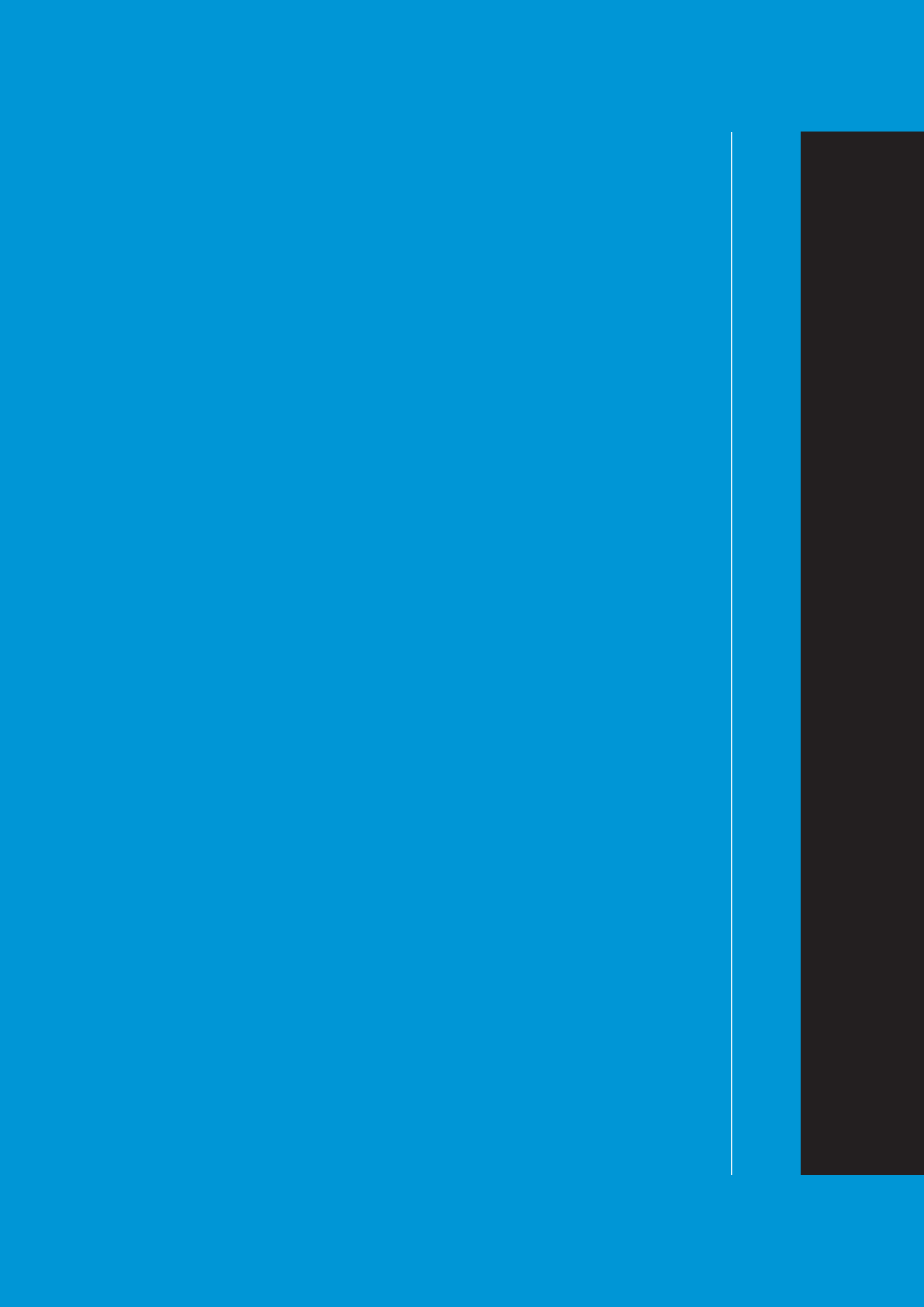




Conjunto de Guías sobre
Servicios y Políticas de Salud Mental

POLÍTICA, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD MENTAL

(Versión Revisada)

*“Son esenciales una política y
un plan de salud mental
para coordinar todos los servicios
y actividades relacionadas
con la salud mental.
Sin una política y unos planes
adecuados, es probable que
los trastornos mentales se traten
de manera ineficaz y fragmentada.”*

POLÍTICA, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD MENTAL

Versión en español del módulo de política, planes y programas:

Marino Santirso Ruiz (Asturias-España)

Coordinadores de la versión en español:

Dr. J. Miguel Caldas de Almeida

Psiquiatra. Director del Departamento de Salud Mental. Facultad de Ciencias Médicas. Lisboa, Portugal

Dr. Víctor Aparicio Basauri

Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital de Jove. Gijón-Asturias, España

Comité editor (versiones española y portuguesa):

Dr. Alberto Minoletti (Chile)

Dr. Alfredo Schechtman (Brasil)

Dr. Francisco Torres Gonzalez (España)

Dr. Roberto Tykanori (Brasil)

Supervisión Técnica módulo de política, planes y programas (español):

Paz Arias García

Psicóloga

Dr. Pedro Marina González

Psiquiatra

Dr. César Sanz de la Garza

Psiquiatra

Servicios de Salud Mental de Asturias, España

Dr. Alfonso García-Ordas Alvarez

Psiquiatra

Diputación Provincial de Badajoz (Extremadura-España)

Dra. Margarita Silvestre García

Psiquiatra

Complejo Hospitalario Universitario. Badajoz (Extremadura- España)

La versión al español ha sido promovida por OPS con la colaboración de la Fundación Hospital de Jove (Gijón-Asturias.España), de la Obra Social y Cultural de la Caja de Ahorros de Asturias (Cajastur) y GlaxoSmithKline

Edita: Editores Médicos, S.A. EDIMSA

ISBN: Conjunto de Guías 84-95076-79-9

ISBN: Módulo III 84-7714-235-1

**Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2005
bajo el título de *Mental Health Policy, Plans and Programmes*
© Organización Mundial de la Salud 2005**

El Director General de la Organización Mundial de la Salud
ha concedido los derechos de traducción para la edición en español
a Editores Médicos, S.A., que son solamente responsables de esta edición en español

Catalogado por la Biblioteca de la OMS

Política, planes y programas de Salud Mental - Edición Revisada
(Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de salud mental)

1. Salud mental
2. Organización y administración de servicios de salud mental
3. Política pública
4. Organización y administración de programas nacionales de salud
5. Implementación de planes de salud
6. Directrices de planificación sanitaria I. Organización Mundial de la Salud II. Series

(NLM classification: WM 30)

La información técnica relativa a esta publicación puede obtenerse de:

Dra. Michelle Funk
Equipo de Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental
Departamento de Salud Mental y abuso de sustancias
Grupo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental
Organización Mundial de la Salud
CH-1211, Ginebra 27
Suiza
Tel: +41 22 791 3855
Fax: +41 22 791 4180
E-mail: funkm@who.int

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden obtenerse en Marketing y Difusión, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel: +41 22 791 4857; email: bookorders@oms.int). Las peticiones de autorización para reproducir o traducir publicaciones de la OMS, bien para su venta o para distribución no comercial, deberán dirigirse a Publicaciones, en la dirección mencionada más arriba (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@oms.int).

Los términos utilizados y la presentación del material de esta publicación no implican en absoluto la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud en lo que respecta al estatus legal de ningún país, territorio, ciudad o área ni sobre las autoridades, ni tampoco en lo que respecta a la delimitación de sus fronteras o demarcaciones. Las líneas punteadas en los mapas representan las fronteras o límites de manera aproximada, y sobre los cuales puede que no exista aún un acuerdo completo.

La mención de compañías específicas o de los productos de ciertos fabricantes no implica que sean aprobados o recomendados por la Organización Mundial de la Salud con respecto a otros de naturaleza similar que no son mencionados. Con la excepción de omisiones o errores, los nombres de productos patentados se distinguen por comenzar con una letra mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa y correcta y no se responsabilizará de ningún daño sufrido como resultado de su utilización.

Menciones y agradecimientos

El Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental fue realizado bajo la dirección de la Doctora Michelle Funk, Coordinadora de Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, y supervisado por el Doctor Benedetto Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental y abuso de substancias de la Organización Mundial de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud agradece el trabajo del Dr. Alberto Minoletti, del Ministerio de Salud de Chile, quien preparó este módulo.

Grupo de coordinación técnica y editorial:

Dra. Michelle Funk, Organización Mundial de la Salud, Sede Central (OMS/HQ), Natalie Drew, (OMS/HQ), Dra. Joanne Epping-Jordan, (OMS/HQ), Profesor Alan J. Flisher, Universidad de Ciudad del Cabo, Observatory, República de Sudáfrica, Profesor Melvyn Freeman, Departamento de Salud, Pretoria, Sudáfrica, Dr. Howard Goldman, Instituto de Investigación de la Asociación Nacional de Directores de Programas de Salud Mental y Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland, EEUU, Dr. Itzhak Levav, Servicios de Salud Mental, Ministerio de Salud, Jerusalén, Israel y Dr. Benedetto Saraceno, Sede Central (OMS/HQ).

El Dr. Crick Lund, Universidad de Ciudad del Cabo, Observatory, República de Sudáfrica, completó la edición técnica de este módulo.

Asistencia técnica:

Dr. Jose Bertolote, Organización Mundial de la Salud, Sede Central (OMS/HQ), Dr. José Miguel Caldas de Almeida, Oficina Regional para las Américas de la OMS, Dr. Vijay Chandra, Oficina Regional para el Sudeste Asiático de la OMS, Dra. Custodia Mandlhate, Oficina Regional para África de la OMS, Dr. Claudio Miranda (OPS), Dr. Ahmed Mohit, Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental de la OMS, Dr. Wolfgang Rutz, Oficina Regional para Europa de la OMS, Dr. WANG Xiandong, Oficina Regional para el Pacífico Oeste de la OMS, Dra. Derek Yach (OMS/HQ), Margaret Grigg (OMS/HQ) y el personal del Grupo de Política de Información y Evidencias de la Organización Mundial de la Salud.

Servicios administrativos y de secretariado:

Adelina Loo (OMS/HQ), Anne Yamada (OMS/HQ) y Razia Yaseen (OMS/HQ)

La OMS también agradece a los siguientes expertos por su opinión y contribución técnica a este módulo:

Dr. Adel Hamid Afana	Director, Departamento de Formación y Educación, Programa de Salud Mental en la Comunidad, Gaza
Dr. Bassam Al Ashhab	Ministerio de Salud, Autoridad Palestina, Cisjordania
Ella Amir	Ami Québec, Canadá
Dr. Julio Arboleda-Flórez	Departamento de Psiquiatría, “Queen’s University”, Kingston, Ontario, Canadá
Jeannine Auger	Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, Québec, Canadá
Dra. Florence Baingana	Banco Mundial, Washington DC, EEUU
Louise Blanchette	Programa de Salud Mental de la Universidad de Montreal, Canadá
Dra. Susan Blyth	Universidad de Ciudad del Cabo, Ciudad del Cabo, Sudáfrica
Dr. Thomas Bornemann	Director de Salud Mental, Programa de Salud Mental del Carter Center, Atlanta, EEUU
Nancy Breitenbach	Inclusion International, Ferney-Voltaire, Francia
Dr. Anh Thu Bui	Ministerio de Salud, Koror, República de Palau
Dra. Sylvia Caras	Organización “People WHO”, Santa Cruz, California, EEUU
Claudina Cayetano	Ministerio de Salud, Belmopán, Belice
Dr. CHANG Chueh	Taipei, Taiwan
Prof. YAN Fang Chen	Centro de Salud Mental Shandong, Jinan, República Popular de China
Dra. Chantharavdy Choulamanny	Mahosot, Hospital General, Vientiane, República Democrática de Laos
Dra. Ellen Corin	Centro de Investigación Hospitalaria Douglas, Québec, Canadá
Dr. Jim Crowe	Presidente, Asociación Mundial de la Esquizofrenia y Desórdenes Asociados, Dunedin, Nueva Zelanda
Dr. Araba Sefa Dedeh	Facultad de Medicina de la Universidad de Ghana, Acre, Ghana
Dr. Nimesh Desai	Profesor de Psiquiatría y Superintendente Médico, Instituto del Comportamiento Humano y Ciencias Asociadas, India
Dr. M. Parameshvara Deva	Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina Perak, Malasia
Prof. Saida Douki	Presidente, Sociedad Psiquiátrica de Túnez, Túnez, Tunicia
Prof Ahmed Abou El-Azayem	Ex-presidente, Federación Mundial para la Salud Mental, El Cairo, Egipto
Dr. Abra Fransch	WONCA, Harare, Zimbabwe
Dr. Gregory Fricchione	Centro Carter, Atlanta, EEUU
Dr. Michael Friedman	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Diane Froggatt	Directora Ejecutiva, Asociación Mundial de Esquizofrenia y Trastornos Asociados, Toronto, Ontario, Canadá
Gary Furlong	Centro de Salud Comunitario Metro Local, Montreal, Canadá
Dr. Vijay Ganju	Instituto de Investigación de la Asociación Nacional de Directores de Programas de Salud Mental Alexandria, VA, EEUU
Reine Gobeil	Hospital Psiquiátrico, Québec, Canadá
Dr. Nacanieli Goneyali	Ministerio de Salud, Suva, Fiji
Dr. Gaston Harnois	Centro de Investigación Hospitalaria Douglas, Centro colaborador OMS, Québec, Canadá
Gary Haugland	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. HE Yanling	Asesor Ministerio de Salud, Beijing, República Popular de China
Prof. Helen Herrman	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Melbourne, Australia
Karen Hetherington	Centro colaborador OMS/PAHO, Canadá

Prof. Frederick Hickling	Sección de Psiquiatría, Universidad de las Indias Occidentales, Kingston, Jamaica
Dr. Kim Hopper	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. HWANG Tae-Yeon	Director, Departamento de Rehabilitación Psiquiátrica y Psiquiatría Comunitaria , Yongin City, República de Corea
Dr. Aleksander Janca	Universidad "Western Australia", Perth, Australia
Dr. Dale L. Johnson	Asociación Mundial de Esquizofrenia y Trastornos Asociados, Taos, NM, EEUU
Dra. Kristine Jones	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. David Musau Klima	Director, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Nairobi, Kenya
Todd Kriebel	Ministerio de Salud, Wellington, Nueva Zelanda
John P. Kummer	Equilibrium, Unteraegeri, Suiza
Prof. Lourdes Ladrado-Ignacio	Departamento de Psiquiatría y Medicina Conductual, Facultad de Medicina y Hospital General Phillipine, Manila, Filipinas
Dr. Pirkko Lahti	Secretario General / CEO, Federación Mundial para la Salud Mental, Director Ejecutivo, Asociación Finlandesa para la Salud Mental, Helsinki, Finlandia
Eero Lahtinen	Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, Helsinki, Finlandia
Dr. Eugene M. Laska	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. Eric Latimer	Centro de Investigación Hospitalaria Douglas, Québec, Canadá
Dr. Ian Lockhart	Universidad de Ciudad del Cabo, Observatory , República de Sudáfrica
Dr. Marcelino López	Investigación y Evaluación, Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, Sevilla, España
Annabel Lyman	División de Medicina Conductual, Ministerio de Salud, República de Palau
Dr. MA Hong	Consejero, Ministerio de Salud, Beijing (Pekín), República Popular de China
Dr. George Mahy	Universidad de las Indias Occidentales, St. Michael, Barbados
Dr. Joseph Mbatia	Ministerio de Salud, Dar-es-Salaam, Tanzania
Dra. Céline Mercier	Centro de Investigación Hospital Douglas, Québec, Canadá
Dra. Leen Meulenbergs	Centro Interuniversitario Belga para la Investigación y la Acción sobre la Salud y los Factores Psicobiológicos y Psicosociales, Bruselas, Bélgica
Dr. Harry I. Minas	Centro para la Salud Mental Internacional y Psiquiatría Transcultural, Hospital San Vicente, Fitzroy, Victoria, Australia
Dr. Alberto Minoletti	Ministerio de Salud, Santiago de Chile, Chile
Dra. P. Mogne	Ministerio de Salud, Mozambique
Dr. Paul Morgan	SANE, South Melbourne, Victoria, Australia
Dr. Driss Moussaoui	Universidad Psiquiátrica, Casablanca, Marruecos
Dr. Matt Muijem	Centro Sainsbury para la Salud Mental, Londres, Reino Unido
Dra. Carmine Munizza	Centro de Estudios e Investigación Psiquiátrica, Turín, Italia
Dr. Shisram Narayan	Hospital San Giles, Suva, Fiji
Dra. Sheila Ndyabangi	Ministerio de Salud, Kampala, Uganda
Dr. Grayson Norquist	Instituto Nacional de Salud Mental, Bethesda, MD, EEUU
Dr. Frank Njenga	Presidente . Asociación de Psiquiatras de Kenya, Nairobi, Kenya
Dra. Angela Ofori-Atta	Unidad de Psicología Clínica, Facultad de Medicina de la Universidad de Ghana, Korle-bu, Ghana
Prof. Mehdi Paes	Hospital Psiquiátrico de la Universidad de Arrazi, Sale, Marruecos
Dr. Rampersad Parasram	Ministerio de Salud, Puerto España, Trinidad y Tobago

Dr. Vikram Patel	Centro Sangath, Goa, India
Dr. Dixianne Penney	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. Yogan Pillay	Proyecto Igualdad ,Pretoria, República de Sudáfrica
Dr. M. Pohanka	Ministerio de Salud, República Checa
Dra. Laura L. Post	Servicios Psiquiátricos de Mariana, Saipan, EEUU
Dra. Prema Ramachandran	Comisión de Planificación, Nueva Delhi, India
Dr. Helmut Remschmidt	Departamento de Psiquiatría Infantil y Juvenil, Marburg, Alemania
Prof. Brian Robertson	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Ciudad del Cabo, República de Sudáfrica
Dra. Julieta Rodríguez Rojas	Integrar a la adolescencia, Costa Rica
Dra. Agnes E. Rupp	Jefa, Programa de Investigación sobre Economía en Salud Mental, NIMH/NIH, EEUU
Dr. Ayesh M. Sammour	Ministerio de Salud, Autoridad Palestina, Gaza
Dr. Aive Sajas	Departamento de Bienestar Social, Tallin, Estonia
Dr. Radha Shankar	AASHA (Hope), Chennai, India
Dra. Carole Siegel	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Prof. Michele Tansella	Departamento de Medicina y Salud Pública, Universidad de Verona, Italia
Mrinali Thalagodapitiya	Directora Ejecutiva, NEST, Hendala, Watala, Gampaha District, Sri Lanka
Dr. Graham Thornicroft	Director, PRISM, Instituto Maudsley de Psiquiatría, Londres, Reino Unido
Dr. Giuseppe Tibaldi	Centro de Estudios e Investigación Psiquiátrica, Turín, Italia
Dra. Claire Townsend	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Queensland, Toowing Qld., Australia
Dr. Gombodorjiin TseTsegdary	Ministerio de Salud y Bienestar Social, Mongolia
Dra. Bogdana Tudorache	Presidenta, Liga Rumana para la Salud Mental, Bucarest, Rumanía
Judy Towner-Crowson	Antigua Presidenta Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial, WAPR Comité de Apoyo, Hamburgo, Alemania
Pascale Van den Heede	Salud Mental Europa, Bruselas, Bélgica
Marianna Várfalvi-Bognarne	Ministerio de Salud, Hungría
Dr. Uldis Veits	Comisión Municipal de Salud de Riga, Riga, Letonia
Luc Vigneault	Asociación de Grupos de Defensa de los Derechos en Salud Mental de Québec, Canadá
Dr. WANG Liwei	Asesor, Ministerio de Salud, Pekín, República Popular de China
Dra. Erica Wheeler	Ornex, Francia
Prof. Harvey Whiteford	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Queensland, Toowing Qld, Australia
Dr. Ray G. Xerri	Ministerio de Salud, Floriana, Malta
Dr. XIE Bin	Asesor, Ministerio de Salud, Pekín, República Popular de China
Dr. YU Xin	Asesor, Ministerio de Salud, Pekín, República Popular de China
Prof SHEN Yucun	Instituto de Salud Mental, Facultad de Medicina Universidad de Pekin República Popular de China
Dr. Taintor Zebulon	Presidente, WAPR, Departamento de Psiquiatría, Centro Médico de la Universidad de Nueva York, Nueva York, EEUU

La OMS también desea agradecer el generoso apoyo financiero de los Gobiernos de Australia, Finlandia, Italia, Países Bajos, Nueva Zelanda y Noruega.

Presentación	x
Resumen	2
Objetivos y Destinatarios	11
1. Introducción	12
2. Desarrollar una política de salud mental: pasos esenciales	17
Paso 1. Evaluar las necesidades de la población	19
Paso 2. Recopilar evidencias para realizar estrategias efectivas	22
Paso 3. Consulta y negociación	23
Paso 4. Intercambios con otros países	25
Paso 5. Exponer la filosofía global, los valores, los principios y los objetivos	26
Paso 6. Establecer las áreas de actuación	30
Paso 7. Identificar las principales funciones y responsabilidades de los diferentes sectores	38
Ejemplos de políticas	40
3. Desarrollar un plan de salud mental	44
Paso 1. Establecer las estrategias y el cronograma	44
Paso 2. Establecer indicadores y objetivos	48
Paso 3. Establecer las actividades principales	48
Paso 4. Establecer adecuadamente los costes, los recursos disponibles y los presupuestos	50
Ejemplos de planes	55
4. Desarrollar un programa de salud mental	59

“Son esenciales una política y un plan de salud mental para coordinar todos los servicios y actividades relacionadas con la salud mental. Sin una política y unos planes adecuados, es probable que los trastornos mentales se traten de manera ineficaz y fragmentada.”

5. Cuestiones acerca de la puesta en marcha de la política, los planes y los programas	61
Paso 1. Difundir la política	61
Paso 2. Generar financiación y apoyo político	61
Paso 3. Desarrollar una organización de apoyo	62
Paso 4. Crear proyectos piloto en áreas de demostración	63
Paso 5. Reforzar a los proveedores de salud mental	63
Paso 6. Reforzar la coordinación intersectorial	68
Paso 7. Promover la relación entre las partes implicadas	72
Ejemplos de la puesta en práctica de una política	76
6. Ejemplos de casos de la política, planes y programas de salud mental	78
7. Obstáculos y soluciones	82
8. Recomendaciones y conclusiones	88
Anexo 1. Ejemplos de intervenciones efectivas en salud mental	89
Anexo 2. Principios para el desarrollo de directrices sobre salud mental	93
Anexo 3. Respaldo del desarrollo de la política, los planes y los programas sobre salud mental: funciones de algunas de las partes implicadas	94
Definiciones	97
Lectura adicional	97
Referencias	98

Este módulo forma parte del Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental de la OMS, y proporciona información práctica para ayudar a los países a mejorar la salud mental de sus respectivas poblaciones.

¿Cuál es el propósito del Conjunto de Guías?

El propósito del Conjunto de Guías es ayudar a los planificadores y a los gestores de políticas a la hora de:

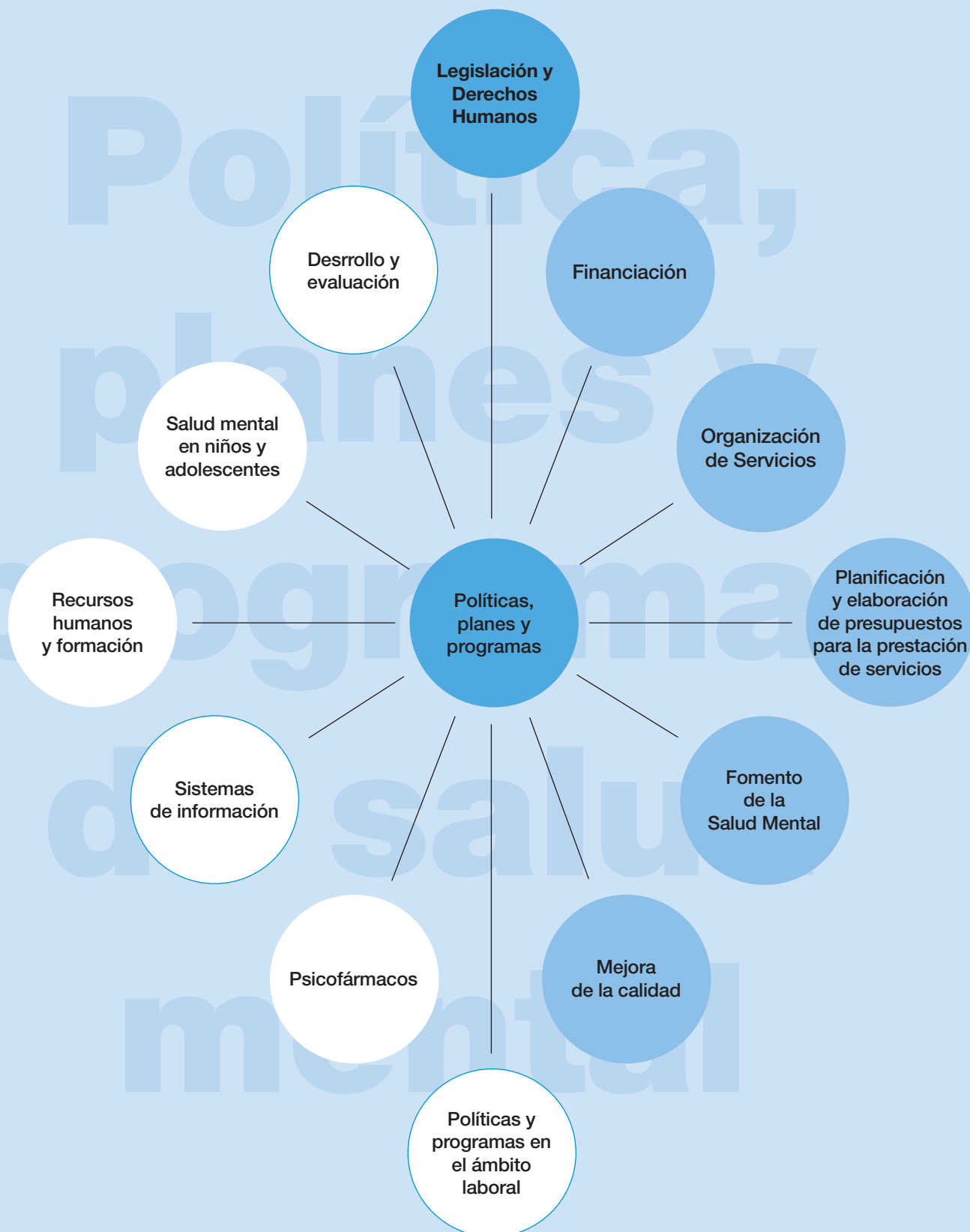
- desarrollar políticas y estrategias amplias para la mejora de la salud mental de las poblaciones
- utilizar los recursos existentes para obtener los mayores beneficios posibles
- proporcionar servicios eficaces a aquellos que lo necesiten
- colaborar a la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad, mejorando de esta forma su calidad de vida.

¿Qué se incluye en el Conjunto de Guías?

Este Conjunto de Guías consta de una serie de módulos relacionados entre sí y fáciles de utilizar, diseñados para tratar toda una diversidad de necesidades y prioridades en el desarrollo de políticas y en la planificación de servicios. El tema de cada módulo constituye un aspecto fundamental de la salud mental. El punto de inicio se halla en el módulo titulado *El contexto de la salud mental*, donde se describe el contexto global de la salud mental y se resume el contenido de los demás módulos. Este módulo debería ayudar a los lectores a comprender el contexto global de la salud mental y permitirles seleccionar aquellos módulos que les resulten útiles para su contexto. El módulo principal es el que tiene por título *Política, planes y programas de salud mental*, el cual proporciona información detallada sobre el proceso de desarrollo de políticas y su puesta en práctica a través de planes y programas. Tras la lectura de este módulo, los países pueden centrarse en aspectos específicos de la salud mental, tratados en los otros módulos.

El Conjunto de Guías incluye los siguientes módulos:

- > El contexto de la salud mental.
- > Política, planes y programas de salud mental.
- > Financiación de la salud mental.
- > Legislación y derechos humanos en salud mental.
- > Fomento de la salud mental.
- > Organización de los servicios de salud mental.
- > Mejora de la calidad de la salud mental.
- > Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental.



Los siguientes módulos no están todavía disponibles, pero se incluirán en la versión final del Conjunto de Guías:

- > Mejora al acceso y el uso de psicofármacos.
- > Sistemas de información de salud mental.
- > Recursos humanos y formación para la salud mental.
- > Salud mental en niños y adolescentes.
- > Desarrollo y evaluación de políticas y servicios de salud mental.
- > Políticas y programas sobre salud mental en el entorno laboral.

¿A quién va dirigido este Conjunto de Guías?

Los módulos resultarán de interés para:

- gestores políticos y planificadores de salud
- departamentos gubernamentales a nivel federal, estatal/regional y local
- profesionales de la salud mental
- grupos que representan a las personas con trastornos mentales
- representantes o asociaciones de familias y cuidadores de personas con trastornos mentales
- organizaciones de apoyo que representen los intereses de las personas con trastornos mentales y los de sus familiares
- organizaciones no gubernamentales implicadas o interesadas en proporcionar servicios de salud mental

Cómo utilizar los módulos

- Pueden emplearse **individualmente o como un “paquete”**: los módulos contienen referencias entre sí para facilitar su uso. Los países pueden examinar cada uno de los módulos de manera sistemática o bien utilizar uno de los módulos cuando deseen tratar un aspecto concreto de la salud mental. Por ejemplo, los países que deseen analizar el tema de la legislación pueden encontrar útil para este fin el módulo titulado *Legislación y derechos humanos en salud mental*.
- Pueden emplearse como **material de formación** para gestores políticos de salud mental, planificadores y otras personas que se dediquen a organizar, suministrar y financiar servicios de salud mental. Pueden utilizarse como material formativo en cursos universitarios. Las organizaciones profesionales pueden utilizar estos materiales como ayudas a la formación de personas que trabajen en el ámbito de la salud mental.
- Pueden utilizarse como marco de referencia general o **“guía de asesoría técnica”** por parte de un amplio espectro de organizaciones nacionales e internacionales que dan apoyo a países que deseen reformar su política y/o servicios de salud mental.
- Los usuarios, familias y organizaciones de apoyo pueden emplearlos como **instrumentos de apoyo**. Los módulos contienen información útil para la educación pública y para aumentar la sensibilidad social sobre la salud mental entre los políticos, líderes de opinión, otros profesionales de la salud y el público en general.

Formato de los módulos

Cada módulo especifica claramente cuáles son sus objetivos y el tipo de audiencia al que va dirigido. Se presentan en un formato paso a paso para ayudar a los países en el uso y puesta en práctica de los consejos incluidos. Estos consejos no pretenden ser obligatorios ni deben ser interpretados de manera rígida: se anima a los países a que adapten el material según sus propias necesidades y circunstancias. Se proporcionan ejemplos prácticos a lo largo del módulo.

Existen abundantes referencias entre los diversos módulos. Puede que los lectores de un módulo necesiten consultar otro (indicado en el texto) si desean más información.

Todos los módulos deberían leerse a través del prisma de la política de la OMS de proporcionar la mayor parte de los cuidados de salud mental a través de los servicios de atención primaria y el entorno comunitario. La salud mental es necesariamente un asunto que afecta a varios sectores como educación, empleo, vivienda, servicios sociales y justicia. Es importante establecer un compromiso con organizaciones de usuarios y familias acerca del desarrollo de las políticas y de la prestación de servicios.

Dra. Michelle Funk

Dr. Benedetto Saraceno

1. Introducción

Una política explícita sobre salud mental es una herramienta poderosa y esencial para el departamento de salud mental de cualquier ministerio de salud. Una política correctamente formulada y puesta en práctica a través de planes y programas puede tener un impacto significativo sobre la salud mental de la población afectada. Los resultados descritos en la literatura incluyen mejoras en la organización y la calidad de la prestación de los servicios, la accesibilidad, el cuidado comunitario, los vínculos entre las personas con trastornos mentales y sus cuidadores y en varios indicadores de salud mental.

A pesar del amplio reconocimiento de la importancia de las políticas de salud mental, los datos recopilados por la OMS revelan que el 40,5% de los países no disponen de política sobre salud mental y que un 33,3% no dispone de programa. (OMS, 2001b).

Este módulo presenta una guía basada en la evidencia para el desarrollo y puesta en práctica de políticas, planes y programas de salud mental. Las experiencias de varios países son utilizadas como ejemplos prácticos para la preparación de políticas de salud mental y su puesta en práctica mediante planes y programas.

La salud mental suele estar imbricada dentro de un complejo cuerpo de políticas sociales, de salud, y de bienestar. El campo de la salud mental se ve afectado por una gran variedad de políticas, estándares e ideologías que no están directamente relacionadas con la salud mental. Cuando se está formulando una política de salud mental, es necesario valorar el entorno físico y social en el que viven las personas, para potenciar sus efectos positivos. Es asimismo necesario asegurar la colaboración intersectorial de tal forma que se obtengan beneficios de los programas de educación, sanidad, de las políticas de bienestar y empleo, del mantenimiento de la ley y el orden, de las políticas orientadas específicamente a los jóvenes y a la tercera edad, así como de la vivienda, la planificación territorial y los servicios municipales (OMS, 1987; OMS, 2001a).

La información contenida en este módulo se considera relevante para una gran variedad de sistemas de salud, incluyendo los descentralizados. Se acepta generalmente que las políticas, planes y programas nacionales son necesarios para conceder a la salud mental la prioridad adecuada en un país, así como para organizar los recursos de manera eficiente. Se pueden desarrollar planes y programas a niveles estatales, regionales, provinciales, municipales, de distrito/área y a otros niveles locales dentro del país, para responder a circunstancias locales específicas, pero siguiendo los planes nacionales. Si no existe un plan nacional, se corre el riesgo de que se produzcan fragmentaciones y duplicidades de los planes desarrollados más localmente.

Los conceptos y recomendaciones presentados en este módulo van dirigidos a países y regiones en una amplia variedad de circunstancias y con distintos niveles de recursos. El módulo proporciona ejemplos de cómo se pueden desarrollar políticas, planes y programas en países con un nivel de recursos bajo o medio.

2. Desarrollar una política: pasos esenciales

Es importante tener en mente un cronograma cuando se aborda una política sobre salud mental. Es realista disponer de uno o dos años para el desarrollo y de cinco a diez años para la implantación y obtención de cambios (OMS, 1984a). Los diferentes elementos de las políticas, planes y programas pueden requerir diferentes periodos de tiempo.

Paso 1. Reunir información y datos para el desarrollo de la política

Una buena política depende de la información sobre las necesidades de salud mental de la población y del sistema de salud mental, así como de las prestaciones que éste ofrece. Las necesidades de la población pueden determinarse, por ejemplo, mediante estudios de prevalencia e incidencia, señalando lo que la comunidad identifica como problemas y comprendiendo las conductas de la población a la hora de buscar ayuda para estos problemas. Asimismo, deben establecerse prioridades.

Además de lo anterior, el sistema actual de prestación de servicios de salud mental debe ser bien entendido y debidamente documentado. Saber quién presta los servicios, a quién los presta y con qué recursos es un punto de comienzo importante para desarrollar una política de salud mental razonable y factible.

Las necesidades pueden determinarse por los siguientes métodos:

- a) **Investigación formal:** estudios epidemiológicos de la población general y de grupos especiales (Ej. Escuelas y lugares de trabajo), estudios epidemiológicos simples de los pacientes que visitan los dispositivos sanitarios estudios de carga de enfermedad que impliquen el uso de DALYs (Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad), entrevistas exhaustivas y grupos definidos.
- b) **Evaluación rápida:** análisis secundario de los datos obtenidos de los sistemas de información existentes, entrevistas breves con personas clave y grupos de debate que incluyan a personas con trastornos mentales, familias, cuidadores y personal sanitario.

Paso 2. Recopilar evidencias para realizar estrategias efectivas

Las evidencias pueden obtenerse visitando los servicios locales y examinando la documentación nacional e internacional.

- a) **Evidencias de un país o región:** las principales evidencias se obtienen de la evaluación de las políticas, planes y programas previos. Los programas piloto y las experiencias locales son también excelentes fuentes de información.
- b) **Evidencias de otros países o regiones:** las evidencias más útiles pueden obtenerse de países o regiones que presenten rasgos culturales y socioeconómicos similares.
- c) **Evidencias en las publicaciones:** evaluación de las políticas de salud mental nacionales o regionales.

Paso 3. Consulta y negociación

El proceso de formulación y puesta en práctica de una política de salud mental es, sobre todo, de naturaleza política. Depende también, en menor cuantía, de acciones técnicas y de la obtención de recursos. El papel del ministerio de salud es el de escuchar a las diversas partes implicadas y hacer propuestas que combinen sus diferentes puntos de vista con las evidencias derivadas de experiencias nacionales e internacionales. Se debería alcanzar un compromiso activo por parte de la mayoría de las partes implicadas para desarrollar y llevar a cabo una política de salud mental. Es muy importante obtener apoyo político.

Paso 4. Intercambios con otros países

Compartir experiencias con otros países puede ayudar al país en cuestión a aprender acerca de los últimos avances en países más desarrollados y acerca de experiencias creativas e intervenciones de bajo coste en los menos desarrollados. Los expertos internacionales también pueden ser de ayuda para establecer este tipo de cooperación.

Paso 5. Exponer la filosofía global, los valores, los principios y los objetivos

Una vez se haya recopilado la información de diversas fuentes en los pasos 1 al 4, se pueden exponer finalmente los fundamentos de la política describiendo la filosofía, los valores, los principios y los objetivos para la salud mental.

- a) **Filosofía global:** generalmente se proponen unas expectativas altas para la salud mental, describiendo lo que sería deseable para un país o región. No obstante, deben ser realistas, dando cobertura a aquello que es posible de acuerdo con los recursos y tecnología disponibles.
- b) **Valores y principios:** cada país y región tiene sus propios valores asociados con la salud mental y los trastornos mentales. Durante el proceso de formulación de la política es necesario debatir qué valores y principios guía deben adoptarse.
- c) **Objetivos para la salud mental:** los tres objetivos generales de cualquier política de salud (OMS, 2000a) son aplicables a la política específica sobre salud mental.

1. *Mejorar la salud de la población.* La política debe indicar claramente los objetivos para mejorar la salud mental de la población. Lo ideal sería emplear indicadores de resultados de salud mental, tales como calidad de vida, funcionamiento psíquico, discapacidad, morbilidad y mortalidad. Si esto no es posible pueden emplearse también parámetros de proceso, tales como el acceso y la utilización de los servicios.
2. *Responder a las expectativas de la población.* En el ámbito de la salud mental esto incluye el respeto hacia las personas y una orientación centrada en el usuario.
3. *Proporcionar financiación para los problemas de salud.* Entre los asuntos relevantes para la salud mental están: la equidad en la distribución de recursos entre regiones, la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos básicos, la equiparación de los servicios de salud mental con los de salud general y la asignación de un porcentaje apropiado del presupuesto total de sanidad a la salud mental.

Paso 6. Establecer las áreas de actuación

El siguiente paso es traducir los objetivos de la política de salud mental en áreas de actuación. Para que sea efectiva, una política de salud mental debe considerar el desarrollo simultáneo de diferentes áreas. Las áreas a incluir pueden variar según el país o región y el período histórico. Las siguientes áreas han formado parte de la mayoría de las políticas desarrolladas a lo largo de los últimos 20 años.

- Financiación.
- Legislación y derechos humanos.
- Organización de servicios.
- Recursos humanos y formación.
- Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Adquisición y distribución de la medicación básica.
- Fomento
- Mejora de la calidad.
- Sistemas de información.
- Desarrollo y evaluación de políticas y servicios.
- Colaboración intersectorial.

Paso 7. Identificar las principales funciones y responsabilidades de los diferentes sectores

Los principales sectores a los que se requiere que asuman roles y responsabilidades específicas son:

- agencias gubernamentales (sanidad, educación, empleo, bienestar social, vivienda, justicia)
- instituciones académicas
- asociaciones de profesionales
- trabajadores de salud y de salud mental
- grupos de usuarios y familias
- proveedores
- organizaciones no gubernamentales
- medicina tradicional.

3. Desarrollar un plan de salud mental

Paso 1. Establecer las estrategias y el cronograma

Deben determinarse las estrategias para cada una de las áreas de actuación definidas en el Paso 6 del epígrafe anterior. Estas estrategias deben después coordinarse para asegurar que los planes son coherentes y que están diseñados para cumplir los objetivos establecidos. Las estrategias son generalmente formuladas y priorizadas mediante la consulta con las partes implicadas y teniendo en cuenta:

- los puntos débiles y fuertes del sistema de salud actual
- las oportunidades y obstáculos para el desarrollo de políticas y planes de salud mental en el país o región en cuestión.

Debe definirse un cronograma para cada estrategia. Esto consiste en establecer en qué año comenzará y durante cuánto tiempo estará en funcionamiento. Es necesario que algunas estrategias sigan funcionando continua e indefinidamente. Otras operarán durante periodos limitados. A menudo ocurre que una estrategia no puede ponerse en marcha totalmente desde el año de su inicio porque los recursos o capacidades son inadecuados

Paso 2. Establecer indicadores y objetivos

Las estrategias estudiadas deben desglosarse en objetivos e indicadores específicos creados para determinar a posteriori si el plan ha resultado eficaz o no. Los objetivos deben ser claros y explícitos y especificar detalladamente qué es lo que se debe lograr dentro del marco temporal establecido.

Debe ser posible evaluar la cuantificación de los resultados y la identificación de indicadores para cada objetivo.

Paso 3. Establecer las actividades principales

Para cada estrategia, y en cada área de actuación, deben enunciarse actividades detalladas teniendo en cuenta cómo se va a llevar a cabo dicha estrategia. Un plan de salud mental debe especificar qué actividades se realizarán; quiénes serán las personas responsables de cada actividad, cuánto tiempo llevará cada actividad; cuándo se llevarán a cabo; qué actividades podrían hacerse simultáneamente y cuáles podrían realizarse únicamente a continuación de otras. Es también necesario especificar cuáles son los resultados esperados de cada actividad así como los potenciales problemas y retrasos que podrían frenar su ejecución.

Paso 4. Establecer adecuadamente los costes, los recursos disponibles y los presupuestos

Un tema complejo para la puesta en práctica de las estrategias y establecer el orden de prioridades, es la disponibilidad de recursos para la salud mental en el país o región. Un plan de salud mental necesita:

- Calcular los costes de cada estrategia así como el coste total del plan cada año. Los costes incluirán las inversiones de capital y los costes periódicos tales como los recursos humanos y los bienes fungibles.
- Definir quién va a financiar estos recursos. En el momento actual, la mayoría de los países disponen de estructuras mixtas para la financiación de la sanidad, incluyendo en diferentes proporciones, fondos estatales (impuestos generales), seguridad social, donaciones, seguros privados y pagos en efectivo. Es también importante tener en cuenta que la salud mental precisa desembolsos por parte de distintos sectores gubernamentales (educación, trabajo, justicia, vivienda, etc.), así como de ONGs, organizaciones de usuarios y familias e instituciones privadas.
- Adaptar los cronogramas de las estrategias y de las actividades de acuerdo con los recursos disponibles cada año.
- Replantear los cronogramas y los recursos anualmente después de controlar y evaluar la puesta en marcha del plan.

4. Desarrollar un programa de salud mental

Además de una política y de planes estratégicos detallados, es importante tener programas para objetivos específicos en lo que se refiere a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos, su tratamiento y rehabilitación. Un programa frecuentemente se pone en práctica por una división administrativa más pequeña o durante un periodo inferior al de un plan estratégico.

Los programas deberían centrarse en objetivos específicos que se hayan identificado y que precisen de una atención especial por una razón particular en un momento concreto. Por ejemplo, se pueden diseñar y poner en marcha programas en áreas como:

- La violencia contra las mujeres.
- Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF).
- Refugiados.
- Dispositivos asistenciales de seguridad o forenses
- Día Mundial de la Salud.
- Tratamiento de la epilepsia.

El desarrollo y puesta en marcha de un programa no pueden llevarse a cabo de forma caótica y desordenada sino que deben seguir los pasos descritos para los planes. Los programas deberían por tanto seguir el siguiente procedimiento:

- Establecer estrategias y cronogramas de acuerdo con la investigación y la información recopilada.
- Establecer indicadores y objetivos.
- Establecer las actividades principales y cómo y a quiénes se aplicarán.
- Establecer los costes y los recursos disponibles para orientar el programa de acuerdo a estos datos.
- Fijar procesos de seguimiento y evaluación.

5. Cuestiones acerca de la puesta en marcha de las políticas, los planes y los programas

Una política de salud mental puede llevarse a cabo a través de estrategias prioritarias identificadas gracias a un plan y a las intervenciones prioritarias identificadas por el programa. Son necesarias varias medidas para hacer posible la puesta en práctica de estas estrategias e intervenciones.

Paso 1. Difundir la política

Es importante que el ministerio de salud y las áreas o distritos de salud den a conocer las nuevas políticas entre todas las partes implicadas.

Paso 2. Generar financiación y apoyo político

Una vez redactada la política, deberán iniciarse la participación activa de las partes implicadas y las actividades de comunicación. El objetivo de estas actividades es asegurarse de que se obtiene la suficiente financiación y apoyo político para la puesta en práctica. Los líderes del país necesitan saber que los trastornos mentales representan una proporción significativa de la carga de enfermedades (DALYs) y que generan importantes necesidades y demandas. Deberían darse cuenta de que existen estrategias efectivas a las que todos los sectores pueden contribuir para la mejora de la salud mental de las personas.

Paso 3. Desarrollar una organización de apoyo

La puesta en práctica de una política de salud mental requiere un grupo competente de profesionales con experiencia tanto en salud pública como en salud mental. El grupo debería también ser responsable de dirigir el plan y el/los programa(s). Asimismo, sería responsable de facilitar la participación activa de usuarios y familias en todos los dispositivos de la red de salud mental y de establecer acciones cooperativas intersectoriales.

- > **En el nivel del ministerio de salud:** un equipo multidisciplinar ha demostrado ser muy útil en varios países. El tamaño del equipo puede variar entre dos personas a tiempo parcial en países o regiones pequeñas hasta diez personas a tiempo completo en zonas más grandes. Los profesionales a considerar incluyen psiquiatras, médicos de familia, psicólogos, enfermeras/os de salud mental, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.
- > **En el nivel del distrito o área sanitaria:** un profesional de salud mental o, idealmente, un equipo multidisciplinar.
- > **En el nivel de los equipos de salud mental de la comunidad:** Es altamente recomendable que cada equipo tenga un coordinador que dedique algunas horas a la semana a la salud pública y al trabajo de dirección.
- > **En el nivel de los equipos de atención primaria:** es recomendable que cada equipo o dispositivo de atención primaria tenga un coordinador de salud mental.

Paso 4. Crear proyectos piloto en una o varias áreas piloto

El área piloto puede ser una región geográfica o un sector de una gran ciudad que sea representativo de la mayoría de la población del país en cuestión. El conocimiento que se puede obtener del área piloto es vital para el éxito de la política en el país. Es también útil como centro de formación y orientación para los profesionales de salud del distrito o área sanitaria.

Paso 5. Reforzar a los proveedores de salud mental

Los proveedores en un sistema de salud son equipos o instituciones que ofrecen intervenciones de salud a la población. Tanto los proveedores de salud como los específicos de salud mental ofrecen prestaciones en salud mental. Algunas prestaciones son provistas por instituciones fuera del sector sanitario.

Las características de los proveedores pueden tener una fuerte influencia en la manera en que se proporcionan las prestaciones de salud mental. Los proveedores ideales son pequeños grupos multidisciplinarios que comprenden una variedad de profesionales en distintos campos, que combinan sus habilidades y comparten sus conocimientos para tratar de manera más efectiva las complejidades de la salud mental de la población.

Pueden diferenciarse seis tipos de proveedores de salud y cada uno precisa de incentivos particulares:

- proveedores de salud mental públicos
- proveedores de salud mental privados
- medicina tradicional
- grupos de ayuda mutua
- organizaciones no gubernamentales, de voluntariado y de beneficencia
- usuarios de salud mental y familias como proveedores.

Paso 6. Reforzar la coordinación intersectorial

Las tareas de los profesionales de salud mental en el ministerio de salud son:

- > coordinar actividades con profesionales de otros ministerios para así formular, poner en práctica y evaluar las intervenciones de salud mental conjuntamente
- > apoyar a los profesionales de salud mental en los distritos o áreas sanitarias para aplicar intervenciones intersectoriales en el distrito o área
- > apoyar a los profesionales de salud mental en los distritos o áreas sanitarias para mejorar la coordinación entre los equipos de salud locales y los equipos de otros sectores.

Paso 7. Promover la relación entre las partes implicadas

Para asegurar la prestación de intervenciones en salud mental que respondan a las necesidades de la población, deben existir múltiples interacciones entre las diferentes partes implicadas. Estas interacciones ocurren en diferentes niveles de la organización de un país o región.

5.7.1 Interacción entre el ministerio de salud y otros sectores

- Partes implicadas con responsabilidad en la financiación: ministerio de economía, seguros públicos y privados, y ONGs.
- Partes implicadas con responsabilidad en la provisión: organizaciones nacionales de proveedores, personas con trastornos mentales y familias, grupos de ayuda mutua, ONGs profesionales, trabajadores de la salud y practicantes de la medicina tradicional.
- Partes implicadas con responsabilidad en las normativas: asociaciones profesionales y grupos de apoyo.

5.7.2 Interacciones entre las Áreas sanitarias (distritos sanitarios) y el ministerio de salud

Uno de los factores más importantes en esta interacción es el grado de descentralización que el país, estado o región requiere de acuerdo con la estructura administrativa general, el nivel de desarrollo de los servicios de salud mental y las características sociales y culturales de la población.

- > **Política, plan y programa(s) a nivel nacional/estatal/regional o de distrito (área).** Cada país, estado o región debería evaluar las ventajas y desventajas de desarrollarlos a nivel central, local o de distrito (área), dependiendo de sus características.
- > **Asignación de fondos de los niveles regionales, estatales o nacionales al nivel de distrito o área:** Los fondos de los niveles nacionales, estatales o regionales pueden asignarse al nivel de distrito o área mediante varios mecanismos.
- > **Delegación entre el ministerio de salud y los distritos o áreas sanitarias:** El ministerio accede a transferir ciertos fondos y apoyo técnico y los distritos o áreas acceden a proporcionar un cierto volumen de intervenciones de salud mental de una calidad específica.

5.7.3 Interacción entre los distritos o áreas sanitarias y los proveedores de servicios de salud mental

- > **Gestión de los servicios de salud mental:** La gestión puede ponerse en marcha directamente a través del plan o programa(s) o indirectamente mediante delegación.
- > **Adquisición de servicios de salud mental:** En este caso el distrito o área sanitaria entra en contacto con un proveedor privado para obtener un cierto número de prestaciones de salud mental de una calidad determinada.
- > **Regulación de los servicios de salud mental:** Dado que los distritos o áreas pueden ser proveedores, es necesario disponer de múltiples fuentes reguladoras. Esto puede lograrse mediante la cooperación entre grupos de usuarios, grupos de familias y trabajadores de la salud mental para así crear una cultura basada en la calidad.
- > **Coordinación con otros sectores que ofrezcan prestaciones de salud mental:** Los profesionales responsables de la salud mental en el distrito o área sanitaria deberían recopilar los principales servicios de salud mental que son ofertados por instituciones de otros sectores. Éstos pueden incluir prestaciones en salud mental llevadas a cabo por otros sectores, actividades emprendidas por profesionales de salud para complementar otros sectores, las actividades que los trabajadores de la salud pueden desarrollar en respuesta a las necesidades de la población detectadas por otros sectores y las prestaciones sociales que las personas con trastornos mentales pueden recibir de otros sectores.

5.7.4 Interacción entre usuarios y proveedores de servicios de salud mental

- > **Coordinación de los servicios de salud mental:** Se puede llevar a cabo a través de reuniones regulares entre los equipos de atención primaria y especializada y representantes de otros sectores.
- > **Apoyo para los usuarios y grupos de familias:** Para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud mental y superar la actitud paternalista de algunos proveedores, debe potenciarse la capacidad de negociación de las organizaciones de usuarios y familias.
- > **Fomento de la salud mental y los trastornos mentales:** El estigma asociado a la salud mental y a los trastornos mentales hace necesario el desarrollo de un movimiento de apoyo y defensa para que se produzca un cambio en la cultura local.

6. Recomendaciones y conclusiones

La puesta en marcha de políticas, planes y programas de salud mental en un país o región es un proceso complejo. Deben considerarse varios factores y se deben tener en cuenta las necesidades de las diversas partes implicadas.

Las circunstancias específicas para el desarrollo de políticas, planes y programas pueden variar enormemente de un país a otro. Es necesario por tanto adaptar los pasos indicados en este módulo a las condiciones de cada país.

Aunque hay diferencias entre países, es esencial que cada uno desarrolle políticas, planes y programas de salud mental. Una política resume la filosofía, los valores y los principios, identifica las áreas para la actuación e indica quién asumirá la responsabilidad de dichas acciones. Establece, asimismo, prioridades para las estrategias. Un plan proporciona un esquema detallado para llevar a cabo las acciones estratégicas. Un programa se centra en el diseño y puesta en práctica de objetivos específicos que se deben lograr para conseguir una mejor salud mental. Disponiendo de políticas, planes y programas, los países se encuentran en una buena posición para mejorar de manera sistemática la salud mental de su población.

La experiencia en varios países y regiones demuestra que estos pasos, u otros similares, son viables a la hora de desarrollar y poner en práctica políticas, planes y programas sobre salud mental.

El proceso en su conjunto puede verse reflejado en resultados positivos en la salud mental, y la población del país, estado o región puede percibir los siguientes beneficios (OMS, 2001a):

- alivio de los síntomas asociados a los trastornos mentales
- mejora del funcionamiento en diversas áreas (Ej. La familia, sociedad, educación, empleo, etc.)
- incremento de la productividad en el trabajo
- mejora en la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y sus familias
- prevención de discapacidades psicológicas y sociales
- reducción de la mortalidad (Ej. Suicidios).

El proceso es complejo y presenta numerosos obstáculos. No obstante, las mejoras en la salud mental, el bienestar, el funcionamiento y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales proporcionan una motivación más que adecuada para el desarrollo de estas políticas, planes y programas de salud mental.

Objetivos	Presentar directrices basadas en la evidencia para el desarrollo de políticas, planes y programas de salud mental.
Destinatarios	Gestores políticos y profesionales de salud pública en los ministerios (o gabinetes) de salud de los países o en las administraciones territoriales de los países (estados, regiones, comunidades, provincias).
Cómo usar este módulo	La introducción presenta las bases conceptuales. A continuación se proporcionan directrices prácticas para la formulación de una política de salud mental y el desarrollo de los planes y los programas. Se expone un modelo claro para la puesta en marcha de políticas, planes y programas de salud mental, con ejemplos concretos de países específicos. Consúltase el Esquema 1 para un resumen visual del proceso de desarrollo y aplicación de una política de salud mental. Los países o regiones deberían adaptar las directrices proporcionadas en este módulo a sus circunstancias específicas. Se proporcionan ejemplos de cómo se pueden desarrollar y poner en práctica políticas, planes y programas de salud mental en una variedad de situaciones y con recursos variables, particularmente en países con niveles mínimos o medios de desarrollo de recursos en el ámbito de la salud mental. A menudo se proporcionan referencias cruzadas con otros módulos del Conjunto de Guías sobre Políticas y Servicios de Salud Mental.

¿Qué es una política de salud mental?

Una política de salud mental es un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población. Define una filosofía para el futuro y ayuda a establecer un modelo de actuación. Una política también estipula el nivel de prioridad que un gobierno asigna a la salud mental en relación a otras políticas sanitarias y sociales. Una política se formula generalmente para cubrir un amplio periodo de tiempo, por ejemplo, entre cinco y diez años.

A menudo, los términos “planes” y “programas” se usan de manera intercambiable. En este módulo son considerados complementarios de la política y proporcionan los medios para llevar a cabo las actuaciones.

- **Plan de salud mental:** Es un detallado esquema formulado previamente para poner en marcha actuaciones estratégicas que favorezcan la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación. Un plan de esta naturaleza permite aplicar la filosofía, los valores, los principios y los objetivos definidos en la política. Un plan incluye habitualmente las estrategias, los plazos, los recursos necesarios, objetivos, los indicadores y las actividades.

Un plan puede coincidir con la misma división administrativa y con el mismo marco temporal de la política de salud mental. Esto no tiene por qué ser siempre así: se puede desarrollar un plan para una división administrativa menor o para un periodo de tiempo inferior al de la política.

- **Programa de salud mental:** Es una intervención o serie de intervenciones con un objetivo altamente específico que tiene que ver con la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación. Un programa se suele centrar sobre una prioridad específica de la salud mental y, al igual que las políticas y planes, debe ser correctamente diseñado, presupuestado, controlado y evaluado. En contraste con la política o los planes, los programas se suelen poner en práctica en una división administrativa más pequeña o durante menos tiempo.

Las diferencias principales entre políticas, planes y programas se resumen en el Cuadro 1. Estos conceptos no se excluyen rígidamente entre sí: los límites entre ellos no están claramente definidos. En la mayoría de los países es frecuente que exista un solapamiento entre política, planes y programas.

¿Por qué es importante la política de salud mental?

Una política de salud mental explícita es una herramienta esencial y poderosa para la sección de salud mental de un ministerio de salud. La OMS ha reconocido esto desde hace más de 30 años (OMS, 1984, 1987, 1996). En el campo de la salud mental, las políticas escritas son muy importantes por las siguientes razones:

- Las políticas proporcionan un esquema general, describen los objetivos de manera amplia y sientan las bases para actuaciones futuras.
- Las políticas dan a la salud mental una prioridad acorde con la carga de enfermedad que representa y con la efectividad de las intervenciones en este campo.
- Mejoran los procedimientos para desarrollar y priorizar actividades y servicios de salud mental.
- Identifican a las principales partes implicadas en el campo de la salud mental y asignan con claridad roles y responsabilidades.
- Facilitan acuerdos para la actuación entre las diversas partes implicadas.

Se ha aprendido mucho de los desarrollos en política, planes y programas de salud mental en los últimos años. Con políticas nacionales, planes y programas sobre salud mental, los ministerios de salud han tenido un significativo impacto en la salud mental de las poblaciones

Una política de salud mental es un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de enfermedades mentales de la población.

Un plan de salud mental es un detallado proyecto formulado previamente para poner en marcha actuaciones estratégicas.

Un programa de salud mental es una intervención específica para alcanzar un objetivo específico, a menudo a corto plazo.

Cuadro 1. Algunas diferencias entre políticas, planes y programas de salud mental

	Política	Planes	Programas
Objetivos	- Filosofía/Panorámica - Valores - Principios - Objetivos generales	- Estrategias - Marcos temporales - Financiación - Recursos humanos - Objetivos - Actividades	- Intervenciones específicas - Recursos (físicos y humanos) - Presupuesto
Asignación de las prioridades	Entre la salud mental y otros problemas de salud y entre diferentes aspectos de la salud mental	Áreas de actuación y tipos de estrategias	Focos específicos identificados sobre prioridades a corto plazo.
Ámbito de los contenidos	General	General o específica (de acuerdo con las estrategias)	Específica
Duración	Larga (5 a 10 años)	Media (3 a 8 años)	Corta (1 a 5 años)
Área geográfica	País o sección amplia de un país	Desde un país a una sección pequeña de un país	Desde un país a pequeñas áreas locales

en algunos países. Algunos de los resultados han sido: la mejora en la organización y prestación de servicios; la accesibilidad; la atención comunitaria; la implicación tanto de personas con trastornos mentales como de cuidadores y las mejoras en varios indicadores de salud mental (Kemp, 1994; Cohen y Natella, 1995; De Jong, 1996, Commonwealth Department of Health and Family Services, Australia, 1997; Montejo y Espino, 1998; Thornicroft y Tansella, 1999; Barrientos, 2000). La falta de una política de salud mental y de una sección/departamento de salud mental en un ministerio de salud puede tener consecuencias negativas (Pearson, 1992; Phillips, 2000).

A pesar del amplio reconocimiento de la importancia de una política nacional sobre salud mental, el 40,5% de países no dispone de dicha política y un 30,3% no dispone de programas (OMS, 2001b). Además, en diferentes países se ha producido una enorme variación en la forma y en el contenido de las políticas y planes (Kemp, 1994).

¿Cómo se formulan normalmente las políticas?

Una política de salud mental se encuentra habitualmente dentro del complejo cuerpo de políticas dedicadas a la salud, el bienestar, y a las políticas sociales en general. La salud mental se ve influenciada por otras muchas políticas, estándares e ideologías no relacionadas necesariamente con la salud mental. Para maximizar los efectos positivos a la hora de estipular una política sobre salud mental es necesario considerar el entorno físico y social en el que la gente vive. Es también necesario asegurar la colaboración interinstitucional para beneficiarse de los programas educativos, las políticas de salud y de bienestar, las políticas de empleo, de vivienda, de planificación urbana y de servicios municipales, así como del mantenimiento de la ley y el orden y de políticas orientadas específicamente a los jóvenes y a la tercera edad (OMS, 1987; OMS, 2001a).

Existen muchas opciones para los países que deseen enunciar una política de salud mental, dependiendo de factores culturales, de la organización social y política y de la importancia concedida a la salud mental por los gobiernos. Algunas de las variables a considerar son: la institución responsable de la política, el ámbito y la estructura.

Institución responsable de la política de salud mental

Cada gobierno debería disponer de una política de salud mental aprobada y refrendada al más alto nivel. Lo ideal sería que la política fuera responsabilidad del gobierno nacional por las siguientes razones:

- La salud mental está estrechamente relacionada con el desarrollo humano y la calidad de vida.
- Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia y producen una carga de enfermedad significativa a nivel mundial.
- La puesta en marcha de intervenciones de salud mental requiere la participación de diferentes instituciones del estado.

En la mayoría de los países el ministerio de salud establece la política de salud mental. Esto tiene la ventaja de que la política se implementa exclusivamente a través de una institución, favoreciendo así la consistencia y la coherencia. Existen, no obstante, desventajas, en tanto que el sector sanitario no puede proveer todos los servicios requeridos por las personas con trastornos mentales, ni puede cubrir todos los requisitos para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Estas desventajas pueden superarse parcialmente creando una comisión nacional (o municipal) convocada normalmente por el ministerio de salud y que representa a las diversas partes implicadas (bienestar social, religiosos, educación, vivienda, empleo, justicia, policía y otros servicios sociales.)

En algunos países el ministerio de salud no ha aprobado la política de salud mental, y el documento es formulado y aprobado por la sección o división de salud mental. En este caso, la política tiene mucha menos influencia sobre los servicios dispensados a la población, aunque sigue siendo útil para priorizar y organizar las actividades que se esperan de los equipos de salud mental en los diferentes niveles del sistema sanitario.

Ámbito de la política

Sólo unos pocos países disponen de una política general o social con algunos componentes de salud mental. En los casos en que existe tal política, ésta se suele centrar en la promoción de la salud mental. Sea cual sea el contenido, cuanto más amplio sea el ámbito de la política, mejor será en términos de integrar los servicios y las actividades relacionadas con la salud mental con otros servicios sociales.

La mayoría de países cuentan o bien con una política de salud que incorpora componentes de salud mental o bien con una política sobre salud mental específica. La primera es preferible porque favorece la incorporación de la promoción y prevención en el enfoque general sobre salud y disminuye el riesgo de discriminación y estigmatización de las personas con trastornos mentales.

El ámbito de la política de salud mental está en muchos países restringido exclusivamente a los servicios psiquiátricos. Esto tiene algunas ventajas, por ejemplo, un alto grado de especificidad y una facilidad relativa de la puesta en práctica y la evaluación. No obstante, este enfoque tan limitado no permite una respuesta más integral a las necesidades de la población, como son la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos. Un enfoque amplio de salud mental abarca habitualmente tanto la atención primaria como la atención especializada, incluyendo la promoción, la prevención y la rehabilitación, mientras que los servicios psiquiátricos pueden limitarse principalmente al tratamiento de personas con trastornos mentales.

Estructura de la política de salud mental

Existe una gran versatilidad en la estructura de las políticas, planes y programas de salud mental. Algunos países sólo disponen de una política, mientras que otros han formulado ciertos aspectos de la política como parte de una ley de salud mental o una reforma (bien una reforma general de la sanidad o una reforma de los servicios psiquiátricos.) Si, al mismo tiempo y en cualquiera de estos casos, no se formula un plan de salud mental, algunos elementos del plan pueden incluirse en la política de salud mental. Otros países han diseñado una estrategia de salud mental, un plan de salud mental o un programa de salud mental en los que se incorporan algunos elementos de la política.

No se puede hacer una recomendación general a la hora de seleccionar una de estas alternativas para un país o división administrativa en particular. La decisión última es responsabilidad del gobierno de acuerdo a consideraciones históricas, culturales, políticas, del sistema legal, de la estructura social, del tipo de modelo sanitario y al significado concedido a las políticas, planes y programas sobre salud mental.

Sin importar el nombre o formato de la política, el asunto relevante para el gobierno es el tener una política aprobada al más alto nivel y que incluya los componentes principales descritos en este módulo.

¿Cuál es el ámbito de este módulo?

Para que las políticas, planes y programas de salud mental avancen de manera adecuada en un país o región se requieren los siguientes pasos clave:

Paso 1: El desarrollo de una política, planes y programas de salud mental.

Paso 2: La puesta en práctica de la política a través de los planes y programas.

Paso 3: El seguimiento de la puesta en práctica.

Paso 4: Evaluación.

Paso 5: La reformulación de la política, los planes y/o los programas.

Este módulo trata principalmente sobre los dos primeros pasos: desarrollar y poner en práctica la política, los planes y los programas. Otros módulos tratan varios aspectos de los pasos 3, 4 y 5. *Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios* discute el desarrollo, seguimiento y puesta en práctica de planes y presupuestos en los niveles locales y de área. *Mejora de la calidad* trata el seguimiento y la evaluación de la calidad de los cuidados. Los módulos a desarrollar por la OMS cubrirán el seguimiento nacional de la política, los planes y programas (*Sistemas de información*), la investigación y seguimiento de políticas, planes y programas de salud mental (*Investigación y Evaluación*) y otros asuntos.

La información proporcionada en este módulo se considera pertinente para distintos sistemas sanitarios, incluyendo aquellos no centralizados. Es generalmente aceptado que la política, los planes y los programas nacionales son necesarios para otorgar a la salud mental una prioridad alta en un país y para organizar los recursos de manera eficiente. Los estados, provincias, áreas y otros niveles locales pueden desarrollar sus propios planes y programas para responder a las circunstancias locales específicas, de acuerdo con los objetivos, estrategias y prioridades de la política nacional. En ausencia de un plan nacional general se corre el riesgo de fragmentación y/o duplicación de planes desarrollados a niveles más locales.

Los conceptos y recomendaciones presentados en este módulo están orientados para países y regiones con distintos niveles de recursos. Al igual que con las recomendaciones de actuación en tres casos distintos proporcionadas en el Capítulo 5 del *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001* (OMS, 2001a), el presente módulo ofrece directrices y ejemplos para países con niveles de recursos bajos, medios y altos. Las políticas, planes y programas de salud mental pueden ayudar a mejorar la salud mental de las poblaciones a lo largo de todo el espectro de recursos.

Puntos clave: Importancia de las políticas, planes y programas de salud mental

- Una política es un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales en una población.
- Un plan define las estrategias prioritarias, los plazos, los recursos necesarios, los objetivos y las actividades para poner en práctica dicha política.
- Un programa se centra en asuntos específicos de la salud mental que precisan intervenciones concretas y a corto plazo.
- La política, los planes y programas pueden mejorar la calidad de los servicios, la accesibilidad, la atención comunitaria, la participación de los usuarios y familiares y el nivel de salud mental de la población.

2. Desarrollar una política sobre salud mental: pasos esenciales

Las experiencias en varios países hacen posible identificar varios pasos esenciales a la hora de desarrollar una política adecuada de salud mental. La Figura 1 presenta una estructura general de los pasos a efectuar para desarrollar una política de salud mental, obtener la aprobación oficial y ponerla en práctica a través de planes y programas. La estructura es un resumen visual de los contenidos de este módulo. Los pasos se describen con mayor detalle más adelante.

Es importante tener un **cronograma** en mente cuando se aborda una política sobre salud mental. Entre uno y dos años para su desarrollo y de cinco a diez para su puesta en marcha son plazos probablemente realistas (OMS, 1998a). Una escala de tiempo inferior es casi imposible, mientras que un horizonte muy lejano puede no satisfacer ni a las partes implicadas ni a la población. Diferentes elementos de la política, los planes y los programas pueden requerir diferentes escalas temporales.

Las personas responsables de la salud mental en el ministerio de salud y en los *distritos/comunidades/áreas* sanitarios deben ser competentes, estar motivadas y ser perseverantes para poder superar los múltiples obstáculos que surgirán inevitablemente en este proceso (Véase el Capítulo 7 para consultar ejemplos de cómo enfrentarse a los obstáculos).

Una política de salud mental requiere entre uno y dos años para desarrollarse y entre cinco y diez años para llevarse a cabo

Los responsables de la salud mental en el ministerio de salud y en los distritos/comunidades/áreas sanitarios deben ser competentes, perseverantes y estar motivados.

Figura 1: Política de Salud Mental: desarrollo y puesta en práctica

DESARROLLO

Determinar las necesidades de la población

Recopilar evidencias

Consulta y negociación

Intercambio con otros países

Determinar los elementos principales de la política

Desarrollar un plan y un programa

POLÍTICA,
PLAN Y
PROGRAMA(S)
DE SALUD MENTAL
POR ESCRITO

PUESTA EN PRÁCTICA

Distribución y apoyo político

Apoyos a la organización

Proyecto piloto

Fortalecimiento de los proveedores de salud mental

Coordinación intersectorial

Adjudicación de fondos

Gestión y adquisición de servicios de salud mental

Regulación

POLÍTICA
DE SALUD
MENTAL PUESTA
EN PRÁCTICA
A TRAVÉS DEL
PLAN Y EL/LOS
PROGRAMA(S)

Paso 1. Reunir la información y los datos para el desarrollo de la política de salud mental

Información a nivel del país

a) Comprender las necesidades de salud mental de la población

El desarrollo de una política de salud mental comienza con esta pregunta: ¿Cuáles son las necesidades de salud mental de la población? Es esencial que la política de salud mental se formule en base a un conocimiento razonable de las necesidades de la población. Dichas necesidades pueden ser determinadas por los profesionales de salud mental del ministerio de salud de acuerdo con los recursos disponibles. Existen varias formas para determinar las necesidades de una población. Es importante, por ejemplo, disponer de información acerca de la prevalencia e incidencia de los problemas de salud mental, saber cuáles son los problemas que las comunidades identifican como tales, comprender la conducta de las personas que buscan ayuda, etc. (Véase también el módulo *Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental*).

Los planificadores a menudo necesitan determinar qué problemas van a considerar. A continuación se enumeran algunos criterios que podrían ayudar a clarificar por qué determinados problemas deberían tratarse:

- > por su magnitud
- > por su gravedad
- > por su importancia
- > por ser susceptible a la gestión
- > por los costes, esto es, su impacto social y económico. (Bertolote, 1992).

b) Reunir información sobre los servicios de salud mental del país

Además de disponer de información sobre las necesidades de salud mental de la población, es necesario tener datos adecuados y comprender la situación actual en lo que respecta al sistema de salud mental y la provisión de servicios. Esto incluye tener información sobre los recursos humanos disponibles, la cantidad de dinero que se invierte actualmente en salud mental, la estructura de los servicios actuales y los puntos de vista y actitudes de los trabajadores de la salud acerca de dichos servicios y posibles cambios.

i) Recursos humanos

Lo que es posible lograr en el ámbito de la salud mental se ve a menudo limitado por lo que resulta útil y factible en términos de disponibilidad de personal debidamente formado. Esto es particularmente cierto en los países en vías de desarrollo. Aunque, cuando se planifica en los países con pocos recursos se suele incluir un proceso para conseguir recursos humanos adicionales (por ejemplo, mediante la formación de psiquiatras o enfermeras de salud mental, o a través de planes para asegurar el regreso de los profesionales que se han formado fuera del país), una planificación sólida debe tener en cuenta la disponibilidad actual de recursos humanos. Es por tanto necesario conocer los recursos humanos de un país. Dependiendo del país, esta recopilación incluiría probablemente:

- Psiquiatras
- Psicólogos
- Enfermeras de salud mental
- Terapeutas ocupacionales (trabajando en salud mental o disponibles para trabajar en salud mental)
- Trabajadores sociales (trabajando en salud mental o disponibles para trabajar en salud mental)
- Practicantes de la medicina tradicional.

No obstante, los números por sí mismos a menudo describen un falso panorama de disponibilidad, accesibilidad y proporcionabilidad de los recursos humanos. Por ejemplo, en muchos países, los profesionales mejor preparados sólo atienden pacientes en el sector privado. Esto puede dejar a la mayoría de la población, en especial a la gente pobre, con

La política de salud mental debería ser formulada sobre la base del conocimiento acerca de las necesidades de servicios de la población.

pocas o ninguna posibilidad de acceso a un profesional de salud mental. Es por tanto importante hacer una recopilación de los profesionales disponibles tanto en el sector privado como en el público.

Otra asunto importante que tratar es la distribución geográfica de los recursos humanos. Es habitual en todo el mundo que los profesionales cualificados (incluyendo a los profesionales de salud mental) se encuentren principalmente en áreas urbanas. Así pues, aunque un país parezca disponer de un número de profesionales adecuado a su población, esto puede ocultar el hecho de que en algunas áreas la accesibilidad y la disponibilidad son extremadamente pobres o incluso inexistentes.

ii) Recursos financieros

En muchos países puede verse que existen unos recursos financieros inadecuados para lograr los objetivos de la política. De igual forma, los planes y programas se redactan a menudo sin considerar cuidadosamente qué es lo que se podría conseguir con los recursos disponibles. Conseguir recursos adicionales para la salud mental es un objetivo importante para mejorar los servicios (véase el módulo *Financiación para la salud mental*). Aún así, en muchos países, los planificadores de salud mental no saben cuánto dinero se está dedicando a la salud mental e ignoran qué servicios se están financiando. Esto puede llevar a unos preparativos inútiles. Disponer de una información financiera razonablemente precisa es de vital importancia para la planificación de los servicios.

En muchos países, el presupuesto para salud mental está distribuido entre varias líneas d presupuestarias en lugar de existir una cantidad global en una asignación “verticalizada” independiente. Por ejemplo, la salud mental en atención primaria puede formar parte del presupuesto de salud mental de un distrito (o área) mientras que las unidades psiquiátricas de los hospitales generales reciben fondos del presupuesto general destinado al hospital. Aunque no se trata de defender el hecho de que todos los servicios de salud mental debieran estar concentrados dentro de un único presupuesto de salud mental, una consecuencia de un presupuesto disperso es que hace difícil la planificación de manera racional de los servicios de salud mental y de priorizarlos de acuerdo a las necesidades, o incluso de acuerdo a una política aprobada. Se sugiere por tanto que los planificadores sepan dónde están y cuánto cuestan los recursos, sin importar desde qué líneas presupuestarias se asignan.

iii) Estructura del servicio

A veces, cuando se desarrolla una nueva política, ésta simplemente formaliza una manera previa de proporcionar los servicios. No obstante, es más frecuente que la nueva política se cree para cambiar el *status quo*. Para que se produzca el cambio, los planificadores necesitan información sobre el punto de partida, es decir, dónde y cómo se proveen los servicios básicos de salud mental.

Una comprensión adecuada de la estructura de los servicios, combinada con la información acerca de los recursos humanos y financieros y la distribución mencionada anteriormente, proporciona el punto de salida necesario para la planificación detallada de los servicios. Por ejemplo, si la mayoría de los servicios de salud mental se facilitan en instituciones psiquiátricas y la política propone 1) que los servicios deberían centrarse en la atención comunitaria y que 2) debería ponerse más énfasis en la promoción y la prevención, los planificadores pueden diseñar estrategias acerca de qué servicios cerrar y cuáles se deberían desarrollar. Junto con la información inicial sobre recursos humanos y financieros, la planificación se realiza basándose en la realidad.

iv) Puntos de vista y actitudes de los trabajadores de la salud

Los mejores planes y políticas de salud mental pueden fracasar si aquéllos que tienen que llevarlos a cabo se resisten al cambio y/o a los cambios específicos recomendados.

Como parte de la valoración de la información inicial necesaria para crear planes sobre salud mental, puede ser importante comprender las perspectivas de los trabajadores sanitarios respecto a los posibles cambios. Esto proporcionará a los planificadores una orientación sobre las dificultades que podrían encontrarse a la hora de lograr que la política se acepte y se ponga en práctica.

Es necesario disponer de datos adecuados y conocer la situación actual en lo que respecta al sistema de salud mental y a la prestación de servicios.

Parte de la información inicial mencionada en esta sección debería recopilarse y estar disponible fácilmente. Por otra parte, deberán obtenerse ciertos datos mediante investigación. En este segundo caso, es importante no retrasar innecesariamente la planificación esperando a disponer de resultados detallados, por lo que pueden ser más adecuados los métodos de recopilación rápida de datos.

Obtención de datos

Los métodos para reunir la información anteriormente mencionada pueden variar enormemente dependiendo de los recursos y del tiempo disponible. Dos maneras de obtener la información relevante son 1) la investigación formal y 2) la evaluación rápida. Aunque no existe una diferencia categórica entre la investigación formal y la evaluación rápida, ésta última suele implicar la participación activa de los servicios, y los resultados están disponibles para los encargados de la toma de decisiones en cuestión de días o semanas tras el fin de las entrevistas. La investigación formal suele tener más en cuenta el rigor científico, por ejemplo, el tamaño de las muestras y el empleo de instrumentos estandarizados, y por tanto tiene un ámbito mayor y tiene lugar durante un periodo de tiempo más largo. A continuación se enumeran algunos ejemplos.

a) Investigación formal

Los estudios epidemiológicos sobre la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y las minusvalías asociadas a éstos pueden llevarse a cabo tanto sobre la población general o sobre grupos concretos (Ej. Escuelas, lugares de trabajo, dispositivos sanitarios). Un estudio multicéntrico de la OMS en dispositivos de atención primaria es un buen ejemplo de esto. (Üstün, 1995). Dichos estudios pueden proporcionar información útil, pero son generalmente caros y precisan de una tecnología no siempre disponible en los países en vías de desarrollo. En algunos casos, la información obtenida en un país es extrapolable a otros de similares características culturales y sociales. (Véase el módulo *Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental* para más detalles sobre este método.)

- Los estudios de carga de enfermedad (incluyendo el uso de DALYs) proporcionan información muy útil que permite comparar los trastornos mentales y las enfermedades físicas midiendo la mortalidad y discapacidad tempranas. Permiten también la comparación entre diferentes trastornos mentales.
- Los estudios cualitativos basados en entrevistas exhaustivas y grupos de control pueden ser una guía útil acerca de las expectativas que los usuarios tienen respecto a los servicios de salud mental y sobre el grado de satisfacción con la atención recibida (Arjoni, Parada y Pelcastre, 2000).
- Un estudio sobre las áreas donde se invierte el dinero asignado a la salud mental vinculado a la equidad y a la distribución puede ser extremadamente provechoso para la política.
- Las entrevistas personales y los debates en grupos de control con los trabajadores de la salud mejoran la comprensión e identificación de posibles áreas de resistencia a los cambios de la política y proporcionan información importante sobre el funcionamiento y los problemas en los servicios de salud mental.

b) Evaluación rápida

A continuación se muestran algunos ejemplos de información y métodos para obtener datos útiles a la hora de enunciar políticas y planes.

- Se puede efectuar un análisis secundario de los datos disponibles en el sistema de información rutinaria del país en cuestión. La mayoría de los países disponen de información sobre mortalidad, ingresos en hospitales, número de intervenciones a pacientes externos y sobre las actividades llevadas a cabo en los dispositivos sanitarios.

La información obtenida de entrevistas breves y grupos de control más los datos acerca de la rutina en el sistema de información sanitario pueden bastar para enunciar una política de salud mental si los datos son válidos y fiables.

- Las entrevistas breves con informantes clave y los grupos de debate que incluyan a personas con trastornos mentales, familias, cuidadores y personal sanitario suministran información útil con un bajo coste. La información obtenida de esta manera, junto con los datos disponibles en el sistema de información sanitario, pueden ser suficientes para enunciar una política de salud mental si los datos son válidos y fiables.
- Puede llevarse a cabo un inventario de todos los recursos disponibles en las distintas áreas geográficas y entre los sectores públicos y privados

Paso 2. Reunir evidencias para estrategias eficaces

Una vez se ha realizado una evaluación de las necesidades de salud mental de la población es necesario reunir evidencias sobre estrategias e intervenciones eficaces. Tales evidencias pueden obtenerse visitando los servicios locales del país en cuestión, visitando otros países y revisando la literatura nacional e internacional.

a) Evidencias obtenidas dentro del país o región

Si se tiene en cuenta que alrededor de un 60% de países dispone de una política sobre salud mental y que cerca de un 70% dispone de un programa (OMS, 2001b), las evidencias principales provienen de la evaluación de las experiencias obtenidas en estos países. En los países o regiones donde se han desarrollado o implementado políticas, planes o programas, el primer paso es evaluar estos procesos.

Los proyectos piloto de salud mental, especialmente aquellos que han sido evaluados, son una excelente fuente de información sobre la que se puede basar la formulación de una política. Las experiencias, tanto exitosas como fallidas, pueden proporcionar datos inestimables. Algunos asuntos que se podrían tratar en proyectos piloto incluyen: el rol de la atención primaria en la prevención y tratamiento temprano de trastornos mentales, promoción de la salud mental a través de otros sectores además del sanitario y la atención comunitaria para personas con trastornos mentales graves.

Además de los proyectos piloto, existen varias experiencias interesantes de salud mental que pueden ser llevadas a cabo por equipos de atención primaria y de salud mental, personas con trastornos mentales, sus familias, ONGs y otros sectores. Aunque la mayoría de estas actividades no han sido formalmente diseñadas o formuladas, en especial en países en vías de desarrollo, bien es cierto que están ayudando a mejorar la salud mental de muchas personas. Los profesionales responsables de la salud mental en el ministerio de salud deberían conocer los dispositivos y programas de su país o región para así aprender sobre las mejores prácticas en las que poder basar una política de salud mental.

b) Evidencias de otros países o regiones

Otros países o regiones, en especial aquellos con rasgos culturales y socioeconómicos similares, pueden proporcionar también ejemplos de buenas prácticas en salud mental. Los países o regiones que han formulado y/o puesto en práctica una política y planes pueden ser fuentes de información particularmente útiles.

c) Evidencias desde la literatura científica

Revisando la literatura científica es posible aprender sobre las evaluaciones de las políticas de salud mental nacionales o regionales. Véase la sección "Lecturas adicionales" de este módulo donde se exponen ejemplos de tales evaluaciones (Commonwealth Department of Health and Family Services, Australia, 1997; Cohen y Natella, 1995; De Jong, 1996; Goering, Cochrane, Lesage y Colb, 1997; Montejó y Espino, 1998; Planning Commission, Pakistán, 1998).

Las evidencias principales se obtienen de la evaluación de la política, planes y programas previos del país.

Existen varias experiencias locales de salud mental interesantes sobre las que basar una política.

Otros países o regiones y la información científica pueden enseñar acerca de las políticas de salud mental nacionales o regionales.

Paso 3. Consulta y negociación

El proceso de desarrollo de una política de salud mental es en su mayor parte político. En menor medida implica acciones técnicas y adquisición de recursos. Una gran variedad de personas, organizaciones y comunidades participan en el proceso, cada uno con sus particulares valores, intereses, puntos fuertes y débiles. Es de esperar que se produzcan abundantes interacciones, conflictos y negociaciones.

El punto de vista de los profesionales de salud mental de un ministerio de salud, no es suficiente con definir la filosofía, objetivos y áreas para la actuación, o formular un plan con prioridades y recursos. Tampoco es suficiente que el gobierno proporcione financiación, ya que el dinero puede despilfarrarse o provocar una situación de debilidad y dependencia si no se presta la debida atención al desarrollo de las capacidades locales, a los procesos de participación y a las alianzas con las distintas partes implicadas.

Para que una política sobre salud mental tenga éxito, el ministerio de salud debe implicarse en la consulta y negociación en cada una de las etapas. La política tiene el potencial de implicar a la gente y poner en sus manos aquellos asuntos de la salud mental que les afectan. El desarrollo de cualquier política puede comenzar desde arriba o desde las raíces. Si comienza desde arriba, sin el apoyo de las partes implicadas, será difícil ponerla en práctica posteriormente. La comunidad debe disponer de oportunidades para debatir acerca de los valores y principios asociados a la salud mental y considerar las diversas estrategias que puedan resultar razonables para cumplirlos (Driscoll, 1998).

Uno de los procesos más difíciles es el de alcanzar un punto de vista común entre partes implicadas con distinta formación previa. Parte del problema es que cada parte interpreta las necesidades de salud mental de la población de manera distinta. Es más, se dan muchas definiciones de “salud mental” en la literatura científica. Algunos autores defienden que la salud mental es un estado positivo de la mente, las emociones y las conductas que debería promoverse y protegerse mediante acciones desde diferentes sectores. Para otros autores, el asunto de la salud mental requiere un enfoque sobre los trastornos mentales y temas relativos al tratamiento y rehabilitación en el sector de la salud.

El papel del ministerio de salud en este proceso es el de escuchar a las diversas partes implicadas y ofrecer propuestas que integren sus diferentes puntos de vista con las evidencias derivadas de la experiencia nacional e internacional. Un compromiso activo entre la mayoría de las partes implicadas podría ser necesario para desarrollar y poner en marcha la política de salud mental.

Los profesionales de salud mental del ministerio de salud deberían tener un papel activo a la hora de invitar a las partes implicadas al proceso de formulación y puesta en práctica de la nueva política. (Véase el Cuadro 2, en el que se muestran ejemplos de partes implicadas). Todas las personas pueden participar en este proceso desde su posición particular en la sociedad.

El proceso de desarrollo de una política de salud mental es en su mayor parte político.

La comunidad debe tener la oportunidad de deliberar acerca de los valores y principios relativos a la salud mental.

Uno de los procesos más difíciles es el de lograr un punto de vista común entre las partes implicadas con distinta formación previa.

El ministerio de salud debería invitar a las partes implicadas a involucrarse en la formulación y puesta en práctica de la nueva política.

Cuadro 2. Ejemplos de las partes implicadas a las que se puede invitar a participar en la consulta sobre la política, los planes y los programas de salud mental*

- **Usuarios y grupos de familiares:** representantes o asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familias, grupos de autoayuda y organizaciones de apoyo que representen los intereses de las personas con trastornos mentales.
- **Trabajadores de la salud y de la salud mental:** representantes de distintos tipos de trabajadores de la salud mental y la salud general así como sindicatos y otras organizaciones que defiendan sus intereses.
- **Proveedores:** gestores y administradores de servicios tanto públicos como privados e instituciones dedicadas a la salud y a la salud mental.
- **Agencias gubernamentales:** incluyendo a dirigentes del gobierno y de los ministerios del interior, economía, comercio e industria, justicia, policía, salud, educación, empleo, medio ambiente, vivienda y bienestar social, así como a los gobiernos locales, municipios y parlamentos.
- **Instituciones académicas:** especialmente aquéllas que forman a psiquiatras, psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, y otros profesionales o técnicos sanitarios.
- **Asociaciones profesionales:** por ejemplo de psiquiatras, psicólogos/as, médicos de familia o atención primaria, enfermeros/as, terapeutas ocupacionales y trabajadores/as sociales.
- **ONGs profesionales con y sin ánimo de lucro:** incluyendo aquellas implicadas en diversos trabajos relativos a la salud mental y aquellas dedicadas específicamente a la provisión de atención, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales.
- **Practicantes de la medicina tradicional:** curanderos asociados a sistemas de salud tradicionales, religiosos y sistemas alternativos de salud.
- **Organizaciones religiosas.**
- Otros grupos de interés especial como **las organizaciones de las minorías**, incluyendo grupos que representen a minorías étnicas indígenas.
- Otras personas y grupos, por ejemplo, líderes nacionales y locales, políticos, partidos políticos, sindicatos y la comunidad empresarial.

**Estos ejemplos no son recomendaciones específicas de actuación.*

Es muy importante que los trabajadores de salud mental del ministerio de salud obtengan **apoyo político** para el desarrollo de la política de salud mental. Esto implica hacer conscientes a las autoridades competentes de la magnitud de la carga que suponen los trastornos mentales en su país, las necesidades y las demandas de la población y la rentabilidad de las diversas intervenciones en salud mental.

Merece la pena considerar el desarrollo de un plan de difusión que apoye la idea de redactar una política nacional de salud mental. Es de gran valor, por ejemplo, colocar en los medios de comunicación noticias sobre las insuficiencias de la política y servicios actuales así como noticias optimistas acerca de lo que se puede lograr si se desarrollase una nueva política de salud mental. Esto puede lograrse habitualmente con el apoyo de las personas con trastornos mentales, sus familias y las organizaciones no gubernamentales.

Otra estrategia para obtener el apoyo político implica la identificación de los aspectos considerados prioritarios por los líderes políticos y ofrecer la contribución de las intervenciones en salud mental. Entre dichos aspectos figuran la violencia interpersonal, el tráfico de drogas, la falta de satisfacción con los servicios sanitarios y los derechos de las personas con minusvalías. Si se selecciona uno de estos temas, para una política nacional, también puede incorporarse un componente de salud mental (Freeman, 2000).

La política es una lucha por la influencia. Debe verse en un contexto de diferentes ideologías que deben estar relacionadas con la estructura y la organización de la sociedad en su conjunto. El desarrollo de una política y de un plan de salud mental requiere la participación activa de una gran variedad de componentes de la comunidad. Driscoll (1998) sugiere incluir: un defensor de la causa, un grupo de trabajo que lleve a cabo el trabajo de fondo y emplee un enfoque cooperativo, a los políticos, a los trabajadores de los servicios públicos, a los líderes de opinión, a los medios de comunicación, a la comunidad en general, así como a elementos externos y un proceso de revisión y evaluación.

Paso 4. Intercambio con otros países

Debido al rápido desarrollo de las políticas de salud mental en todo el mundo, es muy útil que los ministerios de salud de diversos países intercambien información. Compartir experiencias puede favorecer que los países conozcan los últimos avances de países más desarrollados y también las experiencias creativas e intervenciones de bajo coste de los países menos desarrollados.

Los **expertos internacionales** pueden ser de gran utilidad en las primeras etapas de formulación de las políticas de salud mental. Su conocimiento sobre experiencias en diversos países les permite recomendar una amplia variedad de soluciones a las necesidades de cada población y dar validez a las experiencias piloto locales. De la consulta con estos expertos puede surgir la posibilidad de adoptar nuevas estrategias e intervenciones. En la etapa de puesta en práctica de la política, los expertos internacionales pueden hacer visitas y proporcionar “feedback” externo para así ayudar al ministerio de salud a evaluar los cambios.

Los profesionales responsables de salud mental en el ministerio de salud necesitan estar en contacto con sus homólogos de otros países, en particular los de aquellos con trasfondos culturales y sociales similares. Deben mantenerse asimismo relaciones estrechas con agencias internacionales, en especial con la OMS, las cuales les podrían proporcionar apoyo técnico.

Los profesionales de salud mental en el ministerio de salud deben obtener apoyo político para el desarrollo de la política.

Las personas con trastornos mentales, las familias y las ONGs pueden apoyar la idea de una nueva política.

La política es una lucha por la influencia.

Es útil que los ministerios de salud intercambien información sobre la política de salud mental con otros países.

Puntos clave: asentar las bases para el desarrollo de una política de salud mental

- Deben conocerse las necesidades de la población a través de la investigación (epidemiológica y cualitativa) y la evaluación rápida (sistemas de información, entrevistas breves y grupos de debate.)
- Las evidencias acerca de las estrategias eficaces pueden obtenerse de la evaluación de la política anterior, las experiencias locales, las políticas de otros países y la literatura científica.
- La consulta y la negociación con las partes implicadas es necesaria para darles la competencia sobre ciertos aspectos y obtener el apoyo político.
- Compartir experiencias con otros países y expertos internacionales puede ayudar a mejorar el proceso de desarrollo de la política.

Paso 5. Exponer la filosofía, los valores, los principios y los objetivos de la política

Una vez se han identificado las necesidades de la población, se han reunido evidencias sobre las políticas eficaces y el proceso de consulta esta en marcha, es posible comenzar a determinar el contenido principal de una política de salud mental

El Informe sobre la salud en el mundo (OMS, 2000a) identifica tres objetivos para las políticas de salud. Éstos pueden emplearse como patrón para establecer la filosofía, los valores, principios y objetivos de la política de salud mental.

- **Mejorar la salud de la población:** Éste es el objetivo principal de un sistema de salud. Otros sectores de la población pueden colaborar a la hora de mejorar la salud de la población, pero éste no es su objetivo principal.

- **Responder a las expectativas de la población:** Este objetivo social, común a otros sectores, tiene que ver con la manera en que los individuos o grupos en la sociedad desean ser tratados en cada servicio o dispositivo.

- **Proporcionar protección financiera frente al coste de los problemas de salud:** Éste es un objetivo compartido por todos los sistemas sociales. Tiene que ver con una financiación justa, tanto si el sistema sanitario se financia colectivamente como si se financia a través de contribuciones individuales. El prepago, bien sea a través de impuestos generales o de un seguro privado, es preferible al pago en efectivo.

2.5.1 Determinar la filosofía para las políticas de salud mental

La filosofía de una política de salud mental representa una imagen general del futuro de la atención a la salud mental de una población determinada. Esto incluye generalmente el tipo de servicios requeridos y la manera en que se financiarán. La filosofía suele establecer unas expectativas muy elevadas sobre lo que sería deseable para un país o región en el ámbito de la salud mental. Al mismo tiempo debe ser realista, teniendo en cuenta lo que es posible de acuerdo a los recursos y tecnología disponibles. Los elementos principales de una política de salud mental deben encajar en la descripción final a la que se llegaría después de años de una puesta en práctica exitosa. La filosofía debe también motivar a las diferentes partes implicadas del país, estado o región tocando la fibra sensible de cada una, instigándoles a hacer el mayor esfuerzo posible para conseguir el mayor nivel de salud mental en la población.

En Sudáfrica, por ejemplo, la filosofía es la de un sistema de salud mental integral y basado en la comunidad que debe planearse y coordinarse a todos los niveles: nacional, provincial, de distrito o área y comunitario. Debe asimismo estar integrado con otros servicios de salud (Departamento de Salud de Sudáfrica, 1997). En este ejemplo, la filosofía para la transformación de un sistema de salud mental incluye:

La filosofía representa una imagen general del futuro de la salud mental, el tipo de servicios y su financiación.

La filosofía debe motivar a las diferentes partes implicadas del país, estado o región.

- > un servicio basado en la comunidad
- > un servicio integrado e integral
- > un servicio basado en el rendimiento
- > un servicio asequible
- > recursos adecuados y poder de toma de decisiones por aquellos que planifican y gestionan los servicios de salud mental;
- > la necesidad de hacer un seguimiento de la calidad de la atención en los hospitales y en la comunidad, asociada a la creciente preocupación por los derechos y necesidades de los pacientes.

2.5.2 Valores y principios en las políticas de salud mental

Los valores y los principios son la base sobre la que los gobiernos definen los objetivos y las metas y desarrollan las estrategias de actuación. Aunque no siempre estén formulados de manera explícita en los documentos de la política, estos valores y principios subyacen en todas las declaraciones políticas.

Todo país, región o grupo sociocultural tiene sus propios valores asociados a la salud mental y a los trastornos mentales. Durante el proceso de preparación de la política de salud mental es necesario debatir qué valores y principios deben adoptarse. Esto debe llevarse a cabo tanto a nivel nacional como en los niveles correspondientes a las divisiones administrativas del país en cuestión. El proceso debe lograr un equilibrio entre los valores y principios comunes por un lado y por otro las realidades impuestas por las circunstancias económicas, sociales y culturales del país y de las partes implicadas. Los profesionales del ministerio de salud deben recurrir de forma habitual a estos valores y principios para fomentar una mayor coherencia, integridad, una visión integral y una continuidad en la puesta en práctica de la política de salud mental.

Como consecuencia del desarrollo del movimiento de fomento de la salud mental en muchos países, hay personas de diferentes nacionalidades que comparten algunos valores y principios de las políticas de salud mental (Véase el módulo *Fomento de la salud mental*).

El Cuadro 3 enumera algunos ejemplos de valores y principios que están incluidos en las políticas sobre salud mental de varios países, estados y provincias.

Los valores y los principios son la base sobre la que los gobiernos establecen los objetivos.

El ministerio de salud debe referirse de manera firme a los valores y principios para promover mayor coherencia, integridad, una visión integral y de continuidad en la política.

Cuadro 3. Ejemplos de valores y principios en políticas de salud mental*

(OMS, 1987; OMS, 1996; Ministry of Supply and Services, Canadá, 1988; División de Salud Mental, Alberta Health, Canadá, 1993; Planning Commission, Pakistán, 1998; Departamento de Salud, Reino Unido, 1999; Thornicroft y Tansella, 1999; Freeman, 1999; Ministerio de Salud, Chile 2000).

1. Mejorar la salud de la población

Valores	Principios
BIENESTAR PSICOLÓGICO	- La promoción de la salud mental debe integrarse en los servicios sociales y educativos. - Debe existir una colaboración y vinculación intersectorial con el desarrollo comunitario.
SALUD MENTAL INTEGRADA EN LA SALUD GENERAL	- La salud mental debe integrarse en el sistema de salud general. - Las personas con trastornos mentales deben ser ingresadas en hospitales generales.
ATENCIÓN COMUNITARIA	- Las personas con trastornos mentales deben ser atendidas en dispositivos bajo la forma de atención menos restrictiva posible. - Deben probarse alternativas basadas en cuidados comunitarios antes de asumir la atención hospitalaria.

2. Respondiendo a las expectativas de las personas

Valores	Principios
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	- Las personas con trastornos mentales deben estar implicadas en la planificación, prestación y evaluación de los servicios. - Deben fomentarse los grupos de autoayuda y de apoyo.
RELATIVISMO CULTURAL	- Las diferentes culturas deben contribuir con sus puntos de vista. - Los practicantes de la medicina tradicional y los sectores informales deben jugar un papel importante.
PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS VULNERABLES	- Deben protegerse los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. - Las mujeres, los niños, los ancianos y los pobres deben ser objetivos de las estrategias específicas de salud mental.

3. Proporcionando financiación

Valores	Principios
ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD	- Los servicios deben ser accesibles a todas las personas, sin importar su situación geográfica, su estatus económico, raza o condición social. - Los servicios de salud mental deben estar en igualdad con los servicios generales de salud.

**Estos ejemplos no son recomendaciones específicas de actuación.*

2.5.3 Objetivos de la salud mental

Los tres objetivos generales de cualquier política de salud (OMS, 2000a) pueden aplicarse igualmente a la formulación de una política de salud mental específica.

- **Mejorar la salud de la población:** La política debe exponer claramente sus objetivos para mejorar la salud mental de la población. Idealmente, se deben emplear indicadores de resultados de salud mental tales como calidad de vida, estado mental, minusvalía, morbilidad, y mortalidad. En los países en vías de desarrollo, no obstante, los sistemas de información están muy poco avanzados por lo que los ministerios de salud tendrían que recurrir a algunos indicadores de proceso, por ejemplo, acceso y utilización de los servicios.

- **Dar respuesta a las expectativas de las personas:** En salud mental, este objetivo puede relacionarse a la vez con el respeto por las personas (derechos humanos, dignidad, confidencialidad y autonomía en cuanto a su opinión) y con una orientación centrada en el cliente (satisfacción de éste, atención precoz, calidad de los dispositivos y servicios, acceso a redes de apoyo social y elección del proveedor).

- **Proporcionar una financiación para los costes de los problemas de salud:** Entre los asuntos de relevancia para la salud mental están: la equidad en la distribución de recursos entre regiones geográficas, la disponibilidad de medicación psicotrópica básica, la paridad entre los servicios de salud mental y los servicios salud y la asignación de un porcentaje adecuado del presupuesto de salud a la salud mental.

A continuación se enumeran algunos ejemplos de los objetivos para la salud mental formulados de acuerdo con los tres factores arriba mencionados:

- Paso de los pacientes institucionalizados a programas integrales comunitarios (desinstitucionalización).
- Proporcionar tratamientos rentables basados en evidencias a todas las personas que precisen cuidados de salud mental.
- Promover los derechos humanos de las personas con discapacidad psíquica.
- Integrar la salud mental en los servicios de atención primaria.
- Promover una buena salud mental a través de iniciativas sectoriales e intersectoriales.
- Prevenir los trastornos mentales mediante actividades de promoción de la salud mental.

Objetivos: mejorar a salud, responder a las expectativas y proporcionar financiación

Puntos clave: Contenido de una política de salud mental

- **Filosofía:** define lo que sería deseable para la salud mental de un país o región y qué es posible conseguir de acuerdo a los recursos y tecnología disponibles.

- **Valores y principios:** establecen la base sobre la que los gobiernos determinan los objetivos y metas, y desarrollan estrategias de actuación.

- **Objetivos:** mejorar la salud mental de la población, responder a las expectativas de las personas y proporcionar financiación para hacer frente a los costes de los problemas de salud.

Paso 6. Establecer las áreas de actuación

El siguiente paso es convertir los objetivos de la política de salud mental en áreas de actuación. Para ser eficaz, una política de salud mental debe considerar el desarrollo simultáneo de varias áreas para la actuación. Las áreas a incluir pueden variar entre países o regiones y entre distintos periodos históricos. No obstante, se pueden identificar ciertas áreas comunes a todas las políticas desarrolladas en los últimos 20 años. Éstas se enumeran en el Cuadro 4 y se describen en mayor profundidad a continuación.

La política debe incorporar alguna actuación en la mayoría de estas áreas, aunque el énfasis puede variar entre países y regiones. La selección de áreas y estrategias debe basarse en la información obtenida en todos los pasos anteriores.

Una política de salud mental debe considerar el desarrollo simultáneo de varias áreas de actuación.

Cuadro 4. Principales áreas de actuación en una política de salud mental

1. Financiación.
2. Legislación y derechos humanos.
3. Organización de servicios.
4. Recursos humanos y formación.
5. Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
6. Provisión y distribución de medicamentos básicos.
7. Fomento.
8. Mejora de la calidad.
9. Sistemas de información.
10. Investigación y evaluación de políticas y servicios.
11. Colaboración intersectorial.

2.6.1 Financiación

Tal y como se describe en el módulo **Financiación**, una financiación adecuada y sostenida es uno de los factores esenciales en la puesta en práctica de una política de salud mental. La financiación es el mecanismo mediante el cual los recursos son asignados a la infraestructura, la tecnología, la prestación de servicios y el desarrollo de una mano de obra cualificada. Se trata, por tanto, de una herramienta poderosa que permite al ministerio de salud convertir la política en una realidad y desarrollar y configurar tanto los servicios de salud mental como sus resultados.

Todo gobierno debe avanzar progresivamente hacia una financiación adecuada para la salud mental, proporcional a la magnitud de la carga de trastornos mentales en la sociedad. La cantidad de recursos disponibles para la salud mental es de suma importancia. Es igualmente importante el cómo éstos se distribuyen entre regiones, diferentes segmentos de la población y diferentes servicios y programas. Los profesionales de salud mental en el ministerio de salud deben orientar y tomar decisiones sobre la distribución de los fondos dentro del sistema sanitario, especificando qué servicios se cubren y cuáles reciben prioridad.

Una financiación adecuada es un factor esencial para la puesta en marcha de una política de salud mental.

Todo gobierno debe avanzar progresivamente hacia una financiación adecuada para la salud mental.

Las características generales de una financiación adecuada para la salud mental se describen en el *Informe sobre la Salud en el mundo 2001* (OMS, 2001a). Entre ellas, se incluye la protección de las personas frente a riesgos económicos adversos debidos a los costes de los servicios y también la distribución de la carga financiera, de tal modo que los individuos sanos de la sociedad puedan contribuir a la financiación de aquellos que precisan de estos servicios, y las personas ricas a la financiación de los pobres. Los servicios de prepago, por ejemplo los impuestos generales y la seguridad social, que incluyen los servicios de salud mental, son una forma clara de lograr estos objetivos.

La política de salud mental debe incluir decisiones sobre la asignación de recursos. A continuación se presentan algunas preguntas que deben responderse relacionadas con lo que se ha comentado.

- *Tipo de servicios.* ¿Qué tipo de servicios recibirán prioridad económica (hospitalización frente a atención comunitaria; atención primaria frente a atención especializada; promoción/prevenición frente a tratamiento/rehabilitación)? ¿Se da prioridad al acceso a los servicios a costa de la calidad de los mismos?

- *Población diana.* ¿Se concede prioridad a grupos específicos de la población (niños frente a adultos; personas con trastornos menos graves frente a personas con trastornos más graves; población general frente a grupos vulnerables como las mujeres maltratadas, los ancianos, las personas extremadamente pobres, las personas con minusvalías, las víctimas de guerra, minorías étnicas indígenas, inmigrantes)?

- *Área geográfica.* ¿Existen áreas geográficas que precisen de una atención especial (áreas urbanas frente a zonas rurales; áreas donde las personas con trastornos mentales reciben poca atención frente a áreas donde los desastres naturales colocan a las personas en situaciones de más riesgo)?

Véase el módulo *Financiación* para una discusión más detallada sobre estos asuntos.

2.6.2 Legislación y derechos humanos

El desarrollo de una política de salud mental puede promover o violar los derechos humanos dependiendo de la forma en que se formule o se ponga en práctica. La legislación de salud mental (tal y como se describe en el módulo *Legislación y derechos humanos*) debe codificar y consolidar los principios, los valores y los objetivos fundamentales de la política de salud mental. Dicha legislación es esencial para garantizar que se respeta la dignidad de los pacientes y que se protegen sus derechos humanos fundamentales (OMS, 2001a).

A continuación se muestran algunos de los componentes a considerar para una legislación adecuada. (Véase el módulo sobre *Legislación y derechos humanos* para más detalles.)

- *Los derechos de las personas con trastornos mentales en el sector sanitario:* la atención menos restrictiva posible, la confidencialidad, el consentimiento informado, el ingreso voluntario e involuntario, el tratamiento voluntario e involuntario, los mecanismos de revisión periódica, la capacidad.

- *Los derechos de las personas con trastornos mentales en sectores ajenos al sanitario:* vivienda, empleo, seguridad social, justicia penal y legislación civil.

- *La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales:* vínculos afectivos paterno-filiales, salud mental en atención primaria, abuso infantil, violencia doméstica, restricción del acceso al alcohol y las drogas, minorías étnicas indígenas.

El campo de la salud mental precisa de una legislación sobre derechos humanos. Hay muchos obstáculos que hacen difícil que las personas con trastornos mentales reciban el cuidado y tratamiento que necesitan. Una vez que obtienen estos cuidados existe un alto riesgo de que sus necesidades no se cubran y de que sus derechos sean conculcados. El riesgo es más alto que el de las personas con enfermedades físicas. Existen, además, muchos obstáculos a la puesta en marcha de intervenciones preventivas para trastornos mentales y a la promoción de la salud mental. Las leyes pueden ayudar a superar muchas de estos obstáculos.

Las personas sanas deben contribuir a la financiación de aquellas que precisan de los servicios sanitarios, y los ricos a la financiación de los pobres.

La legislación es esencial para garantizar que se preserve la dignidad de las personas con trastornos mentales y que se protegen sus derechos humanos fundamentales.

El campo de la salud mental precisa de una legislación sobre derechos humanos.

La legislación puede ayudar a la mejora de los servicios mediante la definición de estándares de atención a la salud mental, tanto en atención primaria como en la especializada. Las guías de práctica clínica basadas en la evidencia, desarrolladas por los ministerios de salud, las áreas o distritos sanitarios, en colaboración con las organizaciones profesionales adecuados, pueden complementar las disposiciones legales.

2.6.3 Organización de servicios

La organización de servicios es otra área esencial de la política de salud mental porque los servicios son los medios a través de los cuales la política llega a las personas. Es responsabilidad de los servicios poner en marcha programas mediante la prestación de intervenciones efectivas de salud mental. Unos servicios debidamente organizados pueden ayudar enormemente a alcanzar los objetivos de la política. (Véase el módulo *Organización de servicios para la salud mental*).

De acuerdo con el Informe sobre la salud en el mundo 2001 (OMS, 2001a), las tres estrategias principales para facilitar el desarrollo de una red efectiva de servicios de salud mental son: desplazar el eje de la atención desde los hospitales psiquiátricos a la comunidad, desarrollar servicios comunitarios de salud mental e integrar la atención a la salud mental en los servicios de salud (Para más información, consúltese el módulo *Organización de servicios para la salud mental*).

> **Desplazamiento del eje de la atención desde los hospitales psiquiátricos a la comunidad:** en muchos países en vías de desarrollo, el principal recurso durante muchos años ha sido el hospital psiquiátrico. Afortunadamente, esta situación ha ido cambiando en años recientes. Se han llevado a cabo esfuerzos para transformar los recursos de estos hospitales en servicios comunitarios de salud mental (Alarcón y Aguilar-Gaxiola, 2000). Se han creado, por ejemplo, programas de rehabilitación comunitaria, centros de día y hogares protegidos para las personas con trastornos mentales graves de larga duración.

> **Desarrollar servicios comunitarios de salud mental:** varios países desarrollados han demostrado que la desinstitutionalización es posible mediante el desarrollo de servicios comunitarios integrales. Esto ha llevado a mejoras en los resultados clínicos, en el nivel de satisfacción con los servicios y en la calidad de vida (Health Canadá, 1998). Estos servicios comunitarios incluyen:

- gestión de casos y tratamiento comunitario asertivo para personas con trastornos mentales graves
- servicios de intervención en crisis, 24 horas al día
- hospitales de día como alternativas al ingreso
- tratamiento a domicilio
- viviendas supervisadas
- rehabilitación laboral y empleo subvencionado
- oportunidades para actividades diurnas
- servicios de apoyo al usuario, iniciativas y organizaciones de autoayuda;
- servicios de apoyo a organizaciones e iniciativas de familiares.

> **Integrar los servicios de salud mental en los servicios de atención general:** esta integración presenta muchas ventajas, tales como una estigmatización reducida de las personas con trastornos mentales y el uso más eficaz de los recursos sanitarios. La integración puede lograrse tanto en centros de atención primaria como en hospitales generales. Los profesionales a cargo de la salud mental en las áreas o distritos sanitarios deben esforzarse por informar e instruir al personal sanitario acerca de los trastornos mentales. Esto ayuda a evitar la estigmatización en los dispositivos de salud general.

La experiencia obtenida en varios países muestra que la coordinación entre los servicios de atención primaria y especializada es necesaria para desarrollar unos servicios de salud mental accesibles y eficaces. Esta coordinación consiste en compartir el tiempo para la discusión de casos, la evaluación de los pacientes con problemas múltiples, acuerdos acerca de guías clínicas, el aprendizaje de nuevas técnicas psicológicas, la mejora de los mecanismos de derivación y devolución y la definición de cuestiones administrativas.

La legislación puede ayudar a mejorar los servicios definiendo estándares de atención a la salud mental.

Los servicios son responsables de la prestación de las intervenciones efectivas de salud mental.

Se han llevado a cabo esfuerzos para transformar los recursos de los hospitales psiquiátricos en servicios comunitarios.

Unos servicios comunitarios integrales mejoran los resultados clínicos, la satisfacción con dichos servicios y la calidad de vida.

La integración de los servicios de salud mental en los servicios de atención general disminuye la estigmatización y permite un uso más eficiente de los recursos.

La coordinación entre la atención primaria y la atención especializada ayudan a desarrollar servicios accesibles y eficaces.

2.6.4 Recursos humanos y formación

Los recursos humanos son los activos más importantes en un sistema de salud mental. El rendimiento del sistema de atención a la salud mental depende, en última instancia, de los conocimientos, habilidades y motivación de las personas responsables de la prestación de dichos servicios (OMS, 2000a). Los gobiernos pueden valorar diversas alternativas para desarrollar los recursos humanos en sus políticas de salud mental, dependiendo de los recursos e instituciones educativas disponibles para la salud mental. Los factores sociales y culturales y las políticas generales de salud deben tenerse en cuenta cuando se estén formulando estas estrategias.

Para poder desarrollar políticas de salud mental adecuadas es necesario Establecer el número y tipo de recursos humanos actuales. Es también necesario hacer una proyección de los recursos humanos necesarios en el futuro inmediato (por ejemplo, de cinco a diez años). (Véase el módulo *Recursos humanos y formación*, en desarrollo por la OMS.)

Existe una amplia variedad en las categorías y número de personas que forman parte de los grupos de trabajo de salud mental. Los siguientes son los que se relacionan más habitualmente con la salud mental (OMS, 2001a):

- Médicos de familia o atención primaria.
- Psiquiatras y neurólogos.
- Trabajadores de salud comunitaria y de atención primaria.
- Profesionales vinculados a la salud mental, como enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicólogos y trabajadores sociales.
- Practicantes de la medicina tradicional.

2.6.5 Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación

Una política integral de salud mental debe incorporar un amplio espectro de actuaciones, desde la promoción hasta la rehabilitación. Existen evidencias sobre la efectividad de ciertas intervenciones en prevención primaria y especializada (OMS, 1999; OMS, 2001a).

Se puede definir un cierto número de puntos de partida en la promoción de la salud mental. El punto de partida más adecuado depende de la información derivada de la evaluación de las necesidades y de los contextos sociales, culturales, de género, demográficos y de desarrollo de los países. Las actuaciones en esta área incluyen aquellas orientadas hacia:

- factores que determinan o mantienen los problemas de salud, como la pobreza y el estigma
- los grupos de población (por ejemplo, la población en su conjunto o subgrupos definidos por edad, géneros, riesgos específicos o vulnerabilidad)
- los lugares donde las intervenciones se llevan a cabo, por ejemplo; el lugar de trabajo, las escuelas, los servicios sanitarios y las familias
- problemas de salud específicos, conductas o trastornos mentales específicos.

La promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación son estrategias complementarias en la política de salud mental. Todas son esenciales para lograr unos resultados positivos. No obstante, la promoción de la salud mental es una responsabilidad intersectorial, más incluso que la atención y prevención de los trastornos mentales, en la que tanto la educación, el empleo, la justicia, la vivienda y otras áreas sociales deben jugar un papel esencial.

Los ministerios de salud tienen mucha más experiencia en formular políticas de salud mental acerca de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación que en políticas basadas en la promoción. El *Informe sobre la salud en el mundo 2001* (OMS, 2001a) presenta un resumen adecuado del tipo de evidencias sobre prevención, tratamiento y rehabilitación disponibles para la depresión, alcoholismo, drogodependencia, esquizofrenia, epilepsia, demencia, minusvalía intelectual, trastornos hipercinéticos y suicidio (Cuadro 16, Anexo 1).

La política debe establecer el número y tipo de recursos humanos actuales y hacer una proyección para el futuro.

Una política integral de salud mental debe incorporar un amplio espectro de actuaciones, desde la promoción hasta la rehabilitación.

La promoción de la salud mentales una responsabilidad intersectorial, más aún que la prevención y la atención.

2.6.6 Obtención y distribución de los medicamentos esenciales

Dado el progreso tan importante que se ha logrado en el abordaje de los trastornos mentales graves e incapacitantes por el uso de medicamentos psicotrópicos, es deseable incorporar su adquisición y distribución en la política de salud mental. Su uso no sólo ha contribuido a una reducción en los casos de hospitalización y, en mayor medida aún, en la atención comunitaria, sino que también ha reducido el sufrimiento humano y mejorado la calidad de vida.

Los medicamentos esenciales son aquéllos considerados indispensables y necesarios para el tratamiento de la salud mental de la población. Deben restringirse a aquéllos que han demostrado ser terapéuticamente eficaces, aceptablemente seguros y asequibles, de acuerdo con el nivel de recursos del país o región afectada (OMS, 1993a, 1993b). La OMS desarrollará un módulo sobre la *Mejora del acceso y uso de psicotrópicos*.

Los cinco pasos esenciales que se han esbozado para facilitar el uso racional de los medicamentos psicotrópicos en los servicios de atención primaria (OMS, 1993b) se pueden aplicar a la atención especializada:

- *En un número limitado de condiciones:* esto facilita la formación de los trabajadores de la salud y la puesta en marcha de programas.
- *Fabricar una limitada gama de medicamentos disponibles:* esto es útil para la adquisición a granel o la fabricación local, permitiendo una provisión relativamente continua y barata y un control de calidad adecuado.
- *Simplificar la división de las áreas relacionadas con el uso de los medicamentos:* esto ayuda a facilitar la delegación de ciertos aspectos de la prescripción y dispensación que llevan a cabo los médicos y farmacéuticos, en otros miembros de los equipos de salud.
- *Elaborar un programa de formación continua:* esto ayuda a mejorar la adherencia y la efectividad de los tratamientos farmacológicos.
- *Constituir un organismo político central:* esto contribuye al desarrollo de garantías y normativas para mejorar la calidad de los tratamientos y limitar el abuso de los medicamentos.

2.6.7 Apoyo y defensa de los usuarios

Existe una evidencia creciente de que la participación de los usuarios en las organizaciones de defensa, apoyo y autoayuda puede conllevar resultados positivos (Health Canadá, 1998). Entre estos resultados se encuentran una disminución en la estancia media de los ingresados y en el número de consultas a los centros de salud, así como una consolidación de los conocimientos y habilidades. Otros posibles efectos beneficiosos son un aumento de la autoestima, de la sensación de bienestar, la mejora de la capacidad de contención, el refuerzo de las redes de apoyo social y la mejora de las relaciones familiares.

Los usuarios, las familias y los grupos de apoyo y defensa de los usuarios pueden tener una influencia significativa en el desarrollo de una política de salud mental. A continuación se muestran ejemplos de los papeles que pueden jugar (Ministerio de Salud, Chile, 2000).

- Pueden concienciar a las autoridades nacionales, a las autoridades locales y a los medios de comunicación acerca de la importancia de los trastornos mentales en el país en cuestión.
- Pueden identificar y comunicar las necesidades de la población y las expectativas sobre los servicios de salud mental.
- Pueden proporcionar apoyo a los derechos de los pacientes, incluyendo el tratamiento respetuoso y el acceso a los servicios.
- Pueden ejercer una presión social para obtener más y mejores servicios sociales y de salud mental.
- Pueden prestar autoayuda y apoyo, así como psicoeducación.
- Pueden convertirse en líderes del cambio cultural a favor de la eliminación de la discriminación y de la reinserción social y laboral.
- Pueden proporcionar servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad mental.

Los psicotrópicos tienen un impacto considerable a la hora de reducir el sufrimiento humano y mejorar la calidad de vida.

Existen evidencias de que la participación de los usuarios en la defensa y el apoyo puede tener resultados positivos.

La política debe reconocer que los ministerios de salud juegan un papel importante en el apoyo y la defensa de los usuarios. (Véase el módulo Fomento de la salud mental.) Pueden poner en marcha acciones de apoyo directamente, influenciando así la salud mental de la población general y los derechos de las personas con trastornos mentales. Al mismo tiempo, los ministerios de salud pueden lograr un impacto sobre estas poblaciones de manera indirecta, respaldando al usuario, a la familia y a las ONGs dedicadas al apoyo y la defensa de los usuarios. Más aún: trabajando con los medios de comunicación, es posible que los ministerios de salud lleven a cabo muchas actividades de apoyo y defensa.

2.6.8 Mejora de la calidad

Para que sea efectiva, una política de salud mental debe poner cierto énfasis en la mejora de la calidad. Esto es esencial para conseguir resultados positivos en la promoción de la salud mental, las actividades preventivas y en el tratamiento y rehabilitación de las personas con trastornos mentales. Un enfoque sobre la mejora de la calidad conduce al uso óptimo de los limitados recursos y puede reducir el abuso o desaprovechamiento de los servicios. Un seguimiento continuado proporciona un mecanismo interno para mejorar de manera continua la eficacia y eficiencia de la política, los planes y los programas.

Los gobiernos deben introducir herramientas específicas para el mantenimiento, seguimiento y mejora de la calidad como parte de su política de salud mental. Algunas de estas herramientas se comentan a continuación. (Más detalles en el módulo *Mejora de la calidad de la salud mental*.)

- Acreditación de proveedores y organizaciones.
- Estándares para programas, dispositivos y servicios.
- Guías clínicas (desarrollo, difusión, puesta en práctica).
- Medida del rendimiento (incluyendo la perspectiva del usuario y de la familia.)
- Mejora continua de la calidad.
- Seguimiento de los resultados.
- Educación sanitaria de los usuarios y las familias.

La OMS ha contribuido a este proceso con varios documentos, el más notable *Quality assurance in mental health care: checklists and glossaries* (OMS, 1994). Este tipo de documento puede ayudar a los ministerios de salud y a las áreas o distritos sanitarios a asegurar que las personas con trastornos mentales reciben la atención adecuada en los distintos dispositivos. (Véase también el módulo *Mejora de la calidad*.)

2.6.9 Sistemas de información

La formulación de una política debe basarse en información fiable y actualizada acerca de la comunidad, los indicadores de salud mental, los tratamientos efectivos, las estrategias de promoción y prevención y los recursos. Esta política debe revisarse periódicamente para permitir la modificación o actualización de los programas (OMS, 2001a).

Debe desarrollarse un sistema de información de salud mental en colaboración con los usuarios y las familias que cumpla con los requisitos de confidencialidad y tenga unos procedimientos adecuados para acceder a la información. Los estándares habituales en tecnología de la información permiten a los sistemas de información local la comunicación, más allá de los límites geográficos e institucionales, debido al frecuente desplazamiento de las personas con trastornos mentales.

Los profesionales responsables de salud mental en los ministerios de salud y áreas o distritos sanitarios deben elaborar un sistema común básico de acuerdo al nivel de recursos y capacidad técnica del país o distrito en cuestión. Esto permite que los datos estén disponibles para el seguimiento y evaluación de la política. La OMS está desarrollando un módulo sobre *Sistemas de información*.

La política debe reconocer que los ministerios de salud tienen un papel importante en el apoyo y la defensa de los usuarios.

Un enfoque sobre la mejora de la calidad conduce a resultados positivos y a un uso óptimo de los limitados recursos.

Un sistema de información básico permite que los datos estén disponibles para el seguimiento y evaluación de la política.

Algunos ejemplos de indicadores de salud mental son:

- La magnitud de factores de riesgo para la salud mental, por ejemplo, el consumo de alcohol y drogas, el número de víctimas de la violencia doméstica, etc.
- La frecuencia de los trastornos mentales, por ejemplo, las tasas de incidencia y de prevalencia, los diagnósticos al alta hospitalaria y/o las consultas en centros de atención primaria o en dispositivos especializados.
- Las consecuencias de los trastornos mentales, por ejemplo; los índices de discapacidad y mortalidad.
- La cantidad de recursos humanos y físicos: trabajadores de atención primaria con formación en salud mental, profesionales y personal de salud mental, camas hospitalarias, número de plazas en hospitales de día, hogares protegidos, viviendas supervisadas, medicación.
- La calidad de los servicios, por ejemplo; hasta qué punto los dispositivos y programas cumplen con los estándares, patrones de prescripción, tasas de cumplimiento, implicación en programas de rehabilitación.
- La eficacia de la utilización de los servicios, esto es, el número de ingresos y reingresos en el hospital, la duración media de la estancia, la ocupación de camas, la frecuentación ambulatoria, el número de usuarios en el registro de casos, plazas ocupadas en los hospitales de día.
- Costes, por ejemplo; costes por intervención (por ejemplo, un día en el hospital, un día en un hogar protegido, una sesión con un profesional de la salud), costes operativos de los dispositivos, costes de inversión y financiación, costes de transporte, gastos generales.
- Resultados, por ejemplo; mejoría sintomatológica, calidad de vida, nivel de rendimiento, grado de satisfacción del usuario, tasa de abandonos, índice de recaídas.

Es necesario un conjunto de indicadores de salud mental.

2.6.10 Investigación y evaluación de política y servicios

La inversión en investigación y la amplia difusión de los descubrimientos son importantes para extender el conocimiento acerca de la magnitud y las causas de los trastornos mentales y sobre las posibilidades de prevención, y mejora de los tratamientos y los servicios. Aunque los conocimientos sobre estos temas se han incrementado en la última década aún existen muchas variables desconocidas (OMS, 1998b; OMS, 2001a).

El *Informe sobre la salud en el mundo 2001* (OMS, 2001a) describe las áreas principales para la investigación en salud mental que pueden considerarse en la elaboración de una política. Son las siguientes:

- > Los datos epidemiológicos son esenciales para determinar la salud mental de las poblaciones, identificar factores protectores y de riesgo y evaluar las intervenciones de salud. También son importantes para el apoyo y defensa de los usuarios.
- > La investigación sobre resultados de tratamientos, prevención y promoción es necesaria para el desarrollo de intervenciones farmacológicas, psicológicas y psicosociales más eficaces y rentables. Se precisan más conocimientos para comprender qué intervención funciona mejor y para quién.
- > Se necesita la investigación sobre políticas y servicios para dirigir las reformas del sistema de salud mental y la desinstitutionalización, especialmente en los países en vías de desarrollo. Otros asuntos prioritarios a considerar en esta área son el impacto de las distintas estrategias de formación de los proveedores de los servicios de salud mental, los resultados de los tratamientos basados en prácticas tradicionales de la medicina y los efectos de las diferentes decisiones políticas sobre el acceso, la equidad y los resultados de los tratamientos.
- > Hay una necesidad de más investigación sobre los costes de los trastornos mentales y de evaluaciones económicas de los programas de tratamiento, prevención y promoción.

La investigación puede difundir el conocimiento acerca de la magnitud y las causas de los trastornos mentales y sobre las posibilidades de prevención y mejora de los tratamientos y los servicios.

➤ Existe una gran necesidad de investigación en salud mental en los países en vías de desarrollo. Se necesitan asimismo comparaciones internacionales para mejorar la comprensión de los rasgos comunes y las diferencias en la gestión de los trastornos mentales en diferentes culturas.

La política puede definir prioridades para la investigación en salud mental en respuesta a las necesidades prioritarias de la población. Algunas estrategias a considerar son:

- establecer un porcentaje de fondos para la investigación en salud mental dentro de los fondos generales para la investigación sanitaria
- animar a la formación de profesionales en investigación en salud mental, incluyendo la provisión de becas en los países desarrollados
- respaldar el desarrollo de centros nacionales de investigación en salud mental en universidades e instituciones similares
- establecer iniciativas de colaboración para la investigación con países más desarrollados y agencias internacionales.

2.6.11 Colaboración intersectorial

Existen varios sectores además del sanitario que proporcionan servicios que afectan a la salud de las personas. La política debe tener en cuenta estos servicios y su impacto sobre la salud mental. Entre estos servicios se incluyen los de bienestar, los religiosos, los educativos, de la vivienda, del empleo, la justicia, la policía y los servicios sociales. La colaboración intersectorial también incluye los servicios dentro del ámbito laboral, como son los de gestión de recursos humanos, la formación y la salud y seguridad laboral. Todos ellos influyen sobre la salud mental.

La mayoría de las políticas de salud mental debe incorporar un reparto de derechos y deberes entre los diferentes ministerios. Algunos ejemplos relevantes de colaboración intersectorial incluyen los sectores de educación y de empleo. “Al igual que el ámbito laboral, las escuelas son un entorno importante para la prevención de la enfermedad mental. Éstas deben por tanto comprometerse a mejorar o mantener la salud mental y física de los niños. La promoción de la salud mental en las escuelas incluye la enseñanza de habilidades para la capacidad de contención, la mejora de la autoestima, el aprender a decir “no” al enfrentarse a conductas de riesgo y la educación sobre la crianza y las habilidades de crianza” (OMS, 1998a).

A continuación se presentan algunos ejemplos de actividades preventivas y de promoción, en el campo de la salud mental en las escuelas (Ministerio de Salud, Chile, 2000):

- respeto y práctica de los derechos humanos y de la solidaridad
- apoyar la participación ciudadana, los conocimientos y las habilidades para hacer frente a la vida personal y comunitaria
- desarrollo de la autoestima y de la comunicación emocional
- desarrollo de competencias sociales para la comunicación, resolución de problemas e igualdad entre géneros
- refuerzo de las habilidades para llevar estilos de vida saludables y para los autocuidados
- prevenir contra el abuso de alcohol y drogas, las conductas violentas y las relaciones sexuales de riesgo (sexo no seguro)
- detección y apoyo para niños con problemas conductuales, emocionales o de aprendizaje
- derivación de los niños y adolescentes con trastornos mentales a los servicios de atención primaria o a servicios especializados.

La colaboración con el sector laboral es también vital. Hay una toma de conciencia creciente acerca del papel del trabajo en la promoción de la salud mental. Aunque es difícil cuantificar exclusivamente el impacto del trabajo sobre la identidad personal, la autoestima y el reconocimiento social, la mayoría de los expertos coinciden en que el ambiente laboral puede tener una influencia significativa sobre estas variables.

Hay varios sectores además del sanitario que proporcionan servicios que afectan al nivel de salud mental de las personas.

La política debe incorporar un reparto de derechos y deberes entre los ministerios de educación y salud.

Existe una conciencia creciente acerca del papel del trabajo en la promoción de la salud mental

La política de salud mental debe por tanto considerar la distribución de responsabilidades entre el ministerio de trabajo y el ministerio de salud. A continuación se muestran las estrategias principales que han demostrado ser efectivas a la hora de elevar el nivel de salud mental de los trabajadores (OMS, 2000b):

- promoción de la salud mental en el ámbito laboral, incluyendo acciones específicas sobre el estrés laboral y el manejo del mismo
- protección de la salud mental de los desempleados mediante programas sociales y de recolocación
- reconocimiento de los trastornos mentales en el ámbito laboral, incluyendo los programas de atención a los trabajadores mediante los tratamientos precoces y la reintegración laboral
- normativas antidiscriminatorias en la legislación y educación de los trabajadores acerca del empleo de personas con trastornos mentales
- mecanismos para la reintegración laboral de las personas con trastornos mentales graves, incluyendo la rehabilitación psicosocial, la formación profesional, el empleo protegido y las empresas sociales.

Otros sectores a considerar para la colaboración intersectorial son las partes implicadas descritas anteriormente en relación al proceso de consulta para el desarrollo de la política de salud mental. (Ver ejemplos en el Cuadro 2.)

Paso 7. Identificar los roles principales y las responsabilidades de los diferentes sectores

Para que las áreas de actuación funcionen adecuadamente, es esencial que todas las partes implicadas responsables de llevar a cabo dichas actuaciones sean identificadas y tengan bien claros sus roles y responsabilidades. Los sectores implicados enumerados anteriormente son los principales a tener en cuenta cuando se esté decidiendo sobre estos roles y responsabilidades.

- *Agencias gubernamentales:* en primer lugar, es necesario establecer qué agencia gubernamental va a estar a cargo de la política de salud mental. Como ya se ha mencionado, lo ideal sería que esta responsabilidad recayera sobre el líder del gobierno o el ministro de salud.

La política de salud mental debe definir los roles de los ministerios siguiendo estas pautas:

- *Sanidad:* desarrollo de la política, regulación, evaluación, prevención y tratamiento
 - *Educación:* actividades promocionales y preventivas relativas a la salud mental en los colegios
 - *Empleo:* actividades promocionales y preventivas en el ámbito laboral
 - *Bienestar social:* rehabilitación, apoyo a las necesidades especiales y planes de pensiones
 - *Vivienda:* viviendas protegidas para personas con trastornos mentales
 - *Justicia:* tratamiento y rehabilitación de los penados, separar a las personas con trastornos mentales en el sistema judicial.
- *Instituciones académicas:* en los países con pocos recursos humanos en el área de la salud mental, es necesario que el ministerio de salud establezca directrices para las instituciones de formación. Éstas deben orientarse hacia la formación del tipo de trabajadores que son necesarios para responder a las necesidades en salud mental de la población, tal y como se identifiquen en la política de salud mental.
- *Asociaciones de profesionales:* la política también puede determinar los roles y las responsabilidades de estas organizaciones. Por ejemplo, en muchos lugares, juegan un papel significativo a la hora de regular las prácticas de los trabajadores de la salud mental expidiendo licencias, guías clínicas y éticas.
- *Trabajadores de la salud y trabajadores de la salud mental:* la política debe determinar la naturaleza de la participación de los trabajadores en la planificación y definir sus funciones en los diferentes servicios.

El siguiente paso consiste en identificar los roles y las responsabilidades de los diferentes sectores implicados en la salud mental.

- *Grupos de familias y usuarios*: dado el creciente nivel de organización que los grupos de personas con trastornos mentales y grupos de familiares están logrando en muchos países, la política debe cubrir su incorporación en los diferentes niveles de los procesos de planificación y evaluación. Es también necesario determinar cuáles de sus funciones deben tener prioridad (Ej. Apoyo, autoayuda, provisión de servicios.)
- *Proveedores*: la política puede definir los mecanismos financieros y reguladores a emplear en los sectores públicos y privados.
- *ONGs*: el papel de las ONGs en la provisión de las intervenciones de salud mental debe ser definido en la mayoría de países o regiones.
- *Medicina tradicional*: los practicantes de la medicina tradicional son un recurso disponible en los países en vías de desarrollo y pueden incluirse en la política si sus responsabilidades éticas y técnicas están adecuadamente definidas.

Puntos clave: áreas de actuación, roles y responsabilidades

- La financiación es una poderosa herramienta para convertir la política en una realidad y poder configurar los servicios de salud mental y sus resultados.
- La legislación puede proteger los derechos de las personas con trastornos mentales y contribuir a la promoción y prevención en el campo de la salud mental.
- Los grupos de apoyo, de usuarios, y de familiares pueden jugar un papel significativo en la elaboración de una política de salud mental.
- Los servicios de salud mental deben integrarse en los servicios de salud general, y debe fomentarse la atención comunitaria y la desinstitucionalización.
- Hay evidencias sobre la efectividad de determinadas intervenciones relacionadas con la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.
- También deben considerarse para la inclusión en la política de salud mental las directrices sobre colaboración intersectorial, sistemas de información, investigación, evaluación, mejora de la calidad, medicación esencial, recursos humanos y formación.
- Roles y responsabilidades: las áreas de actuación deben ser asignadas a agencias gubernamentales, proveedores, usuarios, ONGs y trabajadores de la salud.

Ejemplos de políticas

Los Cuadros 5 y 6 presentan resúmenes de políticas de salud mental para dos países imaginarios, uno con un nivel bajo de recursos para salud mental y otro con un nivel medio.

Cuadro 5. Ejemplo de una política de salud mental para un país con un bajo nivel de recursos*

País A (10.000.000 de habitantes)

- > Las entrevistas con trabajadores de la salud mental y líderes de la comunidad han identificado la atención para los casos de psicosis, epilepsia y discapacidad intelectual, así como las necesidades principales de la población en salud mental.
- > A día de hoy, sólo las personas con psicosis graves o con conductas disruptivas son admitidos en los dos hospitales psiquiátricos, y el tratamiento ambulatorio se limita a cuatro ciudades (40% de la población) donde hay especialistas disponibles.
- > El grupo de los especialistas está compuesto por 20 psiquiatras, 30 psicólogos y 80 enfermeras de salud mental (entre el 30%-50% de su tiempo lo emplean en la enseñanza o en la práctica privada.)

Política de salud mental

1. Filosofía: La atención a la salud mental proveerá cuidados integrados e integrales de tipo comunitario que respondan a las necesidades prioritarias para la psicosis, la epilepsia y la discapacidad intelectual, enfatizando la prevención y la detección temprana. El respeto por los derechos humanos de las personas con trastornos mentales será el principio que guíe la provisión de servicios.

2. Los siguientes valores y principios han sido respaldados por la mayoría de las partes implicadas:

- La salud mental es indivisible de la salud general: la atención a la salud mental debe estar integrada en los centros de atención primaria.
- Atención comunitaria: las personas con psicosis deben recibir cuidado y tratamiento preferiblemente en sus hogares, con el apoyo de familiares y vecinos.
- Relativismo cultural: la medicina tradicional juega un papel significativo.
- Accesibilidad: todas las personas deben tener acceso a la atención primaria, independientemente de su nivel económico o situación geográfica.

3. Objetivos: Cada uno de los objetivos seleccionados ha tenido en consideración la necesidad de mejorar la salud, responder a las expectativas de los ciudadanos y proporcionar respaldo económico.

- Reducir la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes y/o reducir el nivel de discapacidad que éstos ocasionan.
- Proteger los derechos de las personas con trastornos mentales.
- Incrementar el número personas con trastornos mentales que son atendidas en atención primaria.

4. Se han establecido como prioritarias las siguientes áreas para la actuación:

- **Legislación y derechos humanos:** dada la falta de protección de las personas con trastornos mentales graves deberá formularse una nueva ley que regule la mayoría de los derechos.
- **Financiación:** deben asignarse fondos adicionales en los servicios de atención primaria con el fin de fortalecer las intervenciones de salud mental, para hacerlas accesibles a la comunidad.
- **Investigación y evaluación:** debido a la falta de evidencias acerca de la prevención y tratamiento de los trastornos mentales en los servicios de atención primaria, debe crearse un proyecto piloto para examinar las estrategias más rentables.
- **Organización de servicios:** debe consolidarse la coordinación entre los equipos de atención primaria y los servicios especializados.
- **Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación:** se han establecido las siguientes prioridades:

- prevención del daño cerebral mediante un adecuado cuidado prenatal, partos seguros, vacunación y el tratamiento de las enfermedades infecciosas en la primera infancia
- tratamiento de las personas con psicosis y epilepsia en los servicios de atención primaria con el apoyo de las familias y los vecinos, debidamente entrenados para esta tarea.
- Recursos humanos: Debido a la escasez de los profesionales de salud mental y al importante papel de los profesionales de la medicina tradicional en las comunidades rurales, se han establecido las tres prioridades siguientes:
 - los trabajadores de atención primaria necesitan formación en salud mental
 - se necesita coordinación con la medicina tradicional
 - es necesario formar a los profesionales de enfermería en salud mental comunitaria para que puedan trabajar con los equipos de atención primaria.

**Estos ejemplos no son recomendaciones específicas de actuación.*

Cuadro 6. Ejemplo de una política de salud mental para un país con un nivel de recursos medio*

País B (10.000.000 de habitantes)

- Un estudio epidemiológico de los adultos atendidos en los centros de atención primaria arrojó los siguientes índices de prevalencia: 18% por depresión, 12% por trastornos de ansiedad y 10% por abuso o dependencia del alcohol.
- Los grupos de discusión o focales de personas con distintas características han revelado la necesidad de atención para adultos con psicosis aguda y conducta suicida y para niños con problemas conductuales o de aprendizaje.
- Algunos centros de atención primaria proporcionan tratamientos básicos para este tipo de trastornos mentales, y una ONG tiene un programa sobre habilidades de la vida diaria y centros escolares saludables.
- La mayor parte de los recursos de salud mental se hayan concentrados en dos ciudades en las que hay un hospital psiquiátrico de gran capacidad y dos unidades de hospitalización breve en hospitales generales.
- Hay 100 psiquiatras, 40 psicólogos clínicos, 250 enfermeras de salud mental y 40 terapeutas ocupacionales trabajando en la salud mental.

Política de salud mental

Filosofía: La salud mental de la población se mejorará mediante la promoción de la salud mental en las escuelas de primaria y asegurando el tratamiento precoz de los trastornos mentales en atención primaria. Los asuntos relativos a la equidad de las personas con trastornos mentales graves serán tratados por los sistemas de salud y bienestar social.

Valores y principios: De acuerdo con esta filosofía, se acordaron dos líneas de valores y principios:

- *Bienestar psicológico:* la promoción de la salud mental debe estar integrada en las actuaciones de otros sectores además del sanitario.
- *Indivisibilidad de la salud mental, la salud general y la atención comunitaria:* la salud mental debe integrarse asimismo en el sistema de salud general y se debe desarrollar la atención comunitaria con la participación de usuarios y familias.

Objetivos: Cada uno de los objetivos seleccionados ha tenido en consideración la necesidad de mejorar la salud, responder a las expectativas de las personas y proporcionar financiación.

- Mejorar las habilidades de la vida diaria en los escolares, reducir la prevalencia de la depresión y reducir las complicaciones derivadas de la abstinencia alcohólica.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios con la atención a la salud mental.
- Lograr la paridad para la salud mental en los seguros públicos y privados.

Se han establecido como prioritarias las siguientes **áreas para la actuación**:

- **Legislación y derechos humanos:** se ha desarrollado cierta legislación de salud mental. No obstante, existe la necesidad de un apoyo al bienestar social de las personas con trastornos mentales.
- **Financiación:** había cierta cantidad de fondos disponibles para servicios especializados en salud mental. Existía, sin embargo, la necesidad de mejorar la financiación para la integración de los servicios de salud mental en los servicios de atención primaria.
- **Organización de servicios:** debe ponerse en marcha el seguimiento y tratamiento precoz de la depresión, el riesgo de suicidio, las psicosis y el abuso del alcohol en la atención primaria con el apoyo de los equipos comunitarios de salud mental.
- **Medicación esencial:** para desarrollar estos servicios en los centros de atención primaria, deberá asegurarse la disponibilidad adecuada de medicación psicotrópica.
- **Colaboración intersectorial:** se debatió la necesidad de una alianza entre el ministerio de salud y otros dos sectores:
 - *Bienestar social:* para ayudar a las personas con esquizofrenia a vivir en sus comunidades.
 - *Educación:* para poner en práctica las actividades de promoción de la salud mental en las escuelas.
- **Apoyo:** el ministerio de salud se ha comprometido a lograr la paridad de la salud mental en los servicios públicos y privados y está debatiendo la necesidad de invitar a los usuarios y a sus familias a participar en la planificación y evaluación de los servicios de salud mental.
- **Mejora de la calidad:** La calidad del tratamiento y la atención en los servicios de atención primaria necesita mejorarse drásticamente.

** Estos ejemplos no son recomendaciones específicas de actuación.*

3. Desarrollar un plan de salud mental

Una vez que la política de salud mental esté redactada (y, preferiblemente, aprobada oficialmente), debe formularse un plan para desarrollar los objetivos descritos. Dicho plan debe ser elaborado según el proceso seguido para el desarrollo de la política. La información sobre las necesidades de la población, la compilación de evidencias, la consulta, la negociación y los intercambios con otros países, pasos previos requeridos para el desarrollo de la política, deben emplearse de nuevo y profundizar sobre ellos en la formulación del plan. Deberán llevarse a cabo nuevas rondas de consulta y negociación y obtener toda la información que sea precisa. Los siguientes pasos serán establecer las estrategias, las actividades, los plazos, los indicadores y los objetivos, así como los recursos necesarios para el plan.

Paso 1. Establecer las estrategias y los plazos

Las estrategias forman el núcleo central de un plan nacional o regional sobre salud mental. En muchos países los planes se definen como “planes estratégicos” o simplemente “estrategias”. Las estrategias representan las líneas de actuación que se supone tendrán las mayores posibilidades de llevar a cabo correctamente la política sobre salud mental en una población determinada. Si se diseñan adecuadamente, de acuerdo con las circunstancias imperantes en un país o región, facilitarán el desarrollo de la política sobre salud mental.

A menudo, las estrategias se formulan llevando a cabo un análisis SWOT*, esto es, identificando los puntos fuertes, las debilidades, las oportunidades y las amenazas asociadas con los programas y servicios de salud mental actuales.

- Algunas de los **puntos fuertes** de los programas y de los servicios de salud mental pueden ser: la motivación de los profesionales, la colaboración de otros sectores no sanitarios, los buenos resultados logrados con proyectos piloto, las leyes que favorecen la salud mental, las organizaciones de usuarios y familias, los grupos de apoyo, la disponibilidad de ciertos recursos humanos (Ej. profesionales de salud, auxiliares de enfermería, profesionales de salud mental y psicólogos).

- Algunas de las **debilidades** de los programas y de los servicios de salud mental pueden ser: los escasos recursos asignados a la salud mental, equipos de atención primaria con formación insuficiente en salud mental, un sistema de salud fragmentado con escasa coordinación entre la atención primaria y la especializada, la ausencia de un sistema de información para salud mental, una actividad insuficiente para la mejora de la calidad.

- Algunas de las **oportunidades** para el desarrollo de una política de salud mental en un país pueden ser: la conciencia pública de las paupérrimas condiciones de vida o de las violaciones de los derechos humanos que sufren las personas en los hospitales psiquiátricos, un proceso de reforma sanitaria que señale nuevas prioridades, la alarma social acerca del aumento de la violencia o del abuso de drogas.

- Algunas de las **amenazas** para el desarrollo de una política en salud mental pueden ser: una gran estigmatización asociada a los trastornos mentales, una situación de crisis económica y un alto índice de desempleo, una opinión pública centrada en otros temas ajenos a la salud mental.

Los pasos que se describen a continuación deberían llevarse a cabo por el departamento de salud mental del ministerio de salud, según el análisis SWOT señalado anteriormente:

1. Elaborar un listado de propuestas principales en la política de salud mental para cada una de las áreas de actuación (Cuadro 4). Este listado debería definir también los sectores a cargo de cada propuesta según la definición de roles y responsabilidades establecida en la política de salud mental.

Las estrategias son el núcleo central de un plan nacional o regional de salud mental.

Se definen los puntos fuertes y debilidades de los programas y servicios actuales.

Se definen las oportunidades y las amenazas al desarrollo de políticas y planes.

2. Mantener sesiones de *brainstorming* (“discusión y debate”) con expertos en salud mental y salud pública para detallar las estrategias principales y llevar a cabo las propuestas enumeradas en el paso anterior. Este paso requiere un análisis de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, como se ha descrito anteriormente.

3. Establecer prioridades para las estrategias elaboradas en el paso 2, escogiendo dos o tres estrategias por cada área de actuación (Cuadro 7.) Una vez identificadas estas prioridades, puede llevarse a cabo un nuevo proceso de asignación de prioridades para el conjunto completo de 20 o 30 estrategias. Se pueden seleccionar unas pocas como prioridades de alto nivel o todas pueden ser colocadas por orden de prioridad. Cuando se lleve a cabo este paso es aconsejable consultar y negociar activamente con los representantes de todas las partes implicadas.

Cuadro 7. Ejemplos de estrategias para un plan sobre salud mental

Áreas de actuación	Estrategias
1. Financiación	- Cualquier aumento de los recursos de salud mental será asignado a servicios comunitarios para personas con trastornos graves de salud mental. - Se creará un fondo especial para apoyar las intervenciones de salud mental en atención primaria. - Se incluirán tres intervenciones prioritarias en salud mental en la cobertura de la asistencia médico-social.
2. Legislación y derechos humanos	- Se redactará una ley sobre el ingreso involuntario. - Se creará una comisión de revisión para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales. - Se propondrá al órgano legislativo una ley sobre bajas por maternidad remuneradas para mejorar el vínculo materno-filial.
3. Organización y servicios	- La mayoría de personas con trastornos mentales serán atendidas en el ámbito de la atención primaria, la derivación al especialista será inferior al 10%. - Los especialistas en salud mental se reunirán al menos una vez al mes con los equipos de atención primaria para debatir los casos y los procedimientos de derivación. - Los recursos de los hospitales psiquiátricos serán reconvertidos en recursos para los hospitales generales y para los equipos comunitarios de salud mental.
4. Recursos humanos y formación	- Se analizarán minuciosamente los recursos humanos existentes para salud mental y se compararán con las necesidades estimadas. - Se incorporarán a la formación universitaria las cinco prioridades de salud mental del país en todas las carreras relacionadas con la salud. - Se desarrollará la formación continuada para todo el personal cualificado en salud mental. - Se introducirá un curso de formación en salud mental para los profesionales de atención primaria.
5. Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación	- Se desarrollará un programa de prevención del suicidio, incluyendo el tratamiento oportuno para la depresión así como controles sobre las armas y las sustancias tóxicas. - Se llevará a cabo un programa sobre la discapacidad intelectual que incluirá la prevención (yodo, asesoramiento psicológico para mujeres embarazadas sobre el alcohol), la integración en la escuela y la formación laboral.

6. Medicación esencial

- Se establecerá un programa escolar que incluirá la promoción de la salud mental y el tratamiento precoz de los trastornos hipercinéticos.
- Se proporcionará desde atención primaria la medicación para la depresión, psicosis y epilepsia (dos tipos de medicamento por cada trastorno.)
- Una institución pública importará un antipsicótico atípico y lo distribuirá con un bajo coste.
- La medicación antidepresiva de alto coste se dispensará a través de la seguridad social sólo bajo un control de calidad.

7. Fomento

- Se apoyará técnica y financieramente a los grupos de usuarios y familiares.
- Se desarrollará una campaña pública contra el estigma y la discriminación en una determinada área.
- Los trabajadores de salud mental recibirán formación para el apoyo y defensa de la salud mental.

8. Mejora de la calidad

- Se establecerán normas y acreditaciones para los servicios de internamiento, hospitales de día, equipos comunitarios de salud mental y hogares protegidos.
- Se formará a los grupos de usuarios y familias acerca del control de calidad y se les consultará sobre su evaluación de los servicios.
- Se realizará un seguimiento de los resultados del programa de tratamiento de la depresión en el ámbito de la atención primaria.

9. Sistemas de información

- Las actividades de salud mental estarán totalmente integradas en el sistema de información sanitario del país en cuestión.
- Cada año se actualizará la información sobre el número de profesionales de salud mental en cada profesión así como el número de camas psiquiátricas.
- Cada año se registrará el número de pacientes con problemas de salud mental y el número de consultas en los centros de atención primaria durante un periodo de dos semanas.

10. Investigación y evaluación

- Se evaluará durante cinco años la política nacional sobre salud mental en un área determinada.
- Se formará a tres profesionales en evaluación de políticas en salud mental con la colaboración de una universidad de un país desarrollado.
- El 5% del presupuesto para investigación se dedicará a la salud mental.

11. Colaboración intersectorial

- La prevención del abuso del alcohol y las drogas entre escolares se llevará en colaboración con el ministerio de educación.
- Se pondrá en marcha un programa para el manejo del estrés en el trabajo junto con el ministerio de trabajo.
- Se desarrollará un proyecto piloto de empleo protegido para personas con esquizofrenia en colaboración con el ministerio de trabajo.

La coordinación de estrategias es fundamental; por ejemplo, un objetivo prioritario en un país puede ser el alta y traslado de los pacientes desde las instituciones psiquiátricas a unos programas de atención comunitaria con fondos adecuados, es decir la desinstitucionalización. Este objetivo es coherente con una mejora de la sanidad (gracias a una mejora de la accesibilidad y de la calidad de los cuidados), responde a las expectativas de las personas (la mayoría de la gente prefiere estar en la comunidad) y proporciona protección económica (por ejemplo, adjudicando ayudas para minusválidos). La puesta en práctica, por tanto, necesitaría estrategias coordinadas en y entre diversas áreas de actuación.

La puesta en práctica, por tanto, necesitaría estrategias coordinadas en y entre diversas áreas de actuación.

La desinstitucionalización es, claramente, una preocupación fundamental en el área de la *organización de servicios*, pero requiere respuestas unificadas y coherentes que implican a otras áreas. Por ejemplo, el alta y traslado de los pacientes a programas de atención comunitaria requiere de una programación financiera, deben reconvertirse los *recursos humanos* necesarios y formarlos adecuadamente, se necesita apoyo para cambiar las actitudes de la sociedad, se necesita que los *medicamentos esenciales* se adquieran y distribuyan en la comunidad, otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales como las responsables de la vivienda y el empleo deben implicarse a través de la *colaboración intersectorial*. De hecho, cuando se llevan a cabo cambios fundamentales en la política de salud mental, tales como la desinstitucionalización, se deberán abordar todas y cada una de las áreas para la actuación mencionadas en el Cuadro 4.

Estrategias que deben desarrollarse bajo cada área de actuación. Por ejemplo:

Organización de servicios:

- Los primeros en ser preparados para el alta de las instituciones psiquiátricas deberían ser los pacientes menos discapacitados.
- Deben desarrollarse programas de rehabilitación psicosocial dentro de la comunidad.
- Deben crearse centros de día para las personas que precisen de una atención más intensiva.

Financiación:

- Los recursos financieros de los hospitales psiquiátricos deben transferirse a los programas comunitarios.
- Deben obtenerse fondos adicionales por donaciones de diversas agencias.

Recursos humanos y formación:

- Los médicos de atención primaria deben formarse para tratar problemas relacionados con la salud mental.
- Los profesionales de salud mental debe proporcionar formación y supervisión comunitaria.

Fomento:

- La salud mental debe desestigmatizarse en la comunidad, de forma que la vida de las personas mejore con la desinstitucionalización.

Adquisición y distribución de medicación esencial:

- Todos los centros sanitarios deben tener disponible un grupo de psicotrópicos.

Colaboración intersectorial:

- Se dispondrá de alojamientos residenciales comunitarios para aquellas personas que no pueden ser dadas de alta en su entorno familiar.

En realidad, para lograr la meta de la desinstitucionalización serán necesarias más estrategias bajo cada área de actuación, además de en otras áreas.

La asignación de prioridades descrita en la sección anterior debería proporcionar una lista de estrategias consideradas como las más efectivas para las circunstancias particulares del país o la región. Estas estrategias deberían llevarse a cabo dentro de un periodo de tiempo específico de acuerdo a unos plazos. Un periodo de tiempo adecuado para el desarrollo de un plan de salud mental puede oscilar entre los tres y los ocho años.

Se debe, no obstante, definir un marco temporal para cada estrategia. Es necesario especificar el año de comienzo y la duración de la misma. Algunas estrategias necesitan seguir funcionando de manera continua e indefinida. Otras serán operativas sólo durante un periodo limitado. A menudo ocurre que las estrategias no se pueden llevar a cabo en su totalidad desde el mismo año de comienzo porque no existe la capacidad o los recursos necesarios para ello. En estos casos, es necesario Establecer qué estrategias serán puestas en marcha el primer año y cuántas más se añadirán en los años sucesivos.

Los plazos se definen para cada estrategia con fechas de inicio y finalización.

Cuadro 8. Ejemplos de un marco temporal para la salud mental

	Grado de desarrollo de estrategias por años			
	Año 1	Año 2	Año 3	...etc.
Estrategia 1	100%	Continúa indefinidamente		
Estrategia 2			100%	Fin
Estrategia 3	50%	100%		Fin
Estrategia 4			50%	100%
Estrategia 5	33%	66%	100%	Continúa
...etc.				

El Cuadro 8 muestra cómo redactar un marco temporal para un plan de salud mental nacional o regional. La Estrategia 1 conlleva un desarrollo desde el primer año y un mantenimiento indefinido, probablemente hasta que se desarrolle un nuevo plan. La Estrategia 2 puede llevarse a cabo posteriormente y por un tiempo limitado; este tipo de estrategia suele llevar asociada una gran inversión de capital. La Estrategia 3 también se aplica durante un tiempo limitado, pero comienza de manera parcial y alcanza su desarrollo total después de dos o tres años. La Estrategia 4 implica una introducción parcial y tardía y debe ser mantenida indefinidamente. La Estrategia 5 comienza gradualmente al principio del plan y también debe de ser mantenida indefinidamente.

A pesar de la especificación de las estrategias y la descripción de los plazos, el plan estará incompleto mientras los detalles de cómo se va a desarrollar no se hayan redactado. Es necesario tener objetivos, con indicadores, que mostrarán si las estrategias se han llevado a cabo o no. Es importante también elaborar una lista con todas las actividades, los costes y los recursos que se precisan. Deben determinarse asimismo los plazos específicos. Los pasos 2 al 4 tratan estos asuntos. Es necesario señalar que estos pasos no tienen por qué ocurrir de manera sucesiva y de hecho a menudo deberán planificarse de forma interdependiente y simultánea. Por ejemplo: los objetivos, indicadores y actividades dependen de la disponibilidad de los recursos, mientras que las actividades influirán en los objetivos y en los indicadores.

El plan no estará completo hasta que se redacten los detalles de cómo se va a llevar a cabo.

Paso 2. Establecer los indicadores y los objetivos

Una vez establecidas las estrategias, deben desglosarse en objetivos específicos e indicadores que permitan posteriormente la valoración sobre si el plan ha sido efectivo o no.

Las estrategias deberían tener unos objetivos claros a conseguir y, como ya se ha mencionado, definir un marco temporal para cumplirlos. Debe estar perfectamente claro cómo las actividades individuales contribuirán a lograr el objetivo.

Las estrategias deberían tener claros los objetivos a conseguir y un marco temporal definido para cumplirlos.

Esto queda ilustrado en la Estrategia 1 bajo el epígrafe de la *organización de servicios* (Véase el Cuadro 9). Si los pacientes menos discapacitados deben ser preparados para ser dados de alta de las instituciones psiquiátricas, deberá especificarse un objetivo que establezca cuántos pacientes estarán incluidos. Si el objetivo era que el 20% de los pacientes institucionalizados fueran dados de alta en un año, este objetivo debería de estar ligado a los objetivos de otras estrategias, por ejemplo, el número de programas de rehabilitación en la comunidad que serán necesarios y el lugar donde se desarrollaran, qué personal será formado y ubicado en la comunidad para solventar las necesidades de estos pacientes dados de alta, cuánto dinero se destinará desde el hospital para el seguimiento de dichos pacientes, etc. Esta relación es muy importante para asegurar que las actividades no se lleven a cabo simplemente para alcanzar objetivos aislados. Por ejemplo, mientras que puede ser relativamente fácil conseguir el 20%

de las altas, si no se han alcanzado otros objetivos de forma simultánea, estos pacientes se encontrarán en la calle sin recibir ningún tipo de atención.

Las estrategias deben ser concretas, factibles y mensurables. Los planificadores deben por tanto desarrollar “indicadores” para evaluar si una estrategia se ha llevado a cabo o no. Por ello, a menudo es preciso recoger información o datos cuando se está desarrollando la estrategia. Por ejemplo, si el 20% de los pacientes menos discapacitados van a ser dados de alta de los hospitales psiquiátricos es necesario que el planificador sepa, en primer lugar, cuántas personas hay actualmente en los hospitales y, en segundo lugar, los niveles de discapacidad de todos estos pacientes. Sólo si esta información está disponible al comienzo del plan será posible cuantificar si el objetivo ha sido alcanzado o no al final del periodo.

Aunque las cifras o porcentajes son a menudo indicadores adecuados, no todos los resultados se pueden medir de esta manera. Por ejemplo, un indicador de la disminución de la estigmatización puede analizarse en términos de cambios en la actitud de la comunidad, pudiendo medirse estos cambios mediante una encuesta actitudinal diseñada específicamente para ello o mediante un debate sobre el tema en un grupo. Más aún, podría existir más de un indicador para una estrategia.

Paso 3. Determinar las actividades principales

Algunas cuestiones de planificación que pueden ser abordadas al disponer de un plan exhaustivo son:

- ¿Qué “actividades” son necesarias desarrollar en una estrategia particular?
- ¿Quién asumirá la responsabilidad de cada actividad?
- ¿Cuánto tiempo llevará cada actividad?
- ¿Qué actividades pueden llevarse a cabo simultáneamente y cuáles pueden llevarse a cabo sólo después de finalizar otra actividad?
- ¿Cuáles son los resultados esperados de cada actividad?
- ¿Cuáles son los obstáculos potenciales o retrasos que podrían frenar la realización de cada actividad y qué pasos hay que tomar para evitarlo?

Aunque parecen cuestiones complejas, no tiene por qué ser así. Diseñando unas sencillas tablas para cada estrategia, es relativamente sencillo cubrir todas estas cuestiones (Véase el Cuadro 9). Este proceso también permite a los planificadores concentrar en una única estructura de planificación los objetivos previamente identificados, así como varias áreas de actuación.

Existen dos importantes razones para describir las actividades con cierto detalle. La más importante es que así no se olvidan pasos esenciales y se considera cuidadosamente cada componente necesario para cumplir el objetivo. En segundo lugar, no es algo trivial el señalar los objetivos alcanzados. Si sólo se diseñan actividades muy amplias y difíciles de conseguir, es difícil también observar el progreso y sentir que se está avanzando hacia la consecución del objetivo. Esto puede ser algo muy desalentador. Las actividades deberían establecerse con plazos, y si estos plazos son realistas y de hecho se logran, es posible verse constantemente reforzado por los propios logros.

Como se muestra en el Cuadro 9, al dividir el año en meses (o cuatrimestres si resulta más adecuado), un planificador puede organizar sistemáticamente cada actividad en un calendario realista. Diseñando un plan de forma periódica, por ejemplo, mensual, es posible establecer claramente qué actividad debe seguir al finalizar otra actividad y también qué puede o debería hacerse de forma simultánea. Enumerando las actividades relacionadas temporalmente y cotejando con los objetivos totales, es posible establecer si el plan anual es factible y realista, y asegura asimismo que las actividades se distribuyan a lo largo de todo el año. Por ejemplo, un método sistemático ayuda a asegurar que las actividades que más tiempo requieren no se programen para el mismo periodo del año, mientras que hay otros periodos del año donde no se lleva a cabo ninguna actividad. Más aún, las personas responsables del desarrollo del plan pueden consultar el plan operativo cada mes y ver qué hace falta conseguir en ese periodo para alcanzar los objetivos del plan anual.

Los planificadores deben establecer “indicadores” para determinarse si la estrategia se ha llevado a cabo o no.

Debe redactarse una lista de actividades para cada estrategia.

El plan debe también especificar quién asumirá la responsabilidad de cada actividad. El plan no sólo debe decir qué se debe hacer sino también quién tiene que hacerlo. Si existen varias partes implicadas en la actividad se debe incluir a todas esas partes.

Una consideración final acerca de los planes es que hay que tratar de prever qué obstáculos o retrasos se pueden presentar a la hora de poner en práctica una determinada actividad. Esto no se hace para excusar que la actividad no se haya completado en el tiempo previsto sino para anticiparse y tratar estos obstáculos. También proporciona información a los supervisores, que examinan y ratifican el plan, de por qué ciertas actividades necesitan ciertos periodos de tiempo estipulados en el plan.

Los objetivos del plan deberían medirse, como se ha mencionado anteriormente, a través de “indicadores” que a menudo miden “resultados”. No obstante, en las actividades se necesitan “resultados” concretos. Aunque las diferentes actividades contribuyen a los resultados, el éxito de cada actividad puede evaluarse en términos de eficacia a la hora de generar un determinado objetivo.

Paso 4. Determinar los costes, los recursos disponibles y el presupuesto

El departamento de salud mental del ministerio de salud debe seguir los siguientes procedimientos para formular los recursos del plan. Esto incluye diseñar un presupuesto para cada una de las estrategias del plan. (Véanse los módulos *Financiación de la Salud Mental y Planificación y Elaboración de Presupuestos para la Prestación de Servicios de Salud Mental*).

1. Calcular el coste de cada estrategia prioritaria y el coste total por año de implantación. Los gastos de salud incluyen habitualmente inversiones de capital y gastos regulares, tales como los recursos humanos y el material fungible (Ej. Medicamentos e investigaciones de laboratorio.) El capital en bienes inmuebles incluye edificios, equipo y vehículos, que son habitualmente gastos discontinuos y no necesitan incluirse todos los años en el plan sobre salud mental. No obstante, el capital en bienes inmuebles se deteriora con rapidez y es obligatorio planificar un gasto regular de este tipo. En muchos países los costes de mano de obra representan dos tercios o más de los gastos regulares en salud y esto debe tenerse en cuenta en el plan.
2. El plan sobre salud mental debe también tener en cuenta cómo se financiarán los recursos. En la mayoría de los países hay una combinación de financiación estatal (impuestos generales), seguridad social, donantes, aseguradoras privadas y pagos en efectivo. Además hay ciertos sectores, como los de educación, empleo, justicia y vivienda, que necesitan presupuestos para salud mental.
3. Ajustar los plazos de las estrategias y de las actividades a la cantidad de recursos financieros que el gobierno y las instituciones privadas dedican a la salud mental en cada año de desarrollo del plan.
4. Replantear los plazos y los recursos anualmente después de hacer un seguimiento y evaluación del desarrollo del plan. Gracias a la experiencia es posible conocer la capacidad real del sistema de salud mental para llevar a cabo el plan y el capital real y los gastos regulares necesarios para las estrategias. A veces es también necesario ajustar los plazos y los recursos debido a circunstancias políticas y/o a las presiones ejercidas por las partes implicadas.

Los detalles sobre cómo calcular el coste de los planes se pueden ver en el módulo sobre *Planificación y Elaboración de Presupuestos para la Prestación de Servicios de Salud Mental*.

Es esencial que todos los planes sean evaluados. Los detalles de cómo realizar las evaluaciones se presentan en el módulo sobre *Planificación y Elaboración de Presupuestos para la Prestación de Servicios de Salud Mental* y se puede obtener información adicional en el módulo sobre *Investigación y Evaluación*, de futura publicación por la OMS.

Diseñar un plan mensualmente puede ayudar a definir el esquema de actividades.

Se debe calcular el coste de cada estrategia prioritaria así como el coste total del plan por cada año de desarrollo.

Puntos clave: desarrollando un plan sobre salud mental

- El plan se sustenta sobre el proceso establecido para la creación de una política: las necesidades de la población, la información sobre los servicios actuales, las evidencias, los intercambios con otros países, la consulta y la negociación.
- Deberían plantearse las estrategias prioritarias para cada área de actuación, basándose en los puntos fuertes, debilidades, oportunidades y amenazas de los servicios existentes.
- Se establecerá un marco temporal para cada estrategia prioritaria, especificando la fecha de comienzo y su duración.
- Las actividades principales necesarias para lograr las estrategias se definen junto con los detalles de cómo, cuándo y por quién será dirigido el proceso.
- Los objetivos e indicadores se definirán con el fin de marcar la dirección del plan y permitir el seguimiento y evaluación de cada estrategia.
- Se calcularán los costes y recursos disponibles para cada estrategia. Los planes estarán basados en esta información.
- Se especificarán los recursos humanos, el capital en bienes inmuebles y los materiales fungibles necesarios para el desarrollo de las estrategias.

Cuadro 9. Se presentan tres estrategias derivadas del objetivo de desinstitucionalización

Los ejemplos están tomados de *Organización de Servicios, Recursos Humanos y Financiación*. Deberían redactarse planes detallados similares para cada estrategia en cada área para la actuación. Este plan cubre el período de un año.

Objetivo: Reducir el número de personas en los hospitales psiquiátricos e incrementar el número de personas que reciben atención comunitaria.

Área para la actuación: Organización de servicios

Estrategia 1: Los pacientes menos discapacitados deberían ser preparados para el alta de las instituciones psiquiátricas

Objetivos: El 20% de los pacientes menos discapacitados deberán haber sido preparados para el alta de las instituciones psiquiátricas

Indicador: La proporción de pacientes dados de alta de las instituciones psiquiátricas

Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Personal Responsable	Resultado	Obstáculos potenciales
Determina el nivel de la discapacidad de cada paciente hospitalizado mediante un estudio	●	●											Directores de salud mental del distrito/área Departamento regional de sanidad	20% de los pacientes con menor discapacidad identificados	Los instrumentos empleados para determinar la discapacidad no son culturalmente adecuados
Determinar las condiciones del hogar del 20% de los pacientes con menor discapacidad	●	●	●										Directores de salud mental de los distritos/áreas	Se han llevado a cabo las visitas a domicilio	Los familiares no quieren al paciente de alta y no cooperan
Determinar qué pacientes pueden ser dados de alta con sus familiares y quienes precisan alojamiento			●	●									Directores de salud mental del distrito/área	Relación de aquellos que serán dados de alta en sus familias y de los que precisen alojamiento	Muy pocos pacientes son capaces de regresar con su familia
Llevar a cabo un programa de altas psicosocial			●	●	●	●	●	●					Gerentes de hospital	Programa completado para cada paciente	El personal del hospital no tiene formación para preparar a los pacientes para darles de alta
Coordinarse con el ministerio de vivienda para crear alojamiento			●	●	●								Ministerio nacional de salud Ministerio nacional de vivienda	Acuerdo alcanzado con el ministerio de la vivienda	El ministerio de vivienda no es capaz de proporcionar alojamiento a las personas con minusvalías mentales
Coordinarse con ONGs para crear centros de día				●	●								Directores de salud mental del distrito/área	Acuerdo alcanzado con las ONGs para la creación de centros de día	No hay ONGs con la debida formación para gestionar un centro de día
Dar de alta a los pacientes en servicios comunitarios organizados							●	●	●	●	●		Gerentes del hospital junto con los directores de salud mental del distrito/área	Los pacientes que están de alta en programas de atención comunitaria	No existen programas comunitarios para dar de alta a los pacientes de los hospitales ni ha habido derivación de fondos

Objetivo: Reducir el número de personas en los hospitales psiquiátricos e incrementar el número de personas que reciben atención comunitaria.

Área para la actuación: Organización de servicios

Estrategia 1: Los médicos de atención primaria deben tratar a las personas con trastornos mentales

Objetivos: Se ha formado a 20 médicos y a 50 enfermeras de servicios comunitarios para proporcionar intervenciones de salud mental dentro de la atención general

Indicador: Número de médicos y enfermeras comunitarios que han recibido formación

Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Personal Responsable	Resultado	Obstáculos potenciales
Llevar a cabo una reunión con los directores de distrito/área de 5 distritos/áreas	●	●											Ministerio Nacional (A. Otros)	Acuerdo con los directores a cerca de los objetivos	La salud mental puede no ser prioritaria para los directores de los distritos/áreas sanitarias
Los directores de distrito/área deben escoger 4 médicos y 10 enfermeras por distrito/área para su formación	●	●											Directores de distritos/áreas (Poner nombre)	Se han seleccionado los médicos y enfermeras que recibirán la formación	Los médicos y enfermeras pueden no estar disponibles para recibir la formación o pueden no querer llevar a cabo trabajos relacionados con la salud mental
Contactar con universidades y facultades para que lleven a cabo la formación	●	●	●										Autoridades provinciales (Poner nombre)	Acuerdo alcanzado sobre la responsabilidad en la formación y los marcos temporales	Los académicos pueden estar inmersos en sus propias actividades de enseñanza e investigación
Se llevará a cabo la formación en cada distrito/área			●	●	●	●	●	●					Universidades/ Facultades	Formación completada dentro de los marcos temporales estipulados	Los recursos disponibles en el distrito/área para la formación de empleados son insuficientes
Debe proporcionarse apoyo y supervisión a los profesionales formados				●	●	●	●	●	●	●	●	●	Psiquiatras y enfermeras psiquiátricas a nivel de distrito/área	Se ha recopilado un informe sobre todas las ayudas y supervisiones	No hay trasportes disponibles para trasladarse dentro del distrito por lo que no se puede proporcionar supervisión de las actividades
Planificar junto con un investigador una encuesta para determinar qué pacientes están recibiendo cuidados a través de servicios integrados de salud mental					●	●							Ministerio nacional junto con un organismo de investigación	Existe acuerdo sobre la encuesta y ésta se ha planificado	No existen recursos disponibles para llevar a cabo la evaluación
Iniciar los procesos de seguimiento y evaluación													Organismo de investigación	Cominzo de la encuesta	Los directores de distrito/área no permiten a los investigadores el acceso a los informes

Objetivo: Reducir el número de personas en los hospitales psiquiátricos e incrementar el número de personas que reciben atención comunitaria.

Área para la actuación: Financiación

Estrategia 1: Los recursos financieros deben dirigirse de los hospitales psiquiátricos a los programas comunitarios

Objetivos: Transferencia de los recursos necesarios según se calcularon en las actividades uno y dos

Indicador: Los recursos proporcionados se encuentran disponibles en la comunidad para la atención de la salud mental

Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Personal Responsable	Resultado	Obstáculos potenciales
Calcular el coste por paciente y día en la atención institucionalizada	●	●											Sección financiera del ministerio de salud	Los costes están disponibles	Los costes no están disponibles
Calcular los ahorros marginales de los hospitales si tuviesen un 20% menos de pacientes		●	●	●									Sección financiera del ministerio de salud	Cálculos realizados	Desacuerdos sobre cuánto dinero se ahorra al dar de alta al 20% de los pacientes
Transferir los fondos ahorrados del hospital a la comunidad cuando los pacientes sean dados de alta									●	●	●	●	Sección financiera del ministerio de salud	Fondos transferidos	Dificultad en la transferencia de fondos de un presupuesto a otro

Ejemplos de planes

Los Cuadros 10 y 11 presentan ejemplos de estrategias prioritarias en los planes de salud mental de los dos países ficticios descritos en los Cuadros 5 y 6.

Cuadro 10. Ejemplos de estrategias prioritarias en el plan de salud mental de un país con un bajo nivel de recursos*

País A (el mismo del Cuadro 5)

Área de actuación: Legislación y derechos humanos.

Estrategia: Formular una ley de salud mental que proteja los derechos de las personas con trastornos mentales.

Objetivo: Una nueva ley de salud mental, que proteja los derechos de las personas con trastornos mentales, en un plazo de dos años.

Indicador: Promulgación de una nueva ley de salud mental.

Actividades (durante el primer año):

- Revisar la ley actual de salud mental y contrastarla con los instrumentos internacionales sobre derechos humanos.
- Examinar leyes de otros países con coyunturas sociales y culturales similares.
- Organizar reuniones con las personas más implicadas para debatir el contenido de la legislación.
- Hacer un borrador de la legislación y difundirlo para obtener comentarios.

Área de actuación: Financiación.

Estrategia: La asignación de fondos para reforzar las intervenciones preventivas y curativas en el contexto de atención primaria.

Objetivo: Invertir un 30% adicional de la asignación de los fondos actuales en las intervenciones preventivas y curativas en atención primaria.

Indicador: Proporción de fondos asignados a las intervenciones de prevención y curación en el contexto de atención primaria.

Actividades:

- Influir en el Ministerio de Salud para lograr la igualdad entre los servicios de salud y salud mental.
- Recopilar información de otros países sobre el coste-beneficio de un programa para prevenir un problema particular de salud mental.
- Preparar solicitudes de financiación para enviar a las organizaciones donantes elegidas.

Área de actuación: Investigación y evaluación

Estrategia: Desarrollar un proyecto piloto para la prevención y tratamiento de los trastornos mentales en atención primaria que será respaldado económicamente y evaluado en colaboración con una agencia internacional.

Objetivo: Completar y evaluar un proyecto piloto.

Indicador: Resultados de la investigación de un proyecto piloto para la prevención y tratamiento de trastornos mentales en atención primaria.

Actividades:

- Identificar el problema específico y la investigación requerida para responder al problema.
- Conseguir un acuerdo entre investigadores cualificados, tanto nacionales como internacionales, sobre la metodología a emplear y obtener su consentimiento para llevar a cabo la investigación.
- Preparar las solicitudes para la financiación de la investigación.
- Hacer un seguimiento de los progresos de la investigación e intervenir para reencauzarla si es necesario.
- Asegurarse de que los resultados de la investigación se presentan por escrito en un informe con recomendaciones.

Área de actuación: Organización de servicios.

Estrategia: Los especialistas en salud mental (incluyendo psiquiatras, psicólogos y enfermeras psiquiátricas) supervisarán y recibirán derivaciones de los profesionales de atención primaria.

Objetivos: Un 75% de los especialistas en salud mental supervisarán y recibirán derivaciones de los profesionales de atención primaria.

Indicador: Porcentaje de los especialistas en salud mental que supervisan y reciben derivaciones de los profesionales de atención primaria.

Actividades:

- Negociar con los especialistas en salud mental para que supervisen y se encuentren disponibles para recibir derivaciones.
- Disponer un sistema de transporte para permitir que el plan que se ha acordado se lleve a cabo.

Área de actuación: Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Estrategia: Desarrollar un programa de atención primaria para psicosis y epilepsia en el que intervengan los profesionales de enfermería.

Objetivo: Que el 50% de los profesionales de enfermería en atención primaria puedan administrar medicación antipsicótica y antiepiléptica.

Indicador: Porcentaje de enfermeras en atención primaria capaces de administrar medicación antipsicótica y antiepiléptica.

Actividades:

- Reunirse con los profesionales de enfermería para explicarles la política y discutir las dificultades que puedan tener con ella.
- Organizar la formación con una institución docente y los directores regionales de salud.
- Llevar a cabo un programa de formación para los profesionales de salud.

Área de actuación: Recursos humanos y formación.

Estrategia: Llevar a cabo un programa de formación para los profesionales de enfermería psiquiátrica comunitaria.

Objetivo: Tres profesionales de enfermería psiquiátrica por cada millón de habitantes en el primer año y veinte por cada millón de habitantes en diez años.

Indicador: Número de profesionales de enfermería psiquiátrica por cada millón de habitantes.

Actividades:

- Comenzar la formación de los profesionales de enfermería psiquiátrica en una escuela de enfermería de reciente inauguración.
- Asegurarse de que el currículum cubre todas las necesidades de los profesionales de enfermería en atención primaria.

**Estos ejemplos no son recomendaciones específicas de actuación.*

Cuadro 11. Ejemplos de estrategias prioritarias en el plan de salud mental con un nivel de recursos medio*

País B (el mismo del Cuadro 6)

Área de actuación: Legislación y derechos humanos.

Estrategia: Proporcionar una pensión por discapacidad a las personas con esquizofrenia.

Objetivo: Que el 50% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia e incapacitadas para trabajar en el mercado laboral normalizado perciban ayudas por discapacidad en un plazo de tres años.

Indicador: Porcentaje de personas diagnosticadas con esquizofrenia e incapacitadas para trabajar en el mercado laboral normalizado que perciban subvenciones por discapacidad.

Actividades:

- Desarrollar un instrumento de evaluación para determinar quién puede optar a una subvención / pensión por discapacidad.
- Dar publicidad en los dispositivos sanitarios y en los medios de comunicación de la disponibilidad de subvenciones.
- Crear sistemas para evaluar si una persona con esquizofrenia puede optar a una subvención / pensión por discapacidad.
- Crear sistemas para el pago de las subvenciones / pensiones por discapacidad en colaboración con los departamentos de economía y bienestar social.
- Comenzar con las evaluaciones en diez áreas piloto.

Área de actuación: Financiación.

Estrategia: Equipararse, con nuevos fondos, los recursos que fueron reconvertidos para salud mental a los centros de atención primaria.

Objetivo: Una nueva financiación igual a la mitad de los fondos reconvertidos localmente en el primer año y una financiación igual en dos años.

Indicador: Cuantía de los nuevos fondos para los servicios de salud mental.

Actividades:

- Mantener negociaciones con el departamento de economía para asegurar la financiación dentro del periodo estipulado.
- Llevar a cabo reuniones con los responsables de los distritos/áreas sanitarias para asegurar que los recursos asignados se dedican a salud mental y no a otra prioridad.
- Establecer un sistema de seguimiento para valorar quién se está beneficiando de la financiación adicional.

Área de actuación: Organización de servicios.

Estrategia: Reutilizar los recursos del hospital psiquiátrico para reforzar los programas comunitarios.

Objetivo: Asignar, en un año, el 10% de todo el gasto de inversión, recursos humanos y material fungible a los servicios de atención primaria, un 40% en el segundo año y un 70% en el tercero.

Indicador: Porcentaje de gasto de inversión, recursos humanos y material fungible asignado a los servicios de atención primaria.

Actividades:

- Mantener reuniones con los sindicatos, los responsables de los hospitales psiquiátricos, las empresas de distribución de medicamentos y los grupos de usuarios y familias sobre los cambios que se pretenden realizar.
- Crear nuevos puestos de trabajo en atención primaria para afrontar la carga adicional en este nivel.
- Formar y preparar a los profesionales para llevar a cabo esta estrategia.
- Preparar a los pacientes para el alta y dársela en el momento adecuado.

Área de actuación: Medicación esencial.

Estrategia: Disponibilidad de medicación antidepressiva, antipsicótica y ansiolítica en los servicios de salud a nivel regional y de distrito/área.

Objetivo: Disponibilidad de fármacos específicos para tratar la depresión, la epilepsia y la ansiedad en un 50% de los dispositivos sanitarios a nivel regional y un 30% en el nivel de atención primaria durante el primer año, y un 80% y 50% respectivamente en el segundo año.

Indicador: Disponibilidad de fármacos específicos para tratar la depresión, la epilepsia y la ansiedad en los dispositivos sanitarios a nivel regional y en atención primaria.

Actividades:

- Organizar un encuentro con expertos en atención psiquiátrica (de distintos niveles de la atención sanitaria), junto con los responsables de la distribución de fármacos, de las finanzas y los representantes de los usuarios para redactar una lista de los fármacos esenciales disponibles a nivel regional y de distrito/área.
- Hacer circular la lista e incorporar comentarios.
- Mantener reuniones de planificación con los gerentes de los servicios de atención primaria del primer nivel y de distrito/área para acordar el desarrollo del plan.
- Hacer un seguimiento de la disponibilidad de los fármacos en los servicios escogidos inicialmente para desarrollar el plan y adaptarlo adecuadamente al plan.

Área de actuación: Colaboración intersectorial.

Estrategia: Establecer una colaboración con el ministerio de educación para desarrollar una intervención sobre las habilidades de resolución de problemas en las escuelas públicas.

Objetivos: Una cobertura del 50% al tercer año y una cobertura del 100% de las escuelas públicas en un plazo de seis años.

Indicador: Porcentaje de escuelas que disponen de una intervención sobre habilidades de resolución de problemas.

Actividades:

- Reunirse con el departamento de educación para acordar la visión del plan de habilidades de resolución de problemas en los colegios.
- Ofertar el desarrollo de la intervención a un equipo de expertos locales.
- Comprobar las intervenciones en las escuelas piloto especificadas y adaptar el programa.
- Asegurarse de que el departamento de educación incluye la intervención en el currículum de las escuelas piloto dentro de una puesta en marcha gradual.

Área de actuación: Ayuda a los afectados.

Estrategia: Las personas con trastornos mentales y sus familias deberían participar en la planificación y la evaluación de los servicios de salud mental.

Objetivo: La participación total de los grupos de usuarios y familiares en la planificación y el desarrollo de servicios en todos los distritos/áreas sanitarias, centros de atención primaria y dispositivos de salud mental en un plazo de 4 años. Debe lograrse una cobertura del 35% en dos años.

Indicador: Porcentaje de dispositivos donde la planificación y la evaluación de la salud mental se lleva a cabo con la participación total de los usuarios y familiares.

Actividades:

- Consultar con los representantes de usuarios y familias a nivel nacional y consensuar el plan. Solicitarles que difundan el plan a nivel local.
- Identificar las áreas donde existe una fuerte participación local de usuarios y familias e implicarlos en el proceso de planificación y desarrollo de servicios.
- Formar a más usuarios para permitirles participar en la planificación y evaluación.
- Poner en marcha la participación de los usuarios y familias teniendo en cuenta las dificultades y experiencias aprendidas

Área de actuación: Mejora de la calidad.

Estrategia: Se desarrollarán guías clínicas, normativas y un sistema de acreditación en salud mental para los centros de atención primaria en colaboración con asociaciones de profesionales de salud.

Objetivo: Disponibilidad de guías clínicas para las enfermedades identificadas en el primer año y la disponibilidad de normas y del sistema de acreditación en dos años.

Indicador: Disponibilidad de guías clínicas para las enfermedades identificadas y disponibilidad de normas y de un sistema de acreditación.

Actividades:

- Reunirse con asociaciones profesionales pertinentes y formular un plan para el desarrollo de guías clínicas, normas y un sistema de acreditación para la atención primaria.
- Nombrar un equipo de expertos del ministerio y de las asociaciones profesionales para elaborar borradores cimentados en prácticas basadas en la evidencia.
- Seguir los procedimientos del país para obtener el reconocimiento legal del sistema de acreditación.

**Estos ejemplos no son recomendaciones específicas de actuación.*

4. Desarrollar un programa de salud mental

La política de salud mental se centra en valores, principios y objetivos. Un plan es un esquema detallado que permite el desarrollo de la política. Gracias a la política y al plan, un país no sólo es capaz de situar la salud mental en una dirección bien elaborada y diseñada sino que también puede crear los mecanismos para llevar a cabo los objetivos de esa política. El plan desarrolla la política mediante un conjunto específico de componentes estratégicos y operativos, los cuales ayudan a los países a lograr sus objetivos. No obstante, además de estos planes, puede resultar ventajoso incorporar programas de salud mental. Es aconsejable para los equipos o los individuos que diseñan los planes de salud mental, incluyendo las personas del ministerio de salud, que se establezcan “espacios” dentro de su propio trabajo (y en el trabajo de las personas que ponen en marcha los servicios) para que incluyan los programas y su desarrollo.

Hay muchas razones por las que, en distintos momentos, se detectan ciertas prioridades que deben pasar a un primer plano y ser abordadas. Éstas no deben considerarse como distracciones o interrupciones que afectan a los objetivos de salud mental a más largo plazo, ni como desviaciones de anteriores prioridades, sino como parte integral de la provisión de servicios en salud mental.

Cada país tendrá razones singulares por las que un programa deba ponerse en práctica en un momento concreto. Algunos ejemplos son:

- El gobierno decide que la violencia contra las mujeres es una prioridad nacional inmediata y que todos los departamentos deben incluir programas para la prevención de la violencia y el cuidado de las víctimas. Por lo tanto, debe crearse un programa para la atención a la salud mental y la rehabilitación.
- Un proyecto de investigación llevado a cabo por un reconocido académico muestra que el Síndrome de Alcoholismo Fetal ha alcanzado un nivel sin precedentes en un país. El ministro de salud responde diciendo que se llevarán a cabo programas para la prevención del alcoholismo entre las mujeres embarazadas.
- Estalla una guerra en un país vecino. Decenas de miles de refugiados, la mayoría mujeres y niños, han huido a través de la frontera. Muchos sufren de trastornos psicológicos graves mientras que otros con trastornos mentales crónicos ya no tienen acceso a su medicación. Se necesita un programa urgente.
- El departamento de instituciones penitenciarias ha firmado un tratado internacional según el cual ya no se les permite retener a personas con trastornos mentales en prisión. Solicitan al departamento de salud que les ayude para proporcionar dispositivos de salud mental de seguridad.
- La Organización Mundial de la Salud negocia para que la salud mental sea el tema del Día Mundial de la Salud. Se pide a los países que organicen actividades para reducir el estigma y promocionar la salud mental.
- Se lanza una campaña internacional para tratar la epilepsia. Su país accede a participar.
- El ministro de salud recibe presiones por parte de un grupo de usuarios para enmendar un apartado de la legislación sobre salud mental. El ministro accede a investigar este asunto en su totalidad.

Un programa es a menudo una iniciativa a más corto plazo que una política o un plan. No obstante, esto no implica que los programas no deban pasar por una detallada planificación.

Los pasos mencionados en el proceso de desarrollo de políticas y planes son también relevantes para los programas. Ya que los detalles de estos pasos se han perfilado previamente en este módulo, no se repetirán aquí. No obstante, aquellos implicados en el desarrollo de programas deberían pasar por los siguientes procesos:

- Establecer estrategias y plazos basados en la investigación y en la información recopilada.
- Establecer indicadores y objetivos.
- Establecer las actividades principales y cómo y por quién serán desarrolladas.

Además de los planes, en ocasiones es necesario crear programas de salud mental.

En distintos momentos ciertas prioridades deben pasar a un primer plano y deben ser abordadas.

Un programa es una iniciativa a más corto plazo que una política o un plan pero aún así debe someterse a una detallada planificación.

- Establecer los costes y los recursos disponibles y orientar el programa según estos datos.
- Crear procesos de seguimiento y evaluación.

Puntos clave: Desarrollar un programa sobre salud mental

- Los programas son a menudo iniciativas a más corto plazo orientadas al cumplimiento de ciertas metas específicas.
- Los planificadores de salud mental deberían acomodar los programas en su plan de trabajo de acuerdo con las políticas y planes a más largo plazo.
- El esquema de formulación de un programa debería seguir unos pasos similares a los seguidos para elaborar un plan. Por ejemplo: los programas deben estar basados en la evidencia, deben establecerse plazos, especificarse las actividades principales, Establecer los indicadores y objetivos, así como los costes, los recursos y los agentes responsables. Además, cada programa deberá ser cuidadosamente controlado y evaluado.

5. Cuestiones sobre la puesta en práctica de las políticas, los planes y los programas

Una política sobre salud mental puede ponerse en práctica mediante las estrategias prioritarias identificadas en el plan y las intervenciones prioritarias identificadas en el programa. La puesta en práctica de estas estrategias e intervenciones requiere varias acciones (Figura 1). Las actuaciones principales tienen que ver con: la difusión de la política, el apoyo político y la financiación, la creación de una organización de apoyo, las áreas piloto, la potenciación de los proveedores, la coordinación intersectorial, la interacción entre el ministerio de salud y las partes interesadas (incluyendo la asignación de fondos, gestión, adquisición de servicios y regulación).

Paso 1. Difundir la política

Una vez que la política y el plan sobre salud mental han sido formulados, es importante que el ministerio de salud **difunda y comunique la política** a personas clave dentro de las sedes de los distritos/áreas sanitarias y de otras instituciones colaboradoras. Muchas políticas fallan simplemente por no tener la difusión adecuada. Difundir de la forma más amplia posible la nueva política es una función específica de los profesionales de salud mental del ministerio de salud. A continuación se sugieren algunas estrategias para facilitar este proceso:

- > Organizar un evento público con los medios de comunicación en el cual el ministerio de salud u otro órgano de gobierno presente oficialmente la nueva política, los planes y los programas.
- > Publicar folletos sobre la política, los planes y los programas y distribuirlos entre las partes interesadas.
- > Publicar y distribuir pósteres y folletos que describan las ideas principales de la política.
- > Mantener encuentros con equipos sanitarios, usuarios, familiares, grupos de apoyo y otras partes interesadas para analizar la política, los planes y los programas.
- > Organizar seminarios nacionales e internacionales para debatir las políticas sobre salud mental.
- > Reclutar y respaldar a los grupos de usuarios y familiares, así como otros grupos de apoyo para que difundan la política.

Paso 2. Generar apoyo político y financiación

Una vez que la política haya sido redactada, se deben iniciar actividades de comunicación y participación dinámica por parte de las partes interesadas. Estas actividades deberían prolongarse unos meses para asegurar que se consigue el suficiente **respaldo político y la financiación** necesaria para la puesta en práctica. En muchas ocasiones, especialmente en países en vías de desarrollo, ocurre que una política brillantemente redactada no se implementa, o se implementa sólo parcialmente, porque los recursos son insuficientes.

Es esencial disponer de personas en puestos clave que puedan apoyar la política en las altas esferas del gobierno y en instituciones clave. Sería deseable que la opinión pública estuviese tan bien informada que no se quede satisfecha hasta que la salud mental reciba un impulso en la agenda del gobierno, para cumplir con sus demandas y necesidades. Esto rara vez ocurre por casualidad.

Los profesionales de salud mental del ministerio de salud deberían llegar a implicarse en entrevistas y reuniones con las autoridades de su propio ministerio y también de otros, como los de asuntos sociales, empleo, educación, justicia, medio ambiente, vivienda, economía, comercio e industria. Deberían del mismo modo mantener entrevistas y reuniones con representantes de otras instituciones; como el parlamento, el estamento judicial, la policía, los gobiernos locales y los ayuntamientos.

El objetivo de estas acciones es demostrar la importancia de la salud mental. Las autoridades deberían tomar conciencia de la proporción significativa de sobrecarga por enfermedad que

El ministerio de salud y los distritos/áreas sanitarias deberían difundir la política entre las partes interesadas.

Debe proporcionarse apoyo político y financiación para la puesta en práctica de la política.

Las autoridades deberían ser conscientes de que los trastornos mentales representan una proporción significativa de la carga de enfermedad y que generan importantes necesidades y demandas.

representan los trastornos mentales (DALYs) y de que generan importantes necesidades y demandas. Deberían valorar la existencia de estrategias eficaces y que todos los sectores pueden contribuir a la mejora de la salud mental de la población.

Paso 3. Crear una organización de apoyo

Este grupo debería ser responsable de la gestión de los planes y los programas para asegurarse también de que la población puede acceder a intervenciones de salud mental de gran calidad que respondan a las necesidades expresadas. Este grupo debería además ser responsable de facilitar la participación activa de las personas con trastornos mentales y de sus familias en todos los componentes de la red de la salud mental, incluyendo las acciones de colaboración intersectorial.

La organización que respalda la política sobre salud mental debería estar presente en todas las divisiones administrativas y geográficas del sistema sanitario del país o región (Asioli, 2000). Se pueden considerar los siguientes niveles (puede que necesiten ser adaptados a las circunstancias de cada país o región):

> El ministerio de salud

En muchos países ha demostrado ser muy útil la existencia de un equipo multidisciplinar nacional o regional a cargo de la política, los planes y los programas de salud mental. El tamaño del equipo variará de acuerdo al tamaño del país o región, los recursos disponibles y la prioridad que se conceda a la salud mental (desde dos personas a tiempo parcial en regiones o países pequeños con pocos recursos de salud mental hasta más de diez personas a tiempo completo en países o regiones más grandes con más recursos). Los profesionales a considerar incluyen psiquiatras, médicos de salud pública, psicólogos, profesionales de enfermería psiquiátrica, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

Las funciones principales de este equipo son desarrollar, gestionar, controlar y evaluar la política, los planes y los programas. El equipo debe también respaldar y coordinar los grupos de usuarios y familiares y llevar a cabo iniciativas de apoyo. (Para más detalles consúltese el Anexo 3.)

> Distrito/Área sanitaria

Es necesario un profesional o, preferiblemente, un equipo multidisciplinar similar al del ministerio de salud, en cada una de las áreas o regiones del país para poner en práctica un plan o programa local de salud mental. El tamaño de estos equipos variará según el tamaño del distrito/área sanitaria. Sus funciones se describen en el Anexo 3.

> Equipos comunitarios de salud mental

Es altamente recomendable que cada equipo comunitario de salud mental (o grupo similar dedicado a la atención especializada en salud mental) tenga un coordinador. Esta persona debería dedicar unas pocas horas a la semana, además de a sus actividades de promoción, prevención y clínicas, a la salud pública y al trabajo de gestión. Él/ella será responsable de la relación con el distrito/área sanitaria y de asistir a las reuniones de coordinación. Las funciones de este profesional incluyen coordinar las actividades de los miembros del equipo, asegurarse de que se siguen las directrices, definir procedimientos de derivación y servir de enlace con otros sectores y dispositivos de salud.

> Equipos de atención primaria

Al igual que en los equipos comunitarios de salud mental, es recomendable que cada dispositivo o equipo de atención primaria disponga de un coordinador de salud mental. Esta persona debería dedicar unas horas a la semana a la salud pública y al trabajo de gestión. Él o ella será responsable del enlace con el coordinador del equipo comunitario de salud mental y asistirá a las reuniones de coordinación (Anexo 3.)

La puesta en práctica de una política sobre salud mental requiere un grupo de profesionales competentes con experiencia tanto en salud pública como en salud mental.

Un equipo multidisciplinar debería estar a cargo de la política, los planes y los programas a nivel del ministerio de salud.

Un equipo multidisciplinar debería estar a cargo de la política, los planes y los programas en el nivel del área sanitaria.

Se necesita un coordinador en cada equipo comunitario de salud mental.

Se necesita un coordinador de salud mental en cada equipo de atención primaria.

Paso 4. Elaborar proyectos piloto en áreas de demostración

Es recomendable que el ministerio de salud cree proyectos piloto en una o varias áreas de demostración donde la política, los planes y los programas se puedan poner en práctica más rápidamente y evaluarse de forma más exhaustiva que en otro lugar del país. El área de demostración puede ser una región geográfica o un sector de una ciudad grande, siempre que sea representativa de la mayoría de la población del país. El conocimiento que se puede obtener de estas áreas de demostración es vital para el futuro éxito de la política en el país.

Los proyectos piloto sirven para valorar si la puesta en práctica es posible teniendo en cuenta las restricciones económicas y las condiciones habituales del sistema sanitario del país. Esto puede facilitar el proceso de aplicación de la nueva política a una escala mayor.

Un ejemplo de proyecto piloto, que puede ejercer una gran influencia en la formulación de una política sobre salud mental, es la transformación de un hospital psiquiátrico en una red de dispositivos y servicios comunitarios. Muchos profesionales de salud mental han recibido toda su formación y pasado toda su vida profesional en hospitales psiquiátricos. Puede resultarles muy difícil aceptar que se logren idénticos o mejores resultados clínicos con las personas con trastornos mentales graves en la comunidad.

Otro tipo de experiencia piloto con una influencia potencial significativa sobre la formulación de la política es la inclusión de camas psiquiátricas en un hospital general. En muchos países los médicos de cabecera y los profesionales de salud general se resisten a este cambio. Se sienten incómodos al estar cerca de personas que sufren episodios psicóticos o que expresan ideas suicidas. Un proyecto piloto puede ser una herramienta útil para evaluar estas actitudes profesionales y el potencial para el cambio.

Un proyecto piloto, en los distritos/áreas sanitarias, es también útil para orientar e informar a los profesionales de salud mental, pues ellos pueden aprender cómo poner en práctica la política en sus propias poblaciones. Además, sirve de centro de formación donde el personal sanitario de otros distritos/áreas puede aprender acerca de nuevas técnicas de salud pública, prevención, promoción y habilidades clínicas.

El conocimiento que se puede obtener de un área de demostración es vital para el éxito de la política en todo el país.

Puntos clave: poniendo en práctica el apoyo básico a la política

- La política debería difundirse entre todas las partes interesadas a través de eventos públicos, reuniones, seminarios y publicaciones.
- Deben llevarse a cabo actividades de fomento para crear un apoyo político y obtener financiación para la puesta en práctica de la política.
- Debería crearse una organización de apoyo, con los profesionales encargados de la política en cada división administrativa.
- Los proyectos piloto pueden ayudar a orientar la puesta en práctica de la política y sirven asimismo como centro de formación.

Paso 5. Reforzar a los proveedores de salud mental

Los proveedores en un sistema sanitario son los equipos o instituciones que proporcionan intervenciones sanitarias a la población. Tanto los proveedores de salud general como los proveedores especializados en salud mental proporcionan intervenciones en salud mental. Es más, algunas instituciones ajenas al sector sanitario proporcionan también intervenciones. Es esencial para los profesionales encargados de la salud mental del ministerio de salud saber cómo operan los diferentes proveedores del país y cómo se relacionan unos con otros dentro del sistema de salud mental. Este conocimiento hace posible emplear los recursos existentes de manera más eficiente y prestar mejores intervenciones de salud mental.

El ministerio de salud necesita saber cómo funcionan los diferentes tipos de proveedores para que los recursos se empleen de forma eficiente.

Las características de los proveedores pueden tener una gran influencia en la manera en como se proporcionan las intervenciones a la población. Los mejores proveedores son **pequeños equipos multidisciplinares** que incluyen profesionales de distintas disciplinas, combinando sus habilidades y compartiendo su conocimiento para tratar las complejidades de la salud mental de la población. Estos equipos multidisciplinares pueden estar tanto en el nivel de atención primaria como en el nivel de atención especializado en salud mental.

Los proveedores ideales de salud mental son pequeños equipos multidisciplinares.

Sin embargo, tales proveedores no están siempre disponibles, incluso en países desarrollados, debido a unos recursos insuficientes o a una organización inadecuada del sistema sanitario. Por tanto son los **profesionales de forma individualizada** (Ej. trabajadores tradicionales de la salud, médicos de familia, psiquiatras) los que realizan la mayor parte de las intervenciones de salud mental. Estos profesionales están en desventaja al trabajar aislados de otros profesionales y no poseer todas las técnicas necesarias para responder a la variedad de necesidades de la población en materia de salud mental. También pueden ser más reacios a incorporar las nuevas intervenciones propuestas en los planes nacionales o regionales o a aceptar las normativas del ministerio de salud.

Las **instituciones** (por ejemplo: hospitales, clínicas ambulatorias) por otro lado, tienen problemas diferentes como proveedores. Suelen ser demasiado grandes y estar demasiado alejados de la gente. A veces se vuelven excesivamente burocráticos, autoritarios e impersonales. Puede aparecer la institucionalización incluso cuando las personas son tratadas de forma ambulatoria.

A continuación se describen seis tipos de proveedores de salud con referencia específica a su capacidad de potenciar su capacidad de negociación. Actualmente, la mayoría de los países tiene una combinación de estos tipos de proveedores.

5.5.1 Proveedores públicos de salud mental

Los proveedores públicos de salud mental se organizan en servicios nacionales o regionales y el Estado es el dueño de los dispositivos sanitarios (hospitales y clínicas ambulatorias). En este sistema es relativamente fácil desarrollar una política nacional sobre salud mental porque hay un control directo de los servicios. Estos servicios son habitualmente gratuitos, pero el acceso puede verse limitado por la falta de recursos.

Es relativamente fácil desarrollar una política sobre salud mental con proveedores públicos.

Uno de los defectos potenciales del sistema público es su vulnerabilidad a los intereses de los proveedores. Esto puede volverlo rígido, ineficaz, de poca calidad e insensible a las necesidades y expectativas de la población (OMS, 2000a). En los países donde los proveedores públicos juegan un papel principal en la prestación de las intervenciones de salud mental, el ministerio de salud debería contemplar estrategias para potenciarlos con incentivos.

A continuación se enumeran algunos ejemplos de incentivos para proveedores públicos:

- > **Autonomía:** la descentralización de la estructura de poder y de los procesos de toma de decisiones del ministerio de salud a los distritos/áreas sanitarias, y de éstas a los dispositivos y equipos sanitarios.
- > **Responsabilidad:** la creación de una relación contractual entre el ministerio de salud y los distritos/áreas sanitarias, y entre éstas y los dispositivos y equipos sanitarios. Los contratos deberían incluir metas e incentivos económicos de común acuerdo para su consecución.
- > **Competitividad:** en lugar de distribuir todos los recursos a través de una asignación directa del presupuesto para los dispositivos y equipos de salud, el ministerio de salud puede promover la competición entre ellos mediante ingresos anticipados.
- > **Responsabilidad económica:** el ministerio de salud puede renunciar al control total sobre los recursos financieros sanitarios para que los dispositivos y equipos sanitarios asuman la responsabilidad de las pérdidas y beneficios.

Se pueden introducir varios incentivos para impedir que los proveedores públicos se vuelvan ineficaces y que ofrezcan atención de baja calidad.

5.5.2 Proveedores privados de salud mental

Los proveedores privados de salud mental se ocupan de esta función como respuesta a las condiciones del mercado. Como resultado, es más difícil para las profesionales del ministerio de salud implicarlos en la política, los planes y los programas que establecer las prioridades e intervenciones. Estos proveedores tienen la ventaja de estar más abiertos a innovaciones y son más flexibles a la hora de responder a las necesidades y expectativas de la población. Normalmente funcionan en respuesta a incentivos de los que carecen los proveedores públicos.

Por otra parte, los proveedores privados tienen la gran desventaja de exponer a los usuarios a los riesgos económicos asociados a los trastornos mentales severos y de larga duración. A menudo sus tratamientos no son cubiertos totalmente por el seguro y los pagos en efectivo pueden estar sólo al alcance de la gente rica. Su trabajo está guiado por el mercado y puede volverse disperso. Existe también la posibilidad de crear incentivos perversos que inciten a los proveedores a aprovecharse de las personas con minusvalías psíquicas.

Pueden surgir varios problemas cuando la provisión que existe es fundamentalmente privada y se paga en efectivo, en ausencia de financiación pública y de una normativa específica. Por ejemplo, los pobres pueden consumir grandes cantidades de cuidados de salud mental de baja calidad prestados por proveedores de salud mental privados y no regularizados; como vendedores de fármacos, curanderos tradicionales y terapeutas no cualificados (OMS, 2001a).

En los países y regiones donde los proveedores privados juegan un papel fundamental en la provisión de servicios de salud mental, el ministerio de salud debería considerar su participación activa en la formulación y puesta en práctica de la política, los planes y los programas. A continuación se presentan algunas estrategias para reforzar a los proveedores privados y facilitar su participación:

> **Relación contractual:** se establecen contratos entre el ministerio de salud o los distritos/ áreas sanitarias y los proveedores privados para la prestación de algunas de las intervenciones prioritarias de salud mental. Esta relación debería basarse en la reputación profesional y en un fuerte sentido del compromiso y la responsabilidad más que en una supervisión y control constantes. Dependiendo de las características del sistema sanitario, algunos países pueden contratar principalmente a proveedores privados para la prestación de las intervenciones definidas en sus planes o programas de salud mental. En otros casos, estos proveedores serían los proveedores preferentes sólo para ciertas intervenciones específicas.

> **Fondos mancomunados:** la combinación de recursos (de impuestos, seguridad social o prepago) puede ser responsabilidad del ministerio de salud, otras instituciones públicas y las aseguradoras privadas. Los profesionales de salud mental del ministerio de salud deberían asegurarse de que las intervenciones prioritarias estén incluidas en estos convenios de servicios con los proveedores privados.

> **Regulación:** los mecanismos que se han usado con más frecuencia son las directrices, los estándares y la acreditación. Los proveedores privados deberían estar regulados por estos mecanismos y se les deberían aplicar los mismos estándares que a los proveedores públicos. La información sobre las directrices, los estándares y la acreditación deberían difundirse entre el público general de manera que se puedan tomar las decisiones adecuadas cuando se empleen estos servicios.

> **Mejora de la calidad:** los proveedores privados no deben ser sólo receptores pasivos de la regulación sino que deberían estar también activamente comprometidos con la búsqueda de mejoras en la calidad de su trabajo. Pueden prestar una contribución inestimable a la puesta en práctica de la política, los planes y los programas, definiendo procedimientos de calidad y estándares y formalizando la acreditación a través de organizaciones no gubernamentales que representen sus intereses.

Hay varias estrategias para potenciar a los proveedores privados y facilitar su participación.

5.5.3 Medicina tradicional

La medicina tradicional juega un papel importante en los aspectos promocionales, preventivos y curativos para un porcentaje elevado de la población, especialmente en los países en vías de desarrollo. Por esta razón, los trabajadores tradicionales de la salud deberían incorporarse como un recurso más a la atención primaria siempre que sea posible y adecuado. Algunas opciones mediante las cuales los profesionales de salud mental del ministerio podrían potenciar a los practicantes de la medicina tradicional se enumeran a continuación:

- establecer vínculos con el fin de trabajar de forma cooperativa
- enseñar la práctica en salud mental a los curanderos tradicionales para mejorar sus competencias
- conceder una acreditación para la regulación del ejercicio de la actividad
- sistemas de derivación y respuesta para las personas con trastornos mentales (por ejemplo, los curanderos tradicionales podrían tratar trastornos emocionales leves y moderados y derivar la epilepsia y la psicosis a los proveedores oficiales de salud mental)
- incorporar a los curanderos tradicionales a los servicios de atención primaria o dispositivos de salud mental como traductores (lingüísticos y culturales) y/o como proveedores de algunas intervenciones.

5.5.4 Grupos de autoayuda

Estos grupos animan a las personas con un problema a tomar el control sobre las circunstancias en sus vidas. La autoayuda se basa en el principio de que las personas que comparten una misma discapacidad pueden aportarse cosas que los profesionales no pueden proporcionar (Goering, 1997). Existen varias formas alternativas para que los profesionales de salud mental de los ministerios de salud puedan trabajar con estos grupos:

- educación pública sobre la disponibilidad y beneficios de la ayuda mutua
- incluir la formación en ayuda mutua en los currículum regulares de los gestores y profesionales de salud general y de salud mental
- reuniones conjuntas entre los profesionales de salud mental y representantes de los grupos de ayuda mutua
- pasos para atraer y formar a los líderes del movimiento de ayuda mutua
- crear apoyos para la ayuda mutua.

5.5.5 ONGs, organizaciones benéficas y de voluntariado

En la mayoría de los países existen numerosas organizaciones sin ánimo de lucro que proporcionan intervenciones orientadas a ayudar a las personas a mejorar su salud mental. Sus ventajas son su enorme vitalidad y cercanía a las personas, la libertad de emprender iniciativas individuales y la posibilidad de participar y hacer más humana la atención a la salud mental (OMS, 1994). No obstante, también es necesario delimitar su área de actuación, supervisar los fondos y prevenir ciertas dificultades.

Los profesionales de salud mental en el ministerio de salud podrían considerar las siguientes opciones para potenciar las ONGs e incorporarlas a la puesta en práctica de la política:

- mecanismos de financiación, en base a un contrato, a las ONGs profesionales para fomentar su desarrollo
- investigación conjunta para crear intervenciones en salud mental innovadoras en el país
- contratos para la prestación de intervenciones a grupos de población vulnerables (en especial a aquéllos con los que la ONG tiene buenas relaciones y experiencia) incluyendo a los pobres, los niños en hogares problemáticos, mujeres maltratadas, víctimas de la violencia, inmigrantes, minorías étnicas indígenas y personas con minusvalías.

Los practicantes de la medicina tradicional pueden ser incluidos como un recurso para la atención primaria.

Las personas que sufren la misma minusvalía tienen cosas que aportarse que no pueden ser proporcionadas por los profesionales.

Las ONGs tienen las ventajas de una enorme vitalidad, cercanía a las personas y la libertad de emprender iniciativas individuales.

5.5.6 Los usuarios de salud mental y las familias como proveedores

El término usuario (o “usuario”, en éste y otros módulos) se aplica a las personas que tienen o han tenido un trastorno mental y que además han estado implicados en el sistema de atención sanitaria. (Véase el módulo *Fomento de la salud mental* para más información sobre los usuarios.) Un usuario de salud también puede ser una persona (1) dispuesta a implicarse en la planificación, desarrollo, gestión y evaluación de los servicios, y (2) dispuesta a ser consultada acerca de la atención, apoyo y tratamiento que él o ella recibirá (OMS, 1989.) Además, las familias de personas con trastornos mentales han jugado un papel significativo en el desarrollo de los sistemas de salud mental de muchos países.

Los profesionales encargados de la salud mental en el ministerio de salud deberían estar en contacto con los movimientos de usuarios y familiares de sus países o regiones y deberían también llevarse a cabo actividades conjuntas de forma periódica con los líderes y asociaciones. Deberían intentar introducir a diferentes grupos como proveedores dentro de la estructura de la política sobre salud mental. La experiencia internacional señala al menos tres formas en que los usuarios pueden convertirse en proveedores:

1. Equipos sanitarios: Varias experiencias muestran que los usuarios y las familias pueden ser empleados con éxito en diversos servicios y dispositivos (Cohen & Natella, 1995; Goering, 1997). En los países desarrollados, por ejemplo, se les ha empleado como gestores de casos en tratamientos asertivo-comunitarios y en apoyo a otros pacientes o familiares para ampliar los servicios de rehabilitación en los equipos de salud mental. Este tipo de experiencia puede reproducirse también en países en vías de desarrollo, donde la escasez de recursos humanos en el campo de la salud mental y la falta de oportunidades de empleo para las personas con trastornos mentales puede aliviarse contratando a usuarios como miembros de los equipos de salud mental. Los profesionales también se pueden beneficiar de la perspectiva singular de los usuarios y sus familias sobre la salud mental. Sin embargo, se precisa apoyo sostenido para evitar que estas personas se vean abrumadas por las tensiones asociadas a este trabajo.

2. Servicios comunitarios: Su proximidad a las personas que sufren los problemas asociados a los trastornos mentales hace posible que grupos de usuarios y familias dirijan algunos servicios de salud mental de manera más eficaz que los profesionales. Por ejemplo, existen experiencias muy prometedoras en Chile, México, Sudáfrica y España que tienen que ver con clubes sociales (que promueven la integración en la comunidad de las personas con trastornos psiquiátricos), hogares de acogida y varios programas de rehabilitación, incluyendo la rehabilitación laboral e iniciativas sociales. Los ministerios de salud pueden fomentar este tipo de intervenciones, que pueden resultar muy eficaces a bajo coste, creando procedimientos para adquirirlos de los grupos de usuarios y familias, que actuarían así como proveedores.

3. Fomento de la salud mental: Al participar en grupos de apoyo, las personas con trastornos mentales y sus familias no sólo ayudan a otros individuos o comunidades a defender sus derechos sino que también mejoran su propia salud mental. Esta participación ha permitido incrementar las habilidades de afrontamiento, la autoestima, la confianza y la sensación de bienestar, contribuyendo además a la expansión de las redes sociales. Todos ellos son factores de importancia en relación con la salud mental. (Véase el Capítulo 2.7.4.) Así, los ministerios de salud deberían asegurarse de que la puesta en práctica de la política incluye la participación de las personas con trastornos mentales y sus familias en grupos de apoyo.

Los usuarios y sus familias pueden incorporarse a la política como proveedores.

Varias experiencias demuestran que los usuarios y las familias pueden integrarse en distintos servicios y dispositivos.

Hay varios casos de usuarios y familias que regentan clubes sociales, hogares de acogida o programas de rehabilitación.

La participación en os grupos de apoyo ayuda a los usuarios y familiares a mejorar la salud mental.

Puntos clave: Potenciación de los proveedores para prestar intervenciones de salud mental

- Se pueden crear incentivos para los proveedores públicos, mejorando así la eficacia, la calidad, la flexibilidad y la capacidad de respuesta ante las necesidades y expectativas de la población.
- La contratación y regulación de los proveedores privados puede ayudar a prevenir incentivos perversos y promover la coherencia con los objetivos de la política sobre salud mental.
- Los usuarios y familias, los grupos de ayuda mutua, los trabajadores de la medicina tradicional y las ONGs pueden intervenir en la política, los planes y los programas siempre que sea posible y adecuado.
- Otros sectores, además del sanitario, pueden colaborar para prestar ciertas intervenciones de salud mental.

Paso 6. Reforzar la coordinación intersectorial

El Cuadro 12 muestra ejemplos de intervenciones de salud mental prestadas a través de sectores ajenos al sanitario (Véase el Anexo 1.) En estos casos, las tareas de los profesionales en salud mental en el ministerio de salud son las siguientes:

- > Coordinar actividades con los profesionales de otros ministerios para formular, poner en práctica y evaluar intervenciones en salud mental (Ej. reuniones con los profesionales del sector educativo con vistas a desarrollar programas de promoción de la salud mental en las escuelas de primaria).
- > Respaldar a los profesionales de salud mental en los distritos/áreas sanitarias para poner en práctica intervenciones intersectoriales (Ej. reuniones con profesionales de otros sectores, como el de la vivienda, los servicios sociales y el empleo, con vistas a desarrollar servicios comunitarios para las personas con esquizofrenia).
- > Apoyar a los profesionales de salud mental en los distritos/áreas sanitarias para mejorar la coordinación entre los equipos de salud locales y los equipos de otros sectores (Ej. reuniones con los equipos sanitarios del área/distrito, los equipos sociales locales y los equipos de salud mental con el objetivo de desarrollar un programa para la promoción de lazos afectivos materno-filiales en las comunidades pobres).

Los ministerios de salud deberían facilitar la coordinación con otros sectores en los niveles nacionales y locales.

Cuadro 12. Ejemplos de intervenciones intersectoriales en salud mental*

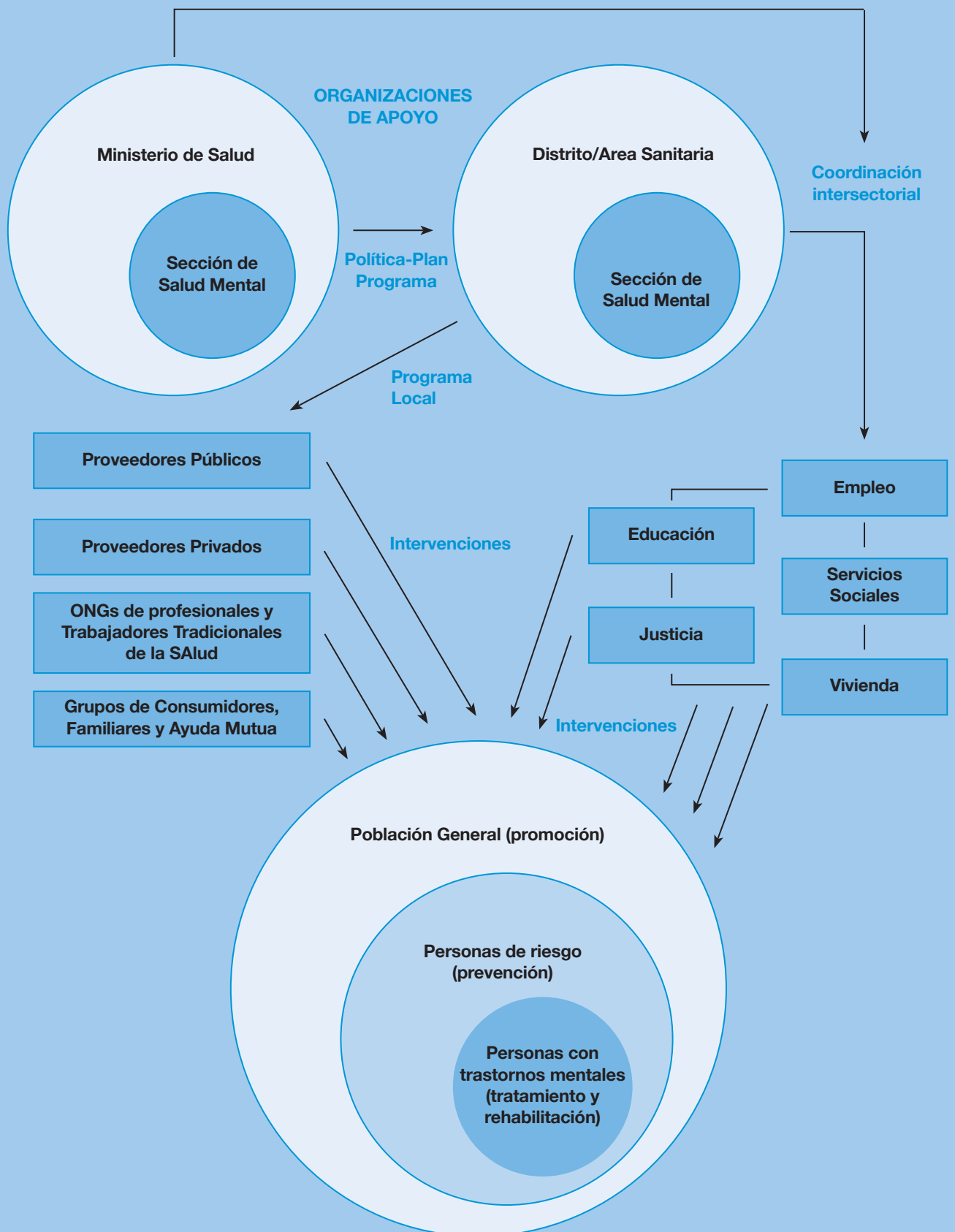
Asunto	Intervención	Sector
Promoción y prevención	Promoción de vínculos afectivos materno-filiales	Servicios sociales
	Prevención en el campo de la salud mental	Servicios sociales, educación, empleo, justicia, vivienda
	Promoción y prevención de la salud mental en colegios	Educación
Minusvalía intelectual	Yodación de sal o agua	Comercio, suministro de aguas
Suicidio	Control de armas	Justicia
	Desintoxicación de gases	Comercio
Esquizofrenia	Atención comunitaria	Vivienda, servicios sociales, educación, empleo
Abuso de drogas y alcoholismo	Tratamientos específicos según el ámbito cultural	Servicios sociales, empleo

**Estos ejemplos no son recomendaciones específicas de actuación.*

El Esquema 2 ilustra las relaciones entre la política, los planes, los programas, las intervenciones, la organización de apoyo, los proveedores y la coordinación intersectorial en el campo de la salud mental.

Para responder a las necesidades y demandas es necesario priorizar las intervenciones de promoción, preventivas y terapéuticas que los proveedores de salud cualificados suministrarán a la población. Se precisa también de una organización de apoyo en los ministerios de salud y los distritos/áreas sanitarias para asegurar el acceso a estas intervenciones. La coordinación intersectorial es necesaria para la prestación de ciertas intervenciones de salud mental por parte de sectores ajenos al sanitario.

Figura 2. Puesta en práctica de la política, el plan y el programa



Paso 7. Promover la interacción entre las partes interesadas

Para asegurar la prestación de intervenciones de salud mental que respondan a las necesidades de la población es necesario que se lleven a cabo numerosas interacciones entre las partes interesadas. Dichas interacciones tienen lugar en los diferentes niveles de organización del país o región.

5.7.1 Interacción entre el ministerio de salud y otras partes interesadas nacionales o regionales

Todas las partes interesadas descritas en el Cuadro 2 que hayan sido invitadas a participar en la formulación de la política sobre salud mental son candidatas potenciales para implicarse en las interacciones necesarias para poner en práctica dicha política. En este paso, no obstante, se debe conceder preferencia a aquéllas que tengan funciones y responsabilidades específicas en el programa en cuestión. Para este propósito, las siguientes partes interesadas parecen ser las más relevantes.

> **Las partes interesadas responsables de la financiación:** los profesionales de salud mental del ministerio de salud deberían desglosar el sistema de salud mental para poder entender el nivel actual de recursos, las principales fuentes de financiación, y cómo éstas se están utilizando en los diferentes sectores que proporcionan servicios. (Véase el módulo *Financiación de la salud mental*). Es también necesario establecer el coste de las intervenciones que han sido priorizadas en el plan o programa, empleando las actividades formuladas en las directrices de acuerdo a los estándares. (Véase un método para el cálculo de los costes de servicios o programas en el módulo sobre *Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental*).

> **Las partes interesadas responsables de la provisión:** aunque los distritos/áreas sanitarias están a menudo a cargo de las relaciones con los proveedores, el ministerio de salud puede facilitar este proceso. Puede estar presente y prestar apoyo en las interacciones con organizaciones nacionales. En este caso, las metas más importantes son obtener el apoyo para las actividades propuestas en el programa y superar las posibles barreras.

Si el plan/programa sobre salud mental incluye intervenciones que han de ser puestas en práctica por otros sectores ajenos al sanitario, los profesionales de salud mental del ministerio de salud deberían interactuar con sus homólogos en los respectivos órganos gubernamentales. En esta situación, es necesario definir cómo se van a gestionar los fondos de cada institución, cómo se van a asignar a nivel local y cómo se van a llevar a cabo las actividades y el seguimiento de manera conjunta o coordinada.

> **Las partes interesadas responsables de la regulación:** tal y como se describe en el módulo sobre *Mejora de la calidad*, las asociaciones de profesionales pueden jugar un papel significativo en la formulación y el desarrollo de directrices y estándares. Los profesionales de salud mental del ministerio de salud pueden establecer alianzas con estas organizaciones para promover la sinergia para el plan o programa. Las organizaciones de usuarios y familiares, entre otras, pueden contribuir enormemente a lograr que el plan o programa se dé a conocer, de forma que los grupos locales puedan apoyar la prestación de intervenciones asequibles y de alta calidad.

5.7.2 Interacción entre los distritos/áreas sanitarias y el ministerio de salud

La puesta en práctica exitosa de una política sobre salud mental requiere la colaboración y coordinación entre los profesionales de salud mental en los niveles locales/de área y los de los niveles nacionales/regionales. No es extraño encontrarse con diferentes visiones y tensiones entre estos niveles.

Uno de los asuntos más importantes en esta interacción es el grado de descentralización que el país o región necesita de acuerdo con la estructura administrativa general, el nivel de desarrollo de los servicios de salud mental y las características sociales y culturales de la población. A veces es esencial disponer de un programa vertical nacional/regional robusto que facilite el desarrollo de los servicios locales de salud mental. En otros casos se hace necesario

La prestación de intervenciones necesita de la interacción entre las partes interesadas en los distintos niveles de organización del país o región.

El ministerio de salud debería interactuar con las partes interesadas responsables de la financiación, la provisión y la regulación.

Uno de los asuntos más importantes en la interacción entre los distritos/áreas sanitarias y el ministerio de salud es el grado de descentralización.

un plan o programa autónomo de distrito/área sin interferencias por parte del gobierno central para facilitar el desarrollo de servicios de salud mental innovadores que respondan de forma adecuada a las necesidades particulares de las comunidades locales.

> Plan/Programa de área/distrito frente a plan/programa nacional o regional: cada país o región debería evaluar las ventajas y desventajas de desarrollar un plan o programa central sobre salud mental, varios planes o programas de distrito/área o incluso más planes/programas descentralizados. En cualquiera de estos casos se debería negociar un acuerdo entre los distritos/áreas sanitarias y el ministerio de salud para definir objetivos, estrategias e intervenciones prioritarias compatibles entre los dos niveles. El resultado final de este proceso debería ser la adopción de un plan o programa local explícito, ya sea idéntico o distinto del regional/nacional.

> Asignación de fondos desde el nivel nacional o regional al nivel de distrito/área: tal y como se describe en el módulo Financiación de la salud mental, los fondos del nivel nacional o regional se pueden asignar a un plan/programa de área mediante varios mecanismos, cada uno con sus pros y contras. Algunos ejemplos de estos mecanismos son:

- per capita, esto es, distribución equitativa por persona
- fórmulas que reflejen las diferencias en la prevalencia de los trastornos mentales y de los factores de riesgo (Ej. pobreza, abuso de drogas, violencia doméstica)
- fórmulas que reflejen los recursos de salud mental disponibles y el coste de la provisión de servicios (Ej. habrá salarios relativamente altos y costes adicionales de transporte en algunas zonas aisladas)
- asignación de una parte protegida de los fondos para el desarrollo de una prioridad nacional.

> La comisión entre el ministerio de salud y los distritos/áreas sanitarias: la comisión y contratación puede llevarse a cabo entre el ministerio de salud y los distritos/áreas sanitarias reflejando los acuerdos hechos entre los gestores o compradores y los proveedores. (Véase el módulo *Financiación de la salud mental* y el módulo *Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental*.) En estos contratos, el ministerio de salud accede a transferir una cierta cantidad de fondos y apoyo técnico y los distritos/áreas sanitarias acceden a prestar una determinada cantidad de intervenciones de salud mental a través de proveedores públicos y/o privados. Los contratos son mecanismos útiles gracias a los cuáles las expectativas se muestran con claridad en términos cuantitativos y cualitativos. Debería existir un acuerdo mutuo sobre estas expectativas, que serían reforzadas mediante gratificaciones y sanciones.

5.7.3 Interacción entre los distritos/áreas sanitarias y los proveedores

Los profesionales de salud mental de los distritos/áreas sanitarias pueden relacionarse con los individuos, equipos o instituciones acreditados para la prestación de servicios de salud mental. La manera en que esto ocurra variará de acuerdo a la estructura del sistema sanitario de cada país o región. Esta relación variará asimismo de acuerdo a la organización administrativa y los roles asignados a cada distrito/área sanitaria. Por tanto, las funciones de estos profesionales de salud mental pueden ir desde la gestión de los servicios de salud mental en los dispositivos públicos hasta la adquisición y regulación de dichos servicios en el sistema privado o la coordinación con otros sectores que proporcionen intervenciones de salud mental. Todas estas funciones pueden ser empleadas adecuadamente para facilitar la puesta en práctica de un plan o programa de salud mental.

> Gestión de los servicios de salud mental: Los distritos/áreas sanitarias establecen este tipo de interacción con los dispositivos públicos bien poniendo en práctica el plan/programa directamente, controlando los recursos y la planificación de actividades, o bien de forma indirecta, mediante delegación. En este caso se formalizaría un contrato con el dispositivo público por el cuál el distrito/área sanitaria transferiría cierta cantidad de fondos y apoyo técnico, y el proveedor prestaría una serie de intervenciones definidas en el programa de acuerdo con las directrices y estándares.

A veces es esencial un programa vertical regional/nacional robusto para facilitar el desarrollo de los servicios locales de salud mental.

La comisión entre el ministerio y el área puede ser útil para facilitar la puesta en práctica del programa.

Las funciones de los distritos/áreas pueden ir desde la gestión de servicios (dispositivos públicos) hasta la compra y regulación (sistema privado) y la coordinación con otros sectores.

> **Adquisición de servicios de salud mental:** Al igual que ocurre con los contratos con dispositivos públicos, los distritos/áreas sanitarias pueden redactar contratos con proveedores privados (con o sin ánimo de lucro) para obtener un determinado número de intervenciones de salud mental. Existen diferentes modelos de compra, como el pago global, per capita, tarifa por caso y pago por acto, así como distintos tipos de contrato, como el contrato blindado, contratos de coste según carga de trabajo, contratos por servicio y contratos por rendimiento. (Véase el módulo *Financiación de la salud mental* para más detalles.) Dependiendo de las estructuras y capacidad existentes en un área sanitaria, algunos de estos mecanismos pueden orientarse hacia la expansión del plan/programa sobre salud mental y mejorar la eficiencia, la efectividad y la calidad de las intervenciones.

> **Regulación de los servicios de salud mental:** En la mayoría de los países en vías de desarrollo no existen instituciones reguladoras aparte de los departamentos de los distritos/áreas sanitarias, los cuales deben llevar a cabo varias funciones simultáneamente. Por tanto, la regulación es a menudo inadecuada y la calidad de los servicios se ve afectada negativamente. Los profesionales de salud mental del distrito/área sanitaria deberían dedicar parte de su tiempo a esta función. Pueden ayudar a crear una cultura basada en la calidad al establecer una colaboración con los grupos de usuarios y familiares, y con los trabajadores de la salud mental. Todos los dispositivos de salud mental que, de acuerdo con el plan/programa, presten intervenciones deberían estar acreditados y verse sujetos a un seguimiento continuo y a una evaluación periódica. (Véase el módulo *Mejora de la calidad de la salud mental*.)

> **Coordinación con otros sectores que proporcionen intervenciones de salud mental:** Los profesionales de salud mental en los distritos/áreas sanitarias deberían identificar los principales servicios de salud mental proporcionados por instituciones de otros sectores. (Véase el módulo *Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental*.) Basándose en la información obtenida, se pueden establecer prioridades para concentrar los esfuerzos en unas pocas instituciones (Ej. un programa escolar sobre la promoción y prevención, un programa laboral acerca del tratamiento del estrés, prestaciones sociales sobre pensiones y alojamiento para personas con discapacidad mental.) En general, las actuaciones coordinadas con estas instituciones son más productivas si éstas han detectado de manera independiente problemas de salud mental en las personas con las que trabajan o si existe un compromiso institucional conjunto con recursos asignados para ocuparse de algunas áreas de la salud mental.

5.7.4 Interacción entre usuarios y proveedores

Éste es el nivel de interacción más importante en el proceso de puesta en práctica del programa, el nivel en el que se pueden lograr los resultados y las mejoras en la salud mental de los usuarios. Todos los pasos previos deberían conducir a la resolución exitosa de esta interacción gracias a la prestación de intervenciones eficaces para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Hay aún algunas actuaciones que deben llevarse a cabo en este nivel para mejorar la puesta en práctica del programa. Tienen que ver con la coordinación de los servicios de salud mental, el respaldo de los grupos de usuarios y familias y el fomento en relación a la salud mental y los trastornos mentales. Diferentes partes interesadas pueden implicarse en estas actuaciones, dependiendo de las realidades locales, como los proveedores (Ej. Equipos de atención primaria, equipos de salud mental en la comunidad), grupos de familiares o de usuarios con un alto nivel de desarrollo, los servicios sociales y las ONGs profesionales. Los profesionales responsables de la salud mental en el distrito/área sanitaria deberían hacer un seguimiento de estas actividades para asegurarse de que se llevan a cabo correctamente. Puede que tengan que facilitar la participación de las partes interesadas e implicarse ellos mismos en algunas actividades, dependiendo de las circunstancias del área en cuestión.

> **Coordinación de los servicios de salud mental:** Tal y como se describe en el módulo *Organización de servicios de salud mental*, los vínculos entre los distintos niveles de atención y entre el sector sanitario y otros sectores son un asunto clave en el tema de la coordinación. Deberían llevarse a cabo reuniones frecuentes entre los equipos de atención primaria y los equipos especializados de salud mental para revisar y mejorar el sistema local de derivaciones y para evaluar si se están cubriendo las necesidades de los pacientes.

El distrito/área sanitaria debería identificar los principales servicios de salud mental proporcionados por instituciones de otros sectores.

La interacción entre usuarios y proveedores es la más importante en la puesta en práctica del programa.

El distrito/área sanitaria debería hacer un seguimiento y facilitar la participación de las partes interesadas. Puede que éstas deban implicarse en ciertas actividades dependiendo de las circunstancias.

> **Respaldo de los grupos de usuarios y familias:** Las organizaciones de usuarios y familias deberían ser potenciadas para mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud mental y superar las actitudes paternalistas de algunos proveedores. (Véase el módulo *Fomento de la salud mental* para obtener detalles de cómo se puede lograr esto.)

> **Apoyo a la salud mental y a los trastornos mentales:** El estigma asociado a los trastornos mentales hace necesario crear un movimiento de apoyo para cambiar las culturas locales. Existe la necesidad de una mayor concienciación sobre el papel de la salud mental en la calidad de vida y sobre la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Algunos objetivos de las actividades de apoyo son la población general, los grupos de usuarios y familias, las ONGs profesionales, los trabajadores de la salud, los trabajadores de la salud mental, los planificadores locales y los diseñadores de políticas. (Véase el módulo *Fomento de la salud mental para más detalles*).

Puntos clave: Interactuar para poner en práctica la política mediante planes y programas

- El ministerio de salud interactúa con las entidades de financiación (ministerio de economía, aseguradoras, agencias donantes), las partes interesadas responsables de la provisión de servicios (trabajadores de la salud, ONGs, grupos de autoayuda, etc.) y las partes interesadas responsables de la regulación (asociaciones profesionales, grupos de apoyo).
- El ministerio de salud debería asignar fondos a cada distrito/área y redactar contratos para asegurar la prestación de las intervenciones.
- Los distritos/áreas sanitarias deberían gestionar los servicios públicos, encargarse de la adquisición de servicios desde proveedores privados, regular todos los servicios y coordinar las actividades con otros sectores.
- Los proveedores deberían interactuar con los usuarios para coordinar los servicios, respaldar a los grupos de usuarios y familias y facilitar actividades de apoyo.

Ejemplos de la puesta en práctica de una política

Los Cuadros 13 y 14 ofrecen ejemplos de la puesta en práctica de una política mediante planes en los dos países ficticios con niveles de recursos bajo y medio descritos en los Cuadros 5 y 6 respectivamente.

Cuadro 13. Ejemplo de la puesta en práctica de una política mediante planes en un país con un bajo nivel de recursos

País A (el mismo que en los Cuadros 5 y 10)

1. La puesta en práctica del plan requiere que el ministerio de salud interactúe con:
 - el ministerio de economía, para obtener un presupuesto especial para la salud mental de acuerdo con los costes de las tres prioridades (discapacidad intelectual, epilepsia y psicosis)
 - las áreas sanitarias, para asignar fondos y firmar contratos para la puesta en práctica de las tres prioridades a nivel local
 - los dos hospitales psiquiátricos, para que sus profesionales formen a los trabajadores de atención primaria y a los practicantes de la medicina tradicional y para que respalden a los equipos de atención primaria
 - las escuelas de enfermería, para proporcionar programas de formación para los profesionales de enfermería psiquiátrica en la comunidad
 - la rama ejecutiva del gobierno, el parlamento, las ONGs, los grupos de usuarios y familias, los medios de comunicación, para hacer campaña a favor de una nueva ley sobre salud mental
 - agencias internacionales, para la evaluación de un proyecto piloto sobre prevención y tratamiento de los trastornos mentales en atención primaria
 - el ministerio de educación, con programas de educación sobre las tres prioridades en las escuelas
 - las universidades para llevar a cabo estudios de prevalencia sobre la discapacidad asociada a las tres prioridades.
2. La puesta en práctica del plan requiere que los distritos/áreas sanitarias interactúen con:
 - los centros de atención primaria, para contratar la puesta en práctica de las tres prioridades de salud mental y para la acreditación y el seguimiento de acuerdo a directrices y estándares
 - las organizaciones locales de usuarios, familias y grupos de autoayuda, para participar en la planificación de la evaluación de los servicios
 - los practicantes de la medicina tradicional, para facilitar la interacción con los trabajadores de atención primaria
 - psiquiatras, psicólogos y profesionales de enfermería psiquiátrica, para facilitar la interacción con los trabajadores de atención primaria.

Cuadro 14. Ejemplo de la puesta en práctica de una política mediante un plan local en un país con un nivel de recursos medio

Distrito/Área C del País B (El mismo que los Cuadros 6 y 11)

Para la puesta en práctica del programa, el distrito/área sanitaria C debe interactuar con:

- el ministerio de salud y una ONG internacional preocupada por los derechos humanos, para obtener recursos y apoyo técnico para la puesta en práctica del plan
- la unidad psiquiátrica del hospital general, para contratar la creación de dos equipos de salud mental en la comunidad. Cada uno de ellos se encargará de una mitad del distrito/área y ayudará a los centros de atención primaria
- los centros de atención primaria y las ONGs locales, para contratar la puesta en práctica de las cuatro prioridades de salud mental y para la acreditación y seguimiento de acuerdo a directrices y estándares
- las delegaciones locales de educación y bienestar social, para obtener su ayuda en la coordinación de las intervenciones con familias de alto riesgo
- las organizaciones locales de usuarios, familias, y grupos de autoayuda (alcoholismo), para coordinar y participar en la planificación y evaluación de los servicios
- las organizaciones vecinales y los sindicatos, para mejorar las redes de apoyo social
- una universidad nacional, para la evaluación del impacto y la formación de los trabajadores de atención primaria
- las compañías farmacéuticas, para adquirir medicación a bajo precio.

6. Ejemplos de políticas, planes y programas sobre salud mental

> Guinea-Bissau

Al independizarse en 1974, Guinea-Bissau heredó un sistema de atención sanitaria centralizado, de tipo curativo y basado en la estructura hospitalaria. En unos pocos años se desarrolló un sistema de atención sanitario a nivel nacional. A partir de 1983 se llevó a cabo un programa sobre salud mental con la ayuda de un experto internacional. En este programa se pusieron en práctica: (1) una fase de diagnóstico, que incluía la participación de los practicantes de la medicina tradicional como observadores, para así descubrir cuáles de sus funciones complementaban a la psiquiatría, y (2) una investigación epidemiológica sobre las personas que visitaban los dispositivos básicos de salud. La segunda fase implicó la formación de 850 trabajadores de atención primaria, su supervisión cada tres meses y la provisión de medicación psicotrópica esencial.

No existieron impedimentos socioculturales a este enfoque de la salud pública. Los costes de una política como ésta son bajos si existe un sistema de atención primaria funcional y si ya existe financiación para los dispositivos y los salarios. En 1994, los gastos por cada 54 habitantes se cubrían con un dólar americano. Los trabajadores de atención primaria fueron capaces de incrementar su índice de detección de trastornos mentales del 21% al 85%, y el 82% de los pacientes recibieron tratamiento farmacológico básico adecuado para la depresión mayor, la psicosis y la epilepsia. Los pacientes y las familias estaban satisfechas con la atención recibida y observaron una disminución de la sintomatología. Las actividades se mantuvieron durante diez años (De Jong, 1996).

Comentarios

Aunque no se formuló una política específica, se pueden reconocer algunos elementos del Capítulo 2 (Desarrollar una política sobre salud mental: pasos básicos):

- información sobre las necesidades de la población procedente de estudios epidemiológicos acerca de las personas que acudían a los centros de atención primaria
- recopilación de evidencias conseguidas a través de la observación participativa de los practicantes de la medicina tradicional
- la colaboración de un experto internacional
- algunas de las áreas de actuación, en concreto los aspectos financieros, los sistemas básicos de comunicación, la organización de los servicios, el tratamiento precoz, la disponibilidad de medicación esencial y la formación de recursos humanos.

Más aún, se pueden identificar algunos elementos del Capítulo 3 (Desarrollar un plan de salud mental) y del Capítulo 4 (Desarrollar un programa sobre salud mental):

- priorización de las estrategias principales, es decir, fase de diagnóstico, intervención en el sistema sanitario (Ej. formación) y actuaciones con los profesionales (Ej. trabajadores de atención primaria supervisados cada tres meses);
- marco temporal y recursos;
- priorización de tres problemas de salud mental y neurológicos: depresión, psicosis y epilepsia.

> Pakistán

Pakistán es un país grande, con unos 140 millones de habitantes, de los cuales un 72% viven en áreas rurales. La tasa de alfabetización ronda el 30%. Existen cinco hospitales psiquiátricos y casi 200 psiquiatras. Con el apoyo de la OMS, se decidió integrar la salud mental en la atención primaria, desarrollar recursos humanos para la atención a la salud mental, reducir el estigma asociado a los trastornos mentales y desarrollar modelos comunitarios de salud mental.

En algunas provincias se han completado con éxito cursos de formación para los trabajadores sanitarios, curanderos espirituales y maestros, lo que se ha traducido en una mejor comprensión de los trastornos mentales y en la reducción del estigma. El Decreto sobre la Locura (Lunacy Act) de 1912 fue reemplazado en 1992 por un nuevo Decreto sobre Salud Mental. El número de psiquiatras aumentó de 120 en 1987 a 197 en 1997. Se ha desarrollado un conjunto de actividades formativas para médicos en atención primaria para que puedan reconocer, manejar y derivar los trastornos mentales prioritarios. Se ha confeccionado asimismo un currículum para la enfermería psiquiátrica e iniciado cursos de postgrado. Se creó un área piloto en Rawalpindi para evaluar los modelos de atención comunitaria en salud mental y esto ha sido reproducido en otras áreas del país (Comisión de Planificación, Pakistán, 1998).

Comentarios

La puesta en práctica de un plan nacional sobre salud mental en Pakistán demuestra claramente la importancia de desarrollar las diferentes áreas para la actuación de manera integral (como se describe en la Sección 2):

- colaboración intersectorial – formación de maestros
- legislación – se aprobó un nuevo Decreto sobre Salud Mental
- fomento – mayor comprensión de los trastornos mentales y reducción del estigma
- investigación y evaluación – se creó un área piloto para la evaluación de los modelos comunitarios
- organización de servicios – integración de la salud mental en la atención primaria
- recursos humanos – formación en salud mental de los trabajadores sanitarios, los practicantes de la medicina tradicional, aumento del número de psiquiatras, y formación de los profesionales de enfermería psiquiátrica.

> Chile

Chile tiene una población de 15 millones de habitantes, el 85% de los cuales residen en áreas urbanas. El nivel de alfabetización alcanza el 95%. Aunque el país lleva desarrollando programas de salud pública durante 50 años, dedicados especialmente a los campos de las enfermedades infecciosas, la atención al parto y la nutrición, no se formuló ninguna política de salud mental hasta 1990. En ese año se adoptaron a escala nacional una política y unos planes que llevaron a la creación de un equipo de salud mental en el Ministerio de Salud y a colocar al menos a un profesional a cargo de la salud mental en cada uno de los 28 distritos/áreas sanitarias. Las estrategias principales implicaban la integración de la salud mental en los servicios de atención primaria, la rehabilitación psicosocial de las personas con minusvalías psiquiátricas, la prevención y tratamiento del abuso de drogas y alcohol y la violencia doméstica, así como el tratamiento de las víctimas de tortura y demás violaciones de los derechos humanos que tuvieron lugar entre 1973 y 1990.

En 1999 se formularon un nuevo plan y un nuevo programa nacional para la salud mental y la atención psiquiátrica, después de una crisis política que afectó al Ministerio de Salud y a los sindicatos en el principal hospital psiquiátrico. La crisis, que surgió por culpa de una atención psiquiátrica inadecuada para los pacientes dados de alta, se zanjó con un nuevo plan nacional integral y un aumento del presupuesto para la salud mental (Ministerio de Salud, Chile, 2000). Los siguientes cambios en los servicios de salud mental han tenido lugar en un periodo de doce años:

- el número de psiquiatras trabajando en los servicios públicos se dobló a más de 300
- las camas de larga estancia descendieron de 2.516 a 1.169
- se incorporaron nuevos servicios, concretamente 33 hospitales de día, 41 equipos comunitarios de salud mental, 60 hogares protegidos para 476 personas y 46 clubes sociales
- más de 200 psicólogos se incorporaron a un tercio de los dispositivos de atención primaria
- se formaron más de 60 grupos de usuarios y familias.

Comentarios

Este ejemplo resalta dos aspectos del Capítulo 5 (Cuestiones sobre la puesta en práctica de políticas, planes y programas):

- *Respaldo Político:* la primera política nacional de salud mental del país se formuló en medio de un cambio trascendental en el contexto político, concretamente la transición de una dictadura a la democracia. Al mismo tiempo, la atención a la salud mental, junto con otros asuntos sociales, era muy valorada por la población y las estrategias a las que se dio prioridad respondieron a las necesidades de ésta en las áreas de atención primaria, discapacidad, problemas con el alcohol y las drogas, violencia doméstica y tortura.
- *Organización de apoyo:* Uno de los factores cruciales a la hora de desarrollar servicios y programas de salud mental en todas las regiones del país fue la creación de un equipo de salud mental en el Ministerio de Salud y la asignación de un profesional como mínimo a cada uno de los 28 distritos/áreas sanitarias. Estos profesionales coordinan a los diferentes proveedores públicos, las ONGs y los grupos de usuarios y familias en las redes locales.

> España

En 1986 se ratificó la Ley General de Sanidad, que incluía un capítulo sobre salud mental. Esta ley promovía la transformación de los hospitales psiquiátricos, la desinstitucionalización, marcaba las líneas maestras para la salud mental y su desarrollo en la atención primaria, así como de los programas comunitarios. Se implantaron los centros de salud mental para la atención psiquiátrica ambulatoria, se abrieron unidades para el ingreso de pacientes psiquiátricos en los hospitales generales y se crearon comunidades terapéuticas para el tratamiento y la rehabilitación de las personas con los trastornos mentales más graves (Montejo & Espino, 1998).

Después de diez años de aplicación de la reforma psiquiátrica, se han producido grandes cambios en algunas comunidades autónomas, como por ejemplo Asturias, Andalucía y Madrid. En estas Comunidades Autónomas, el número de camas en hospitales psiquiátricos pasaron de alrededor de 100 a 25 por cada 100.000 habitantes. Tras una estancia media en el hospital de 21 años, el 25% de los pacientes volvieron con sus familias, mientras que el 50% pudieron vivir en alojamientos protegidos. Se han abierto 500 centros de salud mental aproximadamente, con una cobertura media de 87.000 pacientes. Se han creado asimismo 95 unidades para el ingreso de pacientes psiquiátricos en hospitales generales y 108 hospitales de día. En varias Comunidades Autónomas, los servicios sociales han desarrollado programas de rehabilitación, incluyendo iniciativas sociales con empleos remunerados para personas con minusvalías psíquicas. Se han establecido programas de formación clínica para psiquiatras y psicólogos, permitiendo un incremento notable en el número de estos profesionales.

Comentarios

España es un buen ejemplo de un país que ha podido llevar a cabo transformaciones profundas en la organización de servicios, empleando los recursos de salud mental que habían estado concentrados en los grandes hospitales psiquiátricos. Los centros de salud mental, los hospitales de día y las unidades psiquiátricas en los hospitales generales están coordinados mediante redes de servicios bien organizadas. Existe también una colaboración intersectorial que proporciona vivienda, programas de rehabilitación e iniciativas sociales.

España es un ejemplo también de la importancia de la consulta y negociación entre las partes implicadas cuando la política se está llevando a cabo. Aunque la política de salud mental viene recogida en la Ley General de Sanidad, ha habido variaciones en el ritmo y amplitud de su aplicación en las diferentes comunidades autónomas, dependiendo de los contextos políticos locales y la influencia de las distintas partes implicadas.

> Brasil

Brasil, el país más grande de Sudamérica, tiene 166 millones de habitantes y es la novena economía más potente del mundo. La distribución de la riqueza está terriblemente desequilibrada, con una gran cantidad de gente pobre y analfabeta. Durante los años 60, el Ministerio de Salud puso en práctica una política de conciertos con hospitales psiquiátricos privados de acuerdo con la visión imperante de que las personas con trastornos mentales debían ser excluidas de la sociedad. Esto llevó a la construcción de 313 hospitales psiquiátricos con 85.037 camas.

En 1982 se alzaron voces que denunciaban las violaciones de los derechos humanos en los hospitales psiquiátricos. Algunos estados comenzaron a reformar la atención a la salud mental mejorando el tratamiento y las condiciones de las personas en los hospitales psiquiátricos y estableciendo centros de tratamiento psicosocial para la atención comunitaria de personas con trastornos mentales graves. Los usuarios y las familias se fueron implicando más y más en el proceso de definición de políticas, junto con los profesionales de salud mental. La reforma psiquiátrica en Italia y la Declaración de Caracas influyeron también en el desarrollo de la política. En 1992 se llevó a cabo un estudio epidemiológico en tres estados. El Ministerio Nacional de Salud incorporó las siguientes estrategias en 1991:

- Los mecanismos financieros para las intervenciones en salud mental se cambiaron de acuerdo al nuevo Sistema Unificado de Salud.
- Se creó una Junta de Coordinadores Estatales de Salud Mental para poner en marcha el nuevo modelo de servicios de salud mental.
- En 1992, cuando 2.000 personas asistieron a una conferencia sobre salud mental, se animó a la participación de las partes interesadas.
- Se asesoró al parlamento con vistas a cambiar la legislación sobre salud mental.
- El intercambio internacional fue proporcionado por la OPS/OMS.

Estas estrategias condujeron a una reducción del 30 % del número de camas en los hospitales psiquiátricos en diez años. En 2001 había 52.586 camas. Durante el mismo periodo, el número de centros de tratamiento psicosocial aumentó hasta los 295. Se han llevado a cabo varias iniciativas de atención comunitaria en la Región Sudeste, que es la que posee el producto interior bruto más elevado del país. Entre estas iniciativas están: camas psiquiátricas en hospitales generales, viviendas protegidas y diferentes tipos de programas de rehabilitación (incluyendo empresas sociales) en varios estados. Una nueva ley de salud mental ha sido aprobada después de un proceso parlamentario de doce años (Alves & Valentini, 2002).

Comentarios

Brasil ilustra cómo la política nacional, incluso en un gran país federal con numerosos estados autónomos, puede tener un impacto significativo en la mayor parte de las regiones: en los años 60 se promovía la institucionalización y exclusión de las personas con trastornos mentales, mientras que en los años 90 hubo un movimiento hacia la atención en la comunidad y la integración social. Se han llevado a cabo intercambios interesantes entre el gobierno federal y los gobiernos estatales. Por una parte, algunos estados han sido pioneros en la transformación de la atención psiquiátrica y han influido por tanto en la política nacional de salud mental. Por otro lado, una vez la política nacional fue puesta en práctica, ésta influyó en las políticas locales de los diferentes estados.

Los siguientes elementos de planificación y desarrollo de una política están presentes en este ejemplo:

- *Información sobre las necesidades de la población:* el movimiento de apoyo hizo evidentes algunas de las necesidades básicas de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos, y un estudio epidemiológico proporcionó información sobre la magnitud y características de las enfermedades mentales.
- *Recopilación de evidencias de otros países:* se obtuvieron valiosas enseñanzas de la reforma psiquiátrica y el desarrollo de la atención comunitaria en Italia. Las primeras iniciativas puestas en práctica en unos pocos estados brasileños se desarrollaron como proyectos piloto.
- *Consulta y negociación:* usuarios, familias, profesionales de salud mental y otras partes implicadas participaron en varios encuentros locales y nacionales en los que se analizaron las políticas de salud mental.
- *Intercambios con otros países:* la OPS/OMS ha jugado un importante papel al facilitar este proceso.
- *Organización del apoyo:* Se creó una Junta de Coordinadores Estatales de Salud Mental.
- *Asignación de fondos:* Se crearon nuevos mecanismos financieros de acuerdo al Sistema Unificado de Salud.

7. Obstáculos y soluciones para el desarrollo de nuevos programas

El Cuadro 15 resume algunos de los principales obstáculos con los que se pueden encontrar los profesionales de salud mental de los ministerios de salud durante el proceso de formulación y aplicación de las nuevas políticas, planes y programas y sugiere asimismo las formas con las que estos profesionales pueden superar esas dificultades. Más adelante se ofrecen descripciones más detalladas de los puntos de dicho Cuadro.

Cuadro 15. Sugerencias para superar los obstáculos al desarrollo y puesta en práctica de las políticas, los planes y los programas de salud mental

Obstáculos	Soluciones
1. Algunas partes implicadas se resisten a los cambios introducidos por la nueva política de salud mental.	- Adoptar una postura de “todos salimos ganando”, asegurándose de que las necesidades de todas las partes implicadas se tengan en cuenta.
2. Las autoridades sanitarias no creen en la efectividad de las intervenciones de salud mental.	- Desarrollar proyectos piloto y evaluar su impacto sobre la salud y la satisfacción del usuario. - Pedir informes técnicos a expertos internacionales.
3. El país no está muy sensibilizado con los asuntos relativos a la salud mental.	- Estudiar la prevalencia de los trastornos mentales entre las personas que acuden a los dispositivos sanitarios. - Efectuar una evaluación rápida de las necesidades de salud mental de la población.
4. No hay consenso entre las partes implicadas en salud mental del país sobre cómo formular y/o llevar a cabo una política sobre salud mental	- Volver a los valores, principios, objetivos y áreas de actuación y asegurarse de que la mayoría de las personas las respaldan. - Revisar lo qué está en juego para los diferentes líderes si la política se aplica.
5. Asignación de recursos insuficientes a la salud mental en el ministerio de salud.	- Centrar la puesta en práctica de la política de salud mental en un área piloto y efectuar estudios de efectividad. - Proporcionar apoyo técnico y financiero a las organizaciones de usuarios y familias.
6. Insuficientes recursos humanos formados en salud mental.	- Emplear a los profesionales de salud mental para formar y apoyar a los equipos de salud en la prevención y tratamiento de los trastornos mentales más comunes. - Apoyar a los grupos de usuarios, familias y autoayuda. - Trabajar conjuntamente con los practicantes de la medicina tradicional (Ministerio de Salud, Botswana, 1992; Freeman, 1999).

Obstáculos

7. Otras prioridades sanitarias (vacunación, nutrición, VIH/SIDA) compiten por los fondos con la atención a la salud mental.

8. Los equipos de atención primaria se ven sobrecargados con su carga de trabajo y se niegan a aceptar la creación de nuevas políticas, planes o programas de salud mental.

9. Los equipos de atención primaria no creen en la eficacia de las intervenciones de salud mental y continúan trabajando sólo con enfermedades somáticas.

10. Los vínculos entre los servicios primarios y especializados no funcionan bien. El acceso a la atención psiquiátrica es difícil y los equipos de atención primaria ponen obstáculos cuando deben asumir de nuevo pacientes con trastornos mentales.

11. No existen sectores ajenos al sanitario que estén interesados en la salud mental. Los otros sectores están preocupados con sus propios planes y no ven que la salud mental sea relevante para su trabajo.

12. Muchos especialistas en salud mental no quieren trabajar en dispositivos comunitarios o con equipos de atención primaria, prefiriendo quedarse en los hospitales.

13. Los servicios de salud mental están sobrecargados y sufren de largas listas de espera. En consecuencia no tienen tiempo para trabajar con los servicios de atención primaria.

Soluciones

- Vincular los programas de salud mental a otras prioridades sanitarias (Ej. salud reproductiva, desarrollo infantil), incorporando las intervenciones de salud mental como una contribución a los objetivos sanitarios generales.

- Escuchar sus necesidades y tratar de comprenderlas.
- Mostrarles que las personas con trastornos mentales ya son una parte oculta de su carga de trabajo. Si los trastornos mentales se identifican y se tratan, la carga disminuirá.

- Organizar visitas periódicas de especialistas en salud mental a los equipos de atención primaria para demostrar cómo funcionan los tratamientos de salud mental.
- Ser persistente y coherente con los mensajes a los equipos de atención primaria.

- Fortalecer la organización de apoyo a la salud mental en los distritos/áreas sanitarias y su papel coordinador entre los dos niveles.
- Llevar a cabo encuentros frecuentes entre los representantes de ambos equipos para ayudarles a alcanzar un acuerdo que sea efectivo para la gente.

- Reunirse con profesionales de otros ministerios (Ej. educación, bienestar social, empleo.)
- Revisar con ellos sus prioridades y demostrar que las personas con trastornos mentales ya demandan sus servicios.
- Crear áreas conjuntas de trabajo.

- Desarrollar incentivos para la atención comunitaria.
- Obtener fondos para apoyar la investigación sobre atención comunitaria.
- Traer expertos de otros países que actúen como modelos para la atención comunitaria.

- Apoyar a los profesionales de salud mental en los distritos/áreas sanitarias para que puedan ayudar a los equipos locales a distribuir sus funciones y su tiempo.
- Enseñarles, si es posible, a delegar el trabajo de atención primaria en grupos de usuarios, familiares y autoayuda, así como en practicantes de la medicina tradicional.

Obstáculos

14. Los sindicatos en los hospitales psiquiátricos se resisten a los cambios hacia la atención comunitaria porque temen la pérdida de puestos de trabajo.

Soluciones

- Ofrecerles formación de reciclaje en atención comunitaria, servicios de salud general u otras opciones disponibles manteniendo el salario.
- No despedir a nadie basándose en el hecho de que se cierra un hospital.

**Estos ejemplos no son recomendaciones específicas de actuación.*

> **Partes implicadas resistentes al cambio:** en todo proceso social que produce cambios en la estructura de una sociedad particular, especialmente en relación con la estructura de poder, aparecen personas que se sienten amenazadas porque prevén una pérdida de poder, dinero u otros problemas. El proceso de transformación de los hospitales psiquiátricos es un caso clásico, en el que los psiquiatras y los profesionales por un lado y los pacientes y familias por otro temen perder algo (Ej. tiempo para la investigación, comidas durante el horario de trabajo, un lugar seguro donde refugiarse, un hogar tranquilo).

Para evitar esta amenaza es necesario convencer a las principales partes involucradas de que la nueva política aportará beneficios a todos. Los profesionales de salud mental en el ministerio de salud deberían atender activamente a las necesidades expresadas por las partes implicadas e intentar conseguir acuerdos que puedan incrementar el apoyo a la política. Es también necesario evitar agendas ocultas, por ejemplo, emplear la nueva política como un pretexto para reducir plantilla. En general, las partes involucradas estarán más satisfechas con su trabajo o con los servicios que reciban cuando se adopte una nueva política sobre salud mental como la que se describe en este módulo.

> **Las autoridades sanitarias no están comprometidas con la salud mental:** las autoridades sanitarias, como la mayoría de la población, no poseen demasiados conocimientos acerca de los trastornos mentales y albergan numerosos mitos acerca de ellos. Una de las interpretaciones erróneas más problemática es que las intervenciones en salud mental son ineficaces y que, por tanto, los fondos asignados a este fin no benefician a la población.

Algunas estrategias para sensibilizar a las autoridades sanitarias se describen en el módulo Fomento de la salud mental. Es más, los profesionales de salud mental del ministerio de salud pueden dedicar parte de su tiempo a respaldar programas piloto en algunos distritos/áreas sanitarias donde los resultados de salud mental y la satisfacción de los usuarios se puedan evaluar a corto plazo. Puede invitarse a las autoridades a visitar los proyectos y mostrarles los resultados. Un informe técnico fundamentado en las visitas de expertos internacionales, como se describe en el Capítulo 2.4, puede contribuir a este proceso.

> **La población no está sensibilizada con la salud mental:** los países atraviesan diversos procesos históricos. En algunos periodos, puede haber muchos otros temas diferentes a la salud mental que capten la atención de la gente, su interés y su motivación. Hay épocas en las que la visibilidad de los temas relativos a salud mental disminuyen.

En esta situación los profesionales de salud mental del ministerio de salud pueden decidir llevar a cabo un estudio sobre la magnitud e importancia del problema. Tal y como se describe en el Capítulo 2.1 de este módulo, la investigación formal o la evaluación rápida se pueden efectuar de acuerdo con los recursos y capacidades técnicas disponibles.

> **Falta de acuerdo entre las partes implicadas en la salud mental:** en algunos países, los profesionales de salud mental del ministerio de salud pueden obtener el apoyo político del ministro para formular o aplicar la política sobre salud mental. No obstante, algunos líderes conocidos en el ámbito de la salud mental del país pueden argüir en contra de la política propuesta y obtener el respaldo de otras partes involucradas.

Como se apuntó en el Capítulo 2.3 (Consulta y negociación), es importante alcanzar acuerdos básicos entre todas las partes implicadas sobre la visión, los valores, principios, objetivos y áreas de actuación de la política. También puede ser necesario que los profesionales de salud mental del ministerio de salud debatan con los líderes que se oponen a la política. Esto ayudará a lograr una comprensión, si la política se pusiese en práctica, de lo que está en juego para estos líderes.

> Recursos insuficientes para la salud mental: éste es el caso más frecuente en los países en vías de desarrollo.

Los profesionales de salud mental del ministerio de salud pueden superar este obstáculo concentrando los escasos recursos en un área piloto (véase el capítulo 5.4) en la que la visión y las estrategias principales de la política sobre salud mental puedan ser implementadas y evaluadas. Es importante llevar a cabo estudios de rentabilidad en este área y aprovecharlos para convencer a los responsables de la toma de decisiones sobre la necesidad de invertir en salud mental. Otra opción es emplear algunos recursos para respaldar a los grupos de usuarios y de apoyo (véase el módulo *Fomento de la salud mental*) para que alcancen un mayor nivel de desarrollo y persuadan a las autoridades nacionales de que asignen más recursos a la política sobre salud mental.

> Insuficientes recursos humanos con formación en salud mental: ésta puede ser una limitación importante en países en vías de desarrollo, especialmente en aquellos con una baja renta per cápita, cuyos psiquiatras, por ejemplo, deben formarse en países desarrollados. Muchos de ellos no regresan porque sacan provecho de las oportunidades profesionales disponibles en los países desarrollados.

Hay varias maneras en que los profesionales de salud mental del ministerio de salud pueden afrontar este reto. Primero, se puede asignar una financiación central a los distritos/áreas sanitarias para la formación de equipos de atención primaria en la prevención y tratamiento de los trastornos mentales más comunes y para mejorar los vínculos entre atención primaria y especializada.

Segundo, se puede transferir apoyo en forma de fondos o capacitación técnica a los grupos de usuarios y de autoayuda para fortalecerlos, para facilitar el desarrollo del movimiento de defensa y para reforzar las redes sociales (véase el módulo *Fomento de la salud mental*). Todas estas medidas se han demostrado capaces de disminuir la utilización de los servicios de salud mental.

Tercero, en muchos países, los practicantes de la medicina tradicional son una medida excelente de multiplicar el personal sanitario. Debidamente formados, pueden aprender a diferenciar entre problemas emocionales suaves o moderados que pueden tratar y trastornos mentales graves que precisen de tratamiento en dispositivos sanitarios.

Cuarto, pueden establecerse condiciones en la concesión de fondos o becas para estudios en el extranjero. Por ejemplo, podría obligarse a los beneficiarios a volver a su país de origen para trabajar allí durante un periodo de tiempo mínimo una vez completados sus estudios en el extranjero.

> Otras prioridades sanitarias compiten con la salud mental: muchas prioridades sanitarias compiten por los recursos con la salud mental. Las campañas de vacunación, los suplementos nutricionales y la prevención del VIH/SIDA, por ejemplo, suelen tener una prioridad más alta que los trastornos mentales.

En estos casos la estrategia propuesta es vincular los programas de salud mental a otras prioridades sanitarias de forma que las intervenciones de salud mental resulten aceptables como medio para lograr objetivos sanitarios generales (Freeman, 2000).

> Resistencia por parte de los equipos de atención primaria: por lo general, los miembros de estos equipos ya están sobrecargados con actividades relativas a la salud y a menudo perciben los programas sobre salud mental como una carga de trabajo adicional. Esto es especialmente cierto donde la formación de técnicos y profesionales sanitarios no incluye una atención suficiente a las habilidades relativas a la salud mental.

Los profesionales de salud mental del ministerio de salud o de los distritos/áreas sanitarias deberían pasar cierto tiempo colaborando con los equipos de atención primaria para conocer cuáles son sus necesidades, las razones de su resistencia y sus motivaciones. Un incentivo que puede animar a los técnicos y profesionales sanitarios a incorporar la salud mental en su trabajo diario es recibir formación continua sobre el tema. Esto favorece el desarrollo profesional y la mejora de la calidad del servicio de forma duradera.

> Los equipos de atención primaria dudan acerca de la efectividad de las intervenciones en salud mental: los equipos de atención primaria a menudo comparten con la población general los mismos conceptos erróneos sobre los trastornos mentales. No son conscientes de la efectividad de las intervenciones farmacológicas y psicosociales.

La estrategia que ha demostrado ser efectiva para incorporar la salud mental en la atención primaria es la de disponer de un tiempo para el contacto regular entre los trabajadores de atención primaria y los especialistas en salud mental. Una manera de hacer esto es que un psiquiatra, psicólogo u otro trabajador de salud mental visite el centro de atención primaria periódicamente, una o dos veces al mes. Durante las visitas se llevarán a cabo actividades conjuntas de promoción y prevención, de evaluación y tratamiento de las personas con trastornos mentales, se debatirán teorías y casos clínicos, se llegarán a acuerdos sobre procedimientos de derivación y devolución de casos y se resolverán asuntos de carácter administrativo.

> Vínculos insuficientes entre la atención primaria y la especializada: los equipos de atención primaria con sobrecarga asistencial derivan a veces a todas las personas con trastornos mentales al nivel especializado. No intentan tratar a las personas con trastornos leves, ni llevar a cabo intervenciones de promoción o prevención. Esto sobrecarga a los especialistas en salud mental, surgiendo así largas listas de espera y otros obstáculos que hacen muy difícil proporcionar los tratamientos requeridos. Es más, las personas que reciben tratamiento psiquiátrico no suelen ser derivadas de nuevo a atención primaria, y esto representa una carga adicional para los especialistas.

Los profesionales de salud mental del ministerio de salud deberían fortalecer la organización de apoyo a la salud mental en los distritos/áreas sanitarias para que éstos puedan coordinar las actividades de los niveles de atención primaria y especializada. Esto requiere encuentros frecuentes con los representantes de ambos niveles. Deberían alcanzarse unos acuerdos básicos acerca de los procedimientos de derivación y devolución de casos. La política, los planes y los programas sobre salud mental pueden ayudar a superar esta barrera si hacen explícitas las funciones de ambos niveles y los mecanismos para vincularlos.

> Los sectores ajenos al sanitario no están interesados en la salud mental: no es extraño que otros sectores definan prioridades diferentes y no vean la salud mental como algo relevante para su trabajo. Esta situación se ve acentuada por el conocimiento insuficiente y el estigma asociado a los trastornos mentales que tienen lugar en la mayoría de los países.

Los profesionales de salud mental del ministerio de salud y de los distritos/áreas sanitarias deberían reunirse a menudo con los profesionales de otros ministerios. Parece importante conocer sus prioridades y encontrar un terreno común en relación a la política sobre salud mental. Es probable que las personas con trastornos mentales ya estén demandando atención a estos sectores o que estos ya se estén proporcionando servicios de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.

Los ministerios de salud deberían definir áreas de interés en salud mental que sean compartidas por otros ministerios. El mismo proceso podría reproducirse en el nivel del distrito/área sanitaria.

> Los especialistas en salud mental no están comprometidos con el modelo comunitario: muchos psiquiatras, psicólogos clínicos y otros profesionales de salud mental han sido formados para trabajar en hospitales y, más concretamente, en hospitales psiquiátricos. En general tienen una visión parcial del proceso y adoptan un modelo basado en la enfermedad restringido a los casos más graves de trastorno mental durante episodios que muestran los síntomas más graves. Estos profesionales perciben también incentivos para trabajar en los hospitales, por ejemplo, salarios más altos, oportunidades para la investigación, formación adicional y carreras académicas. No es raro que la mayoría de ellos prefieran quedarse a trabajar en los hospitales.

Los equipos de salud mental del ministerio de salud y de los distritos/áreas sanitarias deberían considerar la incorporación de incentivos para los profesionales de salud mental que trabajan en dispositivos comunitarios y apoyan a los equipos de atención primaria. Los incentivos pueden ser monetarios o estar relacionados con la promoción profesional. Es también importante disponer de fondos para apoyar la investigación sobre la atención en la comunidad, lo cuál puede hacer más atractiva su práctica.

Si no hay experiencia en atención comunitaria en el país o región en cuestión el ministerio de salud puede considerar las siguientes alternativas:

- traer expertos en atención comunitaria de otras regiones o países
- desarrollar proyectos piloto de atención comunitaria, que pueden emplearse como referencia para la formación en este tipo de práctica
- enviar profesionales de salud mental a otras regiones o países para recibir formación en atención comunitaria.

> Saturación de los servicios de salud mental: éste suele ser el caso en los países en vías de desarrollo, donde el número de especialistas en salud mental es insuficiente para cubrir las necesidades de la población. Los psiquiatras y psicólogos tienen que ocuparse de demasiadas personas y no tienen tiempo para trabajar junto con los equipos de atención primaria.

Los distritos/áreas sanitarias pueden ayudar a los equipos de salud mental a mejorar la organización de su tiempo y funciones. Estos equipos deberían delegar parte de su trabajo en los equipos de atención primaria, los grupos de usuarios, familias y autoayuda, en los practicantes de la medicina tradicional y en otros recursos que puedan estar disponibles. De esta forma, los equipos de salud mental pueden encontrar tiempo para colaborar con los equipos de atención primaria y ayudarles a incrementar su capacidad. Los equipos de salud mental deberían estar al tanto de que esta estrategia puede mejorar el acceso, la calidad y la satisfacción de las personas con los servicios.

> Resistencia por parte de los sindicatos de los hospitales psiquiátricos: Éste ha sido un obstáculo habitual a la reforma psiquiátrica en varios países. Cuando se implementa la atención comunitaria, los trabajadores de los hospitales temen la pérdida de sus empleos o privilegios. La amenaza es mayor si el número de camas se reduce o el hospital se cierra. Contribuyen también a esta situación las posiciones ideológicas contra la institucionalización, si además se culpa a los trabajadores de los hospitales de esa institucionalización.

Los profesionales de salud mental del ministerio de salud deberían garantizar que ningún trabajador de hospital perderá su empleo o su sueldo por culpa de la puesta en práctica de políticas sobre salud mental. A medida que el proceso de desinstitucionalización progresa y se van creando dispositivos comunitarios, los trabajadores deberían recibir formación sobre la atención comunitaria. Existen numerosos ejemplos de trabajadores de la salud mental en hospitales que se han convertido en excelentes trabajadores comunitarios. No obstante, como esto no ocurre siempre, deberían establecerse normas para trasladar a algunos profesionales a otros puestos dentro del sistema sanitario.

8. Recomendaciones y conclusiones

Desarrollar y aplicar políticas, planes y programas de salud mental en un país o región es un proceso complicado. Deben tenerse en cuenta muchos factores y considerarse las necesidades de las diversas partes involucradas.

En este módulo, los gestores y los profesionales de salud pública pueden encontrar un método para organizar acciones en diferentes etapas y enfrentarse a los retos y obstáculos. Es inevitable que la mayoría de las soluciones no se encuentren en el módulo, sino en las realidades de las comunidades locales. Se espera que la información aquí facilitada pueda ayudar a facilitar las tareas requeridas y orientar en la toma de decisiones.

Los profesionales a cargo de la política, los planes y programas deberán desarrollar habilidades en las áreas de epidemiología, gestión, planificación, elaboración de presupuestos y negociación. El proceso requiere moverse entre la teoría y la práctica, mientras se interactúa con gente real y sus circunstancias.

Las circunstancias específicas para el desarrollo y puesta en marcha de políticas, planes y programas sobre salud mental pueden variar enormemente de un país a otro. Los pasos para desarrollar la política, los planes y los programas descritos en este módulo deberán adaptarse a las condiciones particulares de los países en cuestión.

Aunque existe diversidad entre países, es esencial que éstos desarrollen políticas, planes y programas de salud mental. Con una política, un plan y unos programas, un país se encuentra en situación de mejorar sistemáticamente la salud mental de su población.

Aplicar los pasos de este módulo puede ser un proceso lento que requiera movilizar la voluntad política. Pueden pasar de cinco a diez años antes de que se obtengan resultados en la población. No obstante, las experiencias de varios países y regiones demuestran que estos pasos para la puesta en práctica de políticas, planes y programas sobre salud mental son factibles. El proceso en su conjunto puede producir resultados positivos en salud mental y la población del país o región puede percibir los siguientes beneficios (OMS, 2000a):

- alivio de los síntomas asociados a los trastornos mentales
- mejora de la funcionalidad en varias áreas (Ej. familia, sociedad, educación, trabajo)
- mejora de la productividad laboral
- mejora en la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y sus familias
- prevención de la discapacidad psicológica y social
- reducción de la mortalidad (Ej. suicidios).

Las personas con diferentes necesidades son el objetivo de la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos, el tratamiento y la rehabilitación. A pesar de la complejidad del proceso y de los numerosos obstáculos que se pueden presentar, las mejoras en salud mental, bienestar, funcionalidad y calidad de vida de las personas con trastornos mentales proporcionan motivos más que suficientes para el desarrollo y aplicación de las políticas, los planes y los programas sobre salud mental.

Desarrollar y aplicar políticas, planes y programas de salud mental en un país o región es un proceso complicado.

Los profesionales a cargo de la política, los planes y programas deberán desarrollar varias habilidades.

Con una política, un plan y unos programas, un país está en situación de mejorar la salud mental de su población.

Anexo 1. Ejemplos de intervenciones efectivas en salud mental

Cuadro 16. Ejemplos de intervenciones efectivas en salud mental*

Promoción y prevención	Desarrollar vínculos afectivos entre madres y bebés en comunidades pobres (Driscoll, 1998; Freeman, 2000) Prevención no específica en el campo de la salud mental: combatir el abuso infantil, el abandono de la tercera edad y el trauma de los inmigrantes y refugiados (Tansella, 2000) Promoción de la salud mental en las escuelas (Freeman, 2000) Desarrollar en los escolares habilidades de afrontamiento y buenas relaciones entre compañeros (Driscoll, 1998)
Discapacidad intelectual	Proporcionar yodo a futuras madres en áreas de riesgo (yodación de la sal, del agua o empleo de aceite yodado y solución de Lugol) (OMS, 1998b, 2001a) Detección de los problemas de consumo de alcohol en mujeres embarazadas, asesoramiento psicológico y tratamiento precoz (OMS, 1998b, 2001a) Exploración de todos los recién nacidos para localizar casos de fenilcetonuria y su tratamiento con una dieta baja en fenilalanina (OMS, 1998b, 2001a)
Epilepsia	Atención prenatal adecuada, parto seguro, control de la fiebre en los niños, prevención de daños cerebrales y control de enfermedades parasitarias e infecciosas (OMS, 1998b, 2001a)
Depresión	Tratamiento ambulatorio en atención primaria (OMS, 1998c, 2001a)
Suicidio	Detección precoz y tratamiento de las personas con depresión Control de armas, desintoxicación de gases, control de sustancias tóxicas, barreras físicas para evitar precipitaciones desde lugares elevados (OMS, 1998b, 2001a)
Esquizofrenia	Atención comunitaria: atención ambulatoria, hospitales de día, empleo protegido, apoyo a las familias, alojamiento protegido, equipos comunitarios de salud mental (Lesage & Tansella, 1993; Knapp, Chisholm, Astin et al., 1997; OMS, 2001a) La atención de agudos en hospitales de día es una alternativa al ingreso hospitalario de determinados pacientes (Departamento de Salud, Reino Unido, 1996; Horvitz-Lennon, 2001) La prescripción de ciertos antipsicóticos, como la clozapina, contrarresta el gasto de atención a pacientes ingresados (Departamento de Salud, Reino Unido, 1996)
Abuso de alcohol y drogas	Intervención breve para personas con problemas precoces de alcohol a cargo de profesionales de atención primaria (OMS, 2001a) Asesoramiento, terapias de conducta y grupos de autoayuda para la dependencia del alcohol y las drogas (OMS, 2001a)

* Estos ejemplos no son recomendaciones específicas de actuación.

Los ejemplos del Cuadro 16 se describen a continuación con más detalle:

Promoción y prevención

> **Desarrollo de vínculos afectivos entre madres y bebés en comunidades pobres:** intervenciones intensivas que incluyan visitas a domicilio durante varios años, apoyo a los padres, entrenamiento en habilidades sociales, información sobre recursos comunitarios y ayuda en relación con las metas educacionales y ocupacionales de los padres. Hay evidencias de una mejora en el desarrollo cognitivo de los bebés, una menor incidencia de problemas conductuales durante la adolescencia y un menor riesgo de depresión.

> **Prevención no específica:** combatir el abuso infantil, el abandono de la tercera edad y el trauma de inmigrantes y refugiados, intervenciones multisectoriales orientadas a combatir la pobreza, el aislamiento social, la dependencia (resultado de, por ejemplo, unos niveles educativos bajos y dependencia económica) y la opresión de las mujeres.

> **Promoción de la salud mental en las escuelas:** las intervenciones prestadas por profesores debidamente formados, tanto en educación primaria como en especializada, incluyen la formación de hábitos de vida y técnicas para la prevención del VIH/SIDA, la prevención del abuso de sustancias, la promoción de la salud mental y la prevención de la violencia.

> **Desarrollar habilidades de afrontamiento y unas buenas relaciones interpersonales entre los escolares:** las intervenciones llevadas a cabo en escuelas, bien con todos los niños o sólo con los grupos de alto riesgo, incluyen: la mejora del desarrollo cognitivo, la formación en habilidades sociales y en habilidades para afrontar los sentimientos negativos, la creación de actitudes positivas hacia la escuela, el control de la rabia y la comprensión de los sentimientos. Existen evidencias de una mejora de la competencia cognitiva, un menor rechazo de los compañeros, de menos timidez y de más competencias sociales.

Minusvalía intelectual

> **Empleo del yodo en futuras madres en áreas de riesgo** (yodación de la sal, del agua, o el uso de aceite yodado y solución de Lugol): intervenciones intersectoriales consistentes en la adición de yodo a la sal o al agua potable. De forma alternativa, los médicos pueden administrar solución de Lugol vía oral o aceite yodado bien de forma oral o intramuscular a las mujeres en situaciones de riesgo. Hay evidencias de la protección completa del desarrollo fetal durante el primer trimestre si se administra yodo antes del embarazo. La yodación de la sal es el método más rentable.

> **Detección de los problemas de consumo de alcohol en mujeres embarazadas, asesoramiento psicológico y tratamiento precoz:** las intervenciones se realizan como parte de la atención médica durante el embarazo. Estas incluyen un cuestionario breve, requerido como método de detección en todas las mujeres embarazadas, asesoramiento psicológico para aquellas con problemas leves o moderados relativos al alcohol. (con el objetivo de conseguir la abstinencia o la reducción sustancial del consumo de alcohol) y la derivación a tratamientos especializados si los problemas son graves. Existe evidencia de la disminución del abuso de alcohol en las mujeres embarazadas y la disminución también de la incidencia del Síndrome Alcohólico Fetal (SAF).

> **Exploración de los recién nacidos para localizar casos de fenilcetonuria y su tratamiento con una dieta baja en fenilalanina:** las intervenciones incluyen análisis de sangre para determinar el nivel de fenilalanina cuando los recién nacidos tienen menos de siete días. Aquellos con fenilcetonuria reciben una dieta especial cuando han cumplido tres semanas. Se asesora adecuadamente a los padres. Existen evidencias sobre la prevención de daños cerebrales y de la reducción del deterioro mental.

Epilepsia

> **Atención prenatal adecuada, parto seguro, control de la fiebre en los niños, prevención de daños cerebrales y control de enfermedades parasitarias e infecciosas:** intervenciones entre las mujeres embarazadas en dispositivos de atención primaria y mejora

de la calidad de la asistencia durante el parto. En lo que respecta a los niños se proporcionarán medicamentos antipiréticos o baños fríos, vacunaciones e higiene ambiental. Hay evidencias de la reducción de la prevalencia de la epilepsia.

Depresión

> **Tratamiento ambulatorio de la depresión en atención primaria:** intervenciones destinadas a adolescentes y adultos que solicitan asistencia en dispositivos de atención primaria. Incluyen la identificación precoz de la sintomatología depresiva, el tratamiento con fármacos antidepresivos de los trastornos leves y moderados, y con terapias psicosociales individuales y de grupo, y la derivación de los casos más graves al especialista. Hay evidencias de la disminución en la utilización de los servicios de salud y de alivio de la sintomatología.

Suicidio

> **Detección precoz y tratamiento de las personas con depresión:** las intervenciones serán llevadas a cabo por equipos de salud mental o equipos psiquiátricos comunitarios para pacientes con trastornos mentales asociados a un alto riesgo de suicidio (depresión, abuso de drogas y alcohol y esquizofrenia), incluyendo atención ambulatoria, en hospitales de día o internamiento hospitalario. Hay evidencias acerca de la reducción de las tasas de suicidio en deprimidos como consecuencia de la detección precoz y el mantenimiento del tratamiento.

> **Control de armas, desintoxicación de gases, control de sustancias tóxicas y poner barreras físicas para evitar precipitaciones desde lugares elevados:** las intervenciones pretenden reducir el acceso a los métodos para cometer el suicidio. Estas incluyen una legislación que regule la venta de armas, la desintoxicación del gas doméstico, la reducción del contenido de monóxido de carbono en las emisiones de los coches, limitaciones a la disponibilidad de sustancias tóxicas y el empleo de barreras o vallas en edificios altos y puentes. Hay evidencias de una disminución de las tasas de suicidio asociadas a la desintoxicación del gas y al control de las emisiones de monóxido de carbono de los coches.

Esquizofrenia

> **Atención comunitaria:** incluye la atención ambulatoria, centros de día, empleo protegido, apoyo y formación para las familias, alojamiento protegido y equipos comunitarios de salud mental. Las intervenciones prestadas a las personas con esquizofrenia y sus familias incluyen tratamientos psicosociales y psicofarmacológicos. Las intervenciones dirigidas a la comunidad para reducir el estigma y la discriminación incluyen la educación pública. Existen evidencias de mejora sintomatológica, mejora de la calidad de vida e integración social.

> **Atención de agudos en hospital de día:** para ciertos pacientes ésta es una alternativa al ingreso hospitalario. Las intervenciones prestadas durante el día por un equipo especializado a las personas con episodios agudos de esquizofrenia incluyen tratamientos psicosociales y psicofarmacológicos intensivos. Las evidencias demuestran que estas intervenciones son menos costosas e igual de efectivas que los internamientos hospitalarios.

> **La prescripción de ciertos antipsicóticos, como la clozapina** en los entornos comunitarios es una manera rentable de contrarrestar el coste de los internamientos hospitalarios. Los psiquiatras pueden administrar tanto antipsicóticos tradicionales como atípicos. Hay evidencias de mejores respuestas clínicas, aumento de la integración social y hospitalizaciones más cortas gracias al uso de antipsicóticos atípicos en las personas que no responden bien a los antipsicóticos tradicionales.

Abuso de alcohol y drogas

> **Intervenciones breves para personas con problemas precoces de consumo de alcohol a cargo de profesionales de atención primaria:** estas intervenciones consisten en unas pocas sesiones instructivas y motivacionales centradas en la conducta específica del consumo de alcohol, junto con feedback y consejos prácticos. Existe evidencia de una reducción en el consumo de alcohol y del consumo excesivo. También se ha demostrado que estas intervenciones son rentables.

> Asesoramiento, terapias de conducta y grupos de autoayuda para la dependencia del alcohol y las drogas: se recomienda que el cuidado de las personas que abusan del alcohol o de las drogas y de sus familias sea compartido por médicos generales y especialistas. Las intervenciones incluyen la desintoxicación, la motivación, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas y la prevención de recaídas. Los grupos de autoayuda también realizan intervenciones, y proporcionan, además, acceso a comunidades terapéuticas y otros tratamientos culturalmente apropiados. Hay evidencias de una reducción rentable en el uso de drogas con consecuencias positivas para la salud y los aspectos sociales, por ejemplo, la reducción de las infecciones de VIH y de la actividad criminal.

Cuadro 20. Principios para el desarrollo de directrices sobre salud mental

(Adaptado del Grupo de Directrices de Nueva Zelanda, 2001)

1. Las directrices deberían ir enfocadas a mejorar la situación de los usuarios:

Si es posible, las directrices deberían perseguir cambios positivos, que sean valorados por los usuarios, sobre la salud mental de los individuos, grupos de personas o poblaciones (Ej. calidad de vida, nivel de funcionamiento).

2. Las directrices deberían basarse en las mejores evidencias disponibles:

Además de la investigación cuantitativa y las revisiones sistemáticas, deberían obtenerse datos de estudios cualitativos bien diseñados. No obstante, dado que ambos tipos de investigación sobre la salud mental son infrecuentes en los países en vías de desarrollo, deberían considerarse otros métodos, por ejemplo, acuerdos entre un grupo de expertos y la adaptación de las directrices desarrolladas por otras regiones o países.

3. El proceso de creación de directrices debería tener un carácter multidisciplinar e implicar a los usuarios:

Si se quiere que las directrices tengan relevancia, la gente que va a usarlas y beneficiarse de ellas debería tener un papel en su desarrollo. Estas personas son, en general, profesionales sanitarios, profesionales de la salud mental, representantes de grupos relevantes de usuarios y familias, especialistas en salud pública y representantes de los grupos de profesionales. Su implicación mejorará la aceptación y el cumplimiento de las directrices.

4. Las directrices deberían ser flexibles y adaptarse a diversas circunstancias:

Deberían tener en cuenta las diferencias entre poblaciones, entornos geográficos, disponibilidad de recursos y las expectativas, valores y preferencias de los usuarios. Por tanto y a este respecto, las directrices nacionales deberían adaptarse a las realidades regionales y locales.

5. Las directrices deberían desarrollarse de acuerdo a las limitaciones de los recursos:

Si es posible se debería incluir una evaluación económica en las directrices, en especial cuando los datos sobre costes puedan ser de ayuda para escoger entre varias opciones de tratamiento e influenciar las decisiones directivas y adquisitivas.

6. Las directrices deberían ser revisadas y actualizadas regularmente:

Deberían revisarse después de un periodo adecuado, habitualmente de tres a cinco años, y cuando se disponga de nuevas evidencias.

Anexo 3. Respaldo al desarrollo de las políticas, los planes y los programas sobre salud mental: funciones de algunas de las partes implicadas

Las funciones enumeradas a continuación deberían basarse en la política sobre salud mental y las estrategias del plan, así como en todo programa que se adopte.

1. Funciones de los profesionales de salud mental del ministerio de salud

- Sensibilizar a la población general, y a aquellos que deben de tomar decisiones sobre las necesidades y demandas de salud mental y las estrategias que se requieren para atenderlas.
- Formular, gestionar, supervisar y evaluar la legislación, la política, los planes y los programas sobre salud mental.
- Proponer y aplicar actuaciones nacionales en salud mental junto con otros sectores y organizaciones nacionales de usuarios y familias.
- Facilitar la formación de los profesionales de salud, tanto los graduados como los no graduados.
- Promover la salud mental, la evaluación e investigación, definir prioridades y facilitar la creación de centros de investigación.
- Elaborar y poner en práctica estrategias para mejorar el desarrollo y la acreditación de los proveedores de la salud mental.
- Elaborar y distribuir estándares y guías, tanto clínicas como administrativas, y facilitar asimismo los procesos para mejorar su uso por parte de los equipos sanitarios.
- Mantener un sistema de información y vigilancia sobre salud mental de la población.
- Respaldo al trabajo de los profesionales de salud mental en los distritos/áreas sanitarias.

2. Funciones de los profesionales de salud mental en el nivel del distrito/área sanitaria

- Sensibilizar a la población del distrito/área y a aquellos con capacidad de tomar decisiones sobre las necesidades y demandas de salud mental y las estrategias precisas para atenderlas.
- Formular, gestionar, supervisar y evaluar el plan y programa del distrito/área.
- Proponer y poner en práctica actuaciones en salud mental junto con otros sectores y organizaciones de familiares y afectados por trastornos mentales del distrito/área.
- Facilitar la formación en el trabajo de los profesionales de salud y de la salud mental.
- Elaborar y aplicar estrategias para mejorar el desarrollo y la acreditación de los agentes de la salud mental.
- Elaborar y distribuir estándares y guías, tanto clínicas como administrativas, y facilitar asimismo los procesos para mejorar su uso por parte de los equipos sanitarios.
- Mantener un sistema de información y vigilancia sobre la salud mental de la población.
- Coordinar la red de salud mental del distrito/área mediante la definición de procedimientos comunes, la puesta en práctica de sistemas de derivación y devolución de casos y reuniones regulares entre los equipos de salud y de salud mental.

3. Funciones del coordinador de un equipo de salud mental comunitario

- Coordinar las actividades de los miembros del equipo comunitario de salud mental con la finalidad de asignar las responsabilidades y asegurar la accesibilidad, calidad y continuidad de las intervenciones.
- Definir procedimientos de derivación y devolución de casos con los equipos de atención primaria y otros dispositivos de salud mental.

Coordinar un sistema regular de asesoramiento de salud mental con los equipos de atención primaria del distrito/área implicada.

- Respalidar y coordinar las actividades que impliquen a personas con trastornos mentales, sus familias, grupos de autoayuda y grupos de apoyo que trabajen en el distrito/área del equipo.
- Planificar y llevar a cabo actividades relativas a la salud mental junto con otros sectores que trabajen en el mismo área.
- Asegurarse de que se emplean guías administrativas, de promoción, preventivas y clínicas en el trabajo habitual de los miembros del equipo.
- Mantener al día los registros de actividades y pacientes y evaluar el trabajo del equipo de manera regular.
- Evaluar periódicamente las necesidades, expectativas y propuestas de salud mental de la población del distrito/área.

4. Funciones del coordinador de salud mental de un equipo de atención primaria

- Coordinar las actividades de salud mental de los miembros del equipo de atención primaria para facilitar intervenciones preventivas y de promoción, la detección precoz de problemas de salud mental y las intervenciones relativas al tratamiento o rehabilitación.
- Definir y mantener al día los procedimientos de derivación y devolución de casos con el equipo comunitario de salud mental y otros dispositivos de salud mental.
- Coordinar el sistema regular de asesoramiento sobre salud mental con el equipo comunitario de salud mental.
- Respalidar y coordinar el trabajo con personas con trastornos mentales, sus familias, grupos de autoayuda y grupos de apoyo en el distrito/área del equipo.
- Planear y aplicar actuaciones en salud mental junto con otros sectores que trabajen en la misma área.
- Asegurarse de que se emplean directrices administrativas, de promoción, preventivas y clínicas en el trabajo habitual de los miembros del equipo.
- Mantener actualizado el registro de actividades relativas a la salud mental y evaluar el trabajo del equipo de forma regular.
- Evaluar periódicamente las necesidades, expectativas y propuestas de salud mental de la población del distrito/área.

Política de salud mental / Un conjunto organizado de valores, principios, objetivos y tareas destinado a mejorar la salud mental de la población.

Plan de salud mental / Un proyecto detallado propuesto para poner en práctica estrategias dirigidas a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación.

Programa de salud mental / Una intervención dirigida, habitualmente a corto plazo, con un claro objetivo sobre la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación.

Distrito/área sanitaria / Una división geográfica o política dentro de un país, creada con vistas a la descentralización de las funciones del ministerio de salud.

Partes implicadas en la salud mental / Personas u organizaciones con algún interés en mejorar la salud mental de la población. Incluyen a las personas con trastornos mentales, familiares, profesionales, gestores, inversores y otras entidades interesadas.

Valor / Una creencia cultural relativa a un modelo deseable de conducta o estado final que guía las actitudes, los juicios y las comparaciones.

Principio / Una verdad o doctrina fundamental sobre la que se basan las normas de conducta.

Áreas de actuación / Aspectos de una política que se separan para poder planificarse.

Estrategia / Una organización ordenada de las actividades para lograr un objetivo o meta.

Intervención de salud mental / Una actividad cuyo propósito es promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar tratamiento o favorecer la rehabilitación.

Agente/Proveedor / Una organización, equipo de salud mental o institución que proporciona intervenciones de salud mental a una población.

Lectura adicional

1. Commonwealth Department of Health and Family Services, Australia (1997) *Evaluation of the National Mental Health Strategy*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Family Services, Mental Health Branch. Australia. www.health.gov.au

2. De Jong JTV (1996) A comprehensive public mental health programme in Guinea-Bissau: a useful model for African, Asian and Latin-American countries. *Psychological Medicine*, 26:97-108.

3. Desjarlais R et al. (1995) *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University Press Inc.

4. Driscoll L (1998) *Mental health promotion, a policy framework*. Ottawa: Policy Research International Inc.

5. Goering P et al. (1997) *Review of the best practices in mental health reform*. Ottawa: Health Canada.

6. Ministry of Health, Mental Health Unit (2000) *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría [National Mental Health and Psychiatry Plan]*. Ministry of Health, Mental Health Unit, Santiago, Chile.
7. Planning Commission, Pakistan (1998) *Report of the Subcommittee on Mental Health and Substance Abuse for the Ninth Five Year Plan*. Planning Commission. Islamabad: Government of Pakistan.
8. Thornicroft G, Tansella M (1999) *The mental health matrix. A manual to improve services*. London: Cambridge University Press.
9. World Health Organization (1996) *Public mental health: guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
10. World Health Organization (1998) *Supporting governments and policy-makers*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
11. World Health Organization (1998) *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Geneva: World Health Organization.
12. World Health Organization (1999) *Setting the WHO agenda for mental health*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Social Change.
13. World Health Organization (2001a) *Mental health: new understanding, new hope. World health report 2001*. Geneva: World Health Organization.

Referencias

1. Alarcon RD, Aguilar-Gaxiola SA (2000) Mental health policy developments in Latin America. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4):483-90.
2. Alves DN, Valentini W (2002) Mental health policy in Brazil. In: Hazelton M, Morral P, eds. *Mental Health: Global Perspectives and Human Rights*. London: Whurr Ed. 2003. En imprenta.
3. Arjonilla S, Parada IM, Pelcastre B (2000) Cuando la salud mental se convierte en una prioridad. *Salud Mental*, 23(5):35-40.
4. Asioli E (2000) *Cultura y estructura para hacerse cargo del paciente en el Departamento de Salud Mental*. En: *La Promoción de la Salud Mental (Promotion of MentalHealth)*, De Plato G & Venturini E. Bologna: Regione Emilia Romagna Press.
5. Barrientos G (2000) *National Mental Health Policy in Cuba*. Personal communication.
6. Bertolote JM (1992) *Planificación y administración de acciones de salud mental*. En: *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington, OPS/OMS.
7. Cohen H, Natella G (1995) *Trabajar en salud mental, la desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

8. Commonwealth Department of Health and Family Services, Australia (1997) *Evaluation of the National Mental Health Strategy*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Family Services, Mental Health Branch.
www.health.gov.au
9. De Jong JTV (1996) A comprehensive public mental health programme in Guinea-Bissau: a useful model for African, Asian and Latin-American countries. *Psychological Medicine*, 26:97-108.
10. Department of Health of South Africa (1997) *White paper for the transformation of the health system in South Africa*. Pretoria: Government Gazette.
11. Department of Health of the United Kingdom (1996) *The spectrum of care: local services for people with mental health problems*. London: Department of Health.
12. Department of Health of the United Kingdom (1999) *Mental health: national service frameworks*. www.doh.gov.uk.
13. Driscoll L (1998) *Mental health promotion, a policy framework*. Ottawa: Policy Research International Inc.
14. Freeman M (1999) *National health policy guidelines for improved mental health in South Africa*. (Borrador.)
15. Freeman M (2000) Using all opportunities for improving mental health - examples from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4):508-10.
16. Goering P et al. (1997) *Review of the best practices in mental health reform*. Ottawa: Health Canada.
17. Goldberg D, Gournay K (1997) *The general practitioner, the psychiatrist and the burden of mental health care*. London: The Maudsley.
18. Health Canada (1998) *Review of best practices in mental health reform*. Ottawa: Clarke Institute of Psychiatry and Health Canada.
19. Kemp DR (1994) An overview of mental health policy from an international perspective. In: Kemp DR (ed). *International handbook on mental health policy*. London: Greenwood Press.
20. Knapp M et al. (1997) The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study. *Psychological Medicine*, 27:681-92.
21. Lesage AD, Tansella M (1993) Comprehensive community care without long stay beds in mental hospitals: trends from an Italian good practice area. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38:187-94.
22. Mental Health Division, Alberta Health, Canada (1993) *Working in partnership: building a better future for mental health*. Edmonton: Mental Health Division, Alberta Health, Canada.
23. Ministry of Health, Botswana (1992) *Mental health programme: action plan*. Gaborone: Ministry of Health.
24. Ministry of Health, Mental Health Unit, Chile (2000) *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría [National Mental Health and Psychiatry Plan]*. Santiago: Ministry of Health, Mental Health Unit, Chile.

25. Ministry of Supply and Services, Canada (1988) *Mental health for Canadians: striking a balance*. Ottawa: Ministry of Supply and Services, Canada.
26. Montejo J, Espino A (1998) *Sobre los resultados de la reforma psiquiatría y de la salud mental en España*
En: García J, Espino A, Lara L (eds). *La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo*. Madrid: Díaz de Santos. p. 363-87.
27. New Zealand Guidelines Group (2001) *Evidence-based clinical practice guidelines*. Wellington: New Zealand Guidelines Group.
28. Planning Commission, Pakistan (1998) *Report of the Subcommittee on Mental Health and Substance Abuse for the Ninth Five Year Plan*. Islamabad: Government of Pakistan.
29. Pearson V (1992) Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 38(3):163-78.
30. Phillips MR (2000) Mental health services in China (editorial). *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9(2):84-8.
31. Tansella M (2000) Making mental health services work at the primary level. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4):501-2.
32. Thornicroft G, Tansella M (1999) *The mental health matrix. A manual to improve services*. London: Cambridge University Press.
33. World Health Organization (1984) *Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings*. Geneva: World Health Organization (Technical Report Series, No. 698).
34. World Health Organization (1987) *Care for the mentally ill. Components of mental policies governing the provision of psychiatric services*. Montreal: WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health.
35. World Health Organization (1989) *Consumer Involvement in Mental Health and Rehabilitation Services*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health.
36. World Health Organization (1993a) *Essential treatments in psychiatry*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health.
37. World Health Organization (1993b) *Essential drugs in psychiatry*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health.
38. World Health Organization (1994) *Quality assurance in mental health care: check lists and glossaries*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health.
39. World Health Organization (1996) *Public mental health: guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
40. World Health Organization (1997) *An overview of a strategy to improve mental health of underserved populations*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.

41. World Health Organization (1998a) *Supporting governments and policy-makers*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
42. World Health Organization (1998b) *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Geneva: World Health Organization.
43. World Health Organization (1998c) *Mental Disorders in Primary Care*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.
44. World Health Organization (1999) *Setting the WHO agenda for mental health*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health, Social Change and Mental Health.
45. World Health Organization (2000a) *World health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
46. World Health Organization (2000b) *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.
47. World Health Organization (2001a) *World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
48. World Health Organization (2001b) *Atlas: Mental health resources in the world 2001*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.

