

Conjunto de Guías sobre
Servicios y Políticas de Salud Mental

EL CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL

“Los esfuerzos para mejorar la salud mental han de tener en cuenta los recientes avances en la comprensión, el tratamiento y la atención sanitaria de las personas que padecen trastornos mentales, así como las últimas reformas sanitarias y las políticas gubernamentales en otros sectores”

EL CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL

Versión en español del módulo de contexto:

Coralía Pose Fernández (Asturias-España)

Coordinadores de la versión en español:

Dr. J. Miguel Caldas de Almeida
Jefe de la Unidad de Salud Mental de OPS-PAHO. Washington EEUU

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 González (España)

Dr. Roberto Tykanori (Brasil)

Supervisión técnica módulo contexto (español):

Dra. Ana-Esther Sánchez Gutiérrez
Psiquiatra. Jefa de Servicio

Dra. Sara Martínez Barrondo
Psiquiatra

Dr. Ignacio López Fernández
Psiquiatra

Dr. Jorge Antolín Suárez
MIR-Psiquiatría

Dr. Ander Galdeano Mondragón
MIR-Psiquiatría

Servicios de Salud Mental de Mieres (Asturias-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 II 84-95076-89-6

Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2003
bajo el título de *Mental Health Context*
© Organización Mundial de la Salud 2003

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

El Contexto de la Salud Mental
(Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental)

1. Servicio de la Salud Mental - Organización y Administración
2. Servicio de la Salud Mental – Normas
3. Trastornos mentales – Tratamiento
4. Política pública
5. Costes de la enfermedad
6. Directrices 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 Substancias
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@oms.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 Sustancias de la Organización Mundial de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud agradece el trabajo del Dr. Soumitra Pathare de la Ruby Hall Clinic de Pune (India) y de Prof. Alan Fisher, de la Universidad de la Ciudad del Cabo, Observatory, República de Sudáfrica, quienes diseñaron un documento que fue usado para la preparación de este módulo.

Grupo de coordinación técnica y editorial:

Dr. Michelle Funk, Organización Mundial de la Salud, Sede Central (OMS/HQ), Natalie Drew, (OMS/HQ), Dr. 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, (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. José Bertolote, Organización Mundial de la Salud, Sede Central (OMS/HQ), Dr. Thomas Bornemann (OMS/HQ), Dr. José Miguel Caldas de Almeida, Oficina Regional para las Américas de la OMS, Dr. Vigía 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. Erica Wheeler (OMS/HQ), Dra. Derek Yach (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 Amid 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 Certificado de Salud Mental de la Universidad de Montreal, Canadá
Dra. Susan Blyth	Universidad de Ciudad del Cabo, Ciudad del Cabo, Sudáfrica
Nancy Breitenbach	Inclusion International, Ferney-Voltaire, Francia
Dr. Anh Thu Bui	Ministerio de Salud, Koror, República de Palau
Dra. Sylvia Caras	Organización "People OMS", Santa Cruz, California, EEUU
Dra. Claudina Cayetano	Ministerio de Salud, Belmopán, Belice
Dr. Chueh Chang	Taipei, Taiwan
Prof. Yan Fang Chen	Centro de Salud Mental Shandong, Jinan, República Popular de China
Dra. Chantharavdy Choulamanny	Mahosot, Hospital General, Vientane, 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 la 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. Yanling He	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. Fredereick 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. Tae Yeon-Hwang	Director, Departamento de Rehabilitación Psiquiátrica y Psiquiatría Comunitaria, Yongin City, República de Corea
Dr. A. Janca	Universidad "Western Australia", Perth, Australia
Dr. Dale L. Johnson	Asociación Mundial de la 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 Kriebler	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 Lahto	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 Moosaoui	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
Dr. 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 Sieger	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 Fomento de los Derechos en Salud Mental de Québec, Canadá
Dr. Liwei Wang	Asesor, Ministerio de Salud, Pekín, República Popular de China
Dr. Xiangdong Wang	Asesor Regional de Salud Mental en funciones, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Oeste, Manila, Filipinas
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. Xin Yu	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, así como de la Fundación Ely Lilly and Company y la Johnson and Johnson Corporate Social Responsibility, Europa.

“Los esfuerzos para mejorar la salud mental han de tener en cuenta los recientes avances en la comprensión, el tratamiento y la atención sanitaria de las personas que padecen trastornos mentales, así como las últimas reformas sanitarias y las políticas gubernamentales en otros sectores”

Presentación	x
Resumen	2
Objetivos y Destinatarios	9
1. Introducción	10
2. El Impacto de los trastornos mentales	12
2.1 El impacto global de los trastornos mentales	12
2.2 Costes económicos y sociales de los trastornos mentales	14
2.3 Grupos vulnerables	15
2.4 Recursos y financiación para la salud mental	16
3. Perspectiva histórica	17
4. Avances recientes en la comprensión, tratamiento y atención de las personas con trastornos mentales	20
4.1 Relación entre los trastornos físicos y mentales	20
4.2 Tratamientos efectivos para los trastornos mentales	21
5. Tendencias de la reforma sanitaria e implicaciones en la salud mental	23
5.1 Descentralización	23
5.2 Reforma de la financiación sanitaria	23
5.3 Implicaciones de las reformas para la salud mental: oportunidades y riesgos	24
6. Políticas gubernamentales en sectores diferentes del sanitario que influyen en la salud mental	27
7. Conjunto de Guías sobre servicios y políticas de salud mental: objetivos y resumen de los módulos	30
7.1 Políticas, planes y programas sobre salud mental	30
7.2 Financiación de la salud mental	32
7.3 Legislación sobre salud mental y derechos humanos	32
7.4 La fomento de la salud mental	34
7.5 Mejora de la calidad de la salud mental	35
7.6 Organización de los servicios de salud mental	37
7.7 Planificación y Elaboración de presupuestos para la prestación de Servicios de Salud Mental	38
Referencias	41

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:

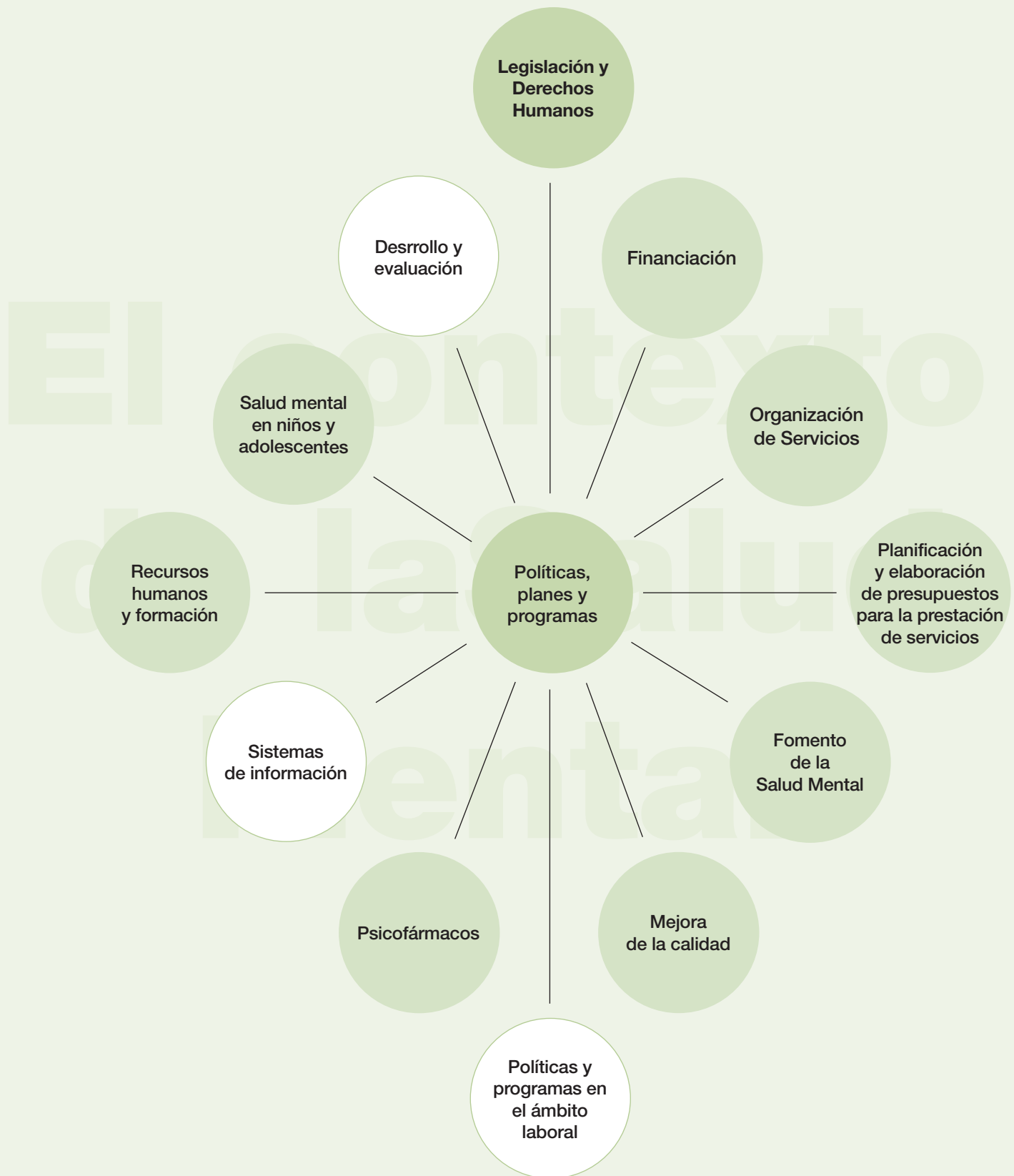
- desarrollar políticas y estrategias amplias para la mejora de la salud mental de las poblaciones.
- utilizar los recursos existentes para obtener los mayores beneficios posibles.
- proporcionar servicios eficaces a aquellos que lo necesiten.
- colaborar a la integración de las personas con trastornos 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 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 *Políticas, 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.
- > Políticas, Planes y Programas de Salud Mental
- > Financiación de la Salud Mental
- > Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos
- > 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
- > Mejora al Acceso y Uso de Psicofármacos
- > Recursos Humanos y Formación de Salud Mental
- > Salud Mental en Niños y Adolescentes



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

- > Sistemas de Información de Salud Mental
- > Desarrollo y Evaluación de Políticas y Servicios de Salud Mental
- > Políticas y Programas sobre Salud Mental en el ámbito laboral

¿A quién va dirigido este Conjunto de Guías?

Los módulos resultarán de interés para:

- gestores de políticas 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 sobre Salud Mental y Derechos Humanos*.
- Pueden emplearse como **material de formación** para gestores de políticas 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 en el entorno comunitario. La salud mental es necesariamente un asunto que afecta a varios sectores: educación, empleo, vivienda, servicios sociales, justicia... Es importante establecer un compromiso con las organizaciones de usuarios y familias acerca del desarrollo de las políticas y de la prestación de servicios.

Dr. Michelle Funk

Dr. Benedetto Saraceno

1. Introducción

Los trastornos mentales representan una parte significativa de la carga de las enfermedades en todas las sociedades. Existen intervenciones efectivas que, sin embargo, no son accesibles para la mayoría de los que las necesitan. Dichas intervenciones se pueden realizar fácilmente mediante cambios políticos y legislativos, con un desarrollo de servicios, una financiación adecuada y la formación del personal apropiado.

Con este mensaje, *El Informe Mundial de la Salud de 2001*, da un argumento de peso, para abordar las necesidades de la salud mental de la población. Mediante este documento y el Proyecto de Acción Global de Salud Mental, la OMS está procurando trasladar el tema de la salud mental en las políticas y prácticas sanitarias, desde una posición marginal a una posición más prominente en el campo de la salud pública. Los gestores políticos y los gobiernos se están sensibilizando cada vez más del peso que suponen los trastornos mentales y de la necesidad de acciones inmediatas para abordarlos.

La OMS ha desarrollado el Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental como un componente del proyecto de Acción Global de Salud Mental para ayudar a los gestores y a los planificadores de los servicios a abordar la salud mental, y ayudar a los estados miembros a la puesta en práctica de la política de recomendaciones del *Informe Mundial de la Salud del 2001*. El presente módulo es el primero del conjunto de Guías sobre servicios de salud mental. Describe el contexto en el que se encuentra la salud mental, la finalidad y contenido del conjunto de Guías.

2. El impacto de los trastornos mentales

2.1 La carga global de los trastornos mentales

Los trastornos mentales representan aproximadamente el 12% del total de la carga global de las enfermedades. En el 2020 representará aproximadamente el 15% de la discapacidad ajustada a los años de vida perdidos por enfermedad. El impacto de los trastornos mentales es mayor en adultos jóvenes, el sector más productivo de la población. En las próximas décadas, los países en vías de desarrollo serán testigos probablemente de un incremento desproporcionado de la carga atribuida a los trastornos mentales. Las personas con trastornos mentales se enfrentan a la estigmatización y discriminación en todas las partes del mundo.

2.2 Costes económicos y sociales de los trastornos mentales

Los costes económicos totales de los trastornos mentales son fundamentales. En los E.E.U.U., se estima que los costes directos de los tratamientos son anualmente de 148 billones de dólares, representando el 2.5% del producto nacional bruto. En los países desarrollados, los costes indirectos atribuidos a los trastornos mentales son de dos a seis veces superiores a los costes directos y es probable que representen una proporción incluso mayor del total de los costes directos en los países en vías de desarrollo, en los que los costes directos tienden a ser bajos. En la mayoría de los países, las familias soportan una proporción significativa de estos costes económicos por la ausencia de redes integrales de servicios de salud mental financiadas con fondos públicos. Las familias también incurren en costes sociales, tales como la carga emocional de cuidar a los miembros discapacitados de la familia, la disminución de calidad de vida de los cuidadores, la exclusión social, la estigmatización y la pérdida de oportunidades futuras para la mejora personal.

2.3 Grupos vulnerables

El impacto de los trastornos mentales no afecta uniformemente a todos los sectores de la sociedad. Los grupos con circunstancias adversas y con menos recursos tienen una mayor carga de vulnerabilidad para los trastornos mentales.

2.4 Recursos y financiación para la salud mental

Los servicios de salud mental están ampliamente infrafinanciados, especialmente en los países en vías de desarrollo. Aproximadamente el 28% de los países carecen de presupuestos específicos para la salud mental. De los países que poseen dichos presupuestos, el 37% gasta menos del 1% de sus presupuestos sanitarios en salud mental. Los gastos en salud mental equivalen a menos del 1% del presupuesto sanitario global en el 62% de los países en vías de desarrollo y en el 16% en los países desarrollados. Por lo tanto hay un claro desequilibrio entre el impacto de los trastornos mentales y los recursos dedicados a los servicios de salud mental.

3. Perspectiva histórica

Para poder comprender los orígenes del actual impacto de los trastornos mentales y las tendencias en los cuidados y tratamientos, es necesario adoptar una perspectiva histórica. Esto nos ayudará a entender las razones por las que los esfuerzos de reformas anteriores fracasaron y a ilustrar la diversidad de la evolución de los servicios en los países desarrollados y en vías de desarrollo.

En muchas sociedades, durante siglos, las interpretaciones de tipo espiritual o religioso han sido la base de los tratamientos de los trastornos mentales. A principios del siglo XVII tuvo lugar un aumento de los razonamientos no religiosos de la locura mostrándola como un estado físico. Entre los años 1600 y 1700, hubo un incrementó del numero de personas pobres con trastornos mentales que eran confinadas en prisiones públicas, hospicios, Casas de caridad, hospitales generales y manicomios privados en Europa y en lo que hoy es Norteamérica.

Los primeros razonamientos médicos de la locura no inducían a la compasión ni a la tolerancia sino mas bien implicaban que este estado de incapacidad física era debido a un exceso de las pasiones y así se justificaba el castigo. Durante la primera parte del siglo XVIII la visión predominante sobre las personas con trastornos mentales era la de considerarlas como seres inferiores, incurables y esto justificó las condiciones de vida paupérrimas y el uso de medidas físicas de contención en los lugares de reclusión. La presión para una reforma de estas instituciones coincidió con la aparición de movimientos humanitarios durante el siglo XVIII, y en muchas instituciones se introdujo el tratamiento moral.

El éxito del tratamiento moral condujo a la construcción de muchos manicomios en Europa y en los E.E.U.U. Desde los años 50, el descrédito de los manicomios en sus aspectos humanitarios permitió el crecimiento del movimiento de atención comunitaria y un proceso de reducción del número de pacientes crónicos en los hospitales psiquiátricos estatales. Se reducen o cierran algunos hospitales, y se desarrollan alternativas bajo la forma de servicios de salud mental comunitarios. Este proceso se conoce comúnmente como desinstitucionalización.

Varios países de distintas regiones del mundo fueron testigos de un cambio significativo desde sistemas basados en el manicomio a los sistemas basados en la comunidad. No obstante, la desinstitucionalización no consiste en la mera descarga administrativa de los pacientes, sino que es un proceso complejo donde la deshospitización conduce a una puesta en práctica de una red de servicios comunitarios alternativos a las instituciones psiquiátricas. En muchos países desarrollados, desafortunadamente, la desinstitucionalización no estuvo acompañada del desarrollo apropiado y paralelo de los servicios comunitarios.

En muchos países en vías de desarrollo, los servicios de salud mental según el modelo occidental comenzaron bajo el poder colonial con la construcción de manicomios a finales del siglo XIX o principios del siglo XX. En general, los sistemas basados en los hospitales psiquiátricos han sido menos exhaustivos en la cobertura dispensada a la población en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados. Algunos países en vías de desarrollo han sido capaces de mejorar los servicios hospitalarios psiquiátricos básicos y establecer nuevas unidades psiquiátricas en hospitales generales o de integrar los servicios básicos de salud mental con la atención sanitaria general mediante la formación de trabajadores de atención primaria en salud mental. En la mayoría de los países en vías de desarrollo, sin embargo, los servicios psiquiátricos son generalmente escasos, cubren a una pequeña parte de la población y se enfrentan a una carencia aguda de recursos humanos, así como de dispositivos asistenciales apropiados.

Hay razones para el optimismo y creer que en el siglo XXI puede haber una gran mejora en la atención de las personas con trastornos mentales. Los avances en las ciencias sociales han aportado nuevos conocimientos sobre los orígenes sociales de ciertos trastornos mentales tales como la depresión o la ansiedad. La investigación del desarrollo mental está arrojando luz sobre las dificultades que surgen desde las adversidades de la temprana infancia hasta los trastornos mentales adultos. Los clínicos disponen de psicofármacos más efectivos para un amplio rango de trastornos mentales. La investigación ha demostrado la efectividad de ciertas intervenciones psicológicas y psicosociales en la recuperación rápida y sostenida en el tiempo y de trastornos mentales frecuentes, tales como depresión y ansiedad, así como en procesos crónicos tales como esquizofrenia.

4. Avances recientes en el conocimiento, tratamiento y atención de las personas con trastornos mentales

Durante las últimas cinco décadas ha habido cambios significativos en nuestro conocimiento de los trastornos mentales. Esto es atribuible a una combinación de los avances científicos en el tratamiento y a un incremento de la conciencia sobre la necesidad de proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales tanto en los dispositivos asistenciales como en la comunidad.

4.1 La relación entre trastornos físicos y mentales

La percepción en la relación entre trastornos físicos y mentales ha cambiado. Esta ha sido una evolución clave. Se reconoce de manera general que esta relación es compleja, recíproca y que actúa de modos muy diferentes. Los trastornos mentales no tratados tienen como consecuencia unos pobres resultados por comorbilidad física. Los individuos con trastornos mentales tienen un riesgo más elevado de sufrir una enfermedad física debido a la disminución de la función inmune, a conductas poco saludables, al no cumplimiento de las prescripciones médicas y a los obstáculos para obtener un tratamiento para dichas enfermedades físicas. Además, los individuos con enfermedades físicas crónicas tienen mayor probabilidad, que otras personas de sufrir trastornos mentales.

4.2 Tratamientos efectivos para los trastornos mentales

Existen tratamientos efectivos para muchos trastornos mentales, incluyendo la depresión, esquizofrenia, y los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y drogas. *El Informe Mundial de la Salud del 2001* presenta las evidencias de la efectividad de varios tratamientos para los trastornos mentales.

5. Tendencias en la reforma sanitaria e implicaciones para la salud mental

Los últimos 30 años han visto grandes reformas en los sectores de salud general y en la salud mental. La descentralización y las reformas de la financiación de la salud son los dos cambios claves que han afectado a los sistemas generales de salud. Estas cuestiones son importantes para la salud mental ya que existe una mayor concienciación sobre la necesidad de adecuar la financiación de los servicios de salud mental y de enfatizar la integración de los servicios de salud mental en los sistemas generales de salud.

5.1 Descentralización

El proceso de descentralización comenzó en los países industrializados y ha tenido influencia en la configuración de los sistemas en los países en vías de desarrollo. La descentralización de los servicios de salud públicos a nivel de gobierno local ha sido adoptada rápidamente por los países en vías de desarrollo por una serie de razones, que incluyen los cambios en el sistema político y económico en respuesta a las presiones de la globalización económica, la percepción de que los servicios planificados según las necesidades locales pueden ser más adecuados a esas necesidades, y, en algunos casos, la alteración del sistema por conflictos civiles y el desplazamiento de la población.

5.2 Reforma de la financiación sanitaria

Las reformas de la financiación sanitaria han estado dirigidas en gran parte por el deseo de mejorar el acceso a la atención sanitaria, de avanzar en la equidad de los servicios de salud y de promover el uso de las tecnologías con un buen coste-efectividad con el fin de obtener los mejores resultados sanitarios posibles. Sin embargo, los gobiernos han visto en las reformas de la financiación también un método para controlar el coste de las prestaciones sanitarias y para repartir los gastos con otros actores, especialmente con los usuarios. Las reformas de la financiación sanitaria incluyeron cambios en la recaudación de los ingresos basado en el concepto de consorcio o fondo mancomunado y reformas en la adquisición o compra de los servicios sanitarios.

Las **oportunidades** para la salud mental en la reforma del sector sanitario incluyen:

- la integración de los servicios de salud mental en los servicios de salud general.
- el incremento de la parte correspondiente de los recursos sanitarios para la salud mental, en línea con la carga de enfermedad asignada a los trastornos mentales.

Los **riesgos** para la salud mental en la reforma del sector sanitario incluyen:

- la marginalización de los servicios de salud mental
- la fragmentación y la exclusión de los servicios para personas con trastornos mentales debido a la descentralización.
- el incremento de los gastos sufragados por el propio paciente que pueden ir en contra de los intereses de las personas con trastornos mentales, ya que es probable que carezcan de recursos para pagar por los servicios.
- el sistema de fondo común o mancomunado como los planes de seguros públicos y privados, que podrían excluir el tratamiento para trastornos mentales y de este modo perjudicar a las personas con dichos trastornos.

6. Políticas gubernamentales en sectores diferentes del sanitario que influyen a la salud mental

La salud mental de la población y de la sociedad está influenciada por muchos factores macrosociales y macroeconómicos ajenos al sector tradicional de la salud. Los gobiernos tienen influencia, y lo hacen, en muchos de estos factores en el ámbito político. La dirección de las políticas gubernamentales, acciones y programas pueden tener tanto efectos negativos como positivos en la salud mental de la población. Los gobiernos, los gestores políticos y los planificadores con frecuencia ignoran o no son conscientes del impacto que los cambios de las políticas sociales y económicas causan en la salud mental.

Las necesidades de las personas con trastornos mentales traspasan los límites de los sectores tradicionales. La pobreza es uno de los más potentes factores de riesgo para favorecer los trastornos mentales. Ambas, la pobreza relativa y la absoluta influyen negativamente sobre la salud mental. Muchos fenómenos mundiales por ejemplo, la urbanización tiene consecuencias negativas para la salud mental de la población. Los factores socioeconómicos están interrelacionados y los efectos en cascada de los cambios políticos de un sector en otros sectores puede influenciar en la salud mental tanto de manera negativa como positiva. Los gobiernos deben poner en práctica mecanismos para evaluar los efectos de los cambios de las políticas económicas y sociales en la salud mental.

7. Conjunto de Guías sobre servicios y políticas de salud mental: objetivo y resumen de los módulos

El contexto actual de la salud mental por un lado es el del incremento del impacto de los trastornos mentales, el contar con recursos y fondos inadecuados para la salud mental, y por otro, a través de los recientes avances en el tratamiento de trastornos mentales, el de las oportunidades para remediarlo. Las tendencias actuales, como la reforma del sector sanitario y los cambios macroeconómicos y políticos tienen implicaciones importantes para la salud mental.

En esta situación, los gobiernos juegan un papel importante para asegurar la salud mental de su población. Avances recientes en el conocimiento y tratamiento de trastornos mentales nos muestran que el objetivo de mejorar la salud mental de la población se podría alcanzar si se llevan a cabo las acciones apropiadas.

El conjunto de Guías sobre servicios y políticas de salud mental debería de ayudar a los países a llevar a cabo las acciones y a orientar los temas de salud mental. El conjunto de Guías proporciona información práctica para ayudar a los países a desarrollar sus políticas, a planificar sus servicios, a financiar dichos servicios, a mejorar la calidad de los servicios existentes, a facilitar el fomento de la salud mental y a desarrollar una legislación apropiada.

El conjunto de Guías ha sido desarrollado por expertos en el campo de la política de salud mental y en el desarrollo de servicios con asesoramiento de un gran número de gestores políticos y planificadores. Ha sido revisado por los ministerios de salud y organizaciones no gubernamentales en representación de los consumidores nacionales e internacionales, familias y profesionales.

Consiste en una serie de módulos interrelacionados, de fácil manejo y diseñados para tratar la amplia variedad de necesidades y prioridades en el desarrollo de las políticas y en la planificación de los servicios. El tema de cada módulo es un aspecto básico de la salud mental.

Los siguientes apartados proporcionan un esbozo de los módulos.

7.1 Programas, planes y políticas de salud mental

Una política de salud mental explícita es una herramienta esencial y poderosa para la sección de salud mental en un ministerio de salud. Cuando se formula y se pone en práctica de manera adecuada a través de programas y planes, la política puede tener una influencia significativa en la salud mental de la población. Este módulo presenta unos pasos básicos que abarcan las siguientes áreas:

- Desarrollar una política
- Desarrollar un plan de salud mental
- Desarrollar un programa de salud mental
- Poner en práctica los elementos de los programas, planes y políticas.

A modo de ilustración del proceso de desarrollo de los programas, planes y políticas se usan, a lo largo del módulo, ejemplos específicos de diferentes países.

7.2 Financiación de la salud mental

La financiación es un factor clave para que sea viable un sistema de salud mental. Es el mecanismo, a través de la adjudicación de recursos, mediante el cual los planes y las políticas se llevan a cabo. Los pasos para la financiación de la salud mental se presentan en este módulo de la siguiente manera:

- 1º paso: Entender el contexto básico de la financiación sanitaria.
- 2º paso: Confeccionar un mapa del sistema de salud mental para entender el nivel de recursos actuales y el modo en que se usan.

- 3º paso: Desarrollar los recursos básicos para los servicios de salud mental.
- 4º paso: Destinar fondos hacia los planes prioritarios.
- 5º paso: Confeccionar presupuestos para la gestión y la contabilidad.
- 6º paso: Prestación de servicios de salud mental optimizando la efectividad y la eficacia.
- 7º paso: Desarrollar la infraestructura para la financiación de la salud mental.
- 8º paso: Utilizar la financiación como una herramienta de cambio de la prestación de los servicios de salud mental.

A modo de ilustración del proceso de desarrollo de programas, planes y políticas se usan, a lo largo del módulo, ejemplos específicos de países.

7.3 Legislación sobre salud mental y derechos humanos

La legislación de salud mental es esencial para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, que son una parte vulnerable de la sociedad. Este módulo proporciona una guía detallada para el desarrollo de la legislación de salud mental.

El módulo comienza con la presentación de las acciones necesarias previas a la formulación de la legislación. El contenido de la legislación se describe posteriormente, incluyendo las disposiciones fundamentales para la legislación específica de la salud mental y las disposiciones fundamentales para otras legislaciones con repercusión en la salud mental. Posteriormente se perfilan los elementos del proceso para una legislación de salud mental, incluyendo los procedimientos de modificación, la consulta y la puesta en práctica de la legislación.

7.4 Fomento de la salud mental

El fomento de la salud mental es un concepto relativamente nuevo, desarrollado con el objetivo de reducir los estigmas y la discriminación, y de promover los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales. Consiste en diversas acciones encaminadas a cambiar los obstáculos estructurales y las actitudes con el fin de alcanzar resultados positivos en la salud mental de la población.

Este módulo describe la importancia del fomento dentro de la política de salud mental y del desarrollo de servicios. Se esboza el papel de varios grupos de apoyo de la salud mental. Además se recomiendan pasos prácticos, indicando como los ministerios de salud pueden participar en este apoyo.

7.5 Mejora de calidad en la salud mental

La calidad determina si los servicios aumentan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados y si estos cumplen con los requisitos de las prácticas basadas en la evidencia. La calidad es importante en todos los sistemas de salud mental, porque una buena calidad asegura que las personas con trastornos mentales reciben el cuidado que requieren y que sus síntomas y su calidad de vida mejora.

Este módulo presenta los pasos prácticos para la mejora de la calidad y de la asistencia de la salud mental.

- 1º Paso: Vincular la política a la mejora de la calidad.
- 2º Paso: Diseño de un documento de estándares, con el asesoramiento de las partes implicadas en salud mental.
- 3º Paso: Establecimiento de los procedimientos de acreditación de acuerdo con los criterios del documento de estándares.
- 4º Paso: Control de los servicios de salud mental según el documento de estándares y los procedimientos de acreditación.
- 5º Paso: Integración de la mejora de la calidad en la gestión de los servicios y en la prestación de los mismos.
- 6º Paso: Reforma o mejora de los servicios cuando sea oportuno.
- 7º Paso: Revisión de los mecanismos de calidad.

7.6 Organización de los servicios de salud mental

Los servicios de salud mental permiten ofertar intervenciones efectivas. El modo en que están organizados los servicios tiene una relación importante con su efectividad y con el cumplimiento final de los objetivos de las políticas nacionales de salud mental. Este módulo comienza con una descripción y análisis de las formas actuales de organización de los servicios de salud mental encontrados en todo el mundo. Se revisa el estado actual de la organización de servicios y se sugieren recomendaciones para organizar estos servicios de salud mental, basadas en la creación de una diversidad de servicios. Las recomendaciones principales son:

- La integración de los servicios de salud mental en los sistemas de salud.
- El desarrollo formal e informal de los servicios de salud mental comunitarios.
- La promoción y puesta en práctica de la desinstitucionalización.

7.7 Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental

El objetivo de este módulo es presentar un modelo de planificación racional y claro que permita evaluar las necesidades de la población local en relación a la atención en salud mental y para planificar los servicios. Los pasos para la planificación y la elaboración de los presupuestos se presentan en etapas:

- Paso A: Análisis de la situación.
- Paso B: Evaluación de necesidades.
- Paso C: Establecimiento de objetivos.
- Paso D: Puesta en práctica.

El objetivo del módulo, que contiene ejemplos prácticos, es proporcionar a los países una serie de herramientas para la planificación y la elaboración de los presupuestos que ayuden en la prestación de los servicios de salud mental en las áreas locales.

Objetivos y destinatarios

Este módulo es el primero de una serie que reúne el conjunto de Guías sobre servicios y políticas de salud mental, desarrollado como parte de un proyecto de la política de salud mental de la OMS. Describe el contexto global de la salud mental, y los objetivos del conjunto de Guías. Los módulos del conjunto de Guías se resumieron para ofrecer una visión de conjunto del material que contiene cada uno de ellos.

Este módulo está destinado a gestores políticos, planificadores, proveedores de servicios, trabajadores de salud mental, personas que padecen trastornos mentales y sus familias, organizaciones representativas y todos aquellos que están interesados en la salud mental. Debería de proporcionar a los lectores una comprensión del contexto global de la salud mental y posibilitarles seleccionar los módulos que les sean más útiles en sus situaciones particulares.

1. Introducción

Los trastornos mentales representan una parte significativa de la carga de las enfermedades en todas las sociedades. Existen intervenciones efectivas que, sin embargo no son accesibles para la mayoría de los que las necesitan. Dichas intervenciones se pueden realizar fácilmente mediante cambios políticos y legislativos, con un desarrollo de servicios, una financiación adecuada y la formación del personal apropiado.

Con este mensaje *El Informe Mundial de la Salud de 2001* da un argumento de peso para abordar las necesidades de la salud mental de la población alrededor del mundo (Organización mundial de la salud, 2001b). Este informe está enfocado a incrementar la conciencia ciudadana y de los profesionales sobre la importancia de los trastornos mentales y de sus costes en términos económicos, sociales y humanos. Se incluye un conjunto de 10 recomendaciones que puede adoptar cada país según sus necesidades y recursos (cuadro 1).

A través del *Informe Mundial de la Salud del 2001* y de otras iniciativas, la OMS está procurando trasladar el tema de la salud mental en las políticas y prácticas sanitarias desde una posición más marginal a una posición más prominente en el campo de la salud pública. Los gestores políticos y los gobiernos se están sensibilizando cada vez más del peso de los trastornos mentales y de la necesidad de una acción inmediata para abordarlos.

Cuadro 1. Recomendaciones en *El Informe Mundial de la Salud del 2001*

- Proporcionar tratamiento en atención primaria
- Hacer asequibles los psicofármacos
- Proporcionar atención comunitaria
- Educación sanitaria
- Involucrar a las comunidades, familias y usuarios
- Establecer políticas, programas y legislaciones nacionales
- Desarrollo de los recursos humanos
- Relación con otros sectores
- Evaluar la salud mental comunitaria
- Mayor apoyo a la investigación

Durante la 54 asamblea de salud mundial, los ministros de sanidad participaron en las discusiones de una mesa redonda sobre los retos a los que se enfrentaban con respecto a las necesidades de salud mental de sus poblaciones. Estos reconocían que las situaciones de salud mental de sus países estaban determinadas sustancialmente por los contextos políticos y socioeconómicos. Los ministros consideraban la salud mental desde “una perspectiva fundamental de promoción y prevención” así como desde “un planteamiento más enfocado hacia los trastornos mentales”. También reconocieron la necesidad de integrar la asistencia de salud mental en la asistencia sanitaria primaria, para reducir la marginalización de la salud mental en los servicios sanitarios generales y para reducir la estigmatización y la exclusión de las personas con trastornos mentales. En reconocimiento a lo anterior la 55 asamblea de la salud mundial pidió ayuda a los países miembros para:

- > respaldar la resolución EB109.R8, comprometiéndolo a los países a reforzar la salud mental de su población.
- > incrementar las inversiones en la salud mental tanto los propios países como mediante la cooperación bilateral y multilateral, como un componente esencial del bienestar de sus poblaciones.
- > Respalda y apoyar el proyecto de acción global de salud mental de la OMS

El informe mundial de la salud del 2001 da una razón significativa para tratar las necesidades de la salud mental de la población alrededor del mundo.

La OMS se está esforzando en colocar a la salud mental en una posición más prominente en el campo de la salud pública.”

El proyecto de acción global de salud mental de la OMS expresó en *El Informe Mundial de la Salud de 2001* y en las mesas redondas ministeriales una estrategia clara y coherente para acortar distancias entre las necesidades urgentes y lo actualmente disponible con el fin de reducir el número de trastornos mentales. Esta iniciativa quinquenal se centra en forjar relaciones estratégicas para realzar las capacidades de los países de tratar de manera comprehensiva los estigmas y los casos de trastornos mentales.

El conjunto de Guías sobre servicios y política de salud mental ha sido desarrollado por la OMS como un componente del proyecto de acción global de salud mental. Los objetivos de este conjunto de Guías son ayudar a los diseñadores de políticas y a los planificadores de los servicios a tratar la salud mental y a ayudar a los estados miembros con la puesta en práctica de la política de recomendaciones en *El Informe Mundial de la Salud de 2001*.

El presente módulo es el primero de la serie y comprende el conjunto de Guías sobre servicios y políticas de salud mental. Describe el contexto en el que se está tratando la salud mental, el objetivo y contenidos del conjunto de Guías. El resto de los módulos producidos se citan en el Cuadro 2 y se describen en la sección 6. Otros módulos en desarrollo se citan en el cuadro 3.

Cuadro 2. Módulos actualmente disponibles en la política de salud mental y el conjunto de Guías sobre servicios de salud mental

- Política, planes y programas de salud mental
- Legislación de la salud mental y derechos humanos
- Organización de los servicios de salud mental
- Planificación y presupuestos de los servicios suministrados de salud mental
- Financiación de la salud mental
- Fomento de la salud mental
- Mejora de calidad de la salud mental

Cuadro 3. Módulos en proceso de desarrollo como parte de la política de salud mental y el conjunto de Guías sobre servicios:

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

2. El impacto de los trastornos mentales

Con el fin de obtener una comprensión del contexto en el que el conjunto de Guías se está desarrollando es importante tener conciencia de la importancia actual de los trastornos mentales. Esta sección revisa los datos disponibles sobre los trastornos mentales, los costes económicos y sociales y los recursos disponibles para los servicios de salud mental.

2.1 La carga global de los trastornos mentales

Los números no pueden hacer justicia al dolor y sufrimiento causado por los trastornos mentales. En todo el mundo, 121 millones de personas padecen depresión, 70 millones padecen problemas relacionados con el alcohol, 24 millones padecen esquizofrenia y 37 millones demencia. Hasta la última década, sin embargo, debido a otras prioridades sanitarias y a la ausencia de sistemas complejos para estimar la importancia de los trastornos mentales se vió que la angustia de millones de personas, familias, y cuidadores pasó desapercibida en todo el mundo.

Se ha pasado, gracias a diversos avances, de una subestimación sustancial de los trastornos mentales a una mayor conciencia pública. Esto incluye la publicación del Informe Mundial de desarrollo invertir en salud (Banco Mundial, 1993) y el desarrollo de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) para estimar la carga total de enfermedad, incluyendo los años perdidos debido a la discapacidad (Murray & López, 1996, 2000). Según las estimaciones del año 2000, los trastornos mentales y neurológicos conforman el 12.3% de los años de vida ajustados por discapacidad, el 31% de los años vividos con discapacidad y 6 de las 20 causas principales de discapacidad a nivel mundial. (Informe Mundial de la salud, 2001).

Se estima que la carga debida a los trastornos mentales se incrementará en las próximas décadas. En el 2020 es posible que los trastornos mentales conformen el 15% de los años de vida perdidos y ajustados por discapacidad. Se espera que la depresión se convierta en la segunda causa más importante de discapacidad en el mundo. (Murray & López, 1996). Los países en vías de desarrollo con un sistema de salud mental poco desarrollado probablemente verán incrementada de forma sustancial la carga atribuida a los trastornos mentales. Las impresionantes reducciones en la tasa de mortalidad infantil y enfermedades infecciosas, especialmente en los países en vías de desarrollo, dará como resultado un mayor número de personas que alcanzarán la edad de vulnerabilidad a los trastornos mentales. Se espera que la esperanza de vida de personas con trastornos mentales pueda incrementarse, y que se mejore también la esperanza de vida de un número creciente de personas mayores que sufren depresión y demencia.

Otras posibles razones para el incremento de la carga debida a los trastornos mentales incluyen la rápida urbanización, los conflictos, los desastres y los cambios macroeconómicos. La urbanización está acompañada de un incremento en la cifra de personas sin hogar, pobreza, hacinamiento, mayores niveles de polución, ruptura en las estructuras familiares y pérdida de apoyo social, cada uno de los cuales son factores de riesgo para los trastornos mentales. (Desjarlais et al., 1995). Crece el número de personas en el mundo que están expuestas a conflictos armados, tensiones sociales y desastres, provocando desplazamientos, pérdida de hogares y pobreza. Las personas expuestas a la violencia son más proclives que otras a padecer trastornos mentales tales como el trastorno de estrés post-traumático y la depresión, probablemente provocando un abuso de alcohol y drogas y un incremento de los índices de suicidio. (Informe Mundial de la Salud, 2001).

Los trastornos mentales y neurológicos representan aproximadamente el 12% de los años de vida perdidos y ajustados por discapacidad debido a enfermedad o lesión en el 2000.

En el 2020 se estima que representará aproximadamente el 15% de a los años de vida perdidos por enfermedad y ajustados por discapacidad.

Algunas de las razones para que se incrementen los casos de trastornos mentales son la rápida urbanización, los conflictos, los desastres y los cambios macroeconómicos

En muchos países en vías de desarrollo la urgencia por el desarrollo económico ha tenido múltiples consecuencias. La reestructuración económica ha supuesto cambios en las políticas de empleo con repentinas y masivas subidas del desempleo, lo que representa un factor de riesgo significativo para los trastornos mentales como la depresión y para el suicidio (Platt, 1984; Gunnell et al., 1999; Preti y Miotto, 1999 ; Kposowa, 2001). Esto pone de relieve el modo en que los cambios políticos en un sector (política económica) crea problemas no previstos e inesperados en otro sector, por ejemplo el sector sanitario. Algunos autores han presentado un escenario de incremento de los trastornos de salud mental que está relacionado con la urbanización, particularmente en los países en vías de desarrollo (Harpham & Blue, 1995).

Además del obvio sufrimiento causado por los trastornos mentales, hay una carga oculta de estigma y discriminación. Tanto en los países de altos ingresos como en los de bajos ingresos la estigmatización de las personas con trastornos mentales ha persistido a lo largo de la historia. Se manifiesta en forma de prejuicios, estereotipos, miedo, vergüenza, pánico, rechazo o evitándolos. Se han violado los derechos humanos básicos y las libertades de las personas que padecen trastornos mentales, y se les han negado derechos civiles, políticos, económicos y sociales, tanto en las instituciones como en la comunidad. Los abusos físicos, sexuales y psicológicos son experiencias cotidianas para muchas personas que padecen trastornos mentales. Ellas se enfrentan al rechazo, la negación injusta de oportunidades laborales y la discriminación al acceso de servicios, seguridad social y vivienda. Muchas veces no se informa de estas situaciones por lo que el impacto queda a veces sin cuantificar.

Existe una carga oculta de estigma y discriminación.

Cuestiones fundamentales: Carga global de los trastornos mentales

- Los trastornos mentales representan aproximadamente el 12% de la carga total de las enfermedades.
- En el 2020 representará aproximadamente el 15% de los años de vida perdida por enfermedad y ajustados por discapacidad.
- El impacto de los trastornos mentales es mayor en adultos jóvenes, que conforman la parte más productiva de la población.
- Los países en vías de desarrollo serán probablemente testigos ,en las próximas décadas, de un incremento desproporcionado en la carga atribuida a los trastornos mentales.
- Las personas con trastornos mentales se enfrentan al estigma y las discriminaciones en todas las partes del mundo.

2.2 Costes económicos y sociales de los trastornos mentales

Los costes económicos y sociales de los trastornos mentales recaen en la sociedad, los gobiernos, los pacientes, sus cuidadores y familias. El problema económico más obvio es el de los costes directos del tratamiento. Muchos trastornos mentales son crónicos o con recaídas a lo largo de la vida. Esto conlleva periodos prolongados o repetidos de atención y tratamiento e implica unos costes económicos en el momento actual sustanciales.

En los países desarrollados los costes económicos directos totales del tratamiento de los trastornos mentales han estado bien documentados. En los E.E.U.U., se estima que los costes directos de los tratamientos son anualmente de 148 billones de dólares, representando el 2.5% del producto nacional bruto (Rice et al., 1990). También en los E.E.U.U. se estima que los costes directos de los tratamientos atribuidos a la depresión oscilan alrededor de los 12 billones de dólares (Greenberg et al., 1993). En el Reino Unido, se estima que los costes directos de los tratamientos sean de 417 libras (Kind y Sorensen, 1993). Los presupuestos comparativos de los costes directos de los tratamientos de los países en vías de desarrollo no están fácilmente disponibles pero estos costes son probablemente sustanciales. En base a los datos locales de prevalencia y a los costes de los tratamientos se ha estimado que los costes directos de los trastornos mentales más comunes en Santiago de Chile (población 3.2 millones) es aproximadamente 74 millones de dólares, representando la mitad del presupuesto de la salud mental de todo el país (Araya et al., 2001).

Los costes de tratamiento directo asociados con la esquizofrenia varían de 16 billones en los E.E.U.U. (Rice & Miller 1996) a 1.4 billones de libras en el Reino Unido (Knapp, 1997) y 1.1 billones de dólares en Canadá (Goeree et al., 1999).

Los costes económicos indirectos surgen sobretudo de la pérdida del trabajo y de la disminución de la productividad entre las personas que padecen trastornos mentales, sus cuidadores y sus familias. En contraste con la situación de otros problemas de salud los costes indirectos de los trastornos mentales parecen ser mas elevados que los costes de tratamiento directo. Por ejemplo, en los E.E.U.U. los costes indirectos por absentismo y la pérdida de productividad atribuidos a la depresión se estiman en 31 billones de dólares, aproximadamente tres veces más que los costes directos de tratamiento (Greenberg et al., 1993). En el Reino Unido, los costes indirectos se estimaron en 2.97 billones de libras (Kind y Sorensen, 1993), aproximadamente seis veces más que los costes directos de tratamiento. Con respecto a la esquizofrenia en los E.E.U.U., los costes indirectos de tratamiento fueron estimados en 17.1 billones de dólares, levemente más que los costes directos de tratamiento. (Rice & Miller 1996); En el Reino Unido las cifras correspondientes fueron de 1.2 billones de libras (Knapp et al., 1997), similar a los costes directos de tratamiento. En los países en vías de desarrollo, donde los costes directos de tratamiento tienden a ser inferiores que en los países desarrollados, sobretudo por la falta de tratamientos, los costes indirectos de tratamiento que son atribuidos al incremento de la duración de la enfermedad al no ser tratada y a la invalidez asociada, probablemente representan una gran proporción del total de la carga económica de los trastornos mentales (Chisholm et al., 2000).

Las familias y los cuidadores normalmente tienen que soportar estos costes económicos, excepto en unas pocas economías de mercado sólidamente establecidas con sistemas de salud mental pública y bienestar social integrales y bien financiados. En los lugares donde las familias soportan la carga económica, sin embargo, los gobiernos y la sociedad al final pagan un precio dado que hay una reducción de los ingresos nacionales y un incremento de los gastos en programas de bienestar social. Como se explicaba anteriormente, los costes indirectos, por ejemplo, los asociados con la pérdida de productividad, pesan más que los costes directos de tratamiento. De este modo, la lógica económica para la sociedad y los países es cruda y simple: tratar los trastornos mentales es costoso pero dejarlos sin tratar es aun más costoso y un lujo que muchos países no se pueden permitir.

Los costes sociales incluyen: una disminución de la calidad de vida para las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores, enajenación y delitos entre la gente joven cuyos trastornos mentales infantiles no fueron tratados suficientemente y un desarrollo cognitivo deficiente en niños cuyos padres padecen trastornos mentales.

Los costes económicos y sociales de los trastornos mentales recaen en varios sectores.

El problema económico más obvio es el de los costes directos de tratamiento.

Los costes indirectos de tratamiento son sustanciales y son más elevados que los costes directos de tratamiento.

Esta carga recae normalmente en las familias y sus cuidadores.

El tratamiento de los trastornos mentales es caro pero dejarlos sin tratar es aun más caro y un lujo que muchos países no pueden permitirse.

Los costes sociales de los trastornos mentales son también considerables.

Cuestiones fundamentales: problemas económicos y sociales de los trastornos mentales

- Los costes totales económicos causados por los trastornos mentales son sustanciales. En los E.E.U.U., los costes directos de tratamiento anuales se estiman en 148 billones de dólares, representando el 2.5% del producto interior bruto (Rice et al., 1990.).
- Los costes indirectos atribuidos a los trastornos mentales suponen seis veces más que el tratamiento directo en las economías desarrolladas.
- Es probable que los costes indirectos supongan incluso una proporción mayor de los costes totales de tratamiento en los países en vías de desarrollo, donde los costes de tratamiento tienden a ser más bajos.
- En muchos países las familias soportan una proporción significativa de los costes económicos debido a la ausencia de una red de servicios integrales de salud mental financiados públicamente.
- Los costes de los trastornos mentales no tratados superan los costes de los trastornos tratados.
- Las familias también soportan costes sociales, tales como la carga emocional de cuidar a los familiares discapacitados, la disminución de la calidad de vida para los cuidadores, la exclusión social, la estigmatización y la pérdida de oportunidades futuras para su desarrollo personal.

2.3 Grupos vulnerables

El impacto de los trastornos mentales no afecta de forma uniforme a todos los sectores de la sociedad. Los grupos con circunstancias adversas y con menos recursos tienen una mayor carga de vulnerabilidad para dichos trastornos mentales. Estos grupos incluyen: mujeres, especialmente las sometidas a abusos; personas que viven en condiciones de extrema pobreza, por ejemplo, los habitantes de los suburbios; personas traumatizadas por conflictos y guerras; emigrantes, especialmente los refugiados y las personas desplazadas; niños y adolescentes con una crianza alterada, y poblaciones indígenas de muchas partes del mundo. Los miembros de cada uno de estos grupos se enfrentan a un incremento del riesgo para padecer trastornos mentales. Además, no es extraño que en los mismos individuos se presenten varios factores de vulnerabilidad de manera simultánea.

Diferentes grupos vulnerables pueden ser afectados por los mismos problemas. Los miembros de estos grupos tienen más probabilidad de estar desempleados, de enfrentarse a la estigmatización y de sufrir violaciones de sus derechos humanos. Así mismo se enfrentan a importantes obstáculos de accesibilidad, por ejemplo con respecto a la disponibilidad y a los costes de un tratamiento de calidad satisfactorio para sus trastornos mentales. La probabilidad de que reciban la atención adecuada para sus necesidades de salud mental se ve reducida por los estereotipos y prejuicios negativos del personal sanitario. (Cole et al., 1995; Shi, 1999).

Los grupos vulnerables afrontan un impacto desproporcionadamente alto de trastornos mentales.

2.4 Recursos y esfuerzos financieros para la salud mental

Los servicios de salud mental están ampliamente infrafinanciados, especialmente en los países en vías de desarrollo. Aproximadamente el 28% de los países carece de presupuestos específicos para la salud mental. De los países que poseen dichos presupuestos, el 37% gasta menos del 1% de sus presupuestos sanitarios en salud mental. Los gastos en salud mental son menos del 1% del presupuesto sanitario global en el 62% de los países en vías de desarrollo y en el 16% de los países desarrollados. (Organización Mundial de la salud, 2001a)

Así, hay un claro desequilibrio entre el impacto de los trastornos mentales y los recursos dedicados a los servicios de salud mental. Ahora las intervenciones eficaces para muchos trastornos mentales están disponibles y existe un potencial para gestionar los trastornos mentales con éxito (ver en la parte inferior; el módulo titulado *Organización de los Servicios de Salud Mental*; y *El Informe Mundial de la Salud de 2001*). A pesar de estas evidencias, sólo una pequeña minoría de personas que lo necesitan, recibe la asistencia y el tratamiento de los servicios de salud mental.

Por lo tanto es necesario que los trastornos mentales se tengan en cuenta en las políticas y planes sanitarios. En concreto debería de ser equivalente con las enfermedades físicas, de modo que los recursos y los fondos que se designan a los servicios de salud mental, deben ser proporcionales al impacto de los trastornos mentales.

Existe también una necesidad de equidad y justicia en la distribución de los recursos dentro del sector de salud mental. Por ejemplo, el 25% de los países no tienen acceso a los psicofármacos básicos en atención primaria y el 37% no poseen servicios de salud mental comunitarios (Organización Mundial de la Salud, 2001a). Incluso dentro de los países existe una distribución desigual de los dispositivos y de los profesionales entre las zonas rurales y las urbanas. (Ver *Organización de los Servicios de Salud Mental*). Alrededor del 70% de la población del planeta le corresponde menos de un psiquiatra por cada 100 000 habitantes. En muchos países las necesidades de los grupos vulnerables, por ejemplo: mujeres, minorías indígenas y étnicas, víctimas de abusos y traumas, están desatendidas.

Los servicios de salud mental están infrafinanciados en la mayoría de los países.

A pesar de las pruebas que demuestran la efectividad de las intervenciones para los trastornos mentales, la financiación de los servicios mentales es inadecuada.

Los trastornos mentales han de ser equivalentes con las enfermedades físicas a la hora de asignar los fondos y los recursos.

3. Perspectiva histórica

Para poder comprender los orígenes del actual impacto de los trastornos mentales y de las tendencias en los cuidados y tratamientos, es necesario adoptar una perspectiva histórica. Esto nos ayudará a dilucidar las razones por las que los esfuerzos de las reformas anteriores fracasaron y a ilustrar la diversidad de la evolución de los servicios en los países desarrollados y en aquellos en vías de desarrollo.

En muchas sociedades, durante siglos, las interpretaciones de tipo espiritual o religioso han dominado el modo en el que se ha tratado a la gente con trastornos mentales. A lo largo de la Edad Media, la gente de países europeos achacaba los problemas mentales a causas sobrenaturales asociadas con posesiones demoníacas o divinas. A principios del siglo XVII tuvo lugar un aumento de los razonamientos no religiosos de la locura mostrándola como un estado físico. Entre los años 1600 y 1700, hubo un incremento del número de personas pobres con trastornos mentales que eran confinados a prisiones públicas, manicomios hospicios, casas de caridad, hospitales generales y manicomios privados en Europa y en lo que hoy es Norteamérica (Busfield, 1996; Jones, 1996; Goodwin, 1997).

Los primeros razonamientos médicos de la locura no alentaban a la compasión, ni a la tolerancia, sino más bien implicaban que este estado de incapacidad física era debido a un exceso de las pasiones y así se justificaba el castigo. Durante la primera parte del siglo XVIII la visión predominante sobre las personas con trastornos mentales era la de considerarlas como seres inferiores, e incurables, y esto justificó las condiciones de vida paupérrimas y el uso de medidas físicas de contención en los lugares de reclusión. (Jones, 1996). La presión para una reforma de estas instituciones coincidió con el aumento de movimientos humanitarios durante el siglo XVIII, y en muchas instituciones se introdujo el tratamiento moral (Breakey, 1996a).

El éxito del tratamiento moral condujo a la construcción de muchos manicomios en los países europeos y en los E.E.U.U. Sin embargo muchas de estas grandes instituciones públicas fueron incapaces de reproducir el éxito de los pioneros dedicados al tratamiento moral. Las limitaciones financieras, el gran número de pacientes y la falta de alternativas rentables para el tratamiento moral conllevaron a que los hospitales psiquiátricos pronto se convirtiesen en instituciones custodiales.

El siglo XX fue testigo de un cambio en el enfoque de la asistencia y el tratamiento de las personas que padecen trastornos mentales que pasó de la custodia y la protección al desarrollo de un planteamiento mucho más humano. Tras la Segunda Guerra Mundial, el movimiento de los derechos humanos se expandió, y focalizó su atención en las flagrantes violaciones de los derechos humanos, incluyendo las violaciones contra las personas con trastornos mentales. Las investigaciones demostraron que los manicomios tenían poco impacto terapéutico y algunas veces incluso exacerbaban la discapacidad mental. En el ámbito internacional, hubo una mayor concienciación sobre las malas condiciones de vida, el tratamiento inadecuado, así como de la asistencia ofrecida en muchos manicomios, así como de la necesidad de que los gobiernos protegiesen los derechos de los pacientes con trastornos mentales. Esta desacreditación de los manicomios en términos humanitarios conllevó a un proceso de reducción del número de pacientes crónicos en los hospitales psiquiátricos, la disminución y el cierre de algunos hospitales, y el desarrollo de servicios de salud mental comunitarios como alternativas, un proceso más conocido como desinstitucionalización.

Muchos países han sido testigos de un cambio de sistemas de tipo hospitalario a los comunitarios lo que llevó a una importante disminución de camas en los hospitales psiquiátricos y, en algunos casos, a la clausura total de los hospitales psiquiátricos. En Italia la reforma de la salud mental de 1978 nos ofrece una buena ilustración de esta tendencia. Así en Trieste los hospitales psiquiátricos se cerraron y se reemplazaron por unos servicios comunitarios bien dotados que proporcionaban asistencia médica, rehabilitación psicosocial y tratamiento para episodios agudos. Se introdujeron viviendas protegidas y planes laborales de modo que las personas con trastornos mentales tuvieran más oportunidades de integración en la comunidad. Entre las ciudades del mundo que han desarrollado servicios de salud

Durante siglos, se dieron explicaciones religiosas a las conductas y las experiencias de las personas con trastornos mentales.

En el siglo XVII en Europa, las personas con trastornos mentales eran encarceladas.

El tratamiento moral conllevó el aumento de los manicomios.

La des-institucionalización continuó con el aumento de los movimientos por los derechos humanos.

Ha habido, en muchos países, un cambio muy marcado de los sistemas de tipo hospitalario a los comunitarios.

mental comunitarios están Melbourne en Australia, Santos y Río Grande do Sul en Brasil, Lille en Francia, Siauliai en Lituania, Oviedo (y otras ciudades de Asturias) y Madrid en España, y Londres y Birmingham en el Reino Unido.

Sin embargo, la desinstitucionalización no consiste sólo en una política de altas de pacientes, sino un proceso complejo donde la deshospitalización conduce a una puesta en práctica de una red de dispositivos fuera de los hospitales psiquiátricos. En muchos países desarrollados, desafortunadamente, la desinstitucionalización no estuvo acompañada por el desarrollo apropiado de los servicios comunitarios (Thornicroft & Tansella, 1999). Durante un tiempo se creyó de forma errónea que las formas alternativas de tratamientos comunitarios serían más rentables que la cada vez más costosa, asistencia de los pacientes crónicos hospitalizados o que esto permitiría a los gobiernos distribuir los costes del tratamiento en otros temas (Breakey, 1996b, c; Sharfstein, 1996; Goodwin, 1997).

Ha quedado suficientemente claro que si el proceso de desinstitucionalización no se acompaña de una financiación adecuada y con recursos humanos suficientes para el establecimiento de unos servicios alternativos comunitarios, las personas con trastornos mentales pueden disponer de menos servicios de salud mental y los servicios existentes tendrían una sobrecarga asistencial. Informes recientes del Reino Unido y de los E.E.U.U. indican que la prestación de servicios se encuentra en un estado de desorganización por las restricciones presupuestarias, y por la confusión entre las personas que juegan un plan clave en lo que se refiere a la responsabilidad de la financiación y de la prestación de servicios de salud mental comunitaria. (Sharfstein, 1996; Freeman, 1996; Redmond, 1998).

En muchos países en vías de desarrollo, los servicios de salud mental según el modelo occidental comenzaron bajo el poder colonial con la construcción de manicomios a finales del siglo XIX o principios del siglo XX. En general, los sistemas basados en los hospitales psiquiátricos han sido menos exhaustivos en la cobertura dispensada a la población en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados. Algunos países en vías de desarrollo han sido capaces de mejorar los servicios hospitalarios psiquiátricos básicos y establecer nuevas unidades psiquiátricas en hospitales generales (Kilonzo & Simmons, 1998; Alem et al., 1999; Somasundaram et al., 1999; Sidandi et al., 1999), o de integrar los servicios básicos de salud mental junto con la atención sanitaria general mediante la formación de trabajadores de atención primaria en salud mental (Kilonzo & Simmons, 1998; Somasundaram et al., 1999). En la mayoría de los países en vías de desarrollo, sin embargo, los servicios psiquiátricos son generalmente escasos, cubren a una pequeña parte de la población y se enfrentan a una escasez de recursos humanos cualificados así como de dispositivos asistenciales apropiados.

Hay razones para creer que el siglo XXI supondrá una gran mejora en la atención de las personas con trastornos mentales. Los avances en las ciencias sociales han aportado nuevos conocimientos sobre los orígenes sociales de ciertos trastornos mentales tales como la depresión o la ansiedad. La investigación del desarrollo mental está arrojando luz sobre las dificultades que afloran desde las adversidades de la temprana infancia hasta los trastornos mentales adultos (Brown & Harris, 1993; Kessler et al., 1997; Maughan & McCarthy, 1997). Los clínicos disponen de psicofármacos más efectivos para un amplio rango de trastornos mentales. La investigación ha demostrado la efectividad de ciertas intervenciones psicológicas y psicosociales en la recuperación rápida y mantenida en el tiempo de trastornos mentales frecuentes tales como la depresión y la ansiedad, así como en procesos crónicos tales como la esquizofrenia.

La des-institucionalización no ha estado acompañada por unas prestaciones comunitarias adecuadas en muchos países desarrollados.

Aunque se construyeron manicomios en muchos países en vías de desarrollo durante el periodo colonial la cobertura de la población ha sido generalmente menos amplia que en los países desarrollados.

Avances recientes proporcionan una oportunidad para mejorar significativamente el cuidado y la atención a las personas que padecen trastornos mentales.

Cuestiones fundamentales: Perspectiva histórica

- La desinstitucionalización no ha conllevado necesariamente a una cantidad adecuada de recursos comunitarios alternativos en los países desarrollados.
- Por regla general en los países en vías de desarrollo los servicios de salud mental son escasos, cubren a una proporción pequeña de la población y se enfrentan a la escasez de financiación y de recursos humanos.
- Una tarea fundamental de los países en vías de desarrollo es ampliar la cobertura de los servicios de salud mental hasta alcanzar a una parte sustancial de la población mediante la integración de dichos servicios en la atención primaria y secundaria.
- Ahora están disponibles medicaciones psicotrópicas altamente efectivas así como intervenciones psicosociales para un amplio rango de trastornos mentales.
- Las últimas investigaciones han demostrado la efectividad de las intervenciones psicológicas y psicosociales en muchos trastornos mentales.

4. Avances recientes en el conocimiento, tratamiento y atención de las personas con trastornos mentales

Durante las últimas cinco décadas ha habido cambios significativos en nuestro conocimiento de los trastornos mentales. Esto es atribuible a una combinación de los avances científicos en el tratamiento y a un incremento de la conciencia sobre la necesidad de proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales tanto en los dispositivos asistenciales como en la comunidad.

4.1 La relación entre trastornos físicos y mentales

Ahora es ampliamente sabido que la relación entre trastornos físicos y mentales es compleja, recíproca y actúa de formas muy diversas. Esta ha sido una evolución clave.

Los trastornos mentales conllevan a un estado de salud somática deficiente, como se ilustra en la reducida esperanza de vida de las personas que padecen esquizofrenia. Las personas con trastornos mentales tiene mayor probabilidad que otras personas de prestar menos atención a los síntomas de enfermedades físicas. En consecuencia, retrasan la búsqueda de un tratamiento para condiciones comorbidas tales como diabetes e hipertensión. Se enfrentan a obstáculos importantes, debido al estigma y a la discriminación, para recibir tratamiento de enfermedades físicas. Los trastornos mentales también aumentan la probabilidad de no-adherencia a las prescripciones terapéuticas para las condiciones somáticas, y esto lleva a resultados deficientes. Existe una vulnerabilidad biológica mayor en las personas que padecen trastornos mentales para padecer enfermedades físicas. La depresión, por ejemplo, esta asociada a niveles reducidos del funcionamiento del sistema inmune y en consecuencia tiene un riesgo mayor de padecer otras enfermedades somáticas. (*Informe Mundial de la Salud, 2001*).

La relación inversa también existe. Las personas que sufren patologías somáticas crónicas tienen una elevada probabilidad de desarrollar un trastorno mental, por ejemplo la depresión. Los índices de suicidio son mayores entre las personas que padecen enfermedades somáticas que entre otras personas; esto es especialmente relevante en personas de la tercera edad. El incremento de la vulnerabilidad se atribuye con frecuencia a consecuencias sociales de la discapacidad física. Las limitaciones impuestas por las enfermedades somáticas conllevan a una reducción de las oportunidades laborales y a una reducción de la calidad y cantidad de la red social y de la vida familiar. Los medicamentos utilizados para el tratamiento de muchas enfermedades físicas tienen efectos directos perjudiciales en las funciones psicológicas y efectos indirectos en la salud mental a través de un aumento de los efectos secundarios somáticos. Estos efectos sobre la salud mental incluyen; depresión, ansiedad y otros trastornos mentales en individuos ya vulnerables.

Además, los trastornos mentales, en situaciones de comorbilidad, tienen una serie de consecuencias para el curso y resultado de las patologías crónicas, tales como cáncer (Spiegel et al., 1989), enfermedades cardíacas (Ziegelstein et al., 2000), diabetes (Ciechanowski et al., 2000) y VIH/SIDA (Reed et al., 1994). Numerosos estudios han demostrado que los individuos con trastornos mentales tienen un riesgo más elevado de sufrir una enfermedad somática debido a la disminución de la función inmune, a conductas poco saludables, al no cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y a los resultados poco favorables de su enfermedad. Por ejemplo, se ha demostrado que los pacientes deprimidos son tres veces más propicios a no cumplir las prescripciones médicas que los pacientes que no padecen depresión (DiMatteo et al., 2000), y que la depresión predice la incidencia de enfermedades cardíacas. (Ferketich et al., 2000). (Ver *Informe Mundial de la Salud, 2001* para un seguimiento más detallado de esta cuestión).

Durante las últimas cinco décadas se han producido cambios significativos en nuestra manera de comprender los trastornos mentales.

Los trastornos mentales se asocian a situaciones somáticas deficientes.

Los trastornos mentales, en situación de comorbilidad, tienen un efecto negativo sobre las patologías somáticas.

Las enfermedades somáticas incrementan la vulnerabilidad de padecer trastornos mentales.

Cuestiones fundamentales: Relación entre los trastornos mentales y físicos:

- Existe una compleja interacción bilateral entre los trastornos físicos y mentales.
- Los trastornos mentales no tratados tienen como consecuencia resultados negativos para las enfermedades somáticas comórbidas.
- Los individuos con trastornos mentales tienen un riesgo más elevado de sufrir una enfermedad física debido a la disminución de la función inmune, a conductas poco saludables, al no cumplimiento de las prescripciones médicas y a los obstáculos para conseguir un tratamiento de sus trastornos mentales.
- Las personas con enfermedades somáticas crónicas tienen mayor probabilidad de padecer trastornos mentales que otras personas.

4.2 Tratamientos efectivos para los trastornos mentales

Existen tratamientos efectivos para muchos trastornos mentales. *El Informe Mundial de la Salud del 2001* presenta las evidencias de la efectividad de varios tratamientos para los trastornos mentales. Algunos de estos tratamientos se resumen aquí.

La depresión de severidad variable puede ser tratada de manera efectiva con medicamentos antidepresivos. La psicoterapia es tan efectiva como los antidepresivos para la depresión moderada y leve. La depresión se puede tratar de manera efectiva por los profesionales de atención primaria mediante la combinación de la medicación y la psicoterapia o el asesoramiento psicológico (Sriram et al., 1990; Mynors-Wallis, 1996; Schulberg et al., 1996; Ward et al., 2000; Bower et al., 2000).

En el tratamiento de la esquizofrenia, la medicación antipsicótica puede ayudar a reducir los síntomas y a prevenir la recaída. La rehabilitación psicosocial y la terapia familiar junto con la medicación, puede reducir los índices de recaída del 50% al 10% (Leff & Gamble, 1995; Dixon et al., 2000).

En el caso de los problemas relacionados con el alcohol, se ha demostrado que con las intervenciones breves dirigidas a las personas que son bebedores de riesgo hay una reducción del consumo de alcohol en un 30% y se reduce la ingesta excesiva de alcohol en un periodo de 6 a 12 meses o incluso mayor. Se ha demostrado que estas intervenciones son rentables (Gomel et al., 1995; Wutzke et al., 2001). Para los pacientes con una dependencia alcohólica más severa, las dos opciones de tratamiento hospitalario y ambulatorio han demostrado ser efectivas, aunque el tratamiento ambulatorio es sustancialmente menos costoso. Varios tratamientos psicológicos, incluyendo la terapia cognitivo-conductual, la entrevista motivacional y los planteamientos del programa de "doce pasos" asociados al tratamiento profesional, han demostrado ser igualmente efectivos. (Informe mundial de la salud 2001).

El tratamiento para las drogodependencias es rentable pues reduce el uso de las drogas entre el 40% y el 60% y disminuye las consecuencias sociales y las asociadas a la salud, por ejemplo la actividad delictiva o el riesgo de infección de VIH (Informe mundial de la salud 2001).

Para un estudio más detallado de las pruebas de efectividad de los diversos tratamientos contra los trastornos mentales, los lectores deberán consultar el Informe mundial de la salud, 2001.

Existen tratamientos efectivos para muchos trastornos mentales, incluida la depresión, la esquizofrenia y los problemas relacionados con las drogas y el alcohol..

Cuestiones fundamentales: Tratamientos efectivos para los trastornos mentales

- Existen tratamientos efectivos para muchos trastornos mentales.
- La Depresión se puede tratar con éxito con medicación antidepresiva y con intervenciones psicológicas.
- La rehabilitación psicosocial y la terapia familiar junto con la medicación puede reducir los índices de recaída de la esquizofrenia del 50% al 10%.
- Las intervenciones breves dirigidas a los bebedores de riesgo han demostrado ser efectivas al reducir el consumo de alcohol un 30%.
- El tratamiento para las drogodependencias es rentable en la reducción del consumo en un 40-60%.

5. Tendencias de la reforma sanitaria e implicaciones para la salud mental

Los últimos 30 años han visto grandes reformas en los sectores de salud general y en la salud mental. La descentralización y las reformas de la financiación de la salud son los dos cambios claves que han afectado a los sistemas generales de salud. Estas cuestiones son importantes para la salud mental ya que existe una mayor concienciación sobre la necesidad de adecuar la financiación de los servicios de salud mental y en enfatizar la integración de los servicios de salud mental en los sistemas generales de salud.

5.1 Descentralización

La descentralización es el traspaso de la responsabilidad de la prestación de los servicios sanitarios desde las estructuras gubernamentales centrales a las locales (Cassels, 1995). Antes de la puesta en marcha de este proceso, los sistemas sanitarios eran grandes estructuras públicas administradas directamente por los departamentos de salud del gobierno central. El gobierno central, por lo tanto, era responsable de la financiación, de la aplicación de las políticas, de la regulación, y del funcionamiento de los sistemas sanitarios en los niveles primario, secundario y terciario.

El proceso de descentralización comenzó en los países industrializados y ha tenido influencia en la configuración de los sistemas en los países en vías de desarrollo. La descentralización de los servicios públicos de salud a nivel del gobierno local ha sido adoptada rápidamente por los países en vías de desarrollo por una serie de razones. Estas incluyen: los cambios en el sistema político y económico nacional en respuesta a las presiones de la globalización económica, la percepción de que los servicios planificados según las necesidades locales pueden ser más adecuados a esas necesidades, y la alteración disruptiva del sistema causada por los conflictos civiles y los desplazamientos de la población.

5.2 Reforma de la financiación sanitaria

Las reformas de la financiación sanitaria han estado dirigidas en gran parte por el deseo de mejorar el acceso a la atención sanitaria, de avanzar en la equidad en la provisión de los servicios sanitarios y de promover el uso de las tecnologías con un buen coste-efectividad con el fin de obtener los mejores resultados sanitarios posibles para la población. Sin embargo, los gobiernos han visto en las reformas de la financiación también un método para controlar el coste de las prestaciones sanitarias y para repartir los gastos con otros actores, especialmente con los usuarios de dichos servicios.

Las reformas de la financiación sanitaria incluyeron cambios en la recaudación de los ingresos basados en el concepto de consorcio o fondo mancomunado y reformas en la adquisición o compra de los servicios sanitarios. (Ver *Financiación de la salud mental, Planificación y Elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental*).

5.2.1 Recaudación

Los sistemas sanitarios están financiados por diversas fuentes, incluyendo los impuestos generales, las contribuciones obligatorias o voluntarias a la seguridad social, los gastos sufragados por el propio paciente, y las donaciones. La mayoría de los países con unos ingresos elevados dependen tanto de los impuestos generales como de las contribuciones obligatorias a la seguridad social, mientras que en los países con unos ingresos bajos son más comunes los pagos sufragados por el propio paciente (*Informe mundial de la salud 2000*). Existe un acuerdo a nivel general de que los sistemas de prepago de cualquier clase, incluyendo los impuestos generales y las contribuciones obligatorias o voluntarias a los planes de seguridad social, son más justas que los pagos sufragados por el propio paciente.

La descentralización en la prestación de servicios sanitarios es parte de una tendencia global de descentralización que surge de las reformas económicas.

Las reformas de la financiación sanitaria han estado dirigidas por un deseo de mejorar los resultados de salud y de controlar los costes de la asistencia sanitaria.

Los sistemas de prepago son más justos que otras formas de pago de los servicios sanitarios.

Por lo tanto se anima a los sistemas de salud a adoptar el prepago y a reducir la proporción de los pagos sufragados directamente por los pacientes. Algunos países o lugares de ingresos bajos, donde las capacidades de prepago son inadecuadas, se puede valorar una contribución directa en el momento de la utilización en forma de copago para intervenciones específicas como para reducir la demanda. Este copago tiene el efecto de racionalizar el uso de las intervenciones específicas pero no reduce necesariamente la demanda de estas.

5.2.2 Fondo mancomunado

El consorcio o fondo mancomunado es una forma de distribución de los riesgos entre los usuarios de los sistemas de salud. Los sistemas de prepago de cualquier clase favorecen las oportunidades para los fondos mancomunados pero los rasgos precisos de los planes de fondos mancomunados determinan si ellos aumentan el acceso a aquellos con mayor necesidad de los servicios de salud mental. Los fondos mancomunados se basan en los principios de que la sanidad debe subvencionar al enfermo y de que el rico debe subvencionar al pobre. Los fondos mancomunados que están basados simplemente en el riesgo sanitario pueden dar lugar a una situación de subvención regresiva desde los pobres de bajo riesgo a los ricos de alto riesgo, y por esta razón la mayoría de los sistemas de salud combinan riesgo e ingresos, en una forma de subvención cruzada, con el fin de redistribuir el riesgo y asegurar la igualdad. (*Informe Mundial de la Salud, 2001*).

5.2.3 Adquisiciones/compras

Existe una tendencia a nivel mundial de separar las adquisiciones (compras) de las prestaciones de los servicios. En el pasado estas funciones estaban integradas en una organización simple con un control centralizado. La escisión comprador-proveedor ha acompañado al proceso de descentralización. Además, existe un cambio desde un método de compra pasiva, por ejemplo: siguiendo el presupuesto predeterminado o el simple pago de las facturas cuando se presentan, a una estrategia de compra activa o estratégica. Esto está ocurriendo en muchos países, entre ellos, Chile, Hungría, Nueva Zelanda, y el Reino Unido. El objetivo de esta compra estratégica es maximizar los rendimientos de los servicios de salud hacia los individuos y la población, mediante una decisión activa de compra de intervenciones eficaces a los proveedores más rentables.

5.3 Consecuencias de las reformas para la salud mental: oportunidades y riesgos

Las reformas del sector sanitario proporcionan una cantidad de oportunidades para los servicios de salud mental pero también suponen riesgos significativos. En un proceso de toma racional de decisiones, la carga evidente de la salud mental y la disponibilidad de intervenciones eficaces debería de conllevar a un incremento de los recursos financieros y humanos para la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en el campo de la salud mental. Una reforma del sistema sanitario proporciona la oportunidad de redirigir los recursos disponibles hacia la salud mental incluso en circunstancias donde los recursos sanitarios totales son constantes.

Las reformas en el sector sanitario también proporcionan una oportunidad de integrar los servicios de salud mental en la atención sanitaria general, especialmente en el nivel de atención primaria. La integración en la atención primaria incrementa la posibilidad de una cobertura universal (incluyendo la salud mental) sin un incremento sustancial de las aportaciones financieras o administrativas. La atención integrada ayuda a reducir el estigma asociado a la búsqueda de ayuda desde los servicios independientes de salud mental.

En los países de bajos ingresos con carencia grave de profesionales de la salud mental, la prestación de servicios de salud mental a través de la atención sanitaria general es la estrategia más viable para incrementar el acceso a la atención sanitaria de las poblaciones desatendidas. Como se explicaba antes, los trastornos mentales y los problemas orgánicos tienen una gran relación. Las personas con trastornos mentales comunes, como la depresión y la ansiedad, normalmente se muestran con síntomas somáticos en los servicios de atención primaria. Un servicio integrado fomenta la identificación precoz y el tratamiento de tales trastornos y por lo tanto reduce la discapacidad. Otro de los posibles beneficios es la prestación de los cuidados en la comunidad y de la oportunidad de la implicación de la comunidad en estos cuidados.

Los fondos mancomunados se basan en el principio de subvención por parte de aquellos con mejor situación financiera o mejor estado de salud a las personas que están en peores condiciones.

Hay una tendencia a separar las adquisiciones o compras de las prestaciones de los servicios sanitarios.

Las reformas del sector sanitario proporcionan tanto oportunidades como riesgos para los servicios de salud mental.

Estas reformas proporcionan una oportunidad de integración de los servicios de salud mental en la atención sanitaria general.

(Ver módulo de “Organización de los Servicios de Salud Mental”). Como requisito previo para esta estrategia se requiere que el personal sanitario general adquiriera un conocimiento y unas habilidades en el campo de la salud mental.

Sin embargo, también existen riesgos asociados a la reforma del sector sanitario. Los servicios de salud mental pueden llegar a estar marginados como consecuencia de la reorganización de los sistemas de salud que alejan la prestación de dichos servicios.

¿Cómo puede ocurrir esto? La salud mental puede caerse de la agenda del plan de salud local porque la descentralización conlleva la transferencia de las responsabilidades de gestión y de administración al nivel local. En los países en vías de desarrollo con una carencia grave de profesionales formados en salud mental, los gestores y administradores locales probablemente carezcan del conocimiento de la salud mental de su población. En estas circunstancias, los servicios locales descentralizados corren el riesgo de ignorar o distribuir de manera inadecuada los temas de salud mental. Por consiguiente, la descentralización puede frustrar el objetivo de integración de los servicios de salud mental en los servicios de atención general debido a que no se le da a la salud mental la importancia que se merece. Por lo tanto se requiere un esfuerzo coordinado para incluir a la salud mental en la agenda de la reforma del sector sanitario.

La descentralización también conlleva el riesgo de la fragmentación y la duplicación de servicios, con el resultado de que los recursos son utilizados de forma ineficaz debido a la falta de economías de escala.

Un riesgo añadido es que la transferencia de la responsabilidad (traspaso de competencias a las regiones autónomas) puede llevar a diferencias significativas entre las regiones descentralizadas en la prestación de los servicios de salud mental. Las sociedades democráticas tienden a basarse en las mayorías en vez de tender a ser igualitarias debido a la naturaleza de los procesos políticos y de la toma de decisiones. Las regiones descentralizadas llevan a cabo la toma de decisiones muy cercanas a la población y en consecuencia son altamente vulnerables a su influencia, por ejemplo; el proceso de toma de decisiones puede realizarse por otro tipo de consideraciones más que por razones sanitarias, por receptividad de los beneficiarios y por la justicia financiera (*Informe Mundial de la Salud, 2001*). Las personas con trastornos mentales sufren muchas desventajas sociales, incluso están privadas del derecho de voto en muchas sociedades. Por lo tanto, esta transferencia de competencias podría conllevar a la exclusión de las personas con trastornos mentales del proceso de toma de decisiones y a la desatención de sus necesidades de atención sanitaria tanto mental como orgánica.

El pago en el momento de la prestación de los servicios (pago sufragado por el propio individuo, copago) conlleva la limitación del acceso a los servicios y probablemente excluya a los miembros más pobres de la sociedad, quienes, paradójicamente, son los que posiblemente, más necesiten de los servicios de salud mental. (*Informe mundial de la salud 2000*). Además, las personas con trastornos mentales, especialmente con patologías crónicas severas, tales como esquizofrenia, es probable que no dispongan de recursos financieros personales con los que pagar los servicios. Estas personas dependen de sus cuidadores y familias para realizar los pagos necesarios. Las familias, en los países en vías de desarrollo, han de tomar decisiones difíciles con respecto a la distribución de los recursos limitados para el tratamiento de los miembros de la familia con trastornos mentales severos.

La compra estratégica también implica riesgos sustanciales para las prestaciones de los servicios de salud mental. La utilización de la compra estratégica requiere información disponible sobre la eficacia de las intervenciones alternativas para un problema particular de salud. En muchos países, sin embargo, y especialmente en los países en vías de desarrollo, dichos datos raramente están disponibles. Además, la compra estratégica requiere que haya una posibilidad de elegir entre varios proveedores. Esto es insostenible en países en vías de desarrollo donde existe una absoluta carencia de profesionales de la salud mental. Porque por estos problemas puede decidirse no comprar ningún servicio de salud mental. Por esta razón, los recursos deben estar disponibles para recopilar la información y para dirigir la investigación rentable en las intervenciones de salud mental. Una inversión considerable es también necesaria para incrementar el número de profesionales de salud mental, especialmente en los países en vías de desarrollo.

Las reformas en el sector sanitario también conllevan riesgos significativos para los servicios de salud mental.

La salud mental puede fácilmente caerse de la agenda de planificación de los servicios sanitarios descentralizados.

El pago en el momento de la prestación de servicios conlleva a una limitación del acceso a los servicios y probablemente excluye a los miembros más pobres de la sociedad.

Pueden surgir riesgos como consecuencia de las reformas financieras.

Por lo tanto, estos riesgos deben tenerse en cuenta junto con el proceso de descentralización. Los países deben valorar cuidadosamente, en presencia de estos riesgos, si es factible para ellos poner en práctica una estrategia de descentralización. Si la descentralización se consigue en las regiones afectadas, los recursos materiales y humanos de salud mental deben estar disponibles.

Una manera de asegurar esto a nivel nacional es especificar, a la vez, el nivel mínimo de servicios para la salud mental proporcionado por las regiones descentralizadas como la proporción del total de los presupuestos sanitarios que se dedican a la salud mental. La inversión se debe llevar a cabo también en la formación del personal para posibilitar la organización, la gestión y la realización de los presupuestos de los servicios de salud mental.

Cuestiones fundamentales:

Reformas del sector sanitario – Oportunidades para la salud mental

- La integración de los servicios de salud mental en los servicios de salud.
- Incrementar la proporción de los recursos sanitarios para la salud mental según la carga debida a los trastornos mentales.

Cuestiones fundamentales:

Reformas del sector sanitario – Riesgos para la salud mental

- La marginalización de los servicios de salud mental.
- La descentralización puede conllevar a la fragmentación y la exclusión de los servicios para las personas con trastornos mentales.
- La tendencia hacia los pagos sufragados por el propio paciente, que perjudica los intereses de las personas con trastornos mentales ya que probablemente estas carezcan de los recursos para pagar los servicios.
- Los sistemas de fondos mancomunados tales como los planes de seguros públicos y privados pueden excluir los tratamientos de los trastornos mentales y por lo tanto suponer una desventaja para las personas con trastornos mentales.

6. Políticas gubernamentales en sectores diferentes del sanitario que influyen en la salud mental

La salud mental de la población y de la sociedad está influenciada por muchos factores macrosociales y macroeconómicos ajenos al tradicional sector de la salud mental. Los gobiernos tienen influencia, y lo hacen, en muchos de estos factores en el ámbito político. La dirección de las políticas gubernamentales, acciones y programas pueden tener tanto efectos negativos como positivos en la salud mental de la población. Los gobiernos, los gestores políticos y los planificadores con frecuencia ignoran o no son conscientes de la influencia que los cambios en las políticas sociales y económicas tienen en la salud mental.

La pobreza es uno de los factores que de manera más notable afecta a la salud mental. Tanto en las economías de mercado como en las de los países en vías de desarrollo es una causa y a la vez un efecto de los trastornos mentales. Las personas que viven en la pobreza experimentan la adversidad ambiental y psicológica lo que incrementa su vulnerabilidad hacia los trastornos mentales (Patel, 2001). Además se enfrentan con obstáculos importantes en los servicios de salud mental como que no existen o no se los pueden permitir o no se adecúan a sus necesidades. Las personas con trastornos mentales, especialmente los enfermos crónicos, están expuestas al riesgo de quedarse sin hogar, sin empleo, y a la exclusión social, situaciones todas que conllevan al incremento del riesgo de pobreza. Las políticas gubernamentales enfocadas a reducir los niveles relativos y absolutos de pobreza tendrán probablemente un efecto positivo en los trastornos mentales.

La urbanización indiscriminada se asocia a un incremento de los trastornos mentales. La urbanización incrementa el riesgo de carecer de vivienda, de pobreza, y de exposición a las adversidades ambientales tales como la contaminación. También trastoca los modelos establecidos de la vida familiar, conduciendo a un apoyo social reducido (Desjarlais et al., 1995). En los países en vías de desarrollo la urbanización acompaña al desarrollo económico, a la emergencia de las economías de mercado y a la rápida industrialización. Las políticas gubernamentales no promueven necesariamente la urbanización pero los gobiernos pueden intervenir por medio de la legislación y de las políticas para mejorar el tema de las viviendas y de las condiciones de vida en las poblaciones urbanas.

La carencia de vivienda es también un riesgo y un resultado de los trastornos mentales. Las personas que viven en condiciones de pobreza tienen mayor probabilidad de padecer estrés o angustia y una mayor prevalencia de trastornos mentales que otras personas. (Sullivan et al., 2000; Kamieniecki, 2001). La legislación y las políticas nacionales de vivienda que disminuyen el número de personas sin hogar y mejoran la calidad y la disponibilidad del total de viviendas, pueden tener un efecto positivo sobre la prevalencia de los trastornos mentales.

Las políticas nacionales de vivienda y la legislación también pueden asegurar que otras personas con trastornos mentales no sean discriminadas a la hora de la asignación de viviendas y que tengan el mismo acceso a las viviendas proporcionadas por el estado y/o subvencionadas, que el resto de la población. Los países también pueden promover la salud mental mediante la concesión prioritaria de viviendas a personas con trastornos mentales crónicos, particularmente viviendas equipadas según sus necesidades, por ejemplo pisos tutelados, pisos comunitarios compartidos y hogares protegidos. Esto es esencial para la desinstitutionalización y para la atención comunitaria a largo plazo. Sin embargo, dichas políticas pueden ser conflictivas si una gran parte de la población carece de vivienda.

El desempleo tiene una fuerte relación, en ambos sentidos, con los trastornos mentales. El desempleo aumenta el riesgo de depresión y aumenta las tasas de suicidio y de comportamiento autodestructivo (Platt, 1984; Preti y Miotto, 1999; Gunnell et al., 1999; Kposowa, 2001). El desempleo puede ser especialmente catastrófico para la salud mental de personas mayores con escasas posibilidades de volver a reincorporarse al mercado laboral.

Las políticas gubernamentales a nivel macro-socio-económico pueden tener efectos tanto positivos como negativos en la salud mental.

La pobreza es un fuerte determinante de los trastornos mentales.

La urbanización, especialmente si está sin planificar, se asocia a altos índices de trastornos mentales.

La carencia de vivienda es tanto causa como efecto de los trastornos mentales.

El desempleo influye de forma negativa en la salud mental.

Durante la última década muchos países en vías de desarrollo han llevado a cabo reformas económicas y reestructuraciones. Estas reformas normalmente incluyen cambios legislativos que se aplican para incrementar la flexibilidad del mercado laboral. Mientras que esto puede tener sentido o se justifica desde el punto de vista económico, a su vez incrementa también la probabilidad de bruscos e inesperados aumentos en el desempleo. Encontrar un trabajo para la población, tiene el potencial de mejorar en gran medida el estado de salud mental de un país.

Las buenas condiciones laborales de un país son esenciales para la promoción y el mantenimiento de la salud mental de la mano de obra. Aunque el empleo puede decirse que ejerce una influencia protectora de la salud mental, en sí mismo no garantiza una buena salud mental. Las condiciones relacionadas con el trabajo, como la naturaleza del empleo y el ambiente laboral, son factores cruciales. La legislación laboral puede promover el desarrollo de un ambiente laboral seguro. La legislación laboral y de seguridad deberían incluir los temas de la salud mental y el abuso de sustancias.

Los programas de ayuda laboral, en distintas formas, pueden proporcionar una ayuda razonable a los individuos mientras se asienta un método rentable para mejorar la productividad del personal, incluyendo la gestión. Dependiendo de las circunstancias del país afectado, esto puede generar unas excelentes oportunidades para los colaboradores privados o públicos. Mientras, en algunas situaciones es posible proporcionar intervenciones dentro de la empresa, en otras el personal será derivado a una ayuda externa.

Muchos países tienen constituciones, legislaciones y códigos que prohíben la discriminación debido a la discapacidad. A pesar de ello, para las personas con discapacidades, y en particular para las personas con trastornos mentales sigue siendo difícil obtener empleo. Esto se debe en gran medida a la estigmatización, pero también a otras dificultades para emplear a personas con trastornos mentales, debido al apoyo adicional que pueden necesitar y a las posibilidades de las recaídas. Con el fin de evitar dicha discriminación algunos países han dispuesto objetivos de empleo de discapacitados para los empresarios, por lo cual los lugares de trabajo con un número determinado de empleados están obligados por ley a tener un porcentaje concreto de empleados con discapacidad. Los últimos indicios nos muestran que las personas con trastornos mentales no se beneficia proporcionalmente de tales estrategias.

Los países en vías de desarrollo carecen normalmente de sistemas de **seguridad social** esenciales que mitiguen algunos de los efectos de la reestructuración económica. Los trastornos mentales se asocian a una discapacidad importante y esto debe tenerse en cuenta cuando se proporcionan prestaciones sociales a los discapacitados. Las familias y los cuidadores de las personas con trastornos mentales juegan un papel importante ayudándoles a continuar viviendo en la comunidad y disminuyendo la carga asistencial en los servicios sanitarios. Por consiguiente, existe un motivo para proporcionar prestaciones sociales a las familias y cuidadores de las personas con trastornos mentales crónicos y severos.

La Educación es un determinante importante de la futura salud mental. Las escuelas proporcionan la oportunidad de detección precoz de los trastornos emocionales y del comportamiento de los niños, antes de la aparición de los trastornos mentales graves. A través de las escuelas también es posible llevar a cabo actividades de promoción y prevención en el campo de la salud mental. La ausencia de educación secundaria es un indicador de riesgo importante de futuros problemas de salud mental. Las estrategias para evitar que se abandonen los estudios en secundaria pueden jugar un papel importante en la prevención de los trastornos mentales. Otras actividades preventivas incluyen programas de formación que promuevan habilidades para solucionar problemas, habilidades para hacer frente a dificultades, habilidades interpersonales y de autoafirmación, y programas para la prevención del abuso de alcohol y drogas entre los adolescentes (Organización Mundial de la Salud 2001b).

Las personas con trastornos mentales tienen más probabilidades de entrar en contacto con el **sistema judicial penal**, y las personas en prisión tienen más probabilidades de padecer trastornos mentales que la población general. Son necesarias políticas que prevengan el encarcelamiento inapropiado de las personas con trastornos mentales y además se facilite la derivación de estas personas a los dispositivos asistenciales para su tratamiento.

Los sistemas de seguridad social deben proporcionar una cobertura adecuada para las discapacidades atribuidas a los trastornos mentales.

La educación proporciona oportunidades para la prevención de trastornos mentales.

Las personas con trastornos mentales a menudo tienen una relación significativa con el sistema judicial penal.

El problema de los niños y adolescentes en prisión debe de ser abordado mediante la legislación, programas de corrección y rehabilitación y programas en los que se involucre a la familia. El tratamiento y la atención de los trastornos mentales deberían disponerse de forma rutinaria en las prisiones como se establece en la Normas Mínimas Estándar para el tratamiento de los reclusos (adoptada por el Primer Congreso de Naciones Unidas para la Prevención de Delitos y el Tratamiento de Reclusos en 1955 y aprobada por el Consejo Económico y Social en las Resoluciones 663C (XXIV) de 31 de Julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de Mayo de 1977).

Muchos de los anteriores factores socioeconómicos están interrelacionados de una forma compleja. Así existe una clara conexión entre pobreza, urbanización y carencia de vivienda. Los cambios políticos en un área estable tienen un efecto cascada en otras áreas, que influirán de nuevo en el área original. El efecto red de este proceso dinámico supone resultados de salud mental tanto negativos como positivos. Los gobiernos deberían aceptar que los cambios significativos macrosociales y macroeconómicos influyen en la salud mental de la población. Se deben introducir mecanismos para prevenir los trastornos mentales y/o controlar la situación de la salud mental que surge en respuesta a dichos cambios.

Cuestiones fundamentales:

Políticas gubernamentales en sectores diferentes del sanitario

- Las políticas macrosociales y macroeconómicas influyen sustancialmente en la salud mental de la población a través de efectos directos e indirectos.
- Las necesidades de las personas con trastornos mentales traspasan los límites de los sistemas de salud.
- La pobreza es uno de los factores de riesgo más potentes para los trastornos mentales. Tanto la pobreza relativa como la absoluta tienen efectos adversos en la salud mental.
- Muchas tendencias globales, por ejemplo la urbanización, tienen consecuencias negativas en la salud mental de la población.
- Los factores socioeconómicos están interrelacionados y los cambios políticos en un sector tienen efecto cascada en otros sectores lo cual puede influir en la salud mental tanto positiva como negativamente.
- Los gobiernos deberían introducir mecanismos para controlar los efectos en la salud mental de los cambios en las políticas económicas y sociales.

7. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de salud mental: objetivos y resumen de los módulos

Este documento ha puesto de relieve el impacto de los trastornos mentales y los inadecuados recursos y financiación así como las oportunidades para remediar esta situación son proporcionadas por los recientes avances en los tratamientos. Además se han esbozado las consecuencias de las recientes reformas del sector sanitario y los efectos de los temas macroeconómicos y políticos en la salud mental.

Los gobiernos juegan un papel crucial para garantizar la salud mental de su población. Recientes avances en el conocimiento y en el tratamiento de trastornos mentales apuntan a que se puede alcanzar el objetivo de mejorar la salud mental de la población. Es ahora cuando se necesita pasar a la acción.

El Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de salud mental pretende ayudar a los países a tratar estas cuestiones. El conjunto de Guías proporciona información práctica para apoyar a los países en las políticas de desarrollo, en la organización de servicios, en la financiación de los mismos, en mejorar la calidad de los servicios existentes, en facilitar el fomento de la salud mental y en desarrollar una legislación apropiada.

El Conjunto de Guías se ha desarrollado por expertos en el campo de la política de salud mental y la planificación de los servicios, tras consultar a un gran número de planificadores de políticas y servicios de todo el mundo. El conjunto ha sido revisado por los ministerios de sanidad, organizaciones no gubernamentales, y otras organizaciones nacionales e internacionales en representación de los usuarios, familias, profesionales y gobernantes.

El objetivo y los destinatarios al que van dirigidos estos módulos, así como su formato y su uso se han descrito en el preámbulo de este módulo. El contenido de los módulos en el Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de salud mental se resume a continuación.

7.1 Políticas, planes y programas sobre salud mental

Introducción

Una política de salud mental explícita es una herramienta esencial y poderosa para la sección de salud mental en un ministerio de la salud. Dicha política puede llegar a influir en la salud mental de la población si se formula y se pone en práctica de la manera apropiada mediante planes y programas.

Desarrollar una política

Una política de salud mental es un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir el impacto de los trastornos mentales de la población. Define una visión de futuro y ayuda a establecer un modelo a seguir.

La situación actual demanda una acción urgente.

El Conjunto de Guías proporciona información práctica para apoyar a los países en desarrollar las políticas, en la planificación, y en la financiación de los servicios, y en la mejora de la calidad de los servicios existentes, en la promoción del apoyo para la salud mental y en el desarrollo de una legislación apropiada.

Los pasos esenciales para desarrollar una política son los siguientes:

- Paso 1: Valorar las necesidades de salud mental de la población.
- Paso 2: Recopilar pruebas para una política eficaz.
- Paso 3: Consultar y negociar.
- Paso 4: Intercambiar información con otros países.
- Paso 5: Establecer la perspectiva, valores, principios y objetivos de la política.
- Paso 6: Determinar las áreas de acción.
- Paso 7: Identificar los principales papeles y responsabilidades de los diferentes sectores.
- Paso 8: Conducir proyectos piloto.

Desarrollar un plan de salud mental

Las estrategias para un plan de salud mental deben corresponderse con las áreas de acción definidas por la política. Estas estrategias implican las actividades que se deben llevar a cabo para asegurar la puesta en práctica de estas áreas de acción. El desarrollo de un plan de salud mental requiere que se emprendan las siguientes actividades.

- Paso 1: Establecer prioridades para las principales estrategias.
- Paso 2: Establecer plazo temporal y recursos.

Desarrollar un programa de salud mental

Un programa define las intervenciones concretas de salud mental que recibirá la población. Esto supone organizar un número determinado de actividades técnicas interrelacionadas en programas eficaces para dirigir los temas de salud mental, usando las pruebas disponibles. La formulación de un programa debería incluir los siguientes pasos:

- Paso 1: Identificar las cuestiones o problemas que deben de ser tratados.
- Paso 2: Establecer los objetivos del programa.
- Paso 3: Elegir las intervenciones apropiadas del programa.
- Paso 4: Describir las actividades del programa.
- Paso 5: Identificar los agentes responsables.
- Paso 6: Establecer un marco temporal.
- Paso 7: Elaborar un presupuesto.
- Paso 8: Evaluar el programa.

Puesta en práctica de la política, planes y programas

Una política de salud mental puede ponerse en práctica mediante las estrategias prioritarias identificadas por el programa. Para la puesta en marcha de estas estrategias e intervenciones se necesitan diversas acciones:

- Paso 1: Divulgar la política.
- Paso 2: Generar apoyo político y financiero.
- Paso 3: Desarrollar organizaciones de apoyo.
- Paso 4: Establecer un área de demostración.
- Paso 5: Reforzar la capacidad de negociación de los proveedores de salud mental.
- Paso 6: Reforzar la coordinación inter-sectorial.
- Paso 7: Promover la interacción entre las partes interesadas.

Se utilizan ejemplos específicos de diferentes países para ilustrar el proceso de desarrollo de las políticas, planes y programas en todo el módulo.

7.2 La financiación de la salud mental

La financiación es un factor clave para que sea viable un sistema de salud mental. Es el mecanismo, a través de la distribución de recursos, mediante el cual los planes y las políticas se llevan a cabo.

Los gestores políticos y los planificadores de salud mental deben dar respuesta a las siguientes cuestiones fundamentales.

- ¿Cómo se pueden movilizar los fondos suficientes para financiar los servicios de salud mental y la infraestructura requerida?
- ¿Cómo se pueden distribuir estos fondos y como se puede organizar la atención de salud mental para cubrir las necesidades y prioridades?
- ¿Cómo se pueden controlar los costes sanitarios?

Es importante resaltar que la financiación de la atención de salud mental no es una actividad aislada sino que se encuentra en contextos políticos y económicos generalmente heterogéneos. En muchos países se integra en una financiación sanitaria más general y normalmente no se diferencia del conjunto. Está normalmente configurada, sino determinada, por los objetivos de dicha financiación. Los pasos a seguir en la financiación de la salud mental son los siguientes:

- Paso 1: Entender el contexto amplio de la financiación de asistencia sanitaria.
- Paso 2: Trazar un plano del sistema de salud mental para entender el nivel de recursos actuales y cómo se utilizan.
- Paso 3: Desarrollar los recursos básicos para los servicios de salud mental.
- Paso 4: Distribuir los fondos para tratar las prioridades planificadas.
- Paso 5: Realizar los presupuestos para la gestión y la contabilidad.
- Paso 6: Adquirir servicios de salud mental para optimizar la efectividad y la eficiencia.
- Paso 7: Desarrollar una infraestructura para la financiación de la salud mental.
- Paso 8: Usar la financiación como una herramienta para cambiar la prestación de los servicios en salud mental.

7.3 Legislación sobre salud mental y derechos humanos

El contexto de la salud mental en la legislación

Es necesaria una legislación de la salud mental para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, que son un sector vulnerable de la sociedad. Estas personas se enfrentan a la estigmatización, discriminación, y marginación en la mayoría de las sociedades. Esto implica una elevada probabilidad de violación de sus derechos humanos. La legislación debe establecer un fino equilibrio entre los derechos individuales de libertad y dignidad por un lado y la necesidad de protección de la sociedad por el otro.

En el 25% de los países del mundo no existe ninguna legislación nacional de salud mental, lo que supone casi el 31% de la población mundial, aunque los países con un sistema de gobierno federal pueden tener leyes de salud mental en los estados o regiones autónomas. Debe resaltarse que la existencia de una legislación de salud mental no garantiza necesariamente la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. En algunos países, la legislación de la salud mental contiene disposiciones que conllevan a la violación de los derechos humanos.

Actividades que preceden a la formulación de la legislación.

Un país que ha decidido diseñar y promulgar una nueva legislación sobre salud mental debe llevar a cabo ciertas actividades preliminares que puedan guiar este proceso, entre ellas, las siguientes:

- Identificar los principales problemas de salud mental y los obstáculos para poner en práctica los planes y las políticas de salud mental.

- Revisar de manera crítica la legislación existente para identificar las carencias y dificultades.
- Analizar las convenciones y las normativas internacionales sobre los derechos humanos.
- Revisar de manera exhaustiva la legislación sobre la salud mental de otros países, especialmente en aquellos con ambientes sociales y culturales similares.
- Implicar a todos los expertos y a las partes implicadas en el debate y la negociación sobre los posibles componentes de la legislación de la salud mental.

Contenido de la legislación sobre salud mental

Alguna de las cuestiones más importantes para que se traten en la legislación se indican a continuación:

(I) Disposiciones fundamentales para la legislación de la salud mental:

- el principio de la alternativa menos restrictiva.
- confidencialidad.
- consentimiento informado.
- ingreso voluntario e involuntario.
- tratamiento voluntario e involuntario.
- comisión de revisión independiente.
- competencia y tutela.

(II) Disposiciones fundamentales para otra legislación que influya en la salud mental.

Estas incluyen disposiciones legislativas para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales en los siguientes sectores:

- vivienda.
- empleo.
- seguridad social.

La legislación también se puede usar para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales. Debe contener disposiciones específicas para proteger los derechos de los grupos vulnerables tales como mujeres, niños, ancianos y poblaciones indígenas. Otros ejemplos incluyen medidas para promover los vínculos madre-hijo mediante la baja maternal, legislación para la detección precoz y prevención del abuso infantil, leyes que restrinjan el acceso al alcohol y las drogas, y leyes para establecer en las escuelas programas de salud mental.

El proceso de legislación sobre salud mental.

La tarea de diseñar la legislación debería delegarse en un comité constituido especialmente para la ocasión. Se debe presentar un diseño de la legislación propuesta para su debate a todas las partes clave implicadas en el campo de la salud mental. El debate juega un papel importante en la identificación de puntos débiles en la legislación propuesta, de conflictos potenciales con la legislación existente, de cuestiones vitales inadvertidamente omitidas en el borrador de la legislación, y de posibles dificultades prácticas en su puesta en práctica

Las dificultades en su puesta en práctica se pueden anticipar si se adoptan medidas de corrección y se realiza un borrador por etapas. Dichas dificultades pueden surgir debido a la falta de fondos, a la carencia de recursos humanos, a la falta de conciencia de los profesionales, cuidadores, familias y del público general sobre una legislación mental, una falta de acción coordinada, y ocasionalmente problemas de procedimiento.

Se requiere una financiación para las actividades relacionadas con la puesta en práctica de una nueva legislación de salud mental. Se debe realizar un presupuesto adecuado a este objetivo.

Una agencia de coordinación puede ayudar con la puesta en práctica escalonada en el tiempo de varias secciones de la legislación de salud mental. Se puede ayudar a la puesta en práctica con una amplia difusión de las disposiciones de la nueva legislación de salud mental a los usuarios, profesionales de la salud mental, cuidadores, familias y organizaciones de apoyo. Un programa sostenido de educación sanitaria y de aumento de la conciencia pública puede jugar un papel importante también en la puesta en práctica.

7.4 El fomento de la salud mental

Concepto de fomento de la salud mental.

El fomento de la salud mental es un concepto relativamente nuevo. Se ha desarrollado con la intención de reducir la estigmatización y la discriminación y de promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Consiste en una variedad de acciones enfocadas a modificar los principales obstáculos estructurales y de actitud, en la dirección de alcanzar resultados positivos de salud mental en la población.

Importancia del fomento a la salud mental.

La aparición de los movimientos de fomento de la salud mental en muchos países ha contribuido a cambiar la forma de percibir a las personas con trastornos mentales. Los usuarios han comenzado a formar su propia visión de los servicios que necesitan y quieren, y cada vez toman más decisiones, con buena información, sobre el tratamiento u otras cuestiones de sus vidas cotidianas. La propia participación de los usuarios y sus familias en las organizaciones de apoyo puede tener una influencia muy positiva.

El papel de fomento de los diferentes grupos

(I) Usuarios y familias

El papel de los grupos de usuarios va desde influir en las políticas y la legislación hasta proporcionar ayuda concreta a personas con trastornos mentales. Estos grupos han ayudado a sensibilizar al público general con su causa y han ayudado a educar y apoyar a las personas con trastornos mentales. Han denunciado algunas formas de tratamiento que se consideraban negativas, los servicios deficientes, la no accesibilidad a la asistencia o el tratamiento involuntario.

Las familias juegan un papel clave en la asistencia de personas con trastornos mentales, en particular, en los países en vías de desarrollo. En muchos lugares son las que primero proporcionan esa asistencia y sus organizaciones son fundamentales como redes de apoyo. Además, proporcionan apoyo mutuo y servicios, muchos grupos de familias se han convertido en asesores, que educan a la comunidad, que hacen que se incremente el apoyo desde los gestores políticos, que denuncian la estigmatización y la discriminación, y que luchan por la mejora de los servicios.

(II) Organizaciones no gubernamentales

Estas organizaciones pueden ser tanto profesionales, de modo que incluyan sólo a profesionales de la salud mental como interdisciplinarias, incluyendo a miembros de diferentes áreas. Las organizaciones no gubernamentales apoyan a los usuarios y sus familias. Su contribución principal de fomento incluye el respaldo y la capacitación de personas con trastornos mentales y sus familias.

(III) Personal sanitario general y personal de salud mental

El personal de salud mental puede jugar una parte importante en la protección de los derechos del usuario y en la toma de conciencia de la necesidad de unos servicios mejores. Sin embargo, pueden surgir conflictos de interés entre los usuarios y el personal sanitario.

(IV) Diseñadores de políticas y planificadores

Los ministerios de salud, y especialmente sus secciones de salud mental, pueden y deben jugar un papel de apoyo importante. Deben poner en práctica las acciones de fomento directamente, con el fin de influir en el ámbito de salud mental, y en los derechos civiles y sanitarios de la población y los usuarios. Los ministerios de salud pueden influir indirectamente

en la población respaldando a las organizaciones de apoyo (usuarios, familias, organizaciones no gubernamentales, personal de salud mental). Es necesario que cada ministerio de la salud convenza a otros gestores políticos, incluyendo a la rama ejecutiva del gobierno, al ministerio de economía y hacienda y a otros ministerios, así como a los cuerpos legislativo y, judicial y a los partidos políticos, para invertir en centrar la atención en salud mental. Incluso, los ministerios de salud pueden desarrollar muchas actividades de fomento trabajando con los medios de comunicación.

Podríamos encontrar algunas contradicciones en las actividades de fomento de los ministerios de la salud. Algunos de los temas que se apoyan pueden ser también responsabilidades, al menos en parte, de los propios ministerios de salud. Si los ministerios de salud prestan servicios y además defienden la accesibilidad y la calidad de los servicios, podrían volverse vulnerables a la crítica de la oposición política.

Cómo los Ministerios de salud pueden apoyar el fomento

Los ministerios de salud pueden apoyar las actividades de fomento mediante:

- grupos de usuarios, grupos de familias y organizaciones no gubernamentales.
- personal sanitario general y personal de salud mental.
- gestores de políticas y planificadores.
- la población general.

7.5 La mejora de la calidad de la salud mental

El acceso a la atención básica de salud mental debe estar disponible para todo el que la necesite. Esto significa que la salud mental ha de ser asequible, equitativa, accesible geográficamente, basada en la voluntariedad y de calidad adecuada. En muchos países, los servicios para las personas con trastornos mentales permanecen bajo mínimos o no se rigen por estos principios. En un contexto donde los recursos son inadecuados y la salud mental aparece como una nueva prioridad, preocuparse de la calidad puede parecer prematuro. La calidad puede parecer ser más un tema para sistemas sólidamente establecidos y con recursos que para aquellos sistemas que se acaban de establecer.

¿Por qué la calidad es importante para la atención de salud mental?

La calidad es importante en todos los sistemas de salud mental por varias razones. Desde la perspectiva de las personas con trastornos mentales, la buena calidad significa que reciben la atención requerida y que sus síntomas y su calidad de vida mejoran. Desde la perspectiva de los miembros de la familia significa que se les proporciona un apoyo y se les ofrece una ayuda para la preservación de la integridad familiar. Desde la perspectiva de los que proporcionan el servicio o de los gestores del programa significa que la efectividad y la eficiencia están aseguradas. Desde la perspectiva de los gestores de políticas es clave para mejorar la salud mental de la población y asegurar la bendición de cuentas y la relación calidad-precio.

¿Qué es calidad?

En la atención de la salud mental, la calidad es la medida en que los servicios incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados y de si estos cumplen con los requisitos de las prácticas basadas en la evidencia. Para las personas con trastornos mentales, sus familias y la población en su conjunto, esta definición enfatiza que los servicios deben producir resultados positivos. Para los médicos, los planificadores de servicios y los gestores de políticas, supone el mejor uso de la tecnología y de los conocimientos actuales.

Pasos para la mejora de la calidad

Los pasos para mejorar la calidad son cíclicos. Una vez establecida la política, la normativa y los procedimientos de acreditación, la mejora continua de la calidad requiere el control continuo de los servicios, y la integración de las estrategias de mejora de la calidad en la gestión y la mejora de los servicios.

Paso 1: Vincular la política a la mejora de calidad.

Los gestores de políticas juegan un papel fundamental en la búsqueda de la calidad. Ellos están en posición de establecer los parámetros principales de la calidad a través del asesoramiento, la cooperación, la legislación, la financiación y la planificación.

Es imprescindible **la consulta** con todas las partes implicadas en el campo de la salud mental tanto en el desarrollo de la política como en todos los pasos posteriores para la mejora de la calidad. Los gestores de políticas deben tomar medidas para implicar a grupos profesionales, **instituciones académicas**, grupos de apoyo y otros sectores de los servicios sociales y sanitarios. Dichas colaboraciones conforman la columna vertebral del proceso para mejorar la calidad y hacer posible la sostenibilidad a largo plazo. Aportan firmeza y consenso a los mensajes relacionados con la necesidad de la calidad, y también pueden ser una fuerza de movilización para la obtención de recursos y otros apoyos necesarios. Los gestores de políticas deben promover una **legislación** que refleje el interés y el énfasis en la calidad. Los sistemas de **financiación** para la atención de salud mental deben vincularse a aquellos que aumenten la calidad y no obstaculicen su mejora. Mejorar la eficiencia es un objetivo esencial tanto para la mejora de la calidad como para la contención de costes.

Paso 2: Diseñar documentos estandarizados con el asesoramiento de las partes implicadas en salud mental

Un paso esencial hacia la mejora de la calidad de los servicios de salud mental implica el desarrollo de una serie de estándares sobre el tipo de servicios evaluados. Esto requiere que los planificadores y los gestores establezcan un grupo de trabajo, para debatir con las partes implicadas clave y para diseñar un documento de estándares que cubran todos los aspectos del servicio de salud mental, identificando los que pertenecen a campos particulares.

Paso 3: Establecer los procedimientos de acreditación de acuerdo con los criterios del documento de estándares

La acreditación proporciona la oportunidad de evaluar la calidad de la asistencia ofrecida por los servicios de salud mental y proporcionarle el apropiado reconocimiento legal. Es esencial porque hace de la calidad la piedra angular de la concesión de permiso para el ejercicio oficial de los servicios o dispositivos de salud mental

Paso 4: Controlar el servicio de salud mental según el documento de estándares y los procedimientos de acreditación

Es necesario controlar los servicios de salud mental con el fin de evaluar la calidad de la atención. Este control puede tener diferentes formas: el uso de estándares para evaluar los servicios anualmente; el uso de procedimientos de acreditación para evaluar y acreditar los nuevos servicios y para revisar los servicios en funcionamiento; recogida rutinaria de información a través de los sistemas de información existentes; y consulta a las organizaciones independientes de personas con trastornos mentales, cuidadores y grupos de apoyo.

Paso 5: Integrar la mejora de la calidad en la gestión y la prestación de servicios

Aparte del uso de los estándares y de los procedimientos de acreditación para el control de los servicios, es esencial que estos continúen mejorando la calidad asistencial. La mejora continua de la calidad es un proceso continuo de esfuerzo por una calidad óptima.

Esto se puede llevar a cabo mediante:

- revisiones anuales de la calidad de los servicios;
- Incluyendo la revisión de la calidad en los objetivos de planificación de servicios.
- la inclusión de la mejora de calidad en la práctica clínica a través de las prácticas basadas en la evidencia, en guías de práctica clínica, el trabajo en equipo, y la formación profesional continua.
- mejoras en la calidad cuando los servicios ya están funcionando.
- auditorías.

Paso 6: Reformar o mejorar los servicios donde sea apropiado

La evaluación de calidad de los servicios de salud mental resalta los requisitos para su mejora o reforma sistemática. Este paso requeriría una planificación y coordinación concertadas que abarquen varios sectores.

Paso 7: Revisar los mecanismos de calidad

Una vez que los mecanismos de calidad están en funcionamiento, deben de ser revisados al mismo tiempo que los objetivos de los servicios en el ámbito local, por ejemplo cada 5 u 8 años aproximadamente. Esto es necesario para que los mecanismos puedan actualizarse contando con los métodos más efectivos para mejorar la calidad.

7.6 Organización de los servicios de salud mental

Los servicios de salud mental son los recursos donde se prestan las intervenciones de salud mental. El modo en el que están organizados los servicios tiene una importante relación con su efectividad y con el cumplimiento final de los objetivos de las políticas nacionales de salud mental.

Descripción y análisis de los servicios de salud mental

Se pueden identificar diferentes componentes en los servicios de salud mental. La siguiente clasificación no es una recomendación de cómo deben organizarse los servicios sino un intento de trazar en líneas generales la variedad de servicios que se encontraron por todo el mundo.

- (I) Los servicios de salud mental integrados en los sistemas generales de salud se pueden agrupar en líneas generales como ubicados en atención primaria o en hospitales generales.
- (II) Los servicios de salud mental comunitarios se pueden categorizar como específicos y no específicos.
- (III) Las instituciones psiquiátricas hospitalarias incluyen servicios institucionales especializados de salud mental y hospitales psiquiátricos.

Estado actual de la organización de servicios

Desde el punto de vista proporcional muy pocos países tienen una variedad óptima de servicios. En relación a esto podemos sacar dos conclusiones desde las principales experiencias en todo el mundo. En primer lugar, los servicios de salud mental representan un reto tanto para los países en vías de desarrollo como para los desarrollados, aunque la naturaleza de los retos sea distinta. En segundo lugar, los servicios especializados más caros no son la respuesta a estos problemas. Incluso con las restricciones de recursos de los servicios sanitarios de muchos países, mejoras significativas en la prestación de los servicios de salud mental se pueden llevar a cabo desviando los recursos hacia los servicios que son menos costosos, y así se obtienen resultados razonablemente buenos como beneficios para una gran parte de la población.

Recomendaciones para la organización de los servicios

Una cuestión clave para los planificadores de servicios es determinar la composición exacta de los diferentes tipos de servicios de salud mental y los niveles de provisión para los canales concretos de prestación de servicios. Los requisitos generales para los diferentes servicios varían enormemente entre los países, pero las necesidades relativas a los diferentes servicios probablemente sean las mismas en todos los países.

Está claro que los servicios más numerosos deben de ser los servicios comunitarios de salud mental informales y los servicios prestados por personal de atención primaria, seguidos de los servicios de psiquiatría en los hospitales generales, servicios comunitarios de salud mental específicos y finalmente servicios especializados de salud mental.

Las principales recomendaciones son:

- (I) Integrar los servicios de salud mental en el sistema sanitario general.
- (II) Desarrollar servicios de salud mental comunitaria específicos y no-específicos.
- (III) Promover y poner en práctica la desinstitucionalización.

Cuestiones fundamentales para organizar los servicios mentales

Los principios anteriores para la organización de los servicios mentales deben tener en cuenta las intervenciones de salud mental basadas en la evidencia, las necesidades singulares de las personas con trastornos mentales, los modos en que las comunidades y los pacientes tienen acceso a los servicios y otras cuestiones estructurales importantes, como por ejemplo la necesidad de una colaboración inter-sectorial.

Los sistemas de atención sanitaria deben orientarse hacia las necesidades de muchas personas con trastornos mentales crónicos. Estas personas son atendidas de forma inadecuada por un modelo de atención que resalta la importancia de los tratamientos contundentes de los episodios agudos con la esperanza de que la mayoría de los pacientes lleven a cabo una recuperación razonable completa sin requerir más atención posterior, excepto que se diese el caso de un nuevo episodio. Es más apropiado un planteamiento asistencial continuo, dirigido a la totalidad de las necesidades del paciente, incluyendo sus necesidades sociales, ocupacionales y psicológicas.

Las formas de acceso a la atención son las rutas por donde las personas con trastornos mentales acceden a las prestaciones de los servicios de salud mental. Las formas de acceso son diferentes en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo con diferentes niveles de desarrollo del sistema de salud. Ocasionalmente, el acceso a los servicios de salud mental puede verse obstaculizado, dando lugar a retrasos en la búsqueda de ayuda y por lo tanto a una mayor probabilidad de resultados deficientes a largo plazo.

Los planificadores de servicios deben prestar atención también a la eliminación de las disparidades geográficas entre las zonas rurales y urbanas en las prestaciones de servicios de salud mental.

En muchos servicios de salud mental es característico un enfoque centrado en las expectativas del servicio opuesto a uno que va dirigido a las necesidades del sujeto, lo que supone una serie de importantes obstáculos al acceso, especialmente para las personas con trastornos mentales graves, cuyas necesidades van más allá de las intervenciones médicas o terapéuticas. Existe un cambio hacia el modelo centrado en las necesidades lo que implica a la prestación de servicios por ejemplo, la gestión del caso, programas de tratamiento asertivo y creación de lugares de rehabilitación psiquiátrica en zonas rurales. Estos modelos representan un funcionamiento centrado en las necesidades de los pacientes y en una organización de servicios adaptada a estas necesidades.

Las necesidades complejas de muchas personas con trastornos mentales no pueden abordarse sólo en el sector sanitario. La colaboración inter-sectorial es por lo tanto esencial. Se necesita la colaboración tanto en el sector sanitario (intra-sectorial) como entre el sector sanitario y otros sectores (inter-sectorial)

7.7 Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental

El objetivo de este módulo es presentar un modelo para evaluar las necesidades de la atención de salud mental de las poblaciones locales y planificar los servicios de acuerdo con éstas. La intención es proporcionar a los países una serie de herramientas de planificación y de elaboración de presupuestos que puedan ayudar a la prestación de servicios de salud mental en áreas locales.

Los pasos para la planificación y la elaboración de los presupuestos, son los siguientes y se presentan como un círculo.

Paso A: Análisis de la situación

Esto implica la identificación de la población a la que se van a prestar los servicios, la revisión del contexto local de la salud mental, la consulta con todas las partes implicadas clave, la identificación de un responsable para la elaboración de los presupuestos y la planificación de la salud mental, y la revisión de los recursos actuales de salud mental y de la utilización de los servicios.

Paso B: Evaluación de necesidades

Se establecen las necesidades de la población local para la atención de salud mental. Esto incluye el establecimiento de la prevalencia, la incidencia y la severidad de las patologías prioritarias, la estimación de los recursos de servicios para esas necesidades, y el cálculo de los costes de los recursos para los servicios estimados.

Paso C: Establecimiento de objetivos

Se recoge la información anterior y se establecen objetivos para la planificación futura. El establecimiento de objetivos implica la identificación y establecimiento de prioridades para los servicios de salud mental locales, la evaluación de las opciones sobre las prioridades de los servicios más urgentes, y el establecimiento de objetivos a medio plazo para la prestación de servicios.

Paso D: Puesta en práctica

Los sistemas de gestión financiera y presupuestaria se deben llevar a cabo. Se deben controlar y evaluar los servicios con el fin de establecer si los objetivos se están alcanzando. Esto conlleva a la finalización del ciclo de planificación y elaboración de presupuestos hasta la próxima situación de análisis donde se puede aplicar la nueva información sobre los servicios.

1. Bertolote JM (1992) Planificación y administración de acciones en salud mental en la comunidad. En; Levav L, ed. Temas de salud mental en la comunidad (serie PALTEX No. 19). Washington DC: OPS.
2. Bertolote JM (1998) WHO guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. In: Jenkins R, Ustun TB, eds. Preventing mental illness: Mental health promotion in primary care. New York: John Wiley and Sons.
3. Murthy SR (1998) Rural psychiatry in developing countries. *Psychiatric Services*, 49:967-9.

Referencias

1. Alem A et al. (1999) How are mental disorders seen and where is help sought in a rural Ethiopian community? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100:40-7.
2. Araya R et al. (2001) Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and sociodemographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178:228-33.
3. Bower P et al. (2000) Randomized controlled trial of non-directive counselling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost-effectiveness. *British Medical Journal*, 321:1389-92.
4. Breakey WR (1996a) The rise and fall of the state hospital. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
5. Breakey WR (1996b) Developmental milestones for community psychiatry. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
6. Breakey WR (1996c) The catchment area. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
7. Brown GW, Harris TO (1993) Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity. *Psychological Medicine*, 23(1):143-54.
8. Busfield J (1996) Professionals, the state and the development of mental health policy. In: Heller T, Reynolds J, Gomm R, Mustan R, Pattison S, eds. *Mental health matters: a reader*. London: MacMillan; Open University.
9. Cassels A (1995) Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International Development*, 7:329-47.
10. Chisholm D et al. (2000) Integration of mental health care into primary care: demonstration of cost-outcome study in India and Pakistan. *British Journal of Psychiatry*, 176:581-8.
11. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE (2000) Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160:3278-85. 42

12. Cole E et al. (1995) Pathways to care for patients with a first episode of psychosis. A comparison of ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, 167:770-6.
13. Desjarlais R et al. (1995) World mental health: problems and priorities in low income countries. New York: Oxford University Press Inc.
14. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW (2000) Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160: 2101-7.
15. Dixon L, Adams C, Lucksted A (2000) Update on family psycho-education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26:5-20.
16. Ferketich AK et al. (2000) Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine*, 160(9):1261-8.
17. Freeman HL (1996) The evolution of community psychiatry in Britain. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
18. Goeree R et al. (1999) The economic burden of schizophrenia in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44:464-72.
19. Gomel MK et al (1995) Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science and Medicine*, 47:203-11.
20. Goodwin S (1997) *Comparative mental health policy: from institutional to community care*. London: Sage Publications.
21. Gunnell D et al. (1999) Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *British Journal of Psychiatry*, 175:263-70.
22. Harpham T, Blue I, (1995) Urbanisation and mental health in developing countries: an introduction. In: Harpham T, Blue I eds. *Urbanization and Mental Health in Developing Countries*. Aldershot: Avebury. p. 7-8.
23. Jones L (1996) George III and changing views of madness. In: Heller T, Reynolds J, Gomm R, Mustan R, Pattison S, eds. *Mental health matters: a reader*. London: MacMillan: Open University.
24. Kamieniecki GW (2001) Prevalence of psychological distress and psychiatric disorders among homeless youth in Australia: a comparative review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3):352-8.
25. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS (1997) Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5):1101-19.
26. Kilonzo GP, Simmons N (1998) Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, 47:419-28.
27. Kind P & Sorensen J (1993) The costs of depression. *International Journal of Clinical Psychopharmacology*, 7 (3-4):191-5.
28. Knapp MRJ (1997) Cost of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 171:509-18.
29. Kposowa AJ (2001) Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine*, 31(1):127-38.

30. Leff J, Gamble C (1995) Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 24:76-88.
31. Maughan B, McCarthy G (1997) Childhood adversities and psychosocial disorders. *British Medical Bulletin*, 53(1):156-69.
32. Murray CJL, Lopez AD, eds. (1996) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Volume 1).
33. Murray CJL, Lopez AD (2000) Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 9:69-82.
34. Mynors-Wallis L (1996) Problem solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26:249-62.
35. Patel V (2001) Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press Inc. p. 247-61.
36. Reed GM et al. (1994) Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13(4):299-307.
37. Rice D et al. (1990) *The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985*. Rockville: Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (Publication No. (ADM) 90-1694).
38. Rice DP, Miller LS (1996) The economic burden of schizophrenia: conceptual and methodological issues, and cost estimates. In: Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N, eds. *Schizophrenia*. London: Wiley.
39. Schulberg HC et al. (1996) Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 53:913-9.
40. Sharfstein SS (1996) The political and social context of modern community psychiatry. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
41. Shi L (1999) Experience of primary care by racial and ethnic groups in the United States. *Medical Care*, 37:1068-77.
42. Sidandi P et al. (1999) Psychiatric rehabilitation: the perspective from Botswana. *International Journal of Mental Health*, 28:31-7.
43. Sriram TG et al. (1990) Training primary care medical officers in mental health care: an evaluation using a multiple choice questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81:414-7.
44. Somasundaram DJ et al. (1999) Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, 48:1029-46. 45.
45. Spiegel D et al. (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2(8668):888-91.
46. Sullivan G, Burnam A, Koegel P (2000) Pathways to homelessness among the mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(10):444-50.
47. Thornicroft G, Tansella M (1999) *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.

48. Ward E et al. (2000) Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321:1381-8.
49. World Bank (1993) *World development report: investing in health*. New York: Oxford University Press Inc.
50. World Health Organization (2000) *World health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
51. World Health Organization (2001a) *Atlas: Mental health resources in the world*. Geneva: World Health Organization.
52. World Health Organization (2001b) *World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization. Available from: URL: <http://www.who.int/whr/en> (previous reports).
53. Wutzke SE et al. (2001) Cost-effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Social Science and Medicine*, 52:863-70.
54. Ziegelstein RC et al. (2000) Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 160:1818-23.

