementación de las políticas, planes, programas de salud mental, le corresponde a cada país seleccionar los que considere más apropiados para sus objetivos y metas. Segundo, la información disponible en cada país diverge tanto en los aspectos de lo que se evalúa como en la métrica utilizada. Por último, la posibilidad de medirlos dependerá de los recursos humanos y materiales que el país destine para la tarea.

A pesar de que no se puede hacer una lista de indicadores válida para todos los países, es posible recomendar algunos indicadores básicos que podrían ser incluidos en la mayoría de los SISM. En los cuadros 4, 5 y 6 se ha seleccionado un conjunto mínimo de indicadores básicos para la Región. Sin embargo, de acuerdo a la realidad de cada país puede ser recomendable considerar otros indicadores complementarios que respondan a necesidades específicas.

Los siguientes son los criterios utilizados para componer el sistema de indicadores básicos:

- Que tengan las propiedades adecuadas (validez, confiabilidad, sensibilidad);
- Que cubran tres dimensiones principales de un SISM (determinantes, nivel de salud mental y servicios);
- Que cubran recursos, procesos y resultados;
- Que midan más los aspectos globales que los específicos;
- Que incluyan la perspectiva tanto del profesional como del usuario de los servicios; y
- Que incluyan un mayor número de indicadores sencillos de obtener; y un número bajo de indicadores que requieran de estudios costosos para su medición.





Indicadores de determinantes de la salud mental para un SISM

Las fuentes de datos para indicadores de determinantes específicos de salud mental provienen habitualmente de estudios poblacionales, los que no están al alcance de la mayoría de los países de ingresos bajos o medianos por la tecnología y los recursos que requieren. Se propone seleccionar solamente algunos indicadores de este tipo (Cuadro 4), para el cual se podría desarrollar un instrumento y una metodología de medición sencilla y de bajo costo, idealmente en una muestra de población general, o al menos de la población que consulta en centros de atención primaria de salud. En el Cuadro 4 se incluye una propuesta de indicadores mínimos de determinantes de la salud en general, que también son importantes para la salud mental, y que generalmente pueden ser obtenidos de datos generados por otros sectores.

Cuadro 4. Indicadores mínimos de determinantes de salud mental de la población*.

Dimensión	Sub-dimensión	Indicador	Unidad de medida	Fuente / nivel	Nivel de desagregación
Entorno social y cultural	Apoyo social	Percepción de apoyo social	Puntuación en cuestionario de apoyo social percibido	Investigaciones o estudios poblacionales	Género, edad, etnia, ruralidad y nivel socioeconómico,
Entorno social y cultural	Alfabetismo	Tasa de alfabetismo	Por 100 adultos	Estadísticas nacionales	Género, zona geográfica, etnia, ruralidad y nivel socioeconómico
Entorno social y cultural	Escolaridad	Media de años de estudio	Nº de años de estudio por adulto	Estadísticas nacionales	Género, zona geográfica, etnia, ruralidad y nivel socioeconómico
Entorno social y cultural	Consumo de alcohol	Media de consumo anual de alcohol puro	Nº de litros de consumo anual per cápita en personas de > 15 años	Estadísticas nacionales	Macrozonas geográficas
Entorno social y cultural	Violencia contra las mujeres y los niños	Tasa de mujeres de >15 años y de niños que han experimentado violencia física/sexual en el último año	Nº de mujeres de > 15 años que sufrieron violencia física/sexual (por 100 mujeres); análogamente en cuanto a niños identificados	Investigaciones o estudios poblacionales	Edad, etnia, ruralidad y nivel socioeconómico,
Entorno socio-económico	Ingreso económico	Tasa de pobreza	Por 100 habitantes	Estadísticas nacionales	Género, edad, etnia, ruralidad y zona geográfica
Entorno socio-económico	Trabajo	Tasa de desempleo	Por 100 adultos que desean trabajar	Estadísticas nacionales	Género, edad, etnia, ruralidad, nivel socioeconómico y zona geográfica
Protección primera etapa de la vida	Cuidados prenatales	Tasa de cobertura de atención de salud prenatal	Por 100 mujeres embarazadas	SIS	Edad, etnia, ruralidad, nivel socioeconómico y zona geográfica
Protección primera etapa de la vida	Atención del parto	Tasa de cobertura de atención por personal de salud	Por 100 parturientas	SIS	Edad etnia, ruralidad, nivel socioeconómico y zona geográfica



* Adaptado de: Lavikainen J, Fryers T, Lehtinen V, eds. Improving mental health information in Europe. Proposal of the MINDFUL Project. Stakes and European Union. Helsinki; 2006.

Indicadores del nivel de salud mental para un SISM

Usualmente, los indicadores de mortalidad han sido utilizados para medir el nivel de salud de la población. Sin embargo, en forma aislada, ellos tienen una baja correlación con el nivel de salud mental. Por otra parte, los indicadores sobre calidad de vida, funcionalidad y morbilidad, que tienen una mayor correlación con el nivel de salud mental, son difíciles de obtener porque requieren de estudios poblacionales complejos y de alto costo.

Como una aproximación a la prevalencia de morbilidad mental inespecífica se propone la aplicación de un instrumento simple, factible de aplicar en cualquier país de la Región, tal como el Cuestionario General de Salud de Goldberg de 12 ítems (GHQ-12) u otro similar. Para medir el nivel de bienestar se sugiere el uso de alguna escala breve de calidad de vida (por ejemplo, WHOQOL-BREF). Ambos instrumentos podrían ser aplicados en conjunto con el cuestionario de apoyo social percibido que se propone en el Cuadro 4, cada cierto número de años, idealmente en una muestra de población general o, al menos, de la población consultante en centros de atención primaria de salud. En el Cuadro 5 se presenta una lista de indicadores posibles para la dimensión nivel de salud mental.

Cuadro 5. Indicadores mínimos del nivel de salud mental de la población*.

Dimensión	Sub-dimensión	Indicador	Unidad de medida	Fuente/nivel	Nivel de desagregación
Causas específicas de mortalidad	Suicidio	Tasa de suicidio anual	Por 100.000 habitantes	Registro civil/SIS	Género, sexo, edad, etnia y ruralidad
Causas específicas de mortalidad	Muertes asociadas al uso de drogas	Tasa anual de mortalidad por drogas	Por 100.000 habitantes	Registro civil/SIS	Género, edad y etnia
Causas específicas de mortalidad	Muertes asociadas al consumo de alcohol	Tasa anual de mortalidad por cirrosis hepática y accidentes asociados al alcohol	Por 100.000 habitantes	Registro civil/SIS	Género, edad, etnia y ruralidad
Morbilidad	Problemas mentales comunes	Tasa de población con malestar psicológico en el último mes	Por 100 habitantes	Estudio poblacional	Género, edad, etnia, ruralidad y nivel socio-económico
Calidad de vida	Calidad de vida	Puntaje en escala de calidad de vida	Puntaje promedio	Estudio poblacional	Género, edad, etnia, ruralidad y nivel socio-económico

* Adaptado de: Lavikainen J, Fryers T, Lehtinen V, eds. Improving mental health information in Europe. Proposal of the MINDFUL Project. Stakes and European Union. Helsinki; 2006.

En los países que ya estén utilizando en forma regular el indicador sobre tasa de suicidio anual se podría considerar la posibilidad de agregar además la tasa de intentos de suicidio en centros



centinelas. A su vez, los países que realicen periódicamente estudios poblacionales sobre consumo problemático de sustancias podrían incluir entre los indicadores de nivel de salud mental tasas de personas con abuso y dependencia de alcohol y/o drogas ilícitas y algunas de sus consecuencias.

Indicadores del sistema de servicios de salud mental para un SISM

Estos indicadores son los que más frecuentemente se utilizan en un SISM, especialmente los de recursos y procesos, debido a la relativa facilidad de obtención de los datos y a su bajo costo. Estos datos proceden habitualmente de los sistemas de registro continuo de las actividades de los establecimientos de salud.

Las dimensiones de los servicios de salud mental y los indicadores presentados en esta sección (Cuadro 6) incluyen algunas de las propuestas de diferentes experiencias con SISM, tales como el IESM-OMS (16), el Proyecto MINDFUL (23), la Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas de la OPS (25), *Key Performance Indicators/Australian Government* (24, 26), y *Health Canada Indicators for Mental Health* (27).

En algunos casos se proponen indicadores genéricos. En otros, se propone realizar la medición por tipo de establecimiento, por ejemplo: servicios ambulatorios, centros de tratamientos diurnos, hospitales psiquiátricos, unidades de hospitalización en hospitales generales y residencias comunitarias.

Cuadro 6. Indicadores mínimos del sistema público y del seguro social de servicios de salud mental.

Dimensión	Sub-dimensión	Indicador	Medida	Fuente/ nivel	Nivel de desagregación
Recursos humanos (Recursos)	Psiquiatras	Tasa de psiquiatras en el país	Por 100.000 habitantes	Registro de recursos	Zonas geográficas y ruralidad
Recursos humanos (Recursos)	Psicólogos clínicos	Tasa de psicólogos clínicos	Por 100.000 habitantes	Registro de recursos	Zonas geográficas y ruralidad
Recursos humanos (Recursos)	Enfermeras en salud mental	Tasa de enfermeras en salud mental	Por 100.000 habitantes	Registro de recursos	Zonas geográficas y ruralidad
Recursos humanos (Recursos)	Trabajadores sociales en salud mental	Tasa de trabajadores sociales SM	Por 100.000 habitantes	Registro de recursos	Zonas geográficas y ruralidad
Recursos humanos (Recursos)	Terapeutas ocupacionales en salud mental	Tasa de terapeutas ocupacionales en salud mental	Por 100.000 habitantes	Registro de recursos	Zonas geográficas y ruralidad
Recursos humanos (Recursos)	Médicos generales de atención primaria de la salud (APS), capacitados en salud mental (mínimo 16 horas en los últimos 5 años)	Tasa de médicos generales de APS capacitados en salud mental	Por 100.000 habitantes	Registro de recursos	Zonas geográficas, etnia y ruralidad

(Continúa)



Cuadro 6. (Continuación)

Dimensión	Sub-dimensión	Indicador	Medida	Fuente/ nivel	Nivel de desagregación
Recursos humanos (Recursos)	Otros profesionales de APS capacitados en salud mental (mínimo 16 horas en últimos 5 años)	Tasa de otros profesionales de APS capacitados en salud mental	Por 100.000 habitantes	Registro de recursos	Zonas geográficas, etnia y ruralidad
Recursos humanos (Recursos)	Técnicos de APS capacitados en salud mental (mínimo 16 horas en los últimos 5 años)	Tasa de Técnicos de APS capacitados en salud mental	Por 100.000 habitantes	Registro de recursos	Zonas geográficas, etnia y ruralidad
Recursos materiales (Recursos)	Financiación en salud mental	Porcentaje del presupuesto anual de salud destinado a salud mental	Por ciento del gasto anual de salud	Dirección de finanzas del ministerio de salud y/o del seguro social público	Zonas geográficas, poblaciones con distinto nivel socio-económico, etnia y ruralidad
Recursos materiales (Recursos)	Dispensación gratuita de psicofármacos básicos (al menos uno para depresión, psicosis y epilepsia)	Porcentaje de la población con acceso gratuito a psicofármacos básicos	Por ciento de la población general	Dirección de finanzas del ministerio de salud y/o del seguro social público	Zonas geográficas, poblaciones con distinto nivel socioeconómico, etnia y ruralidad
Recursos materiales (Recursos)	Financiación de los hospitales psiquiátricos	Porcentaje del gasto de salud mental en hospitales psiquiátricos	Por ciento del presupuesto de salud mental	Dirección de finanzas del ministerio de salud	Hospitales psiquiátricos
Infraestructura (Recursos)	Atención ambulatoria de salud mental (nivel especialidad)	Número y tasa de centros ambulatorios de salud mental	Por 100.000 habitantes	Registro de recursos	Zonas y tipo de centros
Infraestructura (Recursos)	Programas diurnos de salud mental	Número y tasa de plazas en programas diurnos de salud mental	Por 100.000 habitantes	Registro de recursos	Zonas y tipo de programa
Infraestructura (Recursos)	Residencias comunitarias para discapacidad mental	Número y tasa de camas en residencias comunitarias	Por 100.000 habitantes	Registro de recursos	Zonas
Infraestructura (Recursos)	Hospitalización psiquiátrica	Número y tasa de camas de psiquiatría	Por 100.000 habitantes	Registro de recursos	Zonas, hospitales generales y psiquiátricos, para trastornos agudos y crónicos
Utilización de servicios (Acceso)	Usuarios ambulatorios con trastorno mental	Tasa anual de usuarios ambulatorios con trastorno mental	Por cada 100.000 habitantes	Registros de actividad establecimientos	Género, edad, etnia, ruralidad, zonas, atención primaria y especialidad, diagnóstico

(Continúa)



Cuadro 6. (Continuación)

Dimensión	Sub-dimensión	Indicador	Medida	Fuente/ nivel	Nivel de desagregación
Utilización de servicios (Acceso)	Contactos ambulatorios de salud mental	Número de contactos ambulatorios de salud mental. Promedio anual de contactos por usuario	Tasa de contactos ambulatorios de salud mental por usuario	Registros de la actividad de los establecimientos	Género, edad, etnia, ruralidad zonas, atención primaria y especializada
Utilización de servicios (Acceso)	Usuarios atendidos en programas diurnos de salud mental (hospital, centro, etc.)	Tasa anual de usuarios atendidos en programas diurnos de salud mental	Por 100.000 habitantes	Registros de actividad de los establecimientos	Género, edad, etnia, ruralidad zonas, diagnóstico, tipo de programa
Utilización de servicios (Proceso)	Estancia en programas diurnos de salud mental	Estancia promedio en programas diurnos salud mental	Nº de días de estancia por usuario	Registros de actividad de los establecimientos	Zonas, diagnóstico, tipo de programa
Utilización de servicios (Acceso)	Usuarios hospitalizados en camas de psiquiatría	Tasa anual de usuarios hospitalizados en camas de psiquiatría	Por 100.000 habitantes	Registros de la actividad de los establecimientos	Género, edad, etnia, ruralidad zonas, diagnóstico, hospitales generales y psiquiátricos, para trastornos agudos y crónicos
Utilización de servicios (Proceso)	Estancia en camas de psiquiatría	Estancia promedio en camas de psiquiatría	Media de días de estancia por usuario	Registros de la actividad de los establecimientos	Zonas, diagnóstico, hospitales generales y psiquiátricos, para trastornos agudos y crónicos
Calidad de atención (proceso)	Interacción de médicos de atención primaria con profesionales de salud mental	Porcentaje de médicos de atención primaria con interacción sistemática con profesionales de salud mental	Por ciento	Registros de la actividad de los establecimientos	Zonas, nivel socioeconómico etnia y ruralidad
Calidad de atención (proceso)	Duración de la consulta ambulatoria psiquiátrica	Duración promedio de la consulta ambulatoria psiquiátrica	Número promedio de minutos por consulta	Encuesta periódica a establecimientos	Zonas y tipo de establecimiento
Calidad de atención (proceso)	Atención en la comunidad (hogar, escuela, trabajo, etc.)	Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental con programas de atención en la comunidad	Por ciento	Encuesta periódica a establecimientos	Zonas y tipo de establecimiento
Calidad de atención (proceso)	Hospitalización psiquiátrica voluntaria	Porcentaje de internamientos voluntarios en relación al total de internamientos psiquiátricos	Por ciento	Registros de la actividad de los establecimientos	Zonas, hospitales generales y psiquiátricos, camas para trastornos agudos y crónicos

(Continúa)



Cuadro 6. (Continuación)

Dimensión	Sub-dimensión	Indicador	Medida	Fuente/nivel	Nivel de desagregación
Accesibilidad (Proceso)	Lista de espera para la consulta ambulatoria psiquiátrica inicial	Tiempo de espera promedio para la consulta ambulatoria psiquiátrica inicial	Promedio de N° de días de espera por usuario	Encuesta periódica a establecimientos	Zonas y tipo de establecimiento
Impacto (Resultado)	Personas con depresión que son dadas de alta mejoradas	Porcentaje anual de personas con depresión que son dadas de alta mejoradas	Por ciento de personas diagnosticadas con depresión	Registros de la actividad de los establecimientos	Género, edad, etnia, ruralidad, zonas, nivel socioeconómico
Cobertura de la brecha de tratamiento (Resultado)	Personas con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento continuo	Porcentaje de personas con esquizofrenia recibiendo tratamiento continuo	Por ciento de personas diagnosticadas con esquizofrenia	Registros de la actividad de los establecimientos	Zonas y tipo de establecimiento
Impacto (Resultado)	Personas con esquizofrenia que realizan trabajo remunerado	Porcentaje de las personas con esquizofrenia que realizan trabajo remunerado	Por ciento de las personas diagnosticadas con esquizofrenia	Registros de la actividad de los establecimientos	Zona, tipo de establecimiento, nivel socioeconómico etnia y ruralidad
Cobertura de la brecha de rehabilitación (Resultado)	Personas con discapacidad mental recibiendo rehabilitación de base comunitaria	Tasa de personas con discapacidad mental recibiendo rehabilitación de base comunitaria	Por 100.000 habitantes	Registros de la actividad de los establecimientos	Género, edad, etnia, ruralidad, zonas, nivel socioeconómico
Impacto (Resultado)	Contención comunitaria	Porcentaje de readmisiones psiquiátricas hospitalarias antes de los 30 días	Por ciento con relación al total de admisiones psiquiátricas	Registros de la actividad de los establecimientos	Zonas, hospitales generales y psiquiátricos
Satisfacción (Resultado)	Usuarios	Porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios	N° de usuarios sobre el punto de corte de la escala por 100 usuarios	Encuestas periódicas en los establecimientos	Zonas y tipo de establecimiento

Entre otras dimensiones de interés para evaluar las acciones por medio del SISIM, no incluidas en este capítulo porque requieren de indicadores complejos de medir, porque aún deben ser desarrollados o porque aún se debe estudiar su validez, se encuentran: la continuidad asistencial (en el tiempo, entre dispositivos, entre profesionales); la efectividad (resultados de las intervenciones efectuadas); el costo-efectividad (el costo en relación al resultado esperado o logrado); la accesibilidad (con las subdimensiones geográfica y financiera); la adecuación y la calidad (utilización de protocolos y guías de tratamiento).



V. CÓMO ASEGURAR QUE LA INFORMACIÓN SEA UTILIZADA PARA LA ACCIÓN

La razón esencial de un sistema de información en salud mental es que se constituya en una herramienta para la acción en todos los niveles (18). Aunque la recomendación general es desarrollar el SISIM a nivel nacional, ello es particularmente difícil en países muy grandes y con una administración federal descentralizada. Si se decide iniciar el SISIM a nivel nacional es necesario consultar e involucrar a los niveles más periféricos. Por el contrario, si las condiciones del país solamente permiten iniciar el SISIM de manera local, es siempre aconsejable intentar extenderlo a otras localidades y regiones, y, tan pronto sea posible, al nivel nacional.

Es necesario que los usuarios del sistema sepan con qué tipo de información pueden contar, y la frecuencia con la que podrán disponer de ella, cómo esa información puede responder a sus necesidades particulares y cómo les puede ayudar en los procesos de toma de decisiones (Cuadro 3). En el Recuadro 1 se puede observar un ejemplo del uso de la información disponible como base para tomar decisiones relativas a mejorar la red de servicios de salud mental en Chile.

Recuadro 1. Ejemplo de acción derivada de la información a nivel nacional.

En el año 2005, Chile realizó una evaluación del sistema nacional de servicios de salud mental aplicando el IESM-OMS. Una de las principales conclusiones alcanzadas fue que, a pesar de los avances logrados en cuanto a la integración de la salud mental en atención primaria y a la puesta en marcha de programas de rehabilitación psicosocial, existía una debilidad relativa en la atención secundaria ambulatoria. De los modelos de atención ambulatoria especializada existentes en el país se privilegió el desarrollo de los centros de salud mental comunitaria, entre otras razones, por su mayor facilidad de articulación con los centros de atención primaria y con las organizaciones y actividades comunales. Entre los años 2006 y 2009, el Ministerio de Salud definió una nueva normativa para estos centros y aumentó su presupuesto con el fin de favorecer su desarrollo. En ese período se logró aumentar de 38 a 63 el número de centros de salud mental comunitarios, incrementando así la cobertura de las áreas de salud del país del 38% al 69% y aumentando la razón entre estos centros y los consultorios de psiquiatría tradicionales de 0,7 a 1,1 (28).

La diseminación de la información es otra estrategia fundamental para fomentar su utilización. Eso contribuye a crear un clima favorable para la introducción de cambios tanto en los sistemas de información como en los servicios y programas. Al estimular el interés por la información se genera el apoyo de los servicios de salud y da credibilidad a quienes manejan el sistema de información. Es lo que en algunos países se denomina “democratización de la información”.

La diseminación debe hacerse tanto a nivel de los que toman decisiones sobre planificación y gestión, como de los encargados de recabar los datos desde la atención clínica. Para que esta diseminación sea efectiva se requiere de una priorización de la información relevante para cada nivel y que el uso del lenguaje y la forma de presentación sea asequible.

En las diferentes etapas del desarrollo de un SISIM, deben enfatizarse aspectos tales como:



- La calidad de la información generada;
- El desarrollo progresivo del sistema de información, lo que permitirá que los usuarios potenciales se familiaricen con él de manera gradual y aprecien la importancia de la información que se está generando. Al principio conviene reunir la información básica mínima pues, si se presentaran demasiados datos, sería difícil incorporarlos en la toma de decisiones, principalmente si no se está familiarizado con la información;
- La consulta a todas las partes involucradas, porque si ellas participan en la construcción del sistema existen más posibilidades de que la información sea utilizada;
- La diferenciación entre los datos rutinarios y los no rutinarios, con el fin de disponer de mayor información sobre un problema particular;
- La integración del SISIM al SIS desde su planificación, y su vinculación con sistemas de información de otros sectores. Esto coincide con el principio de integración de los servicios de salud mental con los de salud general. Cuando se incluye al SISIM dentro del contexto del SIS se puede emplear la infraestructura que ya existe para la recolección, procesamiento, análisis y uso de los datos;
- La capacitación del personal de todos los actores del sistema, incluyendo el nivel gerencial, en la recolección de datos y en la utilización de la información generada; y
- Los SISIM son sistemas dinámicos que evolucionan, entre otras razones, de acuerdo al contexto en el que se encuentran, a los avances en materia de promoción, prevención primaria, diagnóstico y manejo de los problemas de salud mental, y al nivel de desarrollo de los países y de sus sistemas de salud.

Recientemente se han formulado algunas recomendaciones especiales para los sistemas de información en salud mental de los países en desarrollo que pueden contribuir a elevar su utilización. A continuación se citan dos de dichas recomendaciones:

- Adoptar, adaptar y validar instrumentos que preferiblemente sean auto-administrados y apropiados a los diferentes niveles del sistema de salud; y
- Adoptar enfoques innovadores y no convencionales, movilizándolo a los miembros de la comunidad, a la medicina tradicional, y a los trabajadores de la salud, además de a los médicos generales y familiares para la recolección de datos (29).

Igualmente se ha propuesto que los sistemas de información en salud mental, además de sus usos administrativos y de investigación, ofrezcan aplicaciones innovadoras relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento con el fin de que tengan un sentido práctico para los equipos clínicos y así se vean motivados en cuanto a la recolección de datos, el análisis y la utilización de la información (30).

VI. RECOMENDACIONES PARA IMPLEMENTAR O FORTALECER UN SISIM

Habiendo discutido un modelo de SISIM, los posibles indicadores a utilizar y algunas sugerencias para asegurar la utilización de la información para la acción, corresponde ahora revisar elementos prácticos que contribuyan a la puesta en marcha o al fortalecimiento del mismo.

El SISIM debería constituir una prioridad en las políticas y planes de salud mental. Sin embargo, esta tarea presenta complejidades que derivan del propio modelo de organización de servicios y de la prestación de atención, así como de los múltiples factores determinantes de la salud mental. Los datos en salud mental están a menudo dispersos y provienen de fuentes múltiples y variadas, lo que dificulta el trabajo.





Un primer paso en la implementación de un SISM requiere de un fuerte compromiso político e institucional, el cual ha de manifestarse no solo como voluntad expresada explícitamente, sino también a través de la provisión de recursos suficientes que garanticen su puesta en marcha y sostenibilidad.

Para la implementación de los SISM, la Organización Mundial de la Salud (14) propone un ciclo circular de cuatro pasos, flexible según las necesidades de los países (Cuadro 7).

Con el objetivo de responder a las insuficiencias de los procesos de evaluación de los sistemas de salud mental, y como complemento de la propuesta de la OMS, existe un conjunto de aspectos prácticos a considerar, reunidos en tres ámbitos:

1. Formulación, implementación y desarrollo del sistema

- La mayoría de los países de la Región de las Américas cuenta con información escasa y dispersa. Para superar esta barrera, a la voluntad política se debería añadir el involucramiento progresivo de todos los actores, incluyendo a profesionales clínicos, gestores, técnicos, así como a usuarios y familiares;
- La formación del personal que provee información al sistema constituye un punto crítico del proceso; y
- Es necesario establecer controles de calidad de los datos que permitan asegurar la validez del sistema.

2. Información recogida y socialización de los resultados

- La información debe ser entregada a los distintos niveles según sus necesidades;
- Se deben definir las estadísticas de rutina, identificando claramente los requerimientos de los usuarios del SISM y la periodicidad con que precisan la información; y
- Se debe permitir el acceso en línea (*on-line*), con criterios de accesibilidad previamente definidos, facilitando el uso en niveles distintos y para fines diversos.

3. Desafíos que deben considerarse en el desarrollo de un SISM

- La relación entre las intervenciones y los resultados en las personas con trastornos mentales, lo que demanda identificar medidas de resultados y establecer procedimientos para su medición periódica; y
- La vinculación con investigadores y centros que facilite la explotación de datos y generación de nuevas investigaciones a partir de la información del sistema.

Si no se dispone de todos los recursos necesarios para la implementación de los pasos y tareas enumerados en el Cuadro 7, al menos se puede iniciar la recolección de datos en algunos centros de salud representativos de los distintos niveles del sistema de servicios de salud mental, los cuales actuarían como centros centinelas.



Cuadro 7. Pasos para el diseño e implementación de un sistema nacional de información de salud mental (SISM)*.

Paso 1. Evaluación de necesidades: ¿Qué información se necesita?

- Tarea 1:** Formar un equipo responsable para el diseño e implementación del SISM (ver Sección 3);
- Tarea 2:** Revisar los objetivos y metas de la actual política y plan, para que el SISM pueda responderles;
- Tarea 3:** Consultar con los actores relevantes. Ello debe hacerse durante todos los pasos del ciclo; e
- Tarea 4:** Identificar indicadores para medir los objetivos de la política y plan (ver Sección 3). Se deben considerar los siguientes aspectos: validez, confiabilidad, costo, relevancia, especificidad, sensibilidad, balance entre las distintas áreas que cubren los indicadores y frecuencia de recolección.

Paso 2. Análisis de situación: ¿Con qué información se cuenta?

- Tarea 1:** Revisar la situación actual: qué información se recoge y cómo se la procesa, analiza, usa y disemina; y
- Tarea 2:** Realizar un análisis del derrotero del proceso. Esto requiere visitar los establecimientos para verificar cómo se recoge y fluye la información.

Paso 3. Implementación: ¿Cómo podemos obtener la información que necesitamos?

- Tarea 1:** Identificar los subsistemas e indicadores esenciales del SISM. Con la información recogida en los pasos 1 y 2 se define qué indicadores agregar y cuáles eliminar;
- Tarea 2:** Establecer un conjunto mínimo de datos, con sus fuentes, frecuencia de recolección; procesamiento y análisis, usuarios, meta, umbral máximo y mínimo que gatilla una acción;
- Tarea 3:** Mapear el flujo de información;
- Tarea 4:** Establecer la frecuencia de la recolección de datos. Esto depende de la factibilidad y de la velocidad de cambios de los datos, así como de la capacidad para realizar acciones en base a ellos;
- Tarea 5:** Identificar roles y responsabilidades de cada uno de los actores involucrados y para cada una de las etapas del SISM;
- Tarea 6:** Diseñar y distribuir manuales de procedimientos del SISM y formularios para la recolección de datos;
- Tarea 7:** Realizar la capacitación de los funcionarios;
- Tarea 8:** Hacer frente a las barreras para la obtención de la información necesaria, tales como resistencia de los funcionarios, asegurando su participación en el diseño del SISM e incentivos en la implementación. Otra barrera la constituye el uso de tecnología inadecuada, teniendo en cuenta que si hay insuficientes recursos se puede usar lápiz y papel a nivel local y sistemas electrónicos en los niveles superiores;
- Tarea 9:** Establecer controles de calidad en todas las etapas del proceso del SISM y retroalimentar datos con la información necesaria para cada uno de los actores;
- Tarea 10:** Realizar un proyecto piloto antes de la implementación en gran escala para verificar la factibilidad de un SISM y superar dificultades; e
- Tarea 11:** Iniciar el funcionamiento del SISM.

Paso 4. Evaluación: ¿Cuán bien funciona el SISM?

- Tarea 1:** Establecer criterios para evaluar el SISM. Por ejemplo, validez, confiabilidad, sensibilidad, exactitud, nivel del llenado de datos, oportunidad de la información, relevancia, utilidad, simplicidad de administración, aceptabilidad, factibilidad, flexibilidad;
- Tarea 2:** Establecer un programa para evaluar el SISM, incluyendo la definición de cuáles aspectos deben evaluarse y con qué métodos;
- Tarea 3:** Comparar con la evaluación basal; y
- Tarea 4:** Establecer un cronograma. Definir frecuencia de las evaluaciones.

*Adaptado de: World Health Organization. Mental health information systems. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/mnh_info_sys.pdf





Evaluación integral de los sistemas de salud mental

El Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) (16) es la herramienta que la OMS pone a disposición de los países para la evaluación de sus sistemas de salud mental con el objetivo de que la información recopilada permita mejorar dichos sistemas. Como se dijera antes, su aplicación periódica (por ejemplo, cada cinco años) permitiría complementar la información que proveen los registros continuos y profundizar en aquellas áreas donde estos últimos no entregan suficientes datos.

En el IESM-OMS, las fuentes de datos pueden ser de nivel nacional, distrital o local. El uso de unas u otras dependerá de la disponibilidad y calidad de la información existente. El IESM recoge con preferencia información a nivel nacional, aunque se sugiere que en países de grandes extensiones la tarea puede estar enfocada en áreas más pequeñas, lo que implica que la mayoría de los ítems nacionales son datos agregados. No obstante, ello no debe hacer olvidar la importancia que los datos desagregados tienen para el desarrollo y planificación de planes de acción locales.

El inicio de la tarea demanda desarrollar un plan de recopilación de datos y un cronograma que describa cómo se los va a recoger y cuándo, y que permita identificar las posibles fuentes y personas claves en las distintas instituciones, agencias y dispositivos con los que se ha de establecer contacto. Este último punto alude a una cuestión central que deben enfrentar los investigadores cuando interactúan con instituciones en la búsqueda de información: “¿quién es el punto focal?”. Esta figura no necesariamente se refiere a quien detenta la autoridad asociada a un cargo sino a quien maneja el detalle de la información requerida. La identificación precisa de este(os) informante(s) será un punto importante a la hora de abordar cualquier proceso de recolección de datos a partir de registros institucionales. Uno de los resultados de esta fase del proceso será la formulación de un plan de recopilación de datos y su cronograma.

La diversidad de denominaciones que cruza al diseño e implementación de servicios en salud mental hace que este sea un tema relevante a la hora de evaluar cualquier sistema y enfatiza la importancia de las definiciones y la descripción de los términos.

Los diferentes niveles de desarrollo institucional en los países y su consecuente cultura organizacional, pueden marcar grandes diferencias a la hora de contar con datos fiables. Por lo tanto, se sugiere que, frente a la carencia de datos exactos, los ítems sean completados con la mejor estimación posible. Las fuentes de datos que pueden ayudar a hacer una estimación incluyen grupos focales, consultas con expertos, consultas con fuentes secundarias de datos, encuestas y formación de un comité de informantes clave. La existencia de múltiples y diversas fuentes de datos sugiere que en el proceso de recolección se enumeren todas las fuentes disponibles en los diferentes niveles, pues ello facilitará nuevos procesos de evaluación y futuras comparaciones.

La diseminación de los resultados, expresados en un informe descriptivo de los indicadores nacionales y/o regionales, merece ser realizada en base a una planificación mínima que asegure el éxito de la tarea y que aporte a la adopción de políticas y planes en salud mental.



En relación a sus contenidos, el IESM-OMS comprende seis áreas de exploración: Política y Marco Legislativo; Servicios de Salud Mental; Salud Mental en la Atención Primaria de Salud; Recursos Humanos; Educación Pública y Relación con Otros Sectores; y Evaluación e Investigación.

Su aplicación en decenas de países de ingresos medios y bajos, incluso en las Américas, mostró la validez de esta evaluación cuantitativa y sistemática. Los resultados confirmaron la brecha existente en la respuesta a los problemas de salud mental, la que aumenta en poblaciones específicas, como los niños y adolescentes, y reafirman lo escaso, inequitativamente distribuidos e ineficientemente utilizados que son los recursos de salud mental (31).

Para revisar los documentos básicos del IESM-OMS y los informes de los países que lo han finalizado, se sugiere visitar los sitios web de OPS y OMS: <http://new.paho.org/> y http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html

Recomendaciones

- Desarrollar una evaluación integral del sistema de salud mental en el país usando el instrumento IESM de la OMS, que servirá como línea de base para poder realizar el seguimiento y monitoreo de los cambios;
- Re-evaluarlo, utilizando el mismo instrumento cada cinco años; e
- Introducir algunos indicadores del IESM en los procesos regulares del SISM.

Fortalecimiento de la investigación

Existe evidencia suficiente acerca de la brecha de investigación en salud mental en los países de ingresos medios y bajos, incluyendo los de América Latina y el Caribe (31). En este sentido, el fortalecimiento y apoyo a la investigación acrecienta y documenta la visibilización de la carga que significan las enfermedades mentales en los países. A la necesidad de disponer de recursos financieros se suma la necesidad de contar con investigadores; empero, en casi todos los países, ambos son aún limitados. Esto tiene como resultado un déficit de publicaciones y de información basada en la evidencia científica.

Por otro lado, el contar con publicaciones académicas no necesariamente resuelve las necesidades del conjunto de profesionales que demanda nuevas y más efectivas respuestas a su quehacer cotidiano. En América Latina y el Caribe esta limitación está asociada, entre otras causas, a las dificultades de acceso a las mismas y a la lengua en que están escritas, dado que gran parte de las revista científicas de impacto están publicadas en idioma inglés.

También debe destacarse que, frecuentemente, existe una casi completa separación o divorcio entre las instituciones académicas y/o de investigación con los proveedores de servicios. Esto hace que la investigación no esté dirigida a muchos de los problemas esenciales que se enfrentan en el sector salud o que los resultados de las misma no se implemente en la práctica cotidiana y en la solución de los problemas de salud mental de la población.





Finalmente, cabe recordar que la investigación puede contribuir con datos necesarios para algunos de los indicadores mínimos propuestos en la sección anterior (por ejemplo, apoyo social percibido, calidad de vida y morbilidad); así como con la formulación de futuros nuevos indicadores en áreas complejas de medir (por ej. resultados de las intervenciones de los servicios de salud mental). Un objetivo esencial para los países debe ser desarrollar una política de estímulo sostenido a la investigación.

Recomendaciones

- Apoyar el desarrollo de la investigación de manera que genere información científica actualizada que permita a todas las partes incorporar nuevos conocimientos a su actividad regular;
- Establecer una permanente colaboración entre la academia (universidades y centros de estudios) y los sistemas nacionales de salud. Esto potencia la acción mutua y permite generar nueva información que apunte a resolver las necesidades locales y nacionales;
- Estimular la realización de estudios epidemiológicos de los trastornos mentales, particularmente en poblaciones vulnerables como las minorías étnicas o las poblaciones expuestas a desastres, migraciones y violencia; y
- Promover estudios sobre costo-efectividad de las intervenciones, un desafío aún pendiente. A esta situación deben agregarse estudios de otras áreas conexas como la antropología, la sociología y la economía de la salud.

Indicadores sobre investigación en salud mental

- Monto y proporción de presupuesto asignado a investigación en salud mental;
- Número de becas de investigación adjudicadas anualmente;
- Número de publicaciones anuales en revistas científicas; y
- Número de reuniones científicas anuales auspiciadas por y con activa participación de todas las partes involucradas en el campo de la salud mental.

VII. CONCLUSIONES

La salud mental enfrenta no solo una brecha en las respuestas de los servicios a las necesidades de la población sino también en la capacidad para generar, analizar y utilizar información necesaria para la toma de decisiones. Esta última disminuye la efectividad y eficiencia de los servicios de salud mental.

La historia de la salud pública en el mundo muestra cómo la adecuada utilización de la información generada en los SIS ha contribuido significativamente a la prevención y control de una serie de problemas de salud. La salud mental debe incorporar los aprendizajes históricos de los SIS, incluyendo los avances de los años más recientes en la conceptualización de modelos y en el desarrollo de buenas prácticas en diversos países.

El reforzamiento de los SISM, aumentando progresivamente su capacidad para entregar la información necesaria para la adecuada toma de decisiones, puede contribuir a mejorar el desempeño de los servicios en la promoción, protección y recuperación de la salud mental.



Consideraciones más importantes a tener presente en el desarrollo de un SISM:

- El SISM es un elemento imprescindible en toda política, plan o programa de salud mental y debe integrarse como un componente del SIS;
- El SISM debe incluir desde la recolección de datos, su procesamiento y análisis, hasta la difusión y utilización de la información, y la toma de decisiones;
- El SISM es un proceso en el cual se requieren recursos humanos y materiales que sustenten su funcionamiento, que conduce hacia la generación de productos;
- Los indicadores cumplen un rol central, y por lo menos un conjunto mínimo de ellos deben dar cuenta de las distintas dimensiones de un sistema de salud mental;
- El SISM debería producir información general y consolidada que ofrezca una visión amplia, de mayor utilidad a nivel de políticas y planes nacionales; así como información desagregada, de mayor utilidad para los niveles locales y clínicos;
- La mayor proporción de los datos recolectados en un SISM provienen de las fuentes internas de los servicios de salud mental, generalmente como producto de registros continuos. Sin embargo, el SISM debería siempre considerar la incorporación de fuentes de datos con registros episódicos y de información generada por otros sectores;
- El IESM-OMS representa un instrumento indispensable del SISM, que entrega información episódica y complementa la información proveniente de los registros continuos de los servicios de salud mental. El hecho de que el IESM utilice una metodología relativamente simple en la obtención de la mejor información disponible, recurriendo al juicio de expertos cuando no se dispone de otras fuentes de datos de mayor exactitud, lo hace factible de aplicar en cualquier país de la Región de las Américas, independientemente de su nivel de ingresos;
- La investigación aplicada a las políticas y servicios de salud mental representa también un componente indispensable y complementario a otras fuentes en un SISM. Sin embargo, considerando que su aplicación implica mayores recursos técnicos y financieros, se la debería reservar para obtener aquel tipo de información que es necesaria para tomar ciertas decisiones críticas y que no es entregada por otras fuentes de información; y
- Dado el insuficiente desarrollo de los SISM en la Región de las Américas es necesario instalar una cultura de evaluación en la gestión de los servicios de salud mental, la cual debe generar procesos de aprendizaje para la producción, análisis y utilización de la información necesaria para la toma de decisiones. Este aprendizaje se puede apoyar y facilitar mediante la cooperación técnica de OPS y entre los propios países.

VIII. REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Resolución 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
2. 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





3. World Health Organization. Health Metrics Network. Framework and standards for country health information systems. Geneva: WHO; 2008. Disponible en: http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf
4. AbouZahr C, Boerma T. Health information systems: the foundations of public health. *Bulletin of the World Health Organization* 2005;83:578 – 583.
5. Lavis JN. How can we support the use of systematic reviews in policymaking? *PLoS Med* 2009;6:e1000141.
6. Muir Gray JA. Asistencia sanitaria basada en la evidencia: cómo tomar decisiones en materia de gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.
7. Mäenpää T, Suominen T, Asikainen P, Maass M, Rostila I et al. The outcomes of regional healthcare information systems in health care: A review of the research literature. *International Journal of Medical Information* 2009;78:757–771.
8. Thacker SB, Berkelman RL. History of public health surveillance. En: Halperin W, Baker EL, Monson RR, eds. *Public health surveillance*. New York: Van Nostrand Reinhold; 1992. Pp.1–15.
9. Thacker SB. Historical development. En: Teutsch SM, Churchill RE, eds. *Principles and practice of public health surveillance*. New York - Oxford: Oxford University Press; 1994. Pp. 3–17.
10. Malison MD. Surveillance in developing countries. In: Halperin W, Baker EL, Monson RR, eds. *Public Health Surveillance*. New York: Van Nostrand Reinhold; 1992. Pp. 56–61.
11. Klaucke DN. Evaluating public health surveillance. En: Teutsch SM, Churchill RE, eds. *Principles and practice of public health surveillance*. New York - Oxford: Oxford University Press; 1994. Pp. 158–174.
12. Organización Mundial de la Salud - Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Resumen analítico del Informe Final; 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf
13. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL et al. Access, utilization, quality and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science & Medicine* 2005;61:97–109.
14. Thornicroft G, Tansella M. La matriz de salud mental: Manual para la mejora de servicios. Madrid: Editorial Triacastela; 2005.
15. Hermann R, Mattke S and members of the OECD Mental Health Care Panel. Selecting indicators for the quality of mental health care at the health systems level in OECD countries. *OECD health technical papers* N° 17; 2004.
16. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental (IESM-OMS, Versión 2.1). Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf
17. Sharan P, Gallo C, Gureje O et al for the World Health Organization-Global Forum for Health Research-Mental Health Research Mapping Project Group. Mental health research priorities in low and middle income countries of Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *British Journal of Psychiatry* 2009;195: 354-363.
18. World Health Organization. Mental health information systems. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/mnh_info_sys.pdf



19. Organización Mundial de la Salud. Política, planes y programas de salud mental. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/mhpolicy_plans_module_Spanish.pdf
20. 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.
21. Department of Health and Ageing, Australia. National mental health information priorities, 2nd ed. Canberra: Department of Health and Ageing, Commonwealth of Australia; 2005.
22. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de Salud: Elementos básicos para el análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico 2001;22(4). Disponible en: http://www.paho.org/spanish/sha/eb_v22n4.pdf
23. Lavikainen J, Fryers T, Lehtinen V, eds. Improving mental health information in Europe. Proposal of the MINDFUL Project. Helsinki: Stakes and European Union; 2006.
24. National Mental Health Working Group Information Strategy Committee Performance Indicator Drafting Group. Key performance indicators for Australian public health services. (Discussion paper 5). Canberra: Department of Health and Ageing, Australian Government; 2005.
25. Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Iniciativa regional de datos básicos en salud; Glosario de indicadores. Washington, DC: OPS; 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/SHA/glossary.htm>
26. Burgess P, Pirkis J. Key performance indicators for Australian Public Mental Health Services: Potential contributions of MH-NOCC data. Canberra: Department of Health and Ageing. Australian Government; 2006.
27. Ewan K, Goldner EM. Accountability and performance indicators for mental health services and supports: A resource kit. Prepared for the Federal/ Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health. Ottawa: Health Canada; 2001.
28. Minoletti A, Saxena S. Informe IESM-OMS sobre el sistema de salud mental en Chile. Santiago de Chile: Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud de Chile; 2006.
29. Ndeti DM, Jenkins R. The implementation of mental health information systems in developing countries: challenges and opportunities. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2009;18:12-16.
30. Amaddeo F, Tansella M. Information systems for mental health. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2009;18:1-4.
31. World Health Organization. WHO-AIMS. Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross- national analysis. Geneva: WHO; 2009.





COLABORADORES

COORDINACIÓN Y EDICIÓN GENERAL

Jorge Rodríguez

Asesor Principal en Salud Mental
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Washington, DC, EUA

Itzhak Levav

Asesor en Investigaciones
Departamento de Salud Mental
Ministerio de Salud
Jerusalén, Israel

COMITÉ EDITORIAL

Víctor Aparicio Basauri

Asesor Subregional en Salud Mental para
Centroamérica, México y el Caribe Hispano
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Ciudad de Panamá, Panamá

Hugo Cohen

Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Buenos Aires, Argentina

Dévora Kestel

Consultora Temporal en Salud Mental
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Cristina Lería

Consultora
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Washington, DC, EUA

Silvina Malvárez

Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud
Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Washington, DC, EUA



Alberto Minoletti

Profesor de Políticas y Servicios de Salud Mental
Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Santiago, Chile

Javier Vásquez

Asesor Regional en Derechos Humanos y Salud
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Washington, DC, EUA

REVISIÓN EDITORIAL

María Florencia Di Masi Apreda

Consultora
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Washington, DC, EUA

AUTORES

ÁREA ESTRATÉGICA N°. 1

Hugo Cohen

Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Buenos Aires, Argentina

Cristina Lería

Consultora
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Washington, DC, EUA

Itzhak Levav

Asesor en Investigaciones
Departamento de Salud Mental
Ministerio de Salud
Jerusalén, Israel

Javier Vásquez

Asesor Regional en Derechos Humanos y Salud
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Washington, DC, EUA





ÁREA ESTRATÉGICA N°. 2

Shirley Alleyne

Psiquiatra

Psiquiatra de Niños y Adolescentes

Bridgetown, Barbados

Ana Cecilia Escobar

Consultora

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Ciudad de Guatemala, Guatemala

Dévora Kestel

Consultora Temporal en Salud Mental

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Virginia Rosabal

Coordinadora de Psiquiatría de la Niñez y Adolescencia

Caja Costarricense del Seguro Social

San José, Costa Rica

ÁREA ESTRATÉGICA N°. 3

Víctor Aparicio Basauri

Asesor Subregional en Salud Mental para

Centroamérica, México y el Caribe Hispano

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Ciudad de Panamá, Panamá

Julio Arboleda-Flórez

Profesor Emérito

Queen's University

Kingston, Ontario, Canadá

María Edith Baca

Consultora

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Lima, Perú

Claudina E. Cayetano

Technical Advisor, Mental Health Program

Ministry of Health

Belmopan, Belize



Gaspar Da Costa

Psiquiatra
Ministerio de Salud
Penonomé-Coclé, Panamá

Maristela G. Monteiro

Asesora Principal de Alcohol y Abuso de Sustancias
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Washington, DC, EUA

ÁREA ESTRATÉGICA N°. 4

Wendel Abel

Head
Department of Psychiatry
University of the West Indies
Kingston, Jamaica

Trinidad Caldera

Profesor principal
Centro de Investigación en Demografía y Salud
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
León, Nicaragua

Miguel Escalante

Profesor
Cátedra de Psicología Comunitaria, Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Córdoba
Córdoba, Argentina

Rubén Oscar Ferro

Director
Instituto de Salud Mental
Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba
Córdoba, Argentina

Patricia Gómez

Profesora Adjunta a/c Titularidad
Cátedra de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría
Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba
Córdoba, Argentina





Itzhak Levav

Asesor en Investigaciones
Departamento de Salud Mental
Ministerio de Salud
Jerusalén, Israel

Silvina Malvárez

Asesora Regional de Enfermería y Técnicos en Salud
Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Washington, DC, EUA

Sandra María Sales Fagundes

Directora
Departamento de Ações em Saúde (DAS)
Secretaria de Saúde
Estado de Rio Grande do Sul
Porto Alegre, Brasil

ÁREA ESTRATÉGICA N°. 5

Rubén Alvarado

Profesor de Salud Pública
Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Santiago, Chile

Denisse Dogmanas

Programa Nacional de Salud Mental
Ministerio de Salud Pública
Montevideo, Uruguay



Carmen Lara

Profesora-Investigadora Titular
Universidad Nacional Autónoma de México y
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Puebla, México

Alberto Minoletti

Profesor de Políticas y Servicios de Salud Mental
Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Santiago, Chile

Sandra Saldivia

Profesora Asociada
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Universidad de Concepción
Concepción, Chile

Jaime C. Sapag

Asesor Especial y Coordinador de Proyectos
Oficina de Salud Internacional
Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)
Ontario, Canadá





Grupos de trabajo: Participantes

Grupo No. 1

Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental.

Coordinador: Hugo Cohen (OPS- Argentina)

Relatora: Cristina Lería (OPS – USA)

Participantes:

1. Carlos Acosta (Perú)
2. Amaralys Amador (Panamá)
3. Liliana Cabrera (Argentina)
4. Carlos Campillo Serrano (México)
5. Mónica Cuñarro (Argentina)
6. Pedro G. Delgado (Brasil)
7. Yago Di Nella (Argentina)
8. Denisse Dogmanas (Uruguay)
9. Sofía Galvan (México)
10. Gonzalo González (Panamá)
11. Leonardo Gorbacz (Argentina)
12. Diana Jerez (Argentina)
13. Nubia Juárez (Nicaragua)
14. Mirtha Mendoza (Paraguay)
15. Martha Yolanda Monge (Ecuador)
16. Malena Pineda (Perú)
17. Nazareth Polo (Panamá)
18. Miguel Heriberto Rojas Varela (Chile)
19. Dora Beatriz Soto Cárcamo (El Salvador)
20. Armando Vásquez, (OPS- Chile)
21. Javier Vásquez (OPS- USA)

Grupo No. 2

Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez.

Coordinadora: Devora Kestel (Consultora)

Relatora: Eleonor Bennet (Belice)

Participantes:

1. Ermine Belle (Barbados)
2. Dora Caballero (OPS-Bolivia)
3. Adonai Cortez (Panamá)
4. Dora Dacosta (Panamá)
5. Jizelle Olita Dore (Antigua)
6. Triessia Green (Belice)
7. Sharon Halliday (St. Kitts and Nevis)
8. Herman Jintie (Surinam)



9. Cristobal Martinez (Cuba)
10. Amrie Morris (St. Vincent)
11. John Muench (USA)
12. Kim Penberthy (USA)
13. Mao Rodríguez (Panamá)
14. María Esther Paiz Sellers (Nicaragua)
15. Virginia Rosabal (Costa Rica)
16. Eduardo Salazar (Ecuador)
17. Mayra Salcedo (Panamá)
18. Nilda Santamaría (Panamá)

Grupo No. 3

Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de salud. Definición de condiciones prioritarias y ejecución de las intervenciones.

Coordinador: Víctor Aparicio (OPS-Panamá)

Relator: Gaspar Da Costa (Panamá)

Participantes:

1. Zohra Abbakouk (OPS-Haití)
2. Julio Arboleda-Flores (Kingston, Canadá)
3. Livia Arosamena (Panamá)
4. María Edith Baca (OPS-Perú)
5. Carmen Borrego (Cuba)
6. Yadira Boyd (Panamá)
7. José M. Caldas
8. Claudina Cayetano (Belize)
9. Ricardo Chang (Panamá)
10. Manuel Escalante (Perú)
11. Mauro Gómez (Chile)
12. Edgar Guerrero (Panamá)
13. Tomo Kanda (OPS-ECC)
14. José Mieses (República Dominicana)
15. Rafael Navarro (Perú)
16. Gretel de Pinzón (Panamá)
17. Birgit Radtke (Bolivia)
18. Vielka Ramos (Panamá)
19. Irma Rojas (Chile)
20. Ana Serrano (Panamá)
21. Manuel Suárez (Panamá)
22. Gabriel Eugenio Sotelo Monroy (México)
23. Algis Torres (Panamá)
24. María Inés Torres (Argentina)





Grupo No. 4

Fortalecimiento de los recursos humanos.

Coordinadora: Silvina Malvárez (OPS- USA)

Relatora: Patricia Fabiana Gómez (Argentina)

Participantes:

1. Wendel Abel (Jamaica)
2. Néelson Aguilar (Perú)
3. Jaime Armijo (Panamá)
4. Wendy Austin (PAHO/WHO Collaborating Centre for Nursing & Mental Health, Faculty of Nursing, University of Alberta, Canada)
5. Miguel Escalante (Argentina)
6. Sandra Fagundes (Brasil)
7. Rubén Ferro (Argentina)
8. Marc Laporta (CC de Montreal, Canadá)
9. Martin de Lellis (Argentina)
10. Guillermina Natera (México)
11. Indar Ramtahal (Trinidad and Tobago)
12. Thorne Roberts (Granada)
13. Carlos Saavedra (Panamá)
14. Rafael Sepúlveda (Chile)
15. Selma Zapata (República Dominicana)

Grupo No. 5

Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental.

Coordinador: Alberto Minoletti (Chile)

Relator: Jaime Sapag (CC de Toronto, Canadá / CAMH)

Participantes:

1. Carmen Bishop (Panamá)
2. Shoshana Berenzón (México)
3. Plinio Cerrud (Panamá)
4. Catalina Dupré (Chile)
5. Carlos A. Escalante (El Salvador)
6. Eduardo Escobar (Panamá)
7. Rene González (Consultor)
8. Carmen Macanche (Costa Rica)
9. Enrique Macher (Perú)
10. Giacarlo Palacio (Perú)
11. Marcel Penna (Panamá)
12. Mario Pichardo (PAHO-Cuba)
13. Aida Livia de Rivera (Panamá)
14. Virginia Sánchez (Panamá)
15. Carlos Sayavedra (Panamá)
16. Miriam Sola (Argentina)





9 789275 331781



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud