



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



49.º CONSEJO DIRECTIVO 61.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009

Punto 4.7 del orden del día provisional

CD49/11 (Esp.)
13 de julio del 2009
ORIGINAL: ESPAÑOL

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL

Introducción

1. Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que en los países con ingresos bajos y medios bajos es superior al 75% (1). El estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación.
2. *No hay salud sin salud mental.* La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales. También, muchas condiciones patológicas aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales y esta comorbilidad no sólo complica la búsqueda de ayuda y de tratamiento sino que influye en el pronóstico (2).
3. Ante esta situación, cabe destacar que los adelantos científicos actuales han mejorado la comprensión, el manejo y el pronóstico de los trastornos mentales, lo que unido a la voluntad política nos sitúa en un momento oportuno para que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros ubiquen a la salud mental en un lugar importante de su programa de trabajo y puedan afrontar con éxito estos desafíos. En esta Estrategia y plan de acción se sistematiza el camino a seguir en los próximos 10 años.

4. El documento refleja las contribuciones recibidas durante el proceso de consulta, realizado en el primer trimestre del 2009, que incluyó a ministerios de salud y otras organizaciones, al Departamento de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), centros colaboradores de la OPS/OMS, programas técnicos de la OPS, así como un panel de 42 expertos. Así mismo, fueron consideradas e incluidas las recomendaciones del Comité Ejecutivo en su 144.^a sesión.

Antecedentes

5. La década de los noventa comenzó con un hecho histórico para la salud mental en las Américas: el lanzamiento de la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Conferencia de Caracas, Venezuela, celebrada en noviembre de 1990 (3). En la Declaración de Caracas se hacía hincapié en que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad (3-4).

6. Posteriormente, en 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la OPS abordó el tema de la salud mental y emitió resoluciones en las que se instaba a los Estados Miembros a incluir la salud mental entre sus prioridades y a intensificar las actividades en esta esfera (5-6). En el 2001, la OMS dedicó el Informe sobre la Salud en el Mundo (7) a la salud mental e impulsó las actividades destinadas a colocar este tema en el programa político mundial, y tanto la OPS como la mayoría de los Estados Miembros participaron en estos esfuerzos. La “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas” (Brasilia, noviembre del 2005) (8-9) evaluó el camino recorrido y estableció nuevas direcciones para el trabajo.

7. Los países de la Región aprobaron la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (10) con la intención de orientar la acción colectiva de los actores nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de la población. En la Agenda se definen áreas de acción en las que figura la salud mental de forma explícita e implícita.

8. El 48.º Consejo Directivo de la OPS (2008) aprobó el Plan Estratégico 2008-2012 (11). El Objetivo 3 del Plan se centra en la prevención y reducción de la carga de enfermedad, las discapacidades y las defunciones prematuras causadas por las enfermedades crónicas no transmisibles, *los trastornos mentales*, la violencia y los traumatismos.

9. En octubre del 2008, la OMS presentó el Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (mhGAP, por sus siglas en inglés) (1). Este programa se basa en las mejores pruebas científicas disponibles y ofrece un conjunto de

estrategias y actividades para ampliar y mejorar la atención de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.¹

10. Los documentos programáticos y las resoluciones de la OPS y la OMS mencionados sirven de antecedentes y fundamento para esta Estrategia y plan de acción.

Análisis de la situación actual

Prevalencia y carga de los trastornos mentales. Brechas de tratamiento

11. Los estudios epidemiológicos suelen reflejar diferentes tasas de prevalencia de acuerdo a la metodología usada, los tipos de trastornos incluidos en la investigación y el periodo de tiempo tomado como referencia. No obstante, se calcula que 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida (1, 7).

12. A nivel mundial, los trastornos mentales y neurológicos representan 14% de la carga mundial de enfermedades. Cerca de 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estas enfermedades y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios bajos (1). En 1990 se calculaba que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe; en el 2004 esa carga había ascendido a 22% (12-13) (ver gráfica en el anexo A).

13. Una compilación de los estudios epidemiológicos más importantes acerca de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe en los últimos 20 años (12), nos permite apreciar la prevalencia y la brecha de tratamiento. *La brecha de tratamiento* expresa la proporción de personas enfermas que necesitan atención y no la reciben. Según se observa en el cuadro, la brecha es muy amplia y hasta podría estar subestimada ya que, por lo general, no se tiene en cuenta la comorbilidad, ni tampoco lo referente a calidad y eficacia del tratamiento. A continuación se resumen algunos resultados:

¹ El término “abuso de sustancias” se refiere a todas las sustancias psicoactivas, independientemente de su condición legal, tales como alcohol, drogas ilícitas y psicotrópicos usados para fines no médicos.

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

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

14. También hay que considerar que existen muchas condiciones y necesidades emocionales y sociales, especialmente ante situaciones traumáticas, que no son necesariamente enfermedades mentales, cuyo abordaje no debería incluir tratamiento médico y para las que pueden ser muy eficaces las intervenciones psicosociales pertinentes. En este sentido, deben evaluarse con atención los grupos muy vulnerables o los que se encuentran en situaciones especiales. En casos de desastres naturales y conflictos armados cabe prever un aumento de la problemática psicosocial como reacciones emocionales esperadas ante sucesos traumáticos de gran significación; en estos casos se eleva también la morbilidad por trastornos mentales (13).

15. El suicidio es un fenómeno complejo que tiene expresiones locales y regionales. Cada año mueren en el mundo por causa del suicidio alrededor de un millón de personas, de las cuales unas 63.000 corresponden a las Américas, lo que representa una tasa de mortalidad ajustada según la edad (2000-2004) de 7,4 por 100.000 habitantes (14). Las enfermedades mentales están vinculadas a la mortalidad por suicidio. Las principales causas de mortalidad para los adolescentes son las externas, que incluyen accidentes, homicidios y suicidios (15). Un problema importante en varios países de la Región es el subregistro de la mortalidad por suicidio.

16. El abuso o la dependencia del alcohol o de otras sustancias psicoactivas, como las drogas ilícitas o los psicotrópicos recetados, son también problemas cada vez mayores y la brecha de tratamiento es grande. Sin embargo, no se dispone de los servicios públicos adecuados para afrontar esta situación.

17. Las investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan a entre 10% y 15% de los niños, las niñas y los adolescentes (7). En América Latina y el Caribe, según algunos

estudios seleccionados, la prevalencia puntual (en el momento de la investigación) de cualquier trastorno varía de 12,7% a 15% (16). Estas son las primeras manifestaciones de afecciones que, en ocasiones, van a durar toda la vida adulta y brindan una oportunidad única para intervenir de manera temprana y eficaz. La brecha de tratamiento en la niñez y la adolescencia es aun mayor que en los adultos (17).

18. La malnutrición puede inhibir el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños y niñas causando discapacidades permanentes. Además, es frecuente que en situaciones de carencia de alimentos los menores no reciban una estimulación psicosocial apropiada, lo que agrava el problema (18). Algunos trastornos como la epilepsia y la discapacidad intelectual pueden estar relacionados con lesiones ocurridas en el nacimiento y su incidencia se puede reducir mediante cuidados perinatales apropiados. La reducción de infecciones en la niñez y las inmunizaciones disminuyen el riesgo de daño cerebral (19).

19. Algunos países han identificado los trastornos alimentarios (anorexia nerviosa y bulimia) como un problema de importancia en su contexto. En general, se han considerado como enfermedades propias de países occidentales desarrollados, de grupos poblacionales de ingresos altos y de mujeres adolescentes o jóvenes. Sin embargo, la información disponible sugiere que todos los grupos étnicos y socioeconómicos pueden verse afectados (20-21).

20. Los trastornos mentales en el adulto mayor, como la depresión y el deterioro cognitivo, son frecuentes y tienen un impacto importante en su vida. Adicionalmente se enfrenta el problema de los cuidados de largo plazo a adultos mayores con discapacidades físicas y/o mentales; la complejidad del cuidado significa una gran carga que, frecuentemente, afecta a los propios cuidadores (en ocasiones también adultos mayores). La esperanza de vida se extiende en la Región y aumenta la proporción de personas con más de 60 años, por lo que muchos países tendrán que asignar prioridad a esta problemática en sus planes de salud mental (22).

21. Los trastornos mentales, el abuso de sustancias y la violencia contra las mujeres, los niños y niñas son factores de riesgo para contraer el VIH/sida. Un informe reciente de la OMS señaló que la prevalencia de trastornos mentales en pacientes con VIH/sida es significativamente superior si se compara con la población general. De igual manera, hay una prevalencia elevada de VIH/sida en personas con enfermedades mentales de evolución prolongada (23).

22. Hay múltiples puntos de relación entre la salud mental y la salud reproductiva, en especial de las mujeres. Por ejemplo, problemas psíquicos relacionados con el embarazo, el nacimiento y el puerperio, embarazo en adolescentes, violencia sexual, enfermedades de transmisión sexual, cirugía de los órganos de la reproducción, aborto, menopausia e

infertilidad. Hay pruebas científicas de que la depresión es el trastorno de salud mental que más afecta a las mujeres en el mundo y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Entre 20% y 40% de las mujeres de los países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio (24).

23. La problemática de la violencia, en sus diferentes modalidades, tiene gran importancia en nuestra Región. Los servicios de salud mental participan en la respuesta sectorial, tanto en la prevención como en la atención a la víctima; no obstante, es necesario sistematizar y mejorar las formas de intervención. En relación con la violencia por razones de género, en siete países sobre los cuales hay información, entre 14% y 52% de las mujeres del grupo de edad de 15 a 49 años han sufrido violencia física, y entre 4% y 15% han sido víctimas de violencia sexual por parte de su esposo o compañero (25), con la consiguiente repercusión negativa para su salud física y mental.

24. La “Comisión sobre determinantes sociales de la salud” (OMS, 2005), recopiló pruebas científicas sobre posibles medidas en favor de la equidad sanitaria (26). Los determinantes estructurales (distribución desigual del poder, del dinero y los recursos) y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias. La justicia social es una cuestión esencial que afecta al modo en que vive la gente, la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir. Los estudios realizados a nivel mundial en los últimos 20 años indican una relación cercana entre la pobreza y el estado de salud de la población. La enfermedad mental puede contribuir a profundizar la pobreza y, por otro lado, la pobreza acrecienta el riesgo de sufrir de un trastorno mental (27).

Políticas, planes, servicios y disponibilidad de recursos

25. Los países tienen grandes limitaciones en sus sistemas de información en lo que respecta a la salud mental, de manera que podemos hablar también de una *brecha de información*. Las evaluaciones de los sistemas de salud mental efectuadas por la OPS/OMS (28, 30) en países de América Latina y el Caribe, identificaron claramente deficiencias en materia de servicios y recursos de salud mental. Los indicadores de recursos humanos especializados en salud mental van muy a la zaga de los de países de ingresos altos. Además, también hay que tener en cuenta el recurso de enfermería que resulta esencial en muchos países. Los programas de formación (de pregrado y posgrado) son limitados en el tiempo, no siempre responden a las necesidades reales de la población y continúan basándose en modelos curativos y hospitalarios.

26. El 76,5% de los países informaron (28) que cuentan con un plan nacional de salud mental; sin embargo, sus niveles de ejecución son bajos. De igual manera, 75% disponían de legislación relacionada con la salud mental; pero, en muchos casos, esas leyes son incompletas, están dispersas y no se ajustan a los estándares internacionales. El índice de

camas psiquiátricas por 10.000 habitantes (mediana) es de 2,6; al evaluar la distribución de las mismas se observa que 80,6% están en hospitales psiquiátricos y sólo 10,3% se encuentran en hospitales generales. Otro problema detectado es que los psicofármacos no están al alcance de gran parte de la población.

27. Un informe de la OMS sobre Recursos de Salud Mental para Niños y Adolescentes (17) puso de relieve la falta de servicios de salud mental apropiados para este grupo poblacional, a pesar de que la mayoría de los países son signatarios de la Convención sobre los Derechos del Niño. Los programas bien estructurados de promoción y prevención en el campo de la salud mental son escasos o no han recibido suficiente atención en la Región y no siempre están bien articulados con otros sectores de pertinencia particular, como el educativo, por ejemplo.

28. En muchos países, los movimientos de usuarios y familiares son débiles: hay pocas organizaciones, su número de miembros es bajo, tienen poca actividad y su participación en la formulación y ejecución de los planes de salud mental es limitada o nula.

29. Actualmente, se está trabajando con la OMS en la recopilación y análisis de datos sobre la situación en materia de políticas, programas, servicios, recursos humanos y financiación para la atención de los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas.

30. La OPS y la OMS han cooperado con varios países en la *evaluación de los sistemas de salud mental*, aplicando la metodología e instrumento estandarizado de la OMS (conocido como WHO AIMS, por sus siglas en inglés) (29), que compila y analiza 155 indicadores. Hasta la fecha, los países que han concluido esta evaluación son: Belice, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Suriname y Uruguay. La evaluación está en marcha en: Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bolivia, Cuba, Ecuador, Granada, Montserrat, Perú, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, y Turcos y Caicos. El propósito es que todos los países finalicen la evaluación en el próximo bienio (2010-2011).

31. A pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, hay poca capacidad de respuesta de los servicios de salud que queda demostrada en las actuales brechas de tratamiento. También, se puede hablar de una importante brecha financiera y de recursos. En América Latina y el Caribe, los trastornos mentales y neurológicos representan 22% de la carga de enfermedad. Sin embargo, se ha calculado que el porcentaje del presupuesto sanitario destinado a la salud mental, en varios de los países evaluados, es

inferior al 2,0% (13, 30).² Otros problemas fundamentales detectados en relación con el financiamiento, son (30): a) no siempre se determina con claridad el presupuesto dedicado a la salud mental; y, b) la estructura del gasto, en muchos casos, muestra que entre 85% y 90% del presupuesto para la salud mental se destina a los grandes hospitales psiquiátricos para la atención de pacientes recluidos. En las estimaciones futuras deberán delimitarse con más precisión otros elementos como los fondos provenientes de otras fuentes del gobierno, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y los donantes internacionales. Los datos anteriores ilustran la necesidad no solo de aumentar el presupuesto en términos absolutos, sino también de evaluar la reorientación de los recursos destinados a los hospitales psiquiátricos hacia sistemas ambulatorios y basados en la comunidad. El gasto debe dirigirse de manera coherente a satisfacer las necesidades de salud mental de la población.

Una mirada general, aspectos fuertes y prioridades

32. Es indudable que si evaluamos la evolución de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe, tomando como punto de referencia la Declaración de Caracas (1990), se observan avances notables en la mayoría de los países. La salud mental forma parte de las iniciativas en pro de la renovación de la atención primaria de salud. Hay numerosas experiencias exitosas, así como lecciones aprendidas en el desarrollo de modelos comunitarios de salud mental; además, el intercambio entre los países ha sido muy positivo. Por otro lado, muchos Estados Miembros formulan políticas de protección social a favor de grupos vulnerables. Hoy en día, podemos afirmar que la mayoría de las personas con trastornos mentales responden bien a los tratamientos, pueden recuperarse, llevar una vida productiva y contribuir positivamente al desarrollo de sus familias y comunidades. En resumen, hay aspectos fuertes que nos permiten ser optimistas.

33. Sin embargo, los desafíos actuales y emergentes exigen respuestas apropiadas. Entre ellos, son dignos de mención (8-9): a) atención a grupos vulnerables, b) problemática psicosocial de la niñez y la adolescencia; c) conducta suicida; d) problemas relacionados con el alcohol; y, e) el aumento de las diferentes modalidades de violencia. Se mantiene como prioridad continuar trabajando en la reestructuración 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, así como reforzar las iniciativas intersectoriales de promoción de la salud mental.

² Ver Informes de País WHO-AIMS publicados en las páginas Web de la OPS http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=445&Itemid=1106 y la OMS http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/en/index.html.

Derechos humanos de las personas con discapacidad mental

34. La salud mental es necesaria para poder ejercer los derechos humanos y participar en la vida civil, social y económica; al mismo tiempo, el ejercicio de los derechos humanos y las libertades es fundamental para las personas con discapacidad mental, quienes tienen los mismos derechos que el resto de los ciudadanos. Por ejemplo, la existencia de obstáculos (en la práctica o en la legislación) relacionados con el acceso de las personas con discapacidad mental a los servicios de salud, las restricciones a su libertad personal y de movimiento, la falta de oportunidades laborales, la exclusión de los sistemas educativos, la participación en estudios médicos sin su consentimiento informado y las condiciones de vida inadecuadas en instituciones psiquiátricas perjudican su salud física y mental e impiden el disfrute de sus derechos humanos básicos (31).³

35. En muchos países se han identificado problemas concretos en los hospitales psiquiátricos como: a) ingresos involuntarios de pacientes sin que se aplique una reglamentación al respecto, b) poco control sobre la aplicación de medidas de restricción física o de aislamiento de los pacientes; y, c) problemas de reclusión bajo orden judicial de personas con supuestos trastornos mentales que han cometido actos delictivos o criminales. El establecimiento de una interrelación adecuada con el sector de la justicia y la creación de unidades psiquiátricas forenses son medidas necesarias en algunos países.

36. La aplicación de los instrumentos de derechos humanos en el contexto de la salud mental es todavía limitada en la Región, por lo que resulta importante que la formulación y ejecución de políticas, planes y legislaciones de salud mental estén en conformidad con las convenciones, declaraciones y recomendaciones interamericanas y de las Naciones Unidas (ver anexo C).

Propuesta: Marco estratégico y plan de acción

37. La Estrategia y plan de acción recogen la experiencia alcanzada en nuestro continente, en especial en las últimas dos décadas, y expresa el compromiso de los gobiernos de la Región. Se delimita un periodo de 10 años para su ejecución (2010-2019).⁴

Principios y valores

- a) Universalidad, accesibilidad e inclusividad.
- b) Equidad en salud mental.

³ Véase Documento CD47/15 del Consejo Directivo (La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del mas alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados), 2006. <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-15-s.pdf>.

⁴ Las actividades por áreas estratégicas y los indicadores propuestos se pueden consultar en el anexo B.

- c) Solidaridad panamericana, entendida como la colaboración entre los países.
- d) Respeto de los derechos humanos fundamentales de las personas con trastornos mentales.
- e) Participación social en la definición, ejecución y evaluación de las políticas de salud mental.
- f) Uso de las mejores pruebas científicas disponibles.
- g) Protección adicional en cuestiones de salud mental para los grupos vulnerables.
- h) Salud mental en los marcos históricos y culturales de las comunidades.
- i) La salud mental como componente de la atención integral en salud.
- j) Responsabilidad y rendición de cuentas.

38. Los enfoques de género, étnico y cultural, así como los abordajes de atención primaria de salud, promoción de la salud, derechos humanos y protección social son considerados desde una perspectiva transversal que cruza las áreas estratégicas definidas. La atención a los grupos vulnerables o en riesgo con necesidades especiales requerirá de una consideración prioritaria.

39. Para apoyar la ejecución de esta Estrategia y plan de acción, la OPS trabajará en colaboración con otras organizaciones, adoptará un enfoque integral en el que participan diferentes programas, asignará particular importancia a países prioritarios y movilizará recursos. La OPS cooperará técnicamente con los países para la formulación de sus políticas y planes de salud mental; apoyará la revisión y difusión sistemáticas de la información y las mejores pruebas científicas que fortalezcan los servicios; promoverá la divulgación de las mejores prácticas, modelos innovadores y lecciones aprendidas, además de alentar la cooperación entre los países.

40. *Visión:* La Organización Panamericana de la Salud encabeza los esfuerzos de colaboración para que los Estados Miembros logren que toda la población de las Américas disfrute de una óptima salud mental e impulsen el bienestar de sus familias y comunidades.

41. *Propósito:* Fortalecer la respuesta integrada del sector de la salud y otros sectores afines, mediante la ejecución de planes apropiados de promoción de la salud mental y de prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales y por abuso de sustancias, sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles.

Áreas estratégicas

Área estratégica No. 1: Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental

42. Disponer de políticas y planes apropiados permite tener una visión amplia y estratégica de la salud mental integrada en las políticas públicas del sector de la salud y facilita la organización de los servicios sobre la base de un modelo comunitario. La legislación sobre salud mental proporciona un marco jurídico para promover y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales (32).⁵ La asignación de recursos resulta clave para ejecutar los planes; el cálculo de la brecha en términos de recursos financieros es un primer paso necesario para la planificación.

43. 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. En la Región, los Centros Colaboradores de la OPS/OMS especializados en salud mental y abuso de sustancias tienen experiencia de trabajo conjunto con la OPS, así como capacidades y experiencia acumuladas que constituyen un aspecto fuerte para la cooperación con los países.

Objetivos

- 1.1 Disponer de políticas y planes nacionales de salud mental en ejecución en los países y velar por que la salud mental esté incluida en la política general de salud.
- 1.2 Disponer de un marco legislativo en materia de salud mental de conformidad con las convenciones, declaraciones y recomendaciones sobre derechos humanos del sistema interamericano y del sistema de las Naciones Unidas.
- 1.3 Disponer de los recursos financieros y humanos necesarios para la ejecución de los planes de salud mental, así como para asegurar que los mismos se utilicen principalmente en los servicios ambulatorios de salud mental vinculados con la comunidad y la atención primaria de salud.
- 1.4 Crear y fortalecer las alianzas del sector de la salud con otros actores para la formulación y ejecución de los planes nacionales de salud mental.

⁵ Se recomienda consultar el Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. OMS. Ginebra, 2006 (32).

Área estratégica No. 2: Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez

44. Para reducir la carga que significan los trastornos mentales resulta esencial prestar atención a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos psíquicos. La promoción de la salud mental se inserta dentro del contexto más amplio de la salud pública y propone un enfoque diferente al curativo, que hace hincapié en la *protección de los atributos positivos de la salud mental y el fomento del estado de bienestar* (33). Los factores de riesgo y de protección se han identificado en las diferentes etapas de la vida, y muchos de ellos pueden modificarse. También hay pruebas de que los programas dirigidos a la infancia y las intervenciones tempranas en la vida son eficaces (34-35).

45. Las intervenciones de promoción y prevención pueden estar dirigidas a factores que perpetúan la mala salud y a determinados grupos de población. Es necesario trabajar en entornos particulares (la escuela es crucial), aunque también se debe abordar el medio laboral y la comunidad. La estrategia de “Entornos Saludables” (comunidades, escuelas y centros laborales saludables) es un proceso de promoción de la causa, coordinación multisectorial y movilización social, donde debe insertarse el componente salud mental para contribuir al desarrollo humano integral. También son elementos importantes la concientización del público, el papel de los medios de comunicación, el uso de los recursos comunitarios y la participación de otros sectores (7, 33, 35). La estigmatización y discriminación de las personas con trastornos mentales es uno de los obstáculos más grandes que hay que salvar en la comunidad, en el marco del fomento de un desarrollo humano incluyente.

Objetivo

2.1 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.

Área estratégica No. 3: Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de salud. Definición de condiciones prioritarias y ejecución de las intervenciones

46. Un modelo comunitario de salud mental se basa en los principios básicos adoptados por cada país para organizar la prestación de servicios; entre sus ejes fundamentales están la descentralización, la participación social y la inserción del componente salud mental en la atención primaria de salud.⁶ También supone la prestación de servicios de una manera apropiada culturalmente, así como la equidad y no

⁶ Se recomienda consultar el conjunto de Módulos para el desarrollo de Políticas, Planes y Servicios de Salud Mental / OMS (36).

discriminación por razones de género, etnia u otras condiciones. Asimismo, deberán abordarse los vínculos entre los sistemas tradicionales de atención a los problemas de salud mental y los servicios públicos formales en las comunidades indígenas. La prestación de servicios comunitarios a personas con enfermedades mentales de larga evolución sigue siendo un problema crucial y un desafío para los países.

47. El Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) de la OMS (1) identifica algunas enfermedades prioritarias teniendo en cuenta que ocasionan una carga elevada de mortalidad, morbilidad y discapacidad y que generan grandes costos económicos o se asocian con violaciones de los derechos humanos, a saber: a) depresión; b) esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; c) suicidio; d) epilepsia; e) demencia; f) trastornos debidos al consumo de alcohol y las drogas ilícitas; y, g) trastornos mentales en la infancia. Como parte del mhGAP la OMS está elaborando, un conjunto de intervenciones esenciales para la atención de estas enfermedades. Los países de la Región también han identificado otros problemas que pueden ser objeto de atención: protección de la salud mental en casos de desastres, salud mental del adulto mayor, salud mental y VIH/sida, así como la violencia doméstica. Es necesario tomar decisiones a nivel nacional acerca de estas prioridades y modalidades de intervención.

Objetivos

- 3.1 Asegurar una prestación de servicios de salud mental integrales y continuos en todo el sistema de salud, haciendo hincapié en la descentralización y la atención primaria de salud.
- 3.2 Seleccionar las enfermedades prioritarias a nivel de los países y llevar a la práctica un conjunto de intervenciones esenciales a los diferentes niveles, haciendo hincapié en la atención primaria de salud.

Área estratégica No. 4: Fortalecimiento de los recursos humanos

48. Los programas de salud mental dependen, en gran medida, del recurso humano entrenado debidamente. La formación de capacidades en materia de salud mental de los trabajadores de salud (en especial los que trabajan en atención primaria de salud) es fundamental para mejorar la prestación de servicios. Sin embargo, es poco probable que los métodos tradicionales para la formación del personal puedan ofrecer una respuesta apropiada a las necesidades de salud mental de la población, por lo que serán necesarios abordajes nuevos y diferentes para el fortalecimiento de las competencias (37).

49. Es necesario revisar los programas de estudios de las escuelas de formación, tanto a nivel de pre y posgrado como de educación continua. Las competencias básicas en salud mental deben difundirse ampliamente, en especial entre los agentes comunitarios y el personal que no forma parte de los servicios (entre otros, los cuidadores de personas con trastornos mentales). Por otro lado, es necesario contar con especialistas capaces de

manejar casos complejos, que puedan impartir capacitación, ejercer la supervisión y dar apoyo continuo a los trabajadores de salud. Los programas de formación y entrenamiento en salud mental deben estar ubicados en los servicios ambulatorios de salud mental vinculados a la comunidad y a los centros de atención primaria de salud, y no en los hospitales psiquiátricos.

Objetivo

- 4.1 Capacitar a los trabajadores de la salud mejorando sus competencias en salud mental, de manera que éstas sean coherentes con su función en el sistema de salud.

Área estratégica No. 5: Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental

50. Una evaluación adecuada del sistema de salud mental facilitará la definición de las prioridades y la planificación de intervenciones. Los sistemas de registro y de información del sector de la salud son un elemento clave para reducir la brecha existente en términos de información y apoyar a la gerencia de los servicios; no deben ser un simple mecanismo de recopilación de datos sino que deben convertirse en una herramienta para la acción. La vigilancia epidemiológica puede incluir procedimientos de evaluación rápida, sitios centinelas, etc. Será necesario desarrollar indicadores de salud mental factibles de obtener; cada país tendrá que decidir qué indicadores deben medirse, con qué frecuencia y los mecanismos de recolección. La investigación en el campo de la salud mental también es un área vital que necesitamos fortalecer en América Latina y el Caribe.

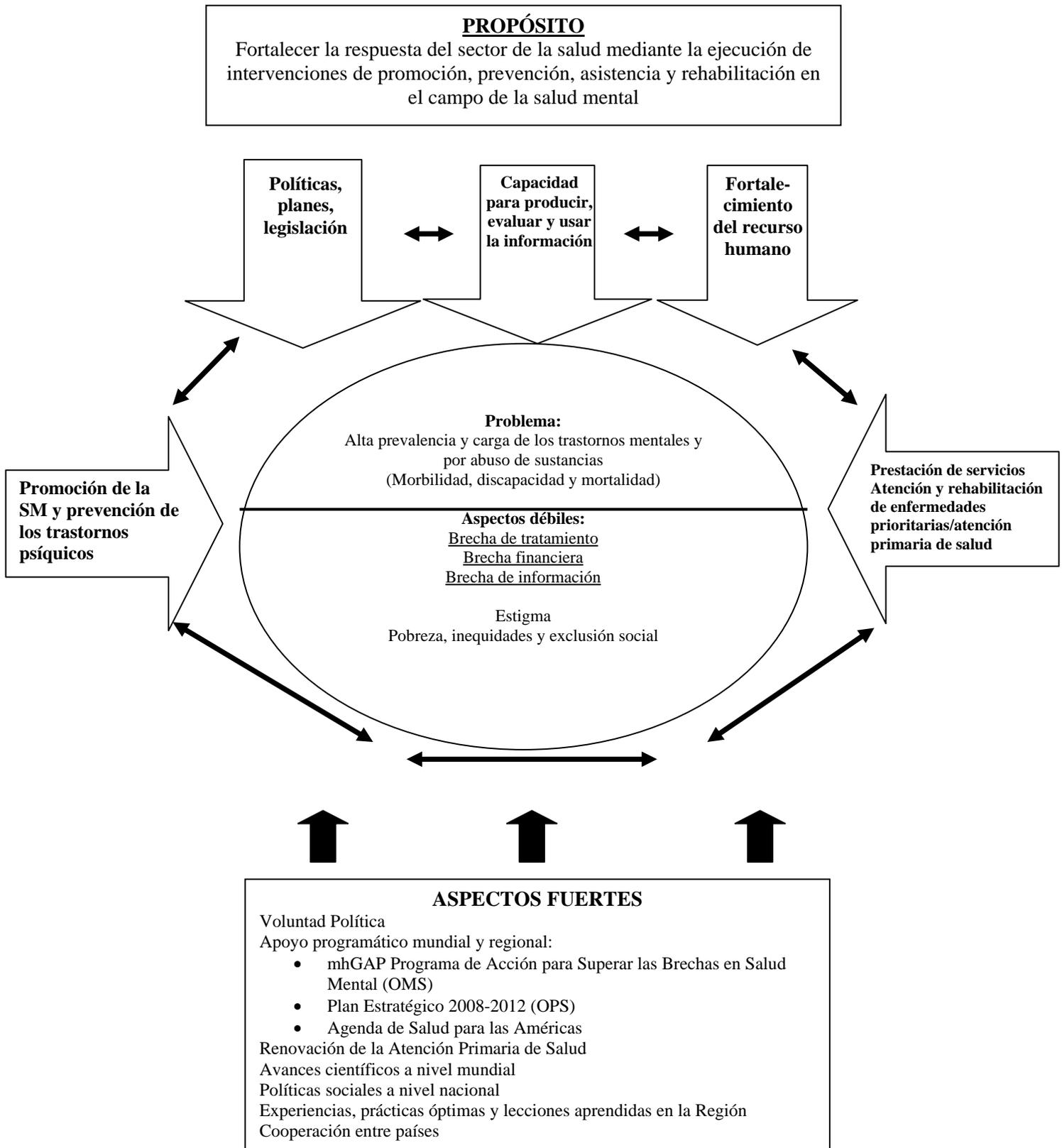
Objetivos

- 5.1 Evaluar integralmente los sistemas de salud mental en los países, estableciendo una línea de base y haciendo el seguimiento de la situación.
- 5.2 Mejorar el componente salud mental de los sistemas nacionales de información, asegurando la recopilación y el análisis regular de datos básicos en salud mental.
- 5.3 Fortalecer la investigación en el campo de la salud mental en el contexto de las necesidades de cada país y los recursos disponibles.

Diez recomendaciones claves a los países

- a) Formular, revisar y ejecutar el plan nacional de salud mental.
- b) Promover la revisión y actualización del marco legislativo en materia de salud mental.

- c) Evaluar el financiamiento actual dedicado a la salud mental, definiendo metas de corto, mediano y largo plazo; además de estudiar las oportunidades de movilización de recursos.
 - d) Disponer de una instancia o mecanismo de coordinación intersectorial en materia de salud mental.
 - e) Definición y ejecución de actividades concretas —en el marco del Plan Nacional de Salud Mental— para la promoción y prevención centradas en la niñez y la adolescencia.
 - f) Revisar la organización de los servicios de salud mental y ejecutar los cambios requeridos, haciendo hincapié en la descentralización y el fortalecimiento del componente de salud mental en la atención primaria de salud.
 - g) Llevar a la práctica un conjunto de intervenciones esenciales dirigidas a enfermedades o trastornos mentales considerados como prioritarios en el contexto nacional.
 - h) Formular un programa de capacitación en salud mental basado en competencias para el manejo de las necesidades, dirigido a trabajadores de salud (en especial los que trabajan en atención primaria de salud).
 - i) Evaluar el sistema de salud mental aplicando la metodología de la OMS, con un seguimiento de su evolución que se hará cada cinco años, como mínimo.
 - j) Fortalecer el sistema nacional de información sanitaria para mejorar la recopilación y análisis regular de un grupo básico de datos de salud mental.
51. A continuación un esquema que nos ofrece una visión general de la Estrategia y plan de acción.



Intervención del Consejo Directivo

52. Se solicita al Consejo Directivo que:
- a) Examine la información que se proporciona en este documento y que estudie la posibilidad de aprobar la resolución recomendada por el Comité Ejecutivo en su 144.^a sesión, misma que se encuentra en el anexo E.
 - b) Considere la salud mental como una prioridad y apoye el fortalecimiento de la respuesta del sector de la salud ante esta problemática. Nos encontramos en un momento histórico oportuno para abordar el tema, ya que en el 2010 se cumplirán 20 años de la Declaración de Caracas, hito de especial importancia que marcó el inicio formal del proceso de reestructuración de los servicios de salud mental en la Región y contó con el apoyo de los Estados Miembros. Por lo tanto, ese puede ser un año para dedicar esfuerzos especiales a la ejecución de la presente Estrategia y plan de acción.

Referencias

1. 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 abuso de sustancias. OMS. Ginebra, 2008. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=326&Itemid=259.
2. Prince, M. et al. Global Mental Health 1. No health without mental health. In The Lancet, Global Mental Health. September, 2007 Sep 8;370(9590):859-877. Available at: www.thelancet.com.
3. González, R., Levav, I. (Ed.) Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Publicado por OPS/OMS (HPA/MND 1.91). Washington, D.C., 1991.
4. Declaración de Caracas. http://devserver.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=274&Itemid.
5. OPS/OMS. Resolución del Consejo Directivo de la OPS/OMS (CD40.R19). Washington, USA, 1997. http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_40.htm#R19.
6. OPS/OMS. Resolución del Consejo Directivo de la OPS/OMS (CD43.R10). Washington, USA, 2001. http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_43.htm#R10 http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_15-s.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. OMS, 2001. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf.

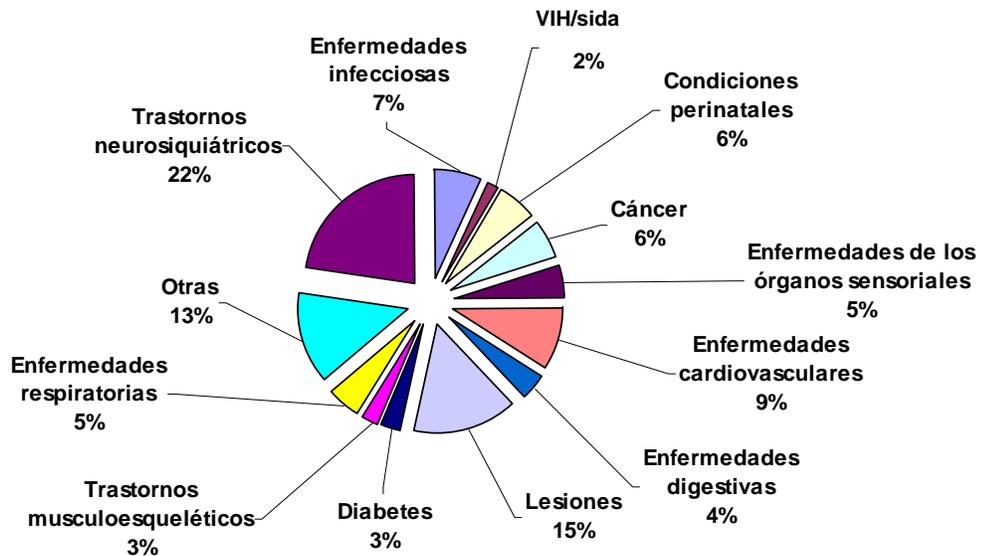
8. Rodríguez, J., González, R. (Ed.) La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Publicado en CD por la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007.
9. OPS/OMS. Principios de Brasilia. Editado en Washington, D.C., 2006. http://devserver.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=275&Itemid.
10. OPS/OMS. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Editado por la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007. http://www.ops-oms.org.pa/Lz_HAA/Doc/Agenda.pdf.
11. OPS/OMS. Propuesta del Plan Estratégico 2008-2012. Washington, D.C., 2008. Available at: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/od328-full-s.pdf>.
12. Kohn R., Levav I., Caldas de Almeida J.M., Vicente B., Andrade L., Caraveo-Anduaga J.J., Saxena S., Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. Rev. Panam. Salud Pública. 2005; 18 (4/5): 229-40. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf>.
13. OPS/OMS. Salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica No. 622. OPS/OMS, Washington, D.C., 2007.
14. OPS/OMS. Informe regional sobre el suicidio. Informe en preparación usando la base de datos sobre mortalidad de OPS. Washington, D.C., 2008.
15. OPS. Estrategia Regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. CD48/8. Washington, D.C., 2008. <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-08-s.pdf>.
16. Benjet C. Los trastornos mentales en niños y adolescentes en América Latina y el Caribe. Capítulo en "Epidemiología de las Enfermedades Mentales en América Latina y el Caribe". Libro en edición por OPS. Washington, D.C., 2008.
17. WHO. Atlas Child and Adolescent Mental Health Resources. Global Concerns: Implications for the Future. World Health Organization. Geneva, 2005. http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf.
18. OMS. Salud mental y bienestar psicosocial del niño en situaciones de gran escasez de alimentos. Publicado por la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006 Versión en español, OPS, 2009). http://www.infocom-ca.org.pa/files/Salud_mental_y_bienestar_psicosocial_del_ni%C3%B1o%5B1%5D0.pdf.
19. OMS. Trastornos neurológicos: desafíos para la salud pública. Publicado por la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006 (versión en español de la OPS, 2007). http://www.who.int/mental_health/neurology/neurodiso/en/index.html.
20. Halmi, K. Trastornos de la conducta alimentaria (capítulo 20, 697-716), en DSM-IV Tratado de Psiquiatría (3ra. Edición). Masson, 2000 (Edición española).
21. Hoek, H.W. et al. The Incidence of Anorexia Nervosa on Curaçao. Am J Psychiatry April 2005; 162:748-752.
22. OPS. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y sano. Estrategia Regional. Documento en preparación para el 144.º Comité Ejecutivo. Washington, D.C., junio del 2009.

23. OMS. VIH/ y Salud Mental. 124.^a reunión del Consejo Ejecutivo, enero 2009 (EB124/6). Ginebra, 2008. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf.
24. WHO/UNFPA. Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. World Health Organization, Geneva, 2009. http://who.int/reproductive-health/docs/mental_health_women_reprohealth.pdf.
25. OPS/UNFPA/UNIFEM. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2007. Publicado por la Unidad de Género, Etnia y Salud de la OPS, Nueva York: OPS: UNFPA: UNIFEM, 2007. <http://www.unifem.org.mx/un/documents/cendoc/salud/s04.pdf>.
26. OMS. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final (WHO/IER/CSDH/08.1). Versión en español publicada por la OMS. Ginebra, 2008. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf.
27. Saraceno, B., Funk, M., Poznyak, V. Mental Health and Substance Abuse, in International Encyclopedia of Public Health, First Edition (2008), vol. 4, pp. 365-374.
28. World Health Organization. Mental Health Atlas 2005. Geneva. WHO, 2005. http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/index.html.
29. World Health Organization. Assessment Instrument for Mental Health Systems. WHO AIMS Version 2.2. WHO, Geneva, 2005. http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf.
30. Rodríguez J., Barret T., Narvaez S., Caldas, J.M., Levav I. y Saxena S. Sistemas de Salud Mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. Rev. Panam. Salud Pública. 2007;22(5):348-57. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n5/a08v22n5.pdf>.
31. Gostin LO, Gable L., The Human Rights of Persons with Mental Disabilities: a Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health. Maryland Law Review 63 (2004): 20-121. <http://www.law.georgetown.edu/faculty/gostin/documents/md.pdf>.
32. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. OMS. Ginebra, 2006. https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_L_EG_Spanish.pdf.
33. Herrman, H., Swartz, L. Promotion of mental health in poorly resourced countries. In The Lancet, Volume 370, Issue 9594, pp1195-1197, 6 October 2007. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61244-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61244-6/fulltext).
34. OMS. Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado / un informe 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 (VicHealth) y la Universidad de Melbourne. Ginebra, 2004. En español: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf. En inglés: http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf.

35. OMS. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht.
http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf.
36. World Health Organization. The essential package for mental health policy, plan and services. http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html.
37. Kutcher, S., Chehill, S. La capacitación de recursos humanos en salud para alcanzar las metas de la Declaración de Caracas. En La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas”. Editado por la OPS en CD. Washington, D.C., 2006.
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=1154&Itemid=139.

Anexos

Carga de Enfermedades America Latina y el Caribe Porcentaje- AVADs, 2004



Fuente: Gráfica construida por el Proyecto Regional de Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación de la OPS usando la base de datos de OMS (Health Statistics and Health Information Systems / Global Burden of Disease (GBD)).

PLAN DE ACTIVIDADES

Las estrategias y objetivos definidos en la *Estrategia y plan de acción* se basan en una visión general de América Latina y el Caribe, sus principales problemas y avances en el campo de la salud mental; sin embargo, en la Región persisten diferencias marcadas entre los países y aun dentro de un mismo país. También muchos gobiernos ya han logrado avances sustanciales en determinadas áreas mencionadas en el documento que, por el contrario, podrían ser deficitarias en otras naciones. Por esta razón, todas las recomendaciones del Plan deben analizarse cuidadosamente en el contexto nacional, de acuerdo a las realidades sociales y sanitarias existentes. La cooperación técnica de la OPS se concentrará en el fortalecimiento de las capacidades de los sistemas de salud con la finalidad de que presten la atención de salud mental apropiada.

ÁREA ESTRATÉGICA No. 1: FORMULACIÓN DE POLÍTICAS, PLANES Y LEYES NACIONALES DE SALUD MENTAL.

Indicadores

Indicador	Línea de base 2008	Meta
Número / porcentaje de países con un Plan nacional de salud mental en ejecución.	26 / 74%	100% (2015) 100% (2019)
Número / porcentaje de países que han aplicado la normativa internacional de derechos humanos para la revisión y formulación de la legislación de salud mental.	13 / 37%	60% (2015) 80% (2019)
Número / porcentaje de países que tienen el presupuesto de salud mental identificado y desglosado, con metas definidas para alcanzarlas en el corto, mediano y largo plazo.	ND	40% (2015) 70% (2019)
Número de países que disponen de mecanismos de coordinación intersectorial en funcionamiento en la esfera de la salud mental.	ND	60% (2015) 80% (2019)
Número de países con organizaciones de los usuarios o los familiares de los enfermos que participan activamente en el plan nacional de salud mental.	ND	40% (2015) 70% (2019)

- ND: No disponible.
- La línea de base deberá ser revisada cuidadosamente y ajustada en el 2010.

Objetivo 1.1

Disponer de políticas y planes nacionales de salud mental en ejecución en los países, para lograr que la salud mental se incluya en la política general de salud.

Actividades a nivel regional

- 1.1.1 Cooperar técnicamente con los países para diseñar/reformular/fortalecer y ejecutar las políticas y planes nacionales de salud mental y de atención a los trastornos por abuso de sustancias; se promoverá la inclusión y formulación de programas o secciones específicas de acuerdo a las necesidades y prioridades identificadas.

- 1.1.2 Compilar, evaluar y difundir experiencias innovadoras y lecciones aprendidas en los países de la Región.
- 1.1.3 Impulsar proyectos de cooperación técnica entre países.

Actividades a nivel nacional

- 1.1.4 Redactar o revisar y llevar a la práctica la política y el plan nacional de salud mental y de atención a los trastornos por abuso de sustancias; velar por que las intervenciones planificadas estén basadas en las mejores pruebas científicas y que las mismas estén disponibles y sean fáciles de entender por los proveedores de servicios, usuarios y familiares, así como por los responsables de las decisiones políticas. El Plan debe fomentar y forjar vínculos con otros programas de salud.
- 1.1.5 Identificar los grupos vulnerables que pueden requerir medidas concretas para atender sus necesidades de salud mental. Por ejemplo, víctimas de la violencia, minorías étnicas, migrantes, comunidades en extrema pobreza, personas con discapacidad, etc.
- 1.1.6 Formular programas o secciones específicas en el marco del Plan de salud mental, de acuerdo con las prioridades identificadas a nivel nacional. Se sugiere considerar lo siguiente:
 - a) Abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas.
 - b) Salud mental en la niñez y la adolescencia.
 - c) Salud mental del adulto mayor.
 - d) Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias.
 - e) Prevención y control de la conducta suicida.
 - f) Abordaje de la violencia desde la perspectiva de la salud mental.
 - g) Salud mental y VIH/sida.
- 1.1.7 Evaluar el diseño y la ejecución de actividades o proyectos piloto / de demostración, cuando las circunstancias así lo aconsejen.

Objetivo 1.2

Disponer de un marco legislativo en materia salud mental de conformidad con las convenciones, declaraciones y recomendaciones sobre derechos humanos del sistema interamericano y del sistema de las Naciones Unidas.

Actividades a nivel regional

- 1.2.1 Cooperar técnicamente con los países para revisar y actualizar el marco legislativo vigente en el campo de la salud mental.

Actividades a nivel nacional

- 1.2.2 Promover —ante las instancias gubernamentales, legislativas y de la sociedad civil— la revisión y actualización del marco legislativo y los reglamentos legales vigentes en el ámbito de la salud mental, así como su aplicación eficaz.
- 1.2.3 Revisar y tomar las medidas pertinentes sobre procedimientos o situaciones que, en los hospitales psiquiátricos, pueden constituir violaciones de los derechos humanos de las personas recluidas (como los ingresos involuntarios, la restricción física, el aislamiento y las malas condiciones institucionales).
- 1.2.4 Forjar vínculos sistemáticos con el sector judicial y los organismos de derechos humanos para la aplicación de las disposiciones legales vigentes y la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

Objetivo 1.3

Disponer de los recursos financieros y humanos necesarios para la ejecución de los planes de salud mental y velar por que ellos se utilicen básicamente en servicios ambulatorios de salud mental vinculados con la comunidad y la atención primaria de salud.

Actividades a nivel regional

- 1.3.1 Cooperar con los países para evaluar el financiamiento y los costos de los planes y servicios de salud mental.
- 1.3.2 Cooperar y apoyar a los países en la movilización de recursos.

Actividades a nivel nacional

- 1.3.3 Revisar el financiamiento y los costos del Plan nacional de salud mental y de los servicios correspondientes, así como la estructura del gasto e identificar las necesidades financieras.
- 1.3.4 Definir metas de corto, mediano y largo plazo en lo concerniente al financiamiento de la prestación de servicios de salud mental en el sector público (fundamentalmente en el sector de la salud pero, de ser posible, también en otros como educación, justicia y protección social) para lograr la ejecución eficaz del plan. Se sugiere evaluar no solo el aumento de los recursos dedicados a la salud mental, sino también su transferencia desde los hospitales psiquiátricos hasta los servicios ambulatorios vinculados a la comunidad y a la atención primaria de salud.
- 1.3.5 Identificar y gestionar posibles fuentes de financiamiento y donantes.

Objetivo 1.4

Crear y fortalecer las alianzas del sector de la salud con otros actores para la formulación y ejecución de los planes nacionales de salud mental.

Actividades a nivel regional

- 1.4.1 Cooperar con los países para fortalecer la coordinación intersectorial y favorecer la formación de redes.
- 1.4.2 Apoyar, a nivel regional, los movimientos de usuarios y de familiares relacionados con la salud mental; facilitar los encuentros, el intercambio entre países y la difusión de las lecciones aprendidas.
- 1.4.3 Fortalecer las alianzas con socios regionales como centros colaboradores, instituciones académicas, asociaciones profesionales, ONG, organismos de cooperación internacional y del sistema de las Naciones Unidas, donantes y con organismos gubernamentales.

Actividades a nivel nacional

- 1.4.4 Identificar a los socios principales a nivel nacional; fortalecer las alianzas mediante la creación de una estructura o instancia de coordinación intersectorial.
- 1.4.5 Promover la participación social como parte del proceso de formulación, ejecución y evaluación de los planes de salud mental.
- 1.4.6 Apoyar, por parte del sector público, los movimientos de usuarios y de familiares e incluirlos activamente en la formulación de los planes de salud mental y en tareas de promoción de la causa. Algunos de los ejemplos de lo anterior pueden ser: facilitar y apoyar las reuniones y el intercambio de experiencias; brindar apoyo para actividades educativas, propiciar los primeros encuentros, etc.

ÁREA ESTRATÉGICA NO. 2: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS, HACIENDO HINCAPIÉ EN EL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LA NIÑEZ

Indicadores

Indicador	Línea de base 2008	Meta
El documento técnico marco regional de referencia para la formulación de programas de promoción y prevención en materia de salud mental focalizado en niños, niñas y adolescentes, elaborado por un grupo de expertos y publicado.	ND	1 (2011) 1 revisado (2019)
Número / porcentaje de países con el componente promoción-prevenición en ejecución en el marco de sus planes nacionales de salud mental.	0	60% (2015) 100% (2019)

- ND: No disponible.
- La línea de base deberá ser revisada cuidadosamente y ajustada en el 2010.

Objetivo 2.1

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 específicas con niños, niñas y adolescentes.

Actividades a nivel regional

- 2.1.1 Prestar cooperación técnica a los países para la selección, formulación y ejecución de medidas destinadas a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos psíquicos y por abuso de sustancias. La OMS y la Región disponen de materiales, guías y herramientas metodológicas que sirven para este propósito.

Actividades a nivel nacional

- 2.1.2 Incorporar una sección dirigida a la promoción y la prevención dentro del Plan nacional de salud mental, seleccionando las actividades más eficaces (sobre la base de las pruebas científicas disponibles) y que pueden ser viables en el contexto nacional, haciendo hincapié en los niños y los adolescentes.
- 2.1.3 Se recomiendan los siguientes entornos para la ejecución de intervenciones: escuelas (son cruciales), lugares de trabajo, la comunidad, el sector de protección social, el sector judicial, los servicios de atención primaria de salud y los de salud mental.
- 2.1.4 Asegurar que se incluyan de manera prioritaria los siguientes elementos en la atención de la salud mental para niños, niñas y adolescentes: a) intervenciones tempranas para promover el desarrollo psicosocial; b) apoyo a padres, madres y familias; c) programas comunitarios de apoyo a la infancia que incluyen oportunidades de educación temprana; d) programas psicosociales basados en la escuela; y e) diagnóstico precoz y tratamiento apropiado de los trastornos psíquicos.
- 2.1.5 Formular y ejecutar un programa de educación a la población que comprenda el trabajo con los medios de comunicación.
- 2.1.6 Formular y ejecutar un programa de lucha contra el estigma, la discriminación y la exclusión social de las personas con alguna enfermedad mental.
- 2.1.7 Gestionar, desde el sector de la salud, la cooperación intersectorial, que es de particular importancia en el ámbito de la promoción y la prevención.

ÁREA ESTRATÉGICA NO. 3: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL CENTRADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. DEFINICIÓN DE CONDICIONES PRIORITARIAS Y EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Indicadores

Indicador	Línea de base 2008	Meta
Número/porcentaje de países que disponen de un programa de organización y desarrollo de los servicios de salud mental, desde la atención primaria de salud hasta el nivel especializado.	ND	60% (2015) 100% (2019)
Número/porcentaje de países que han definido las condiciones prioritarias de salud mental en el contexto nacional y están ejecutando un conjunto de intervenciones esenciales dirigido a las mismas en los diferentes niveles.	ND	60% (2015) 80% (2019)
Tasa de mortalidad por suicidio (por 100.000 habitantes) desglosada por países, grupos de edad, sexo y método empleado.	7,4	Mantener la tasa por debajo de su nivel actual 7,4

- ND: No disponible.
- La línea de base deberá ser revisada cuidadosamente y ajustada en el 2010.

Objetivo 3.1

Asegurar la prestación de servicios de salud mental integrales y continuos en todo el sistema de salud, haciendo hincapié en la descentralización y la atención primaria de salud.

Actividades a nivel regional

- 3.1.1 Colaborar técnicamente con los países para la organización estratificada de la presentación de servicios, con énfasis en la descentralización y el nivel primario de la atención.
- 3.1.2 Compilar, evaluar y difundir experiencias innovadoras y lecciones aprendidas.
- 3.1.3 Fomentar y apoyar la cooperación técnica entre países.

Actividades a nivel nacional

- 3.1.4 Organizar servicios de salud mental basados en un modelo comunitario y acorde con las características del sistema sanitario del país y los recursos disponibles. Es importante considerar, entre otras cosas, las siguientes:
 - a) Descentralización, mediante la creación de una cartera variada y estratificada de servicios de salud mental que incluya: i) transformación de los hospitales psiquiátricos y diseño de alternativas para los servicios (unidades de salud mental en hospitales generales, residencias comunitarias, centros de atención diurna, servicios comunitarios, etc.); en

- muchos países de nuestra región este puede ser uno de los desafíos más importantes que habrá que afrontar a la hora de formular un plan de salud mental; y, ii) Insertar el componente de salud mental en la atención primaria de salud, elevando la capacidad de resolución del primer nivel de atención, se trata de una prioridad alta, aun en los países que cuentan con más recursos.
- b) Definir la responsabilidad de poner en práctica las intervenciones en los diferentes niveles.
 - c) Examinar la cobertura y la equidad en el acceso a los servicios, en especial de las poblaciones rurales y pobres, así como de los grupos minoritarios.
 - d) Atención prioritaria a las poblaciones con necesidades especiales o en situaciones específicas (por ejemplo, ancianos, personas con discapacidad intelectual, indígenas, víctimas de las diferentes modalidades de violencia o de desastres, etc.).
 - e) Crear o fortalecer servicios de salud mental para la infancia y la adolescencia.
 - f) Fortalecer los mecanismos de referencia apropiados y la retroalimentación.
 - g) Fomentar la participación comunitaria, mejorando la aceptación y el uso de los servicios.
 - h) Disponer de una lista básica de medicamentos (psicofármacos) y ponerlos al alcance del público, para apoyar la ejecución de las intervenciones esenciales.
 - i) Evaluar y superar las barreras administrativas que limitan las intervenciones (por ejemplo, es necesario que los médicos de atención primaria de salud dispongan de los psicofármacos esenciales y los prescriban).
 - j) Establecer relaciones o vínculos con los sistemas tradicionales o comunitarios de atención a la enfermedad mental, en especial en las zonas rurales y donde viven poblaciones indígenas.
 - k) Fomentar el trabajo intersectorial en la ejecución de las intervenciones.
- 3.1.5 Formular y ejecutar, en el marco del Plan nacional, un programa de atención y rehabilitación psicosocial para enfermos mentales graves de evolución prolongada, muchos de ellos posiblemente dados de alta de hospitales, lo cual requerirá el apoyo de otros sectores (por ejemplo, vivienda, trabajo, protección social, finanzas, justicia, etc.) y la coordinación con ellos.
- 3.1.6 Crear o fortalecer servicios para la atención a los trastornos relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- 3.1.7 Evaluar y ejecutar, en colaboración con el sector judicial, las modalidades de prestación de servicios de salud mental para personas enfermas que hayan cometido actos delictivos o penales.
- 3.1.8 Establecer normas y reglamentos para los diferentes aspectos de la atención a los trastornos mentales y por uso de sustancias psicoactivas, así como para los servicios correspondientes, lo que comprende criterios mínimos de calidad y respeto de los derechos humanos. Es recomendable que los países trabajen en los procesos de acreditación.

Objetivo 3.2

Seleccionar las condiciones prioritarias a nivel de los países y ejecutar un conjunto de intervenciones esenciales a los diferentes niveles con énfasis en la atención primaria de salud.

Actividades a nivel regional

- 3.2.1 Identificar y preparar a un grupo regional de expertos para que asesoren a los países en la determinación de las condiciones prioritarias, así como en la formulación y ejecución de las intervenciones esenciales necesarias.
- 3.2.2 Promover la difusión y ejecución de intervenciones breves relativas al riesgo del consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas en entornos de atención primaria de salud y en servicios que atienden a las poblaciones de mayor riesgo.
- 3.2.3 Compilar, evaluar y difundir experiencias innovadoras y lecciones aprendidas.
- 3.2.4 Fomentar y apoyar la cooperación técnica entre países.

Actividades a nivel nacional

- 3.2.5 Determinar los trastornos mentales o condiciones que han de considerarse como prioritarios en el contexto nacional y, de acuerdo con lo anterior, preparar y llevar a la práctica guías o protocolos de intervenciones esenciales a los diferentes niveles del sistema de salud y definir responsabilidades (haciendo hincapié en la atención primaria de salud). Por la relación de la conducta suicida con los trastornos mentales y teniendo en cuenta la importancia del problema en la mayoría de los países, se recomienda considerarlo como una prioridad. Los conjuntos de intervenciones de la OMS pueden servir como referencia o adaptarse a las condiciones locales; cada país deberá definir el alcance de la ejecución (nacional, limitada territorialmente o en proyectos pilotos).
- 3.2.6 Las intervenciones tendrán en consideración el ciclo de vida (en especial, a los niños, los adolescentes y los adultos mayores), el género y las particularidades socioculturales de las poblaciones.

ÁREA ESTRATÉGICA NO. 4: FORTALECIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS

Indicador

Indicador	Línea de base 2008	Meta
Elaborado y publicado el modelo regional de capacitación en salud mental basado en las competencias requeridas para la satisfacción de las necesidades, dirigido a trabajadores de salud, con énfasis en la atención primaria de salud.	ND	1 (2012) 1 revisado (2015-2019)

- ND: No disponible.
- La línea de base deberá ser revisada cuidadosamente y ajustada en el 2010.

Objetivo 4.1

Capacitar a los trabajadores de salud mejorando sus competencias en salud mental, de manera que ellas sean congruentes con su función en el sistema de salud.

Actividades a nivel regional

- 4.1.1 Cooperar con los países en la formulación y ejecución de procesos de capacitación en salud mental para los trabajadores de salud.
- 4.1.2 Crear un grupo de trabajo regional integrado por profesionales de experiencia reconocida, con apoyo de centros colaboradores y académicos, para diseñar un modelo de capacitación en salud mental para trabajadores de salud, con énfasis en la atención primaria de salud, basado en las competencias necesarias para satisfacer las necesidades de la población.
- 4.1.3 Asegurar la satisfacción de las necesidades educativas mediante el diseño de diferentes modalidades y tecnologías de capacitación (a nivel nacional, subregional y regional), entre otras, cursos virtuales / educación a distancia. Para esto, es vital el trabajo en colaboración con los ministerios de salud, instituciones académicas y centros colaboradores.
- 4.1.4 Revisar y lograr el consenso acerca de los principios básicos para los programas de posgrado (especializados) en salud mental existentes en los países de la Región (residencia de psiquiatría, posgrado en enfermería y psicología de la salud).
- 4.1.5 Preparar y difundir la mejor información científica disponible que apoye el diseño de los procesos de capacitación.
- 4.1.6 Fomentar la cooperación entre países en la esfera del fortalecimiento de los recursos humanos.

Actividades a nivel nacional

- 4.1.7 Disponer de una base de datos actualizada de recursos humanos en salud mental, que servirá de base para la planificación.
- 4.1.8 Formular planes sistemáticos de capacitación antes y durante la prestación de servicios para los trabajadores de salud, con programas de estudios basados en la formación de competencias para la satisfacción de las necesidades y asegurar que los procesos de capacitación incluyan contenidos de derechos humanos.
- 4.1.9 Asegurar la supervisión durante el servicio para apoyar los procesos de capacitación.
- 4.1.10 Formular planes ampliados de capacitación que incluyan a proveedores informales de servicios, agentes comunitarios y trabajadores de otros sectores relacionados con la salud mental (por ejemplo, policías, jueces y maestros).

- 4.1.11 Evaluar los perfiles de desempeño de la enfermería y planificar diferentes modalidades de educación universitaria y de posgrado para incorporar estos profesionales a funciones concretas de salud mental. La enfermera (o) puede ser un recurso vital en muchos países.
- 4.1.12 Asegurar el acceso equitativo a la información técnica y a las mejores pruebas científicas disponibles.
- 4.1.13 Colaborar con las universidades y las escuelas de formación de recursos humanos especializados en salud para incluir y mejorar los contenidos de salud mental en los programas de estudios universitarios y de posgrado. Estos contenidos deben ser coherentes con el modelo comunitario de atención de salud mental, así como con un enfoque de derechos humanos.

ÁREA ESTRATÉGICA NO. 5: FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD PARA PRODUCIR, EVALUAR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL

Indicadores

Indicador	Línea de base 2008	Meta
Número/porcentaje de países que han evaluado su sistema de salud mental aplicando la metodología WHO-AIMS de la OMS *.	15 / 43%	100% (2012)
Número / porcentaje de países que han reevaluado su sistema de salud mental aplicando la metodología WHO-AIMS.	0	50% (2019)
Número/porcentaje de países que recopilan y analizan de manera regular datos esenciales de salud mental (desglosados, al menos, por sexo y edad) en su sistema de información sobre salud.	20 / 57%	80% (2015) 100% (2019)
Publicado un documento metodológico regional para el desarrollo de indicadores de salud mental, elaborado mediante un proceso de consulta y la participación de un grupo de expertos.	ND	1 (2011)
Número/porcentaje de países que han revisado sus registros de mortalidad por suicidio y han mejorado la recopilación y procesamiento de los datos, para hacer más confiables los índices.	ND	50% (2015) 100% (2019)
Informe regional sobre los servicios de salud mental, publicado (basado en el WHO-AIMS).	ND	1 (2013) 1 (2019)
Informe regional sobre suicídios, publicado.	ND	1 (2010) 1 (2018)
Informe regional sobre abuso de alcohol, publicado.	ND	1 (2010) 1 (2015)
Base de datos regional sobre alcohol disponible.	ND	1 (2010)
Disponible el Informe ATLAS sobre recursos para la prevención y el tratamiento de trastornos por abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas	ND	1 (2011) 1 (2017)

- ND: No disponible.
- La línea de base deberá ser revisada cuidadosamente y ajustada en el 2010.

* http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf

Objetivo 5.1

Evaluar integralmente los sistemas de salud mental en los países estableciendo una línea de base y haciendo un seguimiento de la situación.

Actividades a nivel regional

- 5.1.1 Colaborar técnicamente con los países para llevar a la práctica el Instrumento para la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (WHO AIMS) en los países y hacer el seguimiento de la evolución de la línea de base obtenida.
- 5.1.2 Elaborar y difundir informes y datos subregionales y regionales acerca de la situación de los servicios de salud mental y de atención a los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas.

Actividades a nivel nacional

- 5.1.3 Evaluar la situación del sistema de salud mental usando la metodología estandarizada de la OMS (WHO AIMS). Cada país puede seleccionar los indicadores que considere esenciales o trazadores para un seguimiento más estrecho. La repetición de evaluaciones sucesivas (por ejemplo, cada 5 años) usando el WHO AIMS (de forma integral o parcial) puede constituir un buen procedimiento para el seguimiento a partir de una línea de base. El objetivo es identificar las capacidades de los sistemas de salud mental para satisfacer las necesidades de salud mental de la población.

Objetivo 5.2

Mejorar el componente salud mental de los sistemas nacionales de información mediante la recopilación y análisis regular de los datos básicos en salud mental.

Actividades a nivel regional

- 5.2.1 Cooperar técnicamente con los países para introducir y mejorar el componente de salud mental dentro de los sistemas nacionales de información en salud, utilizando las herramientas elaboradas por la OMS y otras organizaciones.
- 5.2.2 Crear un grupo de expertos y desarrollar una consulta, en el ámbito regional, para establecer indicadores en el campo de la salud mental y hacer las recomendaciones pertinentes.
- 5.2.3 Elaborar y difundir informes y datos subregionales y regionales acerca de datos e indicadores sobre trastornos mentales y por abuso de sustancias.

Actividades a nivel nacional

- 5.2.4 Fortalecer los sistemas de registro y procesamiento de los datos relacionados con la salud mental para reducir la brecha de información existente. Es necesario definir los datos esenciales que deben introducirse en el sistema y los mecanismos de recolección,

- asegurando que los registros se hagan de acuerdo al sexo, la edad y otras variables que puedan incluirse.
- 5.2.5 Asegurar un registro confiable y una vigilancia de los índices de mortalidad por causas externas, en particular, el suicidio.
 - 5.2.6 Establecer mecanismos de vigilancia epidemiológica apropiados al contexto nacional.
 - 5.2.7 Establecer el análisis periódico de la información disponible en salud mental, utilizándola como una herramienta para la planificación y la gerencia.
 - 5.2.8 Elaborar y difundir informes anuales sobre salud mental.

Objetivo 5.3

Fortalecer la investigación en el campo de la salud mental en el contexto de las necesidades de cada país y los recursos disponibles.

Actividades a nivel regional

- 5.3.1 Apoyar la investigación en el campo de la salud mental, en colaboración con instituciones científicas y académicas, así como con los centros colaboradores de la OPS/OMS; favorecer los estudios multicéntricos.
- 5.3.2 Hacer visible y accesible la información en los espacios virtuales (sitios web de la OPS y de los centros colaboradores).
- 5.3.3 Elaborar y difundir informes y datos subregionales y regionales acerca de los estudios e investigaciones más importantes en el campo de la salud mental y los trastornos por abuso de sustancias.

Actividades a nivel nacional

- 5.3.4 Compilar y analizar los estudios epidemiológicos y las investigaciones de salud mental existentes en el país.
- 5.3.5 Decidir en el contexto nacional a qué nuevas investigaciones se asignará prioridad, de manera que estas respondan a las necesidades en materia de salud mental de la población.
- 5.3.6 Fortalecer la cooperación entre instituciones, a nivel nacional, en el campo de la investigación en salud mental.

Plan de actividades/Puntos claves de atención para los países

Área estrat.	Objetivos	Actividades
1.	Políticas y planes	Ejecución de políticas y planes de salud mental. Atención especial a grupos vulnerables. Temas específicos: alcohol, niñez y adolescencia, adulto mayor, desastres, conducta suicida, violencia, salud mental-VIH/sida.
	Legislación	Promover la revisión del marco legislativo en materia de salud mental. Protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Vínculos con el sector judicial.
	Recursos financieros y humanos	Identificación del financiamiento para el plan de salud mental y estructura del gasto. Definición de metas y búsqueda de fuentes de financiamiento.
	Alianzas	Estructura de coordinación intersectorial. Participación social. Apoyar los movimientos de usuarios y familiares de los enfermos.
2.	Promoción y prevención con énfasis en niños/as y adolescentes	Promoción y prevención en el marco del Plan nacional de salud mental. Definición de entornos para la intervención (énfasis en las escuelas). Trabajo con niños y adolescentes. Educación pública y medios de comunicación. Lucha contra el estigma y la discriminación. Gestión intersectorial.
3.	Prestación de servicios con énfasis en la atención primaria de salud	Modelo comunitario/organización de servicios (transformación de los hospitales psiquiátricos, descentralización, atención primaria de salud). Atención y rehabilitación psicosocial de enfermos mentales graves de evolución prolongada. Servicios para trastornos relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas. Reglamentación y acreditación.
	Condiciones prioritarias	Definición de condiciones prioritarias. Conjunto de intervenciones esenciales en los diferentes niveles (con énfasis particular en la atención primaria de salud) según el ciclo de vida.
4.	Fortalecimiento del recurso humano	Base de datos y ejecución del plan de capacitación en salud mental dirigido a los trabajadores de salud (especialmente en entornos de atención primaria de salud). Capacitación en otros sectores y con agentes comunitarios. Enfermería en salud mental. Educación a distancia. Revisión de los programas de estudios universitarios y de posgrado.
5.	Evaluación de sistemas	Ejecución del WHO AIMS y seguimiento de la evolución.
	Salud mental en sistemas de información	Datos esenciales de salud mental en los sistemas nacionales de información: recopilación y análisis. Indicadores. Mecanismo de vigilancia epidemiológica. Elaboración y difusión de informes anuales de salud mental.
	Investigación	Recopilar estudios nacionales existentes. Promoción de investigaciones multicéntricas.

Indicadores de los países:

Cada país deberá desarrollar su propio sistema de indicadores de acuerdo al contexto nacional y condiciones de su sistema de salud, así como el grado de desarrollo de los servicios de salud mental. La OPS ofrecerá cooperación técnica de acuerdo a las necesidades identificadas por los Estados Miembros.

Se recomienda usar como documentos de referencia:

- Instrumento para la evaluación de los Sistemas de Salud Mental (WHO AIMS) que define 155 indicadores.

World Health Organization. Assessment Instrument for Mental Health Systems. WHO AIMS Version 2.2. WHO, Geneva, 2005.

http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf

- Módulo de Sistemas de Información de la OMS.

World Health Organization. The Essential Package for Mental Health Policy, Plan and Services.

http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html

http://www.who.int/mental_health/policy/services/12_info%20system_WEB_07.pdf

INSTRUMENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

1. Los Estados Miembros de la OMS acordaron varios principios importantes relacionados con la salud pública que se estipulan en el preámbulo de su Constitución. Así, la Constitución establece un principio internacional fundamental en virtud del cual el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr no es solamente un estado o condición de la persona, sino también "...uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social..." 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. Por su parte, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU) protege "...el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental..." (Artículo 12) y el Protocolo de San Salvador (OEA) protege "el derecho a la salud" (Artículo 10). Por otra parte, 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, Suriname, Uruguay y Venezuela).

2. Instrumentos de las Naciones Unidas para la protección de los derechos humanos:

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1);
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos¹ (2);
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales² (3);
- Convención sobre los Derechos del Niño³ (4);
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad⁴(5);
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer⁵ (6);

¹ Entró en vigor el 23 de marzo de 1976 y ha sido ratificada por Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

² Entró en vigor el 3 de enero de 1976 y ha sido ratificado por Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

³ Entró en vigor el 2 de septiembre de 1990 y ha sido ratificada por Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Saint Lucia, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela.

⁴ Entró en vigor el 3 de mayo de 2008 y ha sido ratificada por Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú.

⁵ Entró en vigor el 3 de septiembre de 1981 y ha sido ratificada por Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala,

- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental⁶ (7);
 - Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad⁷ (8).
3. Instrumentos del sistema interamericano para la protección de los derechos humanos:
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre⁸(9);
 - Convención Americana sobre Derechos Humanos⁹(10);
 - Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o “Protocolo de San Salvador”¹⁰ (11);
 - Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad¹¹ (12);
 - Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer¹² (13);
 - Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental¹³ (14).

Referencias

1. Declaración Universal de Derechos Humanos. A.G. Res. 217 A (III), ONU Doc. A/810 p. 71 (1948). <http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/spanish/sb1udr.html>.

Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

⁶ Constituyen una guía para el establecimiento de sistemas nacionales de salud mental y la evaluación de la práctica de los mismos. Se refiere a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental en especial en el contexto de las instituciones psiquiátricas.

⁷ Tienen la finalidad de “...garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de miembros de sus respectivas sociedades puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás...”

⁸ 199 OEA res. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rev.1, p.17 (1992).

⁹ Entró en vigor el 18 de julio de 1978 y ha sido ratificada por Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

¹⁰ Entró en vigor el 16 de noviembre de 1999 y ha sido ratificado por Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Uruguay.

¹¹ Entró en vigor el 14 de septiembre de 2001 y ha sido ratificada por Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

¹² Entró en vigor el 5 de marzo de 1995 y ha sido ratificada por: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

¹³ Exhorta a los Estados a “promover y ejecutar por medio de legislación y planes nacionales de salud mental la organización de servicios comunitarios de salud mental cuyos objetivos sean la plena integración de las personas con discapacidad mental en la sociedad...”

2. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A.G. Res. 2200, 21 ONU GAOR Sup. (No.16) 52, ONU Doc. A/6316 (1966).
<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb3ccpr.html>.
3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A.G. Res. 2200A(XXI), 21 ONU GAOR Sup. (No. 16) 49, ONU Doc. A/6316 (1966).
<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb2esc.html>.
4. Convención sobre los Derechos del Niño. A.G. res.44/25, anexo, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 167, ONU Doc. A/44/49 (1989).
<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sk2crc.html>.
5. Convención Internacional sobre la protección y la promoción de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. A.G. Res. A/61/611 (2006).
<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>.
6. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. A.G. res. 34/180, 34 U.N. GAOR Supp. (No. 46) p.193, ONU Doc. A/34/46.
<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/se1cedaw.html>.
7. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, A.G. res. 46/119,46 ONU GAOR Supp. (No.49) p.189, ONU Doc. A/46/49 (1991). <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/st2pppmif.html>.
8. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, A.G. res 48/96, 48 ONU GAOR Supp. (No. 49) p. 202, ONU. Doc. A/48/49 (1993).
<http://www.discapitados.org.ar/body/normas.html>.
9. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 199 OEA res. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rev.1, p.17 (1992).
<http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas2dec.html>.
10. Convención Americana sobre Derechos Humanos. OEA, Off. Rec., OEA/Ser.L./V.II.23 doc. 21 rev. 6 (1979). <http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas3con.html>.
11. Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o “Protocolo de San Salvador”. OEA, No. 69 (1988), suscrita el 17 de noviembre de 1988, Documentos básicos en materia de derechos humanos en el sistema interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82 doc. 6 rev. 1, p. 67 (1992).
<http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas10pe.html>.
12. Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. A.G./res. 1608 (XXIX-0/99), 7 junio 1999
<http://www.cidh.oas.org/Basicos/Basicos8a.htm>.
13. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, “Convención de Belem Do Pará”,33 I.L.M. 1534 (1994).
<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/Sbrazil1994.html>.
14. Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la promoción y protección de las personas con discapacidad mental. Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), OEA/Ser./L/V/II.111, doc. 20 rev., 16 de abril 2001.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD49/11 (Esp.)
Anexo D

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
CON LAS ÁREAS DE LA ORGANIZACIÓN**

1. Punto del orden del día: 4.7. Estrategia y plan de acción sobre salud mental.

2. Unidad a cargo: THR/MH (Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación)

3. Funcionario a cargo: Jorge J. Rodríguez

4. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:

- Centro Colaborador de la OPS/OMS en capacitación y política de salud mental / Dalhousie University. Halifax, NS, Canadá.
- Dalhousie University, Departamento de Psiquiatría, Sección de Psiquiatría Internacional. Halifax, NS, Canadá.
- Centro Colaborador de la OPS/OMS de Referencia e Investigación en Salud Mental / Mc Gill University. Montreal, Canadá.
- Centro Colaborador de la OPS/OMS, Centro para las adicciones y la salud mental de la Universidad de Toronto. Toronto, Canadá.
- Centro Regional de Investigación y Capacitación en Epidemiología Psiquiátrica y Conductual. Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá.
- Centro Colaborador de la OPS/OMS Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Ciudad de México, D.F., México.
- Centro Colaborador de la OPS/OMS – Enfermería y Salud Mental. Escuela de Enfermería, Universidad de Maryland. Estados Unidos.
- Centro Colaborador de la OPS/OMS – Enfermería y Salud Mental. Escuela de Enfermería, Universidad de Alberta, Canadá.
- Centro Colaborador de la OPS/OMS en Investigación de Enfermería, Departamento de Salud Mental, Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo en Ribeirao Preto, Brasil.
- Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá, Panamá.
- Unidad de Salud Mental del Centro de Demografía y Salud (CIDS) / Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León. León, Nicaragua.
- Instituto de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Córdoba. Córdoba, Argentina.
- Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.
- Departamento de Salud Mental y Psiquiatría de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Brasil.
- Departamento de Psiquiatría, University of the West Indies (Recintos de Jamaica y de Trinidad y Tabago).
- Fundación Andaluza para la Inserción Social del Enfermo Mental (FAISEM). Andalucía, España.
- Federación Internacional de Salud Mental (WFMH). Springfield, VA. Estados Unidos.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:

Se destacan especialmente los siguiente vínculos:

- Enunciado de la intención: párrafos 2 y 3.
- Principios y valores: párrafos 9, 10, 11 y 12.
- Análisis de la Situación y Tendencias de Salud en las Américas: párrafos 15, 16, 19, 20, 22, 26.
- Áreas de Acción: incisos b, c, e y f.

6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico 2008-2012:

- Está relacionado, fundamentalmente, con el Objetivo Estratégico 3 / Resultados Esperados Regionales 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6 / Indicadores: 3.1.2, 3.2.3, 3.3.3, 3.4.1, 3.5.3 y 3.6.3.
- Por otro lado, se vincula también en cierta medida con los Objetivos Estratégicos 5 (RER 5.3, Indicador 5.3.3); 6 (RER 6.4, Indicador 6.4.1); y 7 (RER 7.4, Indicador 7.4.1).

7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos de países de la Región de las Américas:

Cabe mencionar a algunos países con experiencias exitosas e innovadoras en el campo de la salud mental que pueden ser una fuente de lecciones aprendidas. Sin ser los únicos, son dignos de mención:

- Argentina: algunas provincias con modelos de servicios exitosos (desinstitucionalización y atención comunitaria). Experiencia de trabajo con el sector judicial.
- Belice: Modelo de servicios descentralizado y ambulatorio, con enfermeras entrenadas en salud mental a nivel de distrito.
- Brasil: estrategia nacional de salud mental, reducción de camas psiquiátricas, establecimiento de centros de atención psicosocial y programas de reinserción social del enfermo mental de evolución prolongada.
- Chile: formulación e implementación sostenida de un plan nacional de salud mental.
- Cuba: modelo comunitario en materia de salud mental y establecimiento de centros comunitarios de salud mental.
- Guyana: formulación de una política y plan de salud mental en un país de bajo ingresos.
- Panamá: reforma de un hospital psiquiátrico y descentralización de los servicios.

8. Repercusiones financieras del punto del orden del día:

La formulación de esta Estrategia y plan de acción tiene repercusiones financieras para lograr su ejecución exitosa.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



49.º CONSEJO DIRECTIVO

61.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009

CD49/11 (Esp.)
Anexo E
ORIGINAL: ESPAÑOL

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

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 nos 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; y

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; y

- 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;
 - 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 y promueva la cooperación técnica entre los Estados Miembros; y
 - 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.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD49/11 (Esp.)
 Anexo F

**Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para
 la Oficina de las resoluciones cuya aprobación se ha propuesto**

1. Punto del orden del día: 4.7. Estrategia y plan de acción sobre salud mental.	
2. Relación con el presupuesto por programas:	
Área de trabajo	Resultados previstos a nivel regional
<p>Objetivo estratégico #3 Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y lesiones.</p>	<p>3.1 Se habrá promovido y apoyado un mayor compromiso político, financiero y técnico en los Estados Miembros para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos y las discapacidades.</p> <p><u>Indicador 3.1.2</u></p> <p>3.2 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos referentes a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, la seguridad vial, las discapacidades y las enfermedades bucodentales.</p> <p><u>Indicador 3.2.3</u></p> <p>3.3 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para recopilar, analizar, difundir y utilizar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas y las discapacidades.</p> <p><u>Indicador 3.3.3</u></p> <p>3.4 La Oficina habrá recabado mejores datos objetivos sobre costo-eficacia de las intervenciones para atender las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas, las discapacidades y la salud bucodental.</p> <p><u>Indicador 3.4.1</u></p> <p>3.5 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y ejecución de programas multisectoriales, que abarquen a toda la población a fin de promover la salud mental y la</p>

	<p>seguridad vial y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia y los traumatismos, así como las deficiencias auditivas y visuales, incluida la ceguera.</p> <p><u>Indicador 3.5.3</u></p> <p>3.6 Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de mejorar sus sistemas sanitarios y sociales en lo que se refiere a la prevención y el tratamiento integrados de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas y las discapacidades.</p> <p><u>Indicador 3.6.3</u></p>
<p>3. Repercusiones financieras</p> <p>a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): Para la ejecución de la Estrategia y plan de acción será necesario forjar alianzas con otros organismos de cooperación, instituciones nacionales, organismos de las Naciones Unidas y otros; así mismo, será necesario buscar donantes externos que apoyen la iniciativa.</p> <p>Se ha tomado como base para el cálculo de este Plan, para el nivel regional, el presupuesto en ejecución en el actual bienio (2008-2009), considerando los gastos de personal y gastos operativos.</p> <p>Se calcula en alrededor de (US\$) por año: Contratación de personal: \$743.000,00 Costos de operación: \$1.087.000,00 Total: \$1.830.000,00</p> <p>Se calcula que el costo de la ejecución de la Estrategia y plan de acción para el periodo de 10 años (2010-2019) será de \$18.300.000,00.</p> <p>b) Costo estimado para el bienio 2008-2009 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):</p> <p><u>Bienio 2008-2009 (Plan de trabajo bienal)</u> Gastos de operación: \$577.000,00 Costos de personal: \$985.000,00 Subtotal: \$1.562.000,00 Brecha no financiada: \$598.000,00 <u>Total: \$2.160.000,00</u></p> <p>c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿que parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?:</p> <p>\$1.285.000,00 (bienal) \$6.425.000,00 por 10 años</p>	

4. Repercusiones administrativas

- a) **Indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas:** El trabajo se programa centrado en las necesidades de los Estados Miembros. Son de especial importancia los países prioritarios, los que tienen un menor desarrollo de sus servicios de salud mental (según las evaluaciones realizadas) y aquellos sometidos a situaciones traumáticas periódicas o frecuentes como pueden ser los desastres, los conflictos armados, los desplazamientos de la población y la violencia. También deben ser centro de la atención los grupos de población en situaciones de vulnerabilidad como las minorías étnicas, pueblos indígenas, personas con discapacidad, adultos mayores, niños y adolescentes.

El Plan se ejecutará en tres niveles:

- Regional: apoyo para la movilización de recursos, promoción de la causa, elaboración y difusión de documentos técnicos, metodológicos y de capacitación; ofrece cooperación técnica a los países para la ejecución de los planes nacionales de salud mental así como la evaluación y el seguimiento.
 - Subregional: La descentralización de la cooperación técnica en el campo de la salud mental es un logro que comenzó en el 2004 y resulta esencial mantenerlo. Ha permitido acercar la colaboración a los países y asegurar el acompañamiento a los Estados Miembros que lo requieren. Facilita la cooperación entre países, el debate de problemas comunes y el intercambio de experiencias.
 - Nacional: Formulación y ejecución de planes nacionales de salud mental bajo la dirección de los ministerios de salud con participación de otros sectores e instituciones. Apoyo y supervisión de los niveles locales.
- b) **Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):** Contratar como personal fijo de la Organización a los tres asesores subregionales (Centroamérica, Sudamérica y el Caribe); actualmente están contratados con puestos temporales. Sería aconsejable contar con un profesional con formación en salud pública y salud mental, a nivel regional, para ayudar en las tareas de análisis epidemiológico, así como en el seguimiento de la cooperación técnica con los países y las estrategias de colaboración con centros colaboradores y otros socios.
- c) **Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):**

2009: Aprobación de la Estrategia y plan de acción por el Consejo Directivo.

2010: Inicio de la ejecución de la Estrategia y plan de acción.

2011, 2013, 2015 y 2017: evaluaciones bienales.

2019: Evaluación final.