

# ATLAS

DE SALUD MENTAL DE LAS AMÉRICAS



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Atlas de salud mental de las Américas 2017  
ISBN: 978-92-75-32041-9

© **Organización Panamericana de la Salud 2018**

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en ([www.paho.org](http://www.paho.org)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web ([www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)).

**Forma de cita propuesta.** Organización Panamericana de la Salud. Atlas de salud mental de las Américas 2017. Washington, D.C.: OPS; 2018.

**Catalogación en la Fuente:** Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

# Atlas de Salud Mental de las Américas

---

## 2017

---



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Washington, DC  
2018



# TABLA DE CONTENIDOS

PREFACIO .....	vii
RESÚMEN EJECUTIVO .....	viii
INTRODUCCIÓN .....	1
LIMITACIONES .....	1
RESULTADOS .....	4
1. GOBERNANZA EN EL ÁMBITO DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL .....	4
2. RECURSOS FINANCIEROS Y HUMANOS PARA SALUD MENTAL .....	11
3. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL .....	17
4. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA SALUD MENTAL .....	27
CONCLUSIONES .....	32

# LISTA DE CUADROS Y FIGURAS

<b>CUADRO 2.1</b> Países y territorios participantes de las Américas, por subregión .....	2
<b>CUADRO 2.2</b> Países y territorios participantes de las Américas por ingreso, según la clasificación del Banco Mundial (2017) ...	3
<b>CUADRO 1.1</b> Existencia y estado de revisión de las políticas y planes de salud mental .....	4
<b>FIGURA 1.1.1</b> Políticas/planes de salud mental y derechos humanos: puntaje de la lista de verificación (% de países que respondieron) .....	5
<b>FIGURA 1.2.1</b> Existencia de una autoridad dedicada o un organismo independiente para evaluar el cumplimiento por subregión	7
<b>FIGURA 1.2.2.</b> Grado de conformidad de la legislación con los instrumentos de derechos humanos (%) .....	8
<b>FIGURA 1.3.1</b> Porcentaje global de países que identifican una colaboración formal con el grupo de partes interesadas (%) .....	10
<b>FIGURA 2.1</b> Mediana del gasto per cápita en salud mental y en hospitales psiquiátricos por subregión y grupo de ingresos (USD \$ [2017]) .....	11
<b>FIGURA 2.2.1</b> Mediana regional de recursos humanos que trabajan en el sector de la salud mental (tasa por 100.000 habitantes) .....	13
<b>CUADRO 2.2.1</b> Mediana de trabajadores de salud mental (tasa por 100.000 habitantes) .....	14
<b>FIGURA 2.2.2</b> Porcentaje de trabajadores de salud mental en los servicios hospitalarios .....	15
<b>FIGURA 2.3.1</b> Número de trabajadores de la salud en entornos de atención de salud generales/no especializados capacitados en el último año .....	16
<b>CUADRO 3.1.1</b> Resumen de indicadores para hospitales psiquiátricos y servicio de psiquiatría en hospitales generales por subregión y grupo de ingresos .....	18
<b>FIGURA 3.1.1</b> Duración de la estadía en hospitales psiquiátricos por subregión y grupo de ingresos (porcentaje de las tasas mediana por 100.000 habitantes) .....	19
<b>FIGURA 3.2.1</b> Número total de camas de salud mental por cada 100.000 habitantes por subregión y grupos de ingresos .....	21
<b>FIGURA 3.3.1</b> Continuidad de cuidados: Porcentaje de personas que son dados de alta del hospital y que tienen una visita ambulatoria de seguimiento dentro de un mes .....	22
<b>FIGURA 3.4.1</b> Prevalencia de población con psicosis, trastorno bipolar y depresión moderada/severa en tratamiento por subregión y grupos de ingresos (por 100.000 habitantes) .....	23
<b>FIGURA 3.5.1</b> Disponibilidad de apoyo social gubernamental para personas con trastornos mentales graves, por subregión y grupos de ingresos .....	25
<b>FIGURA 3.5.2</b> Tipos de apoyos gubernamentales para personas con trastornos mentales (%) .....	26
<b>FIGURA 4.1</b> Programas de promoción y prevención: Proporción de países con al menos 2 programas en funcionamiento por subregión y grupos de ingresos .....	28
<b>FIGURA 4.1.1</b> Tipo de programa/foco principal: % de programas con funcionamiento total .....	29
<b>FIGURA 4.2.1</b> Tasa de suicidio estandarizada por edad por 100.000 habitantes por subregión y grupos de ingreso .....	30
<b>FIGURA 4.2.2</b> Órgano responsable para la determinación del suicidio (tasa de mortalidad por suicidio) (%) .....	31

# PREFACIO

La serie del Atlas de Salud Mental de la OMS se ha establecido como la fuente más completa y ampliamente utilizada de información sobre la situación de la salud mental a nivel mundial. Esta edición del Atlas de Salud Mental de las Américas 2017, resulta relevante en cuanto depósito de información sobre los sistemas de salud mental en los Estados Miembros de la OPS, brindando gran parte de los datos de referencia que permite medir el avance hacia los objetivos y metas del Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020.

El Proyecto del Atlas de Salud Mental de la OMS se inició en 2001 para abordar la brecha de información sobre los recursos de salud mental y fue actualizado en el 2005, 2011 y 2014. El informe regional para las Américas se realizó por primera vez en el 2014. La actual versión 2017 continúa brindando información actualizada sobre la disponibilidad de servicios y recursos de salud mental en toda la región, incluidas asignaciones financieras, recursos humanos e instalaciones especializadas para la salud mental.

Los datos incluidos en este informe demuestran que en la Región de las Américas existe un desarrollo progresivo en relación con las políticas, leyes, programas y servicios de salud mental. Sin embargo, se necesitan aun grandes esfuerzos, compromisos y recursos para alcanzar los objetivos regionales. Los resultados del Atlas 2017 confirman una tendencia ya percibida en ediciones anteriores: los recursos siguen siendo insuficientes para satisfacer la creciente carga de la enfermedad mental, y su distribución es heterogénea. Además, los servicios existentes requieren una transformación que permita mejorar la cobertura y el acceso a la atención en salud mental, asegurando que salud mental sea a todos los efectos parte de las políticas nacionales de cobertura universal en salud. Sin embargo, un hallazgo potencialmente positivo en la región es que hay un pasaje gradual de recursos y servicios desde los hospitales psiquiátricos hacia servicios comunitarios. Este hallazgo indica que los países están avanzando hacia el desarrollo de una salud mental basada en la comunidad, una recomendación clave de la Organización Panamericana de la Salud.

Si bien la diferencia en la capacidad de suministrar datos es significativa entre países, y puede ser incompleta o poco precisa en algunas secciones, se puede apreciar un gran esfuerzo por parte de los Estados Miembros para completar la encuesta. La versión actual cuenta con información de 42 países y territorios, lo que se traduce en una representación del 97% de la población regional.

El Atlas de Salud Mental de las Américas 2017 es un aporte significativo que resume la mayor cantidad de datos disponibles sobre los sistemas de salud mental de la región, permitiendo una visualización de la situación a nivel regional y por subregiones, por un lado, y por otro, permite que los países pueden comparar su propia realidad con el contexto regional.

Confiamos en que el Atlas de Salud Mental de las Américas 2017 ayude a los planificadores de salud y a los creadores de políticas de los países a identificar las áreas que requieren una atención urgente. Además, los investigadores encontrarán los datos de Atlas 2017 útiles para la investigación en servicios de salud. También esperamos que los profesionales de la salud mental y las organizaciones no gubernamentales continúen utilizando el Atlas de Salud Mental en sus esfuerzos para abogar por más y mejores recursos para la salud mental.

## RESUMEN EJECUTIVO

- 34 de los 35 Estados Miembros y la mayoría de los territorios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (98% de la población total) completaron al menos parcialmente el cuestionario Atlas;
- El 97% de los Estados Miembros pudieron informar sobre un conjunto de cinco indicadores seleccionados que abarcaban políticas de salud mental, leyes de salud mental, programas de promoción y prevención, disponibilidad de servicios y fuerza laboral de salud mental.



### GOBERNANZA DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL

- El 76% de los Estados Miembros tiene una política o plan independiente para la salud mental y el 67% tiene una ley de salud mental independiente;
- En los últimos cinco años, el 46% de los Estados Miembros de la OPS han actualizado su política y plan;
- 11 países, equivalentes al 92% de los países que respondieron, han desarrollado o actualizado sus políticas o planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos;
- Los recursos humanos y financieros asignados para salud mental son escasos y limitan la implementación de los planes nacionales. A pesar de ello el 75% de los Estados Miembros informó que poseen indicadores que están disponibles y se utilizan para monitorear la implementación de la mayoría de los componentes de sus planes de acción en salud mental.

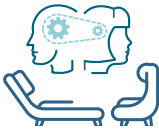


### RECURSOS FINANCIEROS Y HUMANOS PARA LA SALUD MENTAL

- La mediana del gasto anual per cápita en salud mental es de USD \$13,8, con una diferencia significativa entre los países de ingresos altos (US\$ 48 per cápita) y aquellos de ingresos mediano y bajo (US\$ 2,5 per cápita).
- La mediana de gasto público regional en salud mental es de sólo 2,0% del presupuesto de salud y más del 60% de estos fondos se destinan a los hospitales psiquiátricos;
- A nivel regional, la mediana del número de trabajadores de salud mental es de 10,3 por 100.000 habitantes, pero existe una variación extrema entre países y profesiones (de menos de 1 en países de bajos ingresos a 236 en el subgrupo Estados Unidos y Canadá).
- Los profesionales con mayor presencia en el sector de salud mental son los psicólogos/as (5,4 por 100.000 habitantes) especialmente en América del Sur, seguidos por los profesionales en enfermería (3,87 por 100.000 habitantes) especialmente en el Caribe no latino. La representación de los psiquiatras es baja comparada con otros profesionales de salud mental (1,39 por 100.000 habitantes), aunque similar al promedio mundial, y es casi inexistente para el área infantil.



- El 80% de la fuerza laboral para salud mental trabaja en el sector público de salud. En los hospitales psiquiátricos trabajan 1 de cada 5 psiquiatras y un tercio de los profesionales en enfermería en salud mental, quienes atienden a menos del 1% de la población.



---

## DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

---

- La mediana del número de camas para salud mental varía de 16,7 por 100.000 habitantes para los hospitales psiquiátricos a 2,9 por 100.000 habitantes para servicios de psiquiatría en hospitales generales;
- Más de dos tercios de los pacientes hospitalizados en hospitales psiquiátricos (74%) son dados de alta dentro de un año. Sin embargo, un 20% de ellos tienen una estadía mediana mayor a 5 años.
- Los dispositivos residenciales comunitarios están presentes en casi la mitad de los países con una tasa mediana de 1,4 dispositivos por 100.000 habitantes, pero poseen una cantidad de camas 12 veces menor que la tasa de camas de los hospitales psiquiátricos.
- Existen disparidades igualmente grandes entre países en la disponibilidad de servicios para las áreas de atención ambulatoria, infanto-juvenil y el apoyo social.



---

## PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA SALUD MENTAL

---

- 17 países, equivalentes al 73% de los países que respondieron, tienen al menos dos programas nacionales funcionales de salud mental y prevención multisectoriales;
- De los programas informados que son funcionales, la mayoría se destinó a prevención del suicidio, desarrollo infantil temprano, promoción de salud mental en los padres y promoción de la salud mental en las escuelas (15% cada uno).
- El suicidio sigue siendo un problema importante en la Región, con tasas en la subregión de Estados Unidos y Canadá, que superan el promedio mundial.

# INTRODUCCIÓN

El Atlas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene como objetivos proporcionar información actualizada sobre la disponibilidad de recursos y servicios de salud mental existentes y proveer datos básicos para alcanzar las metas establecidas en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020.

El Atlas de salud mental fue elaborado por primera vez en el año 2001 como Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo 2001 (OMS, 2001). Desde entonces, se publicaron actualizaciones sucesivas (OMS, 2005; OMS, 2011; OMS 2014).

A pesar de que los países y territorios de la Región se encuentran representados o incluidos en el informe mundial, poder analizar más en detalle la situación regional permite entender el grado de avance de los países con relación a los compromisos establecidos con el Plan de Acción regional.

Desde el punto de vista metodológico, la información y los datos del Atlas de salud mental se obtienen mediante un cuestionario recopilado por puntos focales designados en cada Estado Miembro de la OMS con el apoyo de las Representaciones de OPS\OMS en cada país<sup>1</sup>. La encuesta y el informe se realizan cada dos años de acuerdo con el compromiso adquirido por los Estados Miembros al aprobar el Plan de acción de salud mental de la OMS.

Esta herramienta recolecta datos relacionados con las siguientes áreas en salud mental:

- a. Gobernanza del sistema de salud mental
- b. Recursos humanos y financieros para la salud mental
- c. Disponibilidad de los servicios de salud mental
- d. Promoción y prevención de la salud mental

Mayores detalles acerca de la metodología pueden ser obtenidos en el informe mundial del Atlas 2017 (OMS, 2018).

# LIMITACIONES

Aunque se han hecho los mejores intentos para obtener información de todos los países de la Región, no todos los participantes proporcionaron datos para todos los indicadores. Esta importante limitación debe tenerse en cuenta al examinar los resultados. Las razones por las que faltan datos pueden ser debidas a que los datos de un indicador simplemente no existen o no pueden notificarse en el tiempo, y en la forma específicamente solicitada en el cuestionario. Un ejemplo lo representa el caso de los presupuestos de salud mental, ya que la atención de la salud mental puede estar integrada en el sistema de atención primaria o desglosada utilizando diferentes categorías de gastos o enfermedades, y esta particularidad hace difícil la obtención de una cifra única.

Por otro lado, en algunos países puede ser difícil la obtención de los datos para ciertas secciones del cuestionario, como la distribución del recurso humano en los diferentes sectores y servicios de salud mental.

## 2. PAÍSES PARTICIPANTES

Los países y territorios de la OPS que figuran en la Tabla 1 han completado el cuestionario del Atlas de Salud Mental de la OMS de 2017. En total 42 países y territorios respondieron al menos parcialmente el cuestionario, lo cual representa el 97% de la población regional total. Para los efectos del presente informe la mención de países incluye también a los territorios, y para facilitar las comparaciones los países se agruparon en (clasificación del Banco Mundial, 2017) (Cuadros 2.1 y 2.2).

<sup>1</sup> World Health Organization. (2015). Mental health atlas 2014. World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/178879>

**CUADRO 2.1 Países y territorios participantes de las Américas, por subregión**

Centroamérica, México y el Caribe latino	Caribe no latino	América del Sur	Canadá y Estados Unidos
Costa Rica	Anguila	Argentina	Canadá
Cuba	Antigua y Barbuda	Bolivia	Estados Unidos
El Salvador	Bahamas	Brasil	
Guatemala	Barbados	Chile	
Honduras	Belice	Colombia	
México	Bermudas	Ecuador	
Nicaragua	Curazao	Paraguay	
Panamá	Granada	Perú	
República Dominicana	Guyana	Uruguay	
	Haití	Venezuela	
	Islas Caimán		
	Islas Turcas y Caicos		
	Islas Vírgenes Británicas		
	Jamaica		
	Montserrat		
	Saint Kitts y Nevis		
	San Martín		
	San Vicente y las Granadinas		
	Santa Lucía		
	Suriname		
	Trinidad y Tabago		
N=9	N=21	N=10	N=2

**CUADRO 2.2 Países y territorios participantes de las Américas por ingreso, según la clasificación del Banco Mundial (2017)**

Países de ingreso bajo	Países de ingreso mediano-bajo	Países de ingreso mediano-alto	Países de ingreso alto
Haití	Bolivia	Argentina	Antigua y Barbuda
	El Salvador	Belice	Bahamas
	Guatemala	Brasil	Barbados
	Guyana	Colombia	Canadá
	Honduras	Costa Rica	Chile
	Nicaragua	Cuba	Estados Unidos
	Paraguay	San Vicente y las Granadinas	Trinidad y Tabago
		Ecuador	Saint Kitts y Nevis
		Granada	Uruguay
		Jamaica	
		México	
		Panamá	
		Perú	
		República Dominicana	
		Santa Lucía	
		Suriname	
		Venezuela	
N=1	N=7	N=17	N=9

# RESULTADOS



## 1. GOBERNANZA EN EL ÁMBITO DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL

### 1.1 POLÍTICAS Y PLANES DE SALUD MENTAL

La política de salud mental puede ser definida como una declaración oficial de un gobierno que transmite un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de los trastornos mentales en una población. Un plan de salud mental es un esquema detallado de acción que generalmente incluye la definición de principios para las estrategias y el establecimiento de cronogramas y recursos necesarios.

La primera línea estratégica de acción del Plan de acción sobre salud mental de la OPS se refiere a la formulación y ejecución de políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental. Sus objetivos tienen relación con reforzar el liderazgo y la gobernanza para la formulación de planes de salud mental integrados en las políticas públicas y mejorar la disponibilidad de leyes nacionales sobre salud mental acordes con los instrumentos internacionales de derechos humanos.

La existencia de una política y plan de salud mental, ayuda a mejorar la organización y la calidad de la prestación de servicios de salud mental, la accesibilidad y la atención comunitaria de las personas con trastornos mentales y sus familias. Un total de 32 países disponen de una política o un plan de salud mental independiente, lo que representa un 82% de los países que contestaron. Por otro lado, 16 países (38%) han actualizado su política/plan en los últimos cinco años (desde el 2013) y 25 países (60%) lo han hecho en los últimos diez años (desde el 2007) (Cuadro 1.1.1).

**CUADRO 1.1 Existencia y estado de revisión de las políticas y planes de salud mental**

Países que declaran tener una política/plan de salud mental independiente			Países que declaran haber actualizado su política/plan en los últimos 5 años (desde el 2013)		
Subregión	Número	% de respondedores	Subregión	Número	% de respondedores
Canadá y Estados Unidos (N=2)	2	100%	Canadá y Estados Unidos (N=2)	1	50%
Centroamérica, México y el Caribe latino (N=9)	6	67%	Centroamérica, México y el Caribe latino (N=9)	2	22%
Caribe no latino (N=21)	15	71%	Caribe no latino (N=21)	10	48%
América del Sur (N=10)	9	90%	América del Sur (N=10)	3	30%
Total (N=42)	32	76%	Total (N=42)	16	38%

La variación entre las sub-regiones de las Américas es limitada, y se puede observar que la mayoría de los países tienen políticas/planes, con una proporción importante de ellos que los han actualizado en los últimos cinco años. De los siete países que no tienen una política independiente en materia de salud mental en nuestra Región, tres tienen políticas y planes de salud mental integrados en otras políticas o planes de salud general o de discapacidad.

En relación con el Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 se puede ver que se han logrado avances en los dos objetivos de la primera línea estratégica, y actualmente se superó la meta para el 2020 de 30 países que tienen una política o plan nacional sobre salud mental en línea con los planes regional y mundial de salud mental.

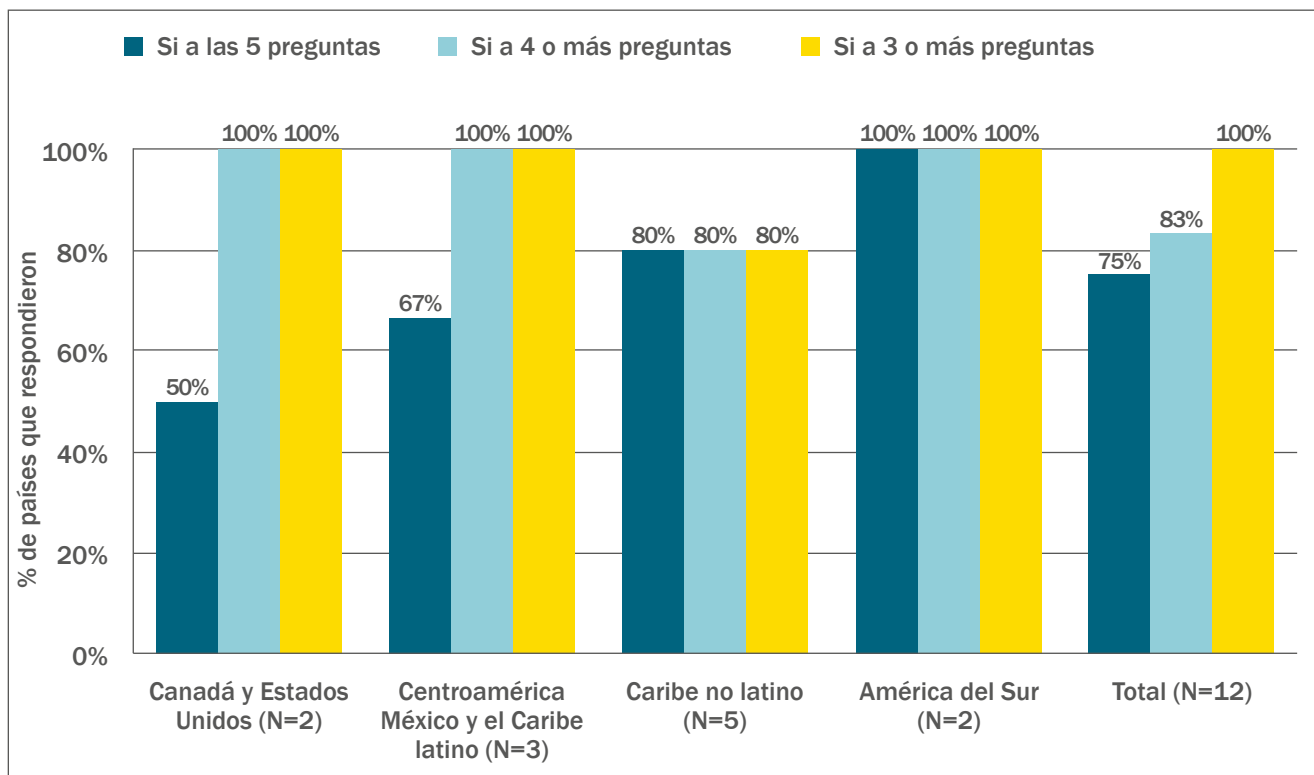
Con respecto a la conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos, esta sección se autocalifica mediante cinco elementos de una lista de verificación: (1) La política/plan promueve la participación de las personas con trastornos mentales en los procesos de toma de decisiones; (2) La política/plan promueve un enfoque de recuperación para la salud mental; (3) La política/plan promueve una amplia gama de servicios y apoyos para que las personas vivan de manera independiente

e incluidas en la comunidad; (4) La política/plan presta atención explícita al respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales; (5) La política/plan promueve la transición hacia los servicios de salud mental comunitarios.

Todos los países que respondieron a este indicador (N=21) consideran que su política/plan promueve la transición hacia los servicios de salud mental basados en la comunidad y prestan atención explícita al respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales.

Más de dos tercios de los países que respondieron consideran que su política/plan cumple con cada uno de los tres siguientes elementos de la lista de verificación: promueve una gama completa de servicios y apoyos para permitir que las personas vivan de forma independiente y se incluyan en la comunidad; promueve un enfoque de recuperación (incluida la participación de los usuarios del servicio de salud mental en el desarrollo de sus planes de tratamiento y recuperación); promueve la participación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales en los procesos de toma de decisiones sobre problemas que los afectan (Figura 1.1.1).

**FIGURA 1.1.1 Políticas/planes de salud mental y derechos humanos: puntaje de la lista de verificación (% de países que respondieron)**



Utilizando un puntaje total en estos cinco elementos de la lista de verificación para evaluar la integridad de la política en términos de derechos humanos, el 100% de los países que respondieron obtuvieron al menos 3, y un 75% completaron los cinco elementos de la lista de verificación. Existen algunas variaciones entre subregiones, sin embargo, la cantidad de países que respondieron fue discreta (N=12).

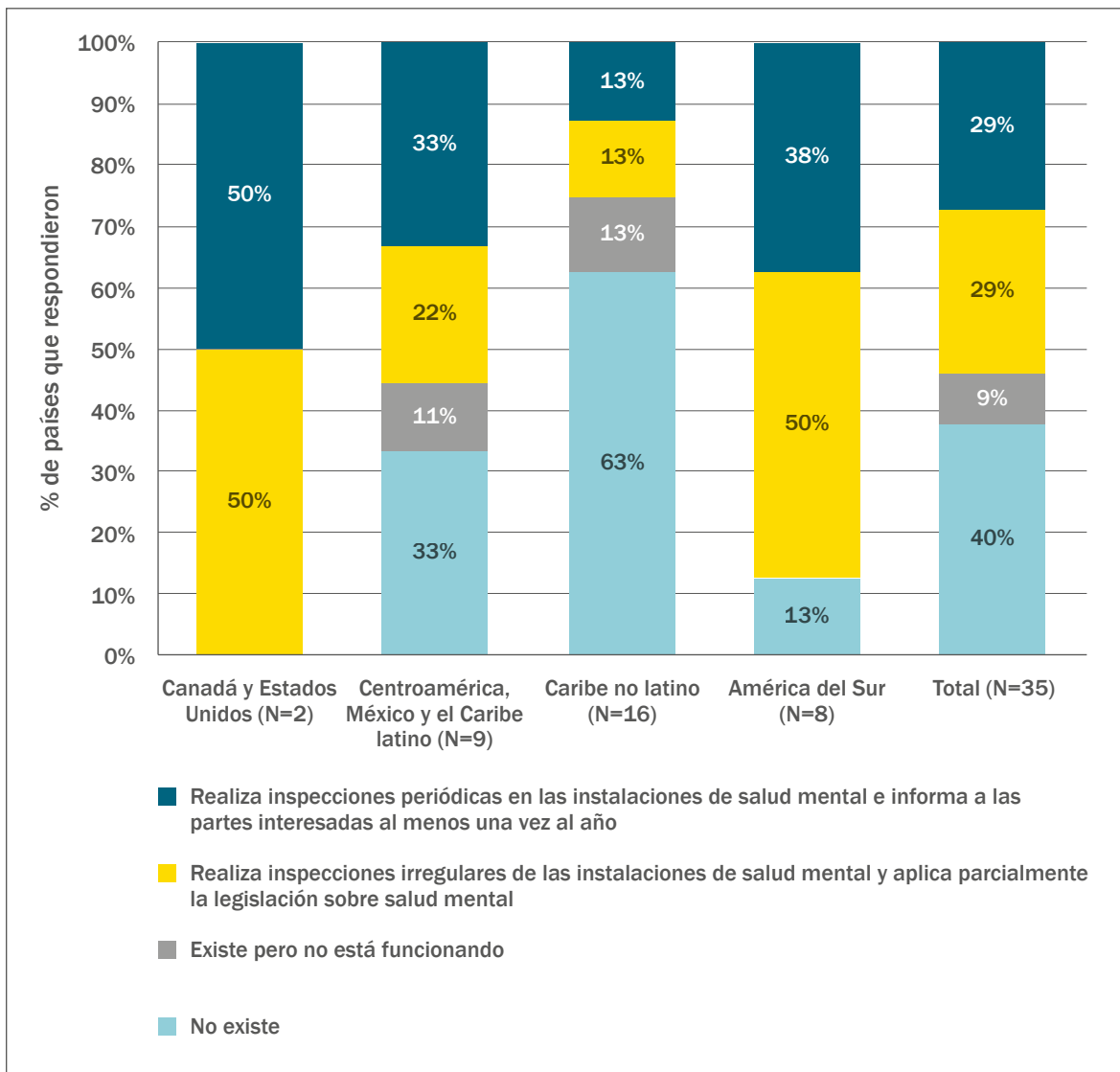
## 1.2 LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL

La legislación sobre salud mental es también un componente específicas principalmente relacionadas con la salud mental, que normalmente se centran en cuestiones como la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, la internación y el tratamiento involuntario, el alta tutelada, la capacitación profesional y la estructura de los servicios. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CRPD) representa el documento internacional de referencia sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad mental.

Un total de 26 países informan tener una ley independiente de salud mental, lo cual representa el 60% de los países de la región y el 67% de los que presentaron una respuesta (N=39). Entre ellos, 12 países (46%) han actualizado su legislación de salud mental en los últimos cinco años (desde el 2012). Un porcentaje importante de los países no tienen una actualización de la legislación posterior a 1990 (27%, 7 países). De los 13 países que declaran no tener una ley independiente para la salud mental, 8 cuentan con legislación sobre salud mental integrada en la ley general de salud o discapacidad.

Para valorar el progreso hacia la conformidad de la legislación de salud mental con los instrumentos internacionales de derechos humanos, se solicitó a los países autoevaluar la existencia y el nivel de funcionamiento de una autoridad específica o un organismo independiente para evaluar el cumplimiento de dicha legislación (Figura 1.2.1).

**FIGURA 1.2.1 Existencia de una autoridad dedicada o un organismo independiente para evaluar el cumplimiento por subregión**

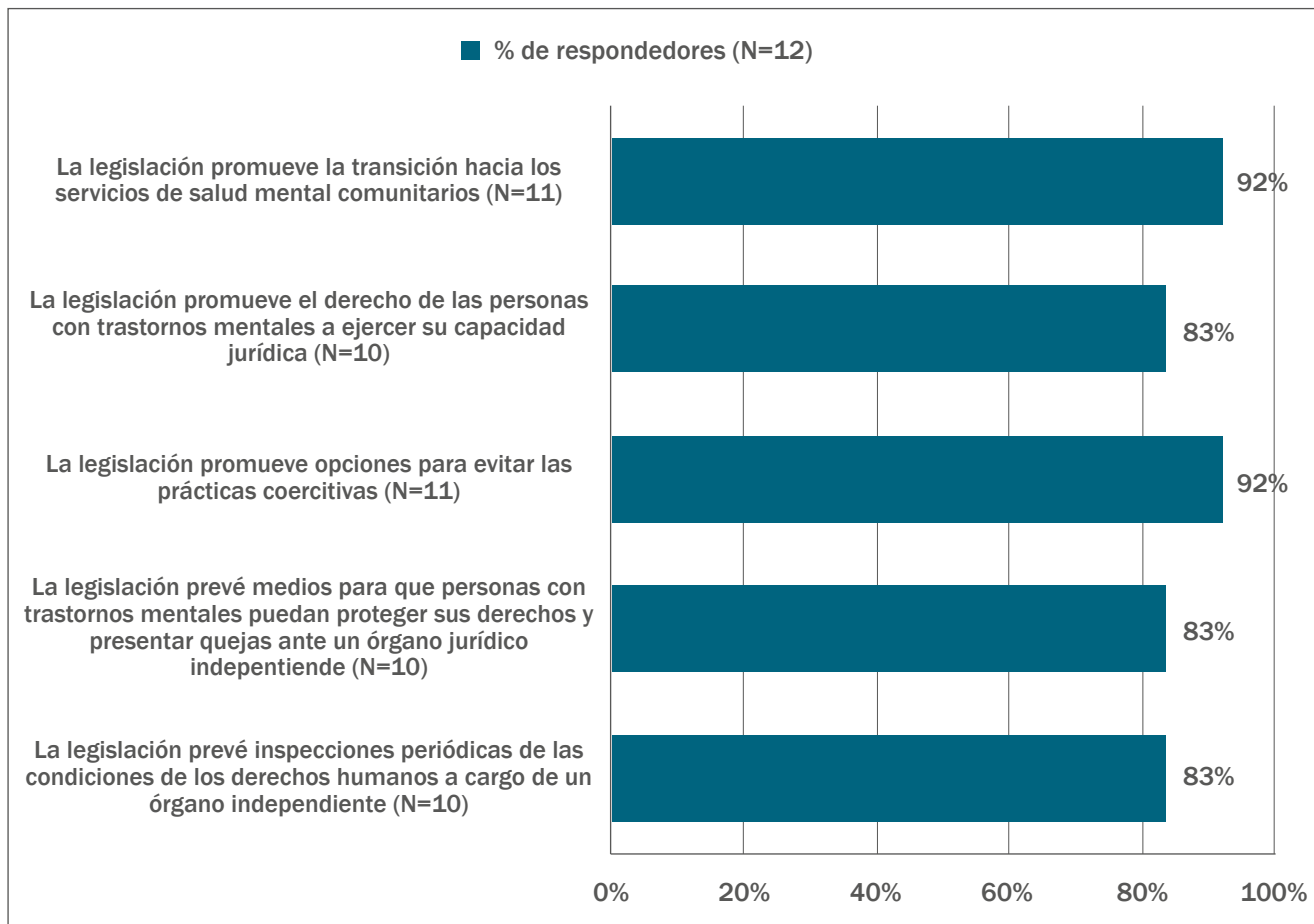


Una autoridad dedicada o un organismo independiente existe en un 60% de los países, pero no está funcionando en un 9% de los países que respondieron (N=35). Solo el 25% de los países encuestados informaron que este organismo realiza inspecciones periódicas en establecimientos de salud mental e informa al menos anualmente a las partes interesadas.

Respecto a la conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos, del total de 12 países que entregaron respuestas, 11 de ellos aprobaron al menos tres elementos de la lista de verificación, nueve de ellos lo hicieron para los cinco elementos (Figura 1.2.2).



**FIGURA 1.2.2 Grado de conformidad de la legislación con los instrumentos de derechos humanos (%)**



El 92% de los países que respondieron tiene una legislación que promueve la transición hacia los servicios de salud mental de base comunitaria; el 83% posee una legislación que promueve los derechos de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales para ejercer su capacidad jurídica; el 92% de los países tiene una legislación que promueve alternativas a la práctica coercitiva; el 83% tiene una legislación que prevé medios

para que personas con trastornos mentales puedan proteger sus derechos y presentar quejas ante un órgano jurídico independiente; y el 83% posee una legislación que prevé inspecciones periódicas de las condiciones de los derechos humanos en instalaciones de salud mental por un organismo independiente.

## 1.3 PARTICIPACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS

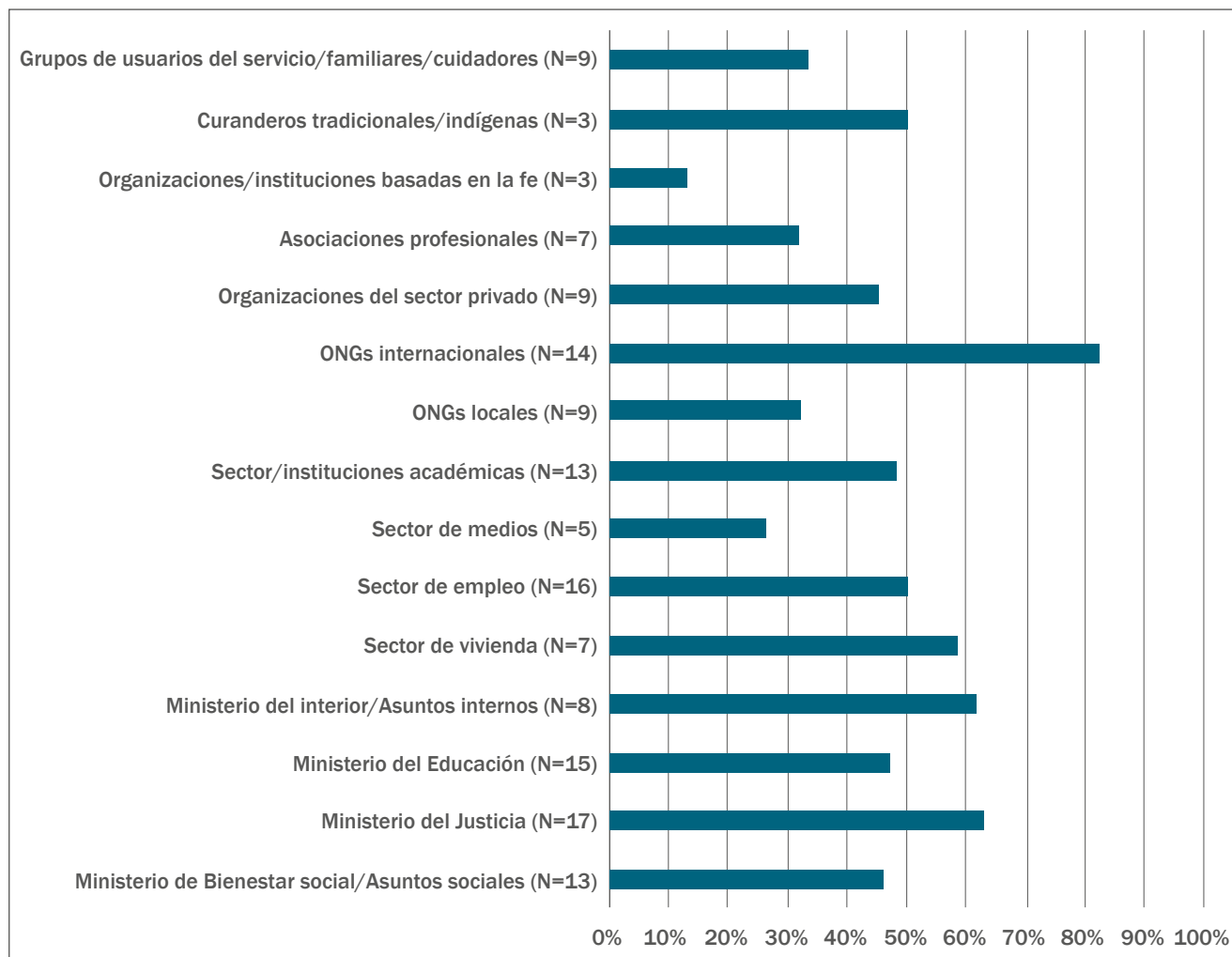
La participación de las partes interesadas, en particular de las asociaciones de usuarios y familiares, abarca diferentes temas, como por ejemplo: la disponibilidad de información sobre organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, y de familiares y cuidadores; una política de participación promovida por el ministerio de salud; la participación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como de sus familiares y cuidadores, en el desarrollo de políticas y legislaciones de salud mental; participación en los comités de gobierno interesados en la política de salud mental y el desarrollo de servicios; y la disponibilidad de recursos para la participación y el reembolso de los costos asociados.

Para conocer la participación de las partes interesadas se elaboró una lista de verificación. Se solicitó a los países que identificaran si hay colaboraciones constantes entre los servicios gubernamentales de salud mental y otros departamentos, servicios y sectores. También se les pidió que identificaran el número y tipo de colaboradores actuales involucrados en la planificación o prestación de servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental.

Las colaboraciones con las partes interesadas directos se consideraron como una colaboración formal solo cuando estaban presentes al menos dos de cada tres de los siguientes elementos de la lista de verificación: a) ¿Existe un acuerdo formal o un plan conjunto con esta parte interesada? b) ¿Hay fondos específicos de esta parte interesada para la prestación del servicio y c) ¿Hay reuniones regulares con esta parte interesada (al menos una vez al año)?

De un total de 39 países que respondieron, 36 informaron tener al menos una colaboración formal con las partes interesadas. Sin embargo, la distribución varía significativamente entre los sectores (Figura 1.3.1).

**FIGURA 1.3.1 Porcentaje global de países que identifican una colaboración formal con el grupo de partes interesadas (%)**



La principal colaboración formal que tienen los países de la región es con las organizaciones no gubernamentales internacionales (82%), los ministerios de justicia (63%), del interior/asuntos internos (62%) y el sector de vivienda (58%). Sin embargo, la colaboración no formal con los servicios de salud mental gubernamentales es más frecuente con los ministerios de educación (97%), de bienestar social (85%), y de justicia (80%), además de las ONGs locales (91%) y las instituciones académicas (83%). Sólo 33% de los países (N=9) informaron colaboraciones constantes con usuarios de servicios y asociaciones de familiares/cuidadores de personas con enfermedad mental.

Resumiendo, la información disponible acerca de la legislación sobre salud mental, 22 de los países (67%) tienen una legislación específica e independiente para salud mental, que se ejecuta parcial o totalmente, con un cumplimiento satisfactorio de los estándares de derechos hu-

manos. En los últimos cinco años, el 46% de los países han actualizado su política y plan y el 92% han desarrollado o actualizado sus políticas o planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos. La mayoría de los países tiene colaboraciones con interesados directos, entre las que destacan las existentes con las organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, ministerios de justicia, del interior/asuntos internos, educación y bienestar social, además de las instituciones académicas.

La alta tasa de conformidad de las leyes de salud mental con los instrumentos internacionales de derechos humanos supera la meta del indicador del Plan de Acción en Salud Mental 2015-2020 de la OPS, que establece un número de 18 países que habrán desarrollado o actualizado su ley de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos para el año 2020.



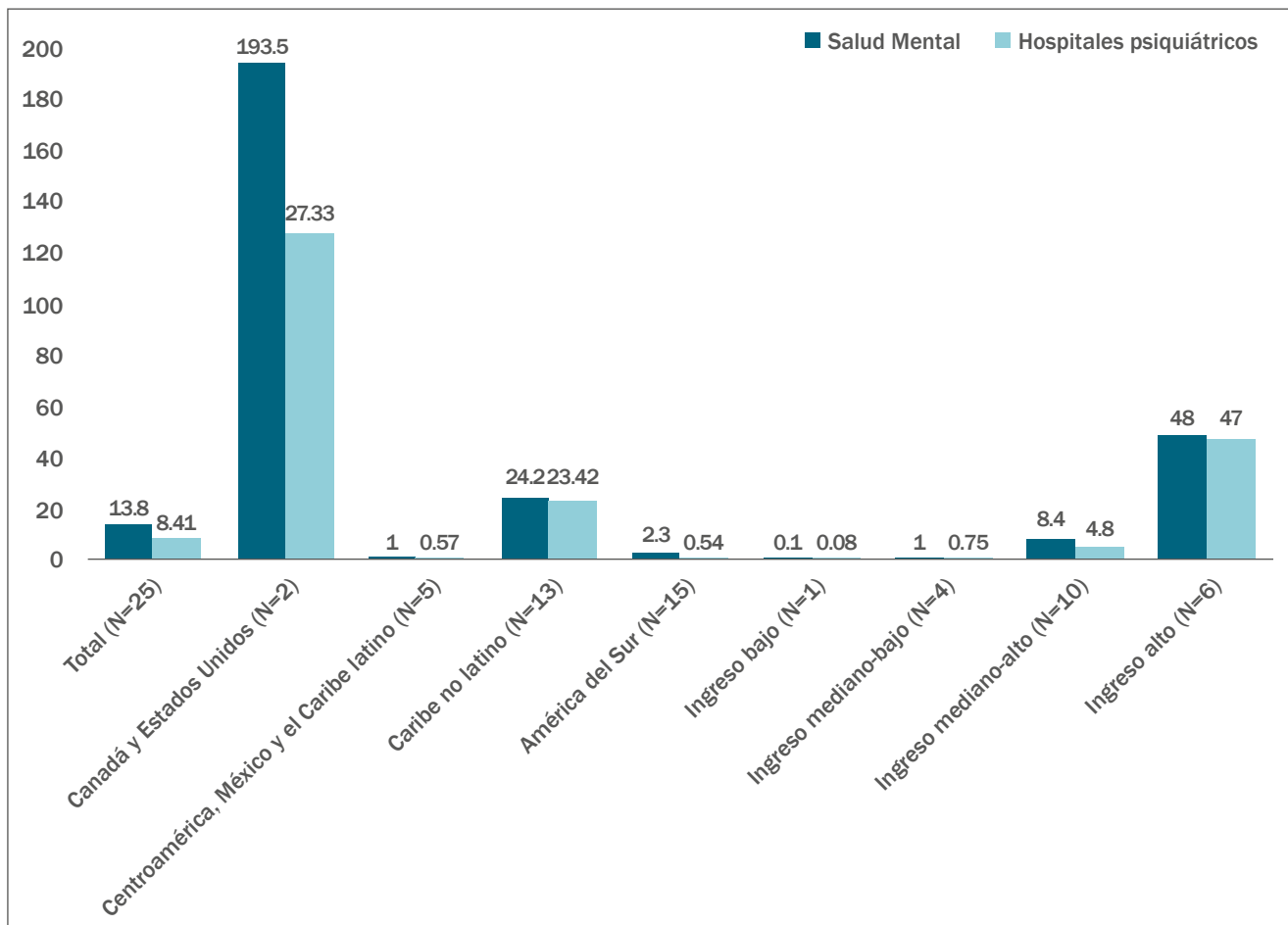
## 2. RECURSOS FINANCIEROS Y HUMANOS PARA LA SALUD MENTAL

Los recursos financieros son un requisito fundamental para el cumplimiento de los objetivos de los planes y programas, así como para el desarrollo y mantenimiento de los servicios de salud mental. Sin embargo, la estimación del gasto en salud mental en un país es compleja, debido a la variedad de fuentes de financiamiento (empleadores y hogares, así como agencias gubernamentales o no gubernamentales, e inclusive diversas fuentes dentro de las mismas instancias de gobierno de acuerdo al nivel de atención por ejemplo), diversos proveedores de servicios (servicios especializados de salud mental, servicios generales de salud, atención primaria, y servicios de asistencia social) y la variedad de los servicios proporcionados.

### 2.1 GASTO PÚBLICO EN SALUD MENTAL

Los gobiernos son la fuente principal de financiación para la atención y el tratamiento de los trastornos mentales graves en la Región. El 60% de los países (N=25) pudieron proporcionar información total sobre el gasto en salud mental, y específicamente en relación con los hospitales psiquiátricos. La mediana del gasto anual en salud mental per cápita, entre los países que respondieron, es de US\$ 13,8, habiendo variaciones importantes entre los diferentes niveles de ingresos. Los niveles de gasto en los grupos de países de ingresos bajo (US\$ 0,1), mediano bajo (US\$ 1) y mediano alto (US\$ 8,4) son muy limitados y están muy por debajo de las medianas estimadas para los países de ingresos altos de la Región (US \$ 48 per cápita) (Figura 2.1).

**FIGURA 2.1 Mediana del gasto per cápita en salud mental y en hospitales psiquiátricos por subregión y grupo de ingresos (USD \$ [2017])**



La mayoría del gasto público en salud mental está destinado a los hospitales psiquiátricos. Los países de la Región que contestaron (N=25) destinan el 61% del gasto público en salud mental para los hospitales psiquiátricos, disminuye a 33% en países de ingresos altos y aumenta hasta casi el 100% en países de ingreso alto del Caribe no latino.

En relación a las enfermedades graves, el 81% de los países que respondieron esta pregunta (N = 37) informaron que la atención y el tratamiento de personas con psicosis, trastorno bipolar y depresión moderada/grave están incluidos en los esquemas nacionales de seguro médico o reembolso. En otra pregunta sobre cómo las personas con enfermedades mentales graves pagan por los servicios, se estimó que un 5% de ellas pagan los servicios de salud mental principalmente o totalmente de su bolsillo y un 9% pagan de su bolsillo los medicamentos psicotrópicos. Las mayores tasas de gasto de bolsillo en salud mental se reportaron en los países de ingresos bajos.

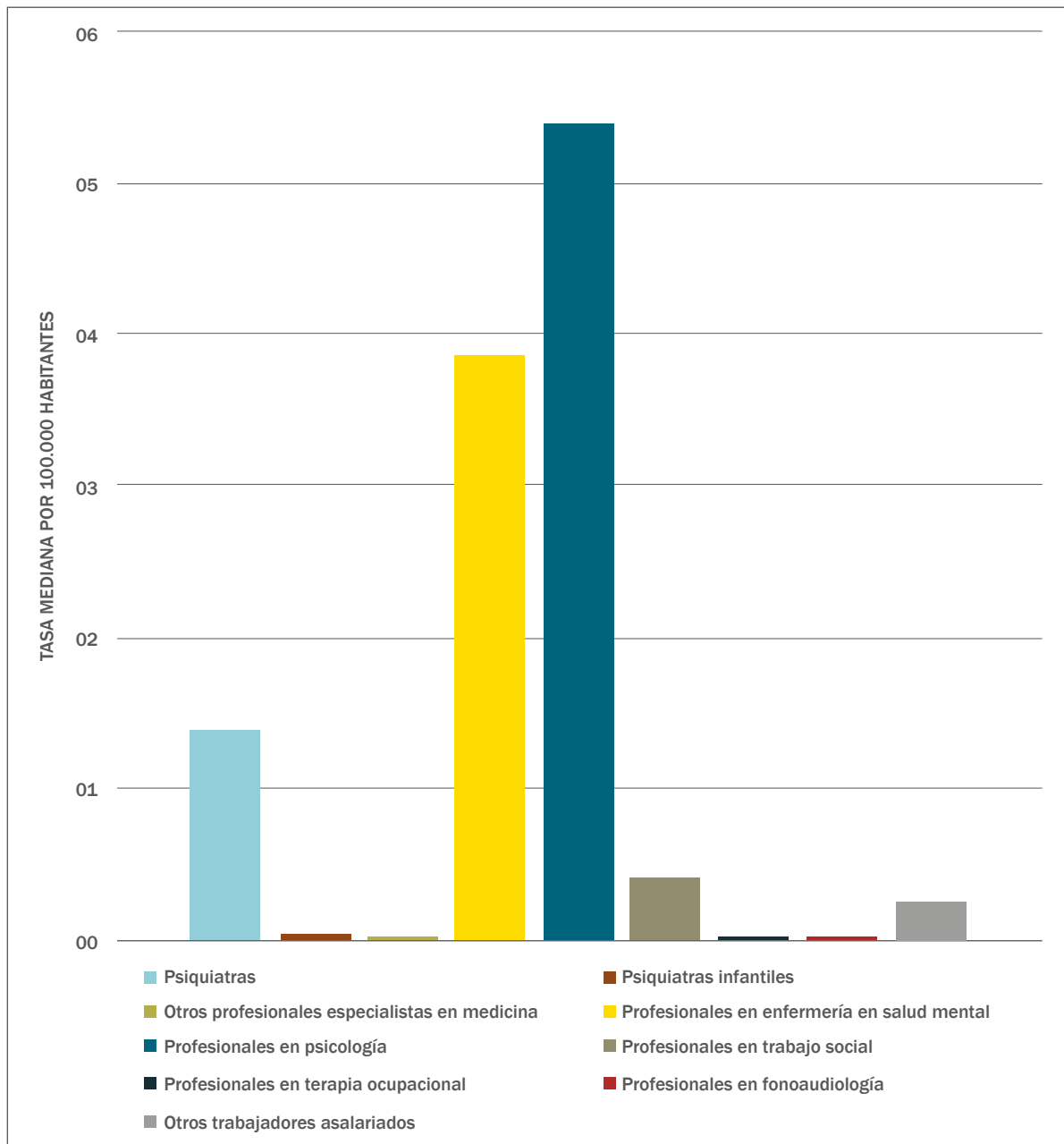
## 2.2 PERSONAL DE SALUD MENTAL

Se solicitó a los países que proporcionaran estimaciones del número total de profesionales de salud mental que trabajan en el país, desglosados por ocupación específica (incluidos psiquiatras, otros profesionales en medicina, enfermería, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, y otros trabajadores remunerados que trabajan en salud mental). Un total de 34 países pudieron proporcionar estimaciones parciales de trabajadores de salud mental, en muchos casos también desglosados por tipos de centros de atención (servicios de salud mental, hospitales, servicios de salud mental de niños y adolescentes).

Con base en estos datos proporcionados, la mediana regional es de 10,3 trabajadores de salud mental por 100.000 habitantes, o 1 por cada 10.000 personas, y las tasas varían desde menos de 1 por 100.000 habitantes en los países de bajos ingresos a más de 50 por 100.000 habitantes en los países de altos ingresos (Figura 2.2.1).



**FIGURA 2.2.1 Mediana regional de recursos humanos que trabajan en el sector de la salud mental (tasa por 100.000 habitantes)**



En nuestra Región, la tasa mediana de recursos humanos en salud mental varía según las profesiones, desde 0,02 profesionales en terapia ocupacional hasta 5,4 profesionales en psicología por 100.000 habitantes. En cuanto a la composición total del personal de salud mental, 47% son profesionales en psicología, 34% profesionales en enfermería en de salud mental, 12% son psiquiatras, 3,6% profesionales en trabajo social, 2,2% trabajadores de otro tipo, 0,2% profesionales en terapia ocupacional, 0,1% otros profesionales de la medicina y 0,03 psiquiatras infantiles. Los psiquiatras siguen siendo un recurso huma-

no escaso, con una mediana regional de 1,4 psiquiatra por cada 100.000 habitantes, que es similar al promedio mundial (1,3 por 100.000 habitantes). Comparado con la información en otras regiones del mundo, las Américas posee la mayor proporción de profesionales en psicología entre los trabajadores de salud mental y su tasa es cinco veces mayor que el promedio mundial. Además, en la región es especialmente preocupante la escasez de psiquiatras infantiles, profesionales en terapia ocupacional y fonoaudiología, cuya baja representatividad se repite en otras regiones del mundo (Cuadro 2.2.1).

**CUADRO 2.2.1 Mediana de trabajadores de salud mental (tasa por 100.000 habitantes)**

	Psiquiatras	Psiquiatras infantiles	Otros profesionales especialistas en medicina	Profesionales en enfermería en salud mental	Profesionales en psicología	Profesionales en trabajo social	Profesionales en terapia ocupacional	Profesionales en fonoaudiología	Otros trabajadores asalariados	Total
<b>Total (N=39)</b>	1,4	0,0*	0,0*	3,9	5,4	0,4	0,0*	0,0	0,2	10,3
<b>Subregión</b>										
Canadá y Estados Unidos (N=2)	12,6	2,0	-	36,5	39,3	92,5	3,7	25,5	78,1	235,5
Centroamérica, México y el Caribe latino (N=9)	0,9	0,0*	0,1	0,2	7,3	0,3	0,0*	0,0	0,0	10,9
Caribe no latino (N=18)	1,2	0,0	0,0	7,9	0,6	0,5	0,0	0,0	5,0	9,7
América del Sur (N=18)	2,4	0,2	0,6	0,1	8,6	0,2	0,1	0,1	0,5	8,8
<b>Grupo de ingreso</b>										
Ingreso bajo (N=1)	0,1	0,0	0,0	0,2	0,6	0,4	0,0*	0,0*	0,0	1,2
Ingreso mediano-bajo (N=7)	0,7	0,0*	0,0*	0,0	1,8	0,2	0,0	0,0	0,0	2,1
Ingreso mediano-alto (N=17)	1,8	0,2	0,5	4,0	7,3	0,6	0,1	0,0	0,5	24,6
Ingreso alto (N=8)	0,6	1,0	0,0	4,3	0,0	4,0	0,0	0,5	5,0	8,7

\* los valores son igual o menores a 0,04

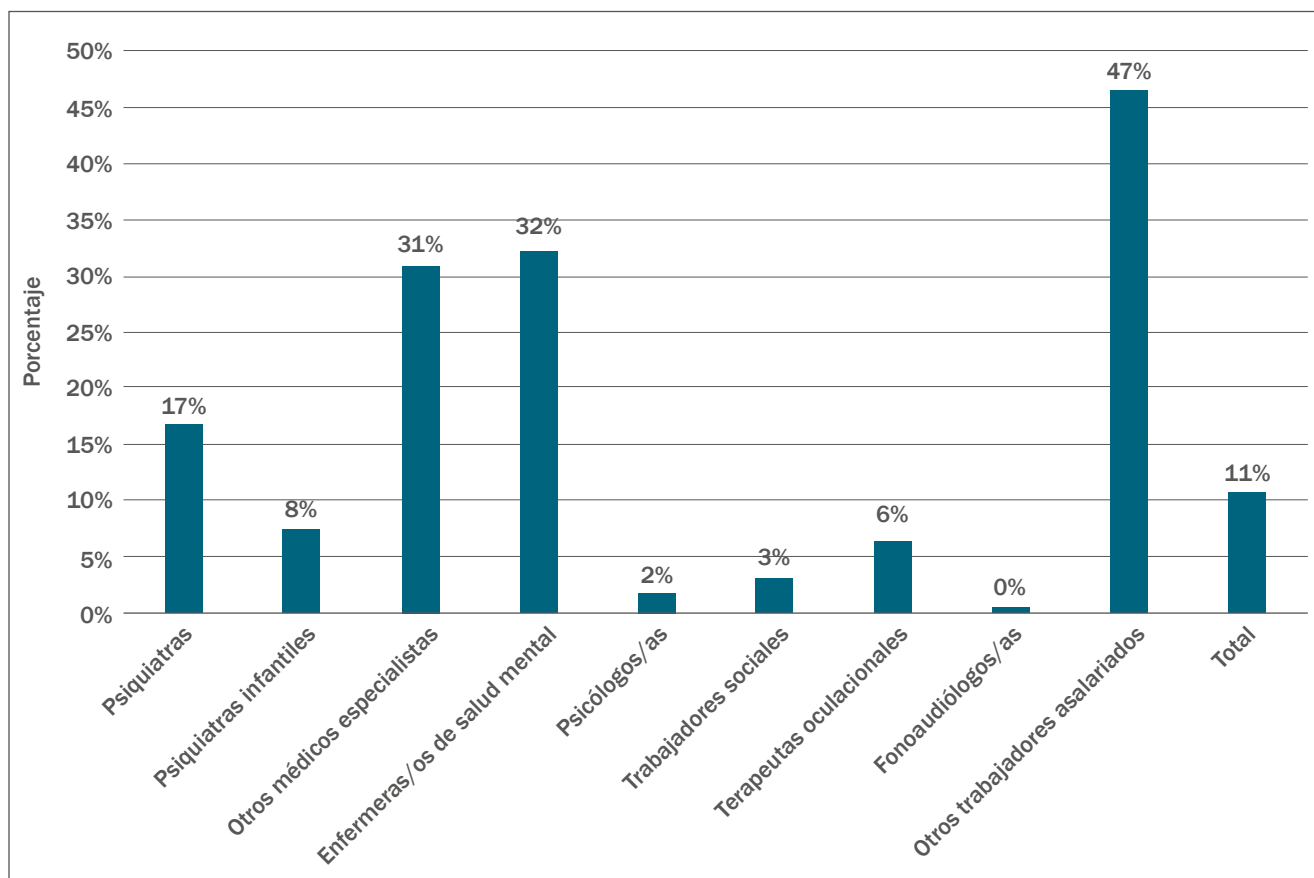
Existen importantes diferencias en la tasa de trabajadores de salud mental entre las subregiones. En Estados Unidos y Canadá, existe la mayor fuerza laboral de la Región, principalmente por la gran concentración de trabajadores sociales (92,5 por 100.000 habitantes) y psicólogos/as (39,3 por 100.000 habitantes). El resto de las subregiones poseen una fuerza laboral principalmente conformada por profesionales en psicología en América del Sur, Central y Caribe latino, y profesionales en enfermería en salud mental en el Caribe no latino. Existen variaciones importantes según el nivel de ingreso del país: hay 6,3 psiquiatras por 100.000 habitantes en los países de altos ingresos en comparación con menos de 0,5 por 100.000 habitantes en los países de mediano y bajo ingreso. De manera similar, hay más de cuatro enfermeras trabajando en salud mental por cada 100.000 habitantes en países de altos ingresos en comparación con menos de 0,2 por 100.000 habitantes en países de ingreso mediano-bajo.

## Personal de los establecimientos hospitalarios y ambulatorios

La proporción de personal de salud mental en los servicios gubernamentales de salud mental para pacientes internados y ambulatorios muestra que, regionalmente, el 80% de la fuerza laboral de salud mental trabaja en el sector público de salud. Esto también puede reflejar el subregistro de la fuerza laboral de salud mental en el sector privado debido a la limitada disponibilidad de datos a nivel nacional.

Entre los 31 países que informaron sobre el porcentaje de trabajadores gubernamentales de salud mental, 17% de los psiquiatras, 8% de los psiquiatras infantiles, 31% de otros profesionales en medicina y 32% de los profesionales en enfermería trabajan en hospitales psiquiátricos. Estas proporciones no guardan relación con la población beneficiaria ni con el presupuesto asignado a los hospitales psiquiátricos, siendo instituciones que concentran los recursos humanos y los gastos en salud mental (Figura 2.2.2).

**FIGURA 2.2.2** Porcentaje de trabajadores de salud mental en los servicios hospitalarios



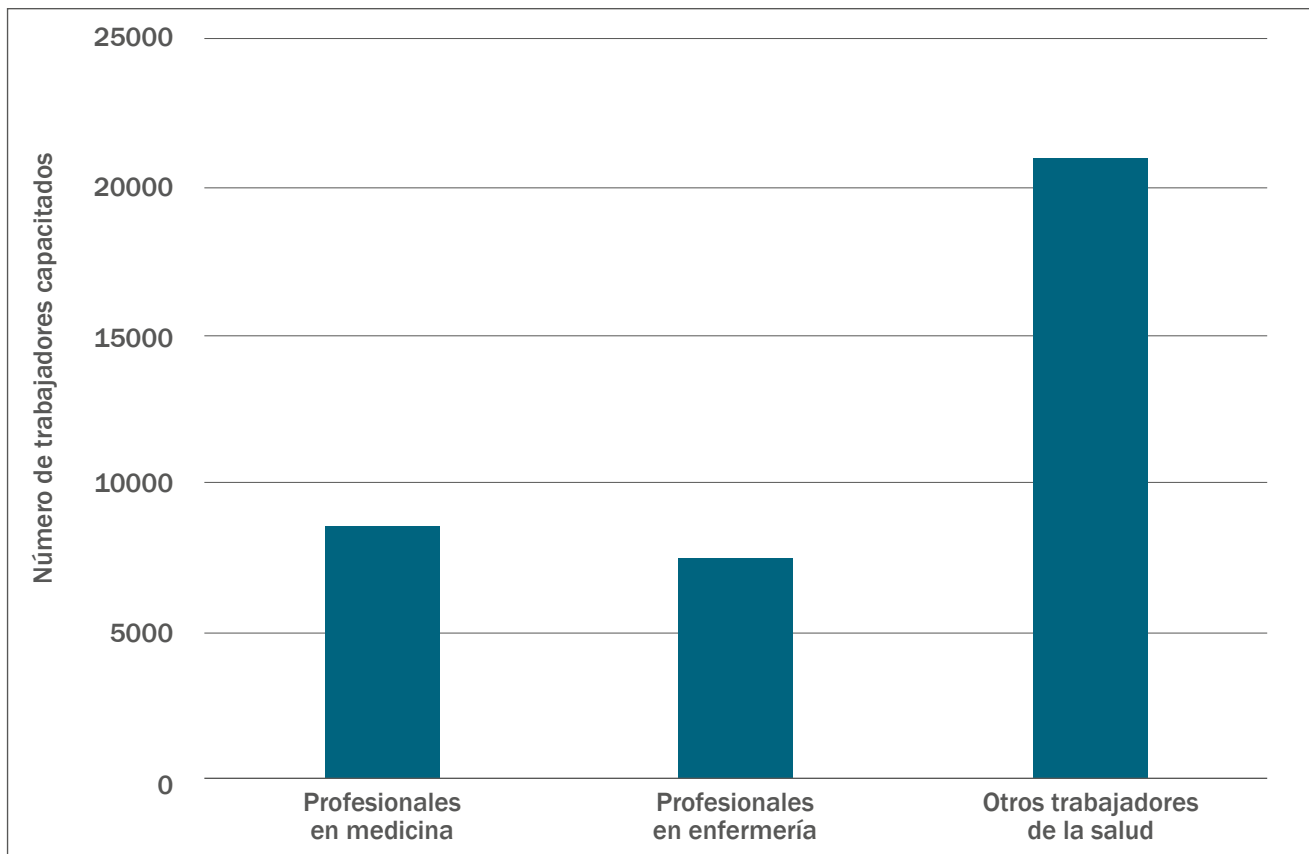


## 2.3 CAPACITACIÓN EN SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

La capacitación del personal de atención primaria en salud mental, como la realizada mediante el programa mhGAP, es un elemento crucial para mejorar la capacidad de este sector en el reconocimiento y tratamiento de pacientes

con enfermedades mentales, contribuyendo a la reducción de la brecha de tratamiento. Se solicitó a los países que informaran el número total de personal de atención primaria, desglosado por profesión, que recibieron capacitación en salud mental durante al menos dos días en los últimos dos años. Según las respuestas de 26 países, una mediana del 5% de los médicos y el 1,8% de las enfermeras recibieron al menos dos días de entrenamiento en salud mental en los dos años anteriores.

**FIGURA 2.3.1** Número de trabajadores de la salud en entornos de atención de salud generales/no especializados capacitados en el último año

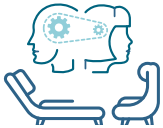


La capacitación en salud mental en la atención primaria es recibida principalmente por trabajadores de la salud diferentes de los profesionales en medicina o enfermería, y su distribución por subregiones y países es variable.

En relación con los recursos financieros, se puede resumir que la mediana del gasto anual per cápita en salud mental para las Américas es de US\$ 13,8, variando importantemente entre los países de ingresos altos (US\$ 48 per cápita) y el resto (US\$ 2,5 per cápita). Sin embargo, más del 60% de estos fondos se destinan a los hospitales psiquiátricos, donde trabaja el 80% de la fuerza laboral para la salud mental.

A nivel regional, la mediana del número de trabajadores de salud mental es de 10,3 por 100.000 habitantes, pero existe una variación extrema entre países y profesiones (de menos de 1 en países de bajos ingresos a 236 en el subgrupo Estados Unidos y Canadá). Los profesionales que están más presentes en el sector de salud mental son los psicólogos/as (5,4 por 100.000 habitantes) especialmente en América del Sur, seguidos por las enfer-

meras/os (3,87 por 100.000 habitantes) especialmente en el Caribe no latino. La representación de los psiquiatras es baja, aunque similar al promedio mundial, y casi inexistente para el área infantil. Por otro lado, 1 de cada 5 psiquiatras y 1 de cada 3 profesionales de enfermería en salud mental trabajan en los hospitales psiquiátricos, que atienden a menos del 1% de la población.



## 3. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

### 3.1 ATENCIÓN HOSPITALARIA

La atención hospitalaria se compone de hospitales psiquiátricos y de servicios de psiquiatría en los hospitales generales.

#### Hospitales Psiquiátricos

Los hospitales psiquiátricos son establecimientos hospitalarios con nivel de especialización variable, que prestan servicios de internación y residenciales de larga estancia

para personas con trastornos mentales. Generalmente, estos establecimientos son independientes y están separados del resto del sistema de atención sanitaria, o poseen un grado menor de integración.

De los 39 países que comunicaron datos, sólo siete informaron que no tenían un hospital psiquiátrico, todos ellos correspondientes a territorios del Caribe no latino, excepto República Dominicana (Cuadro 3.1.1).

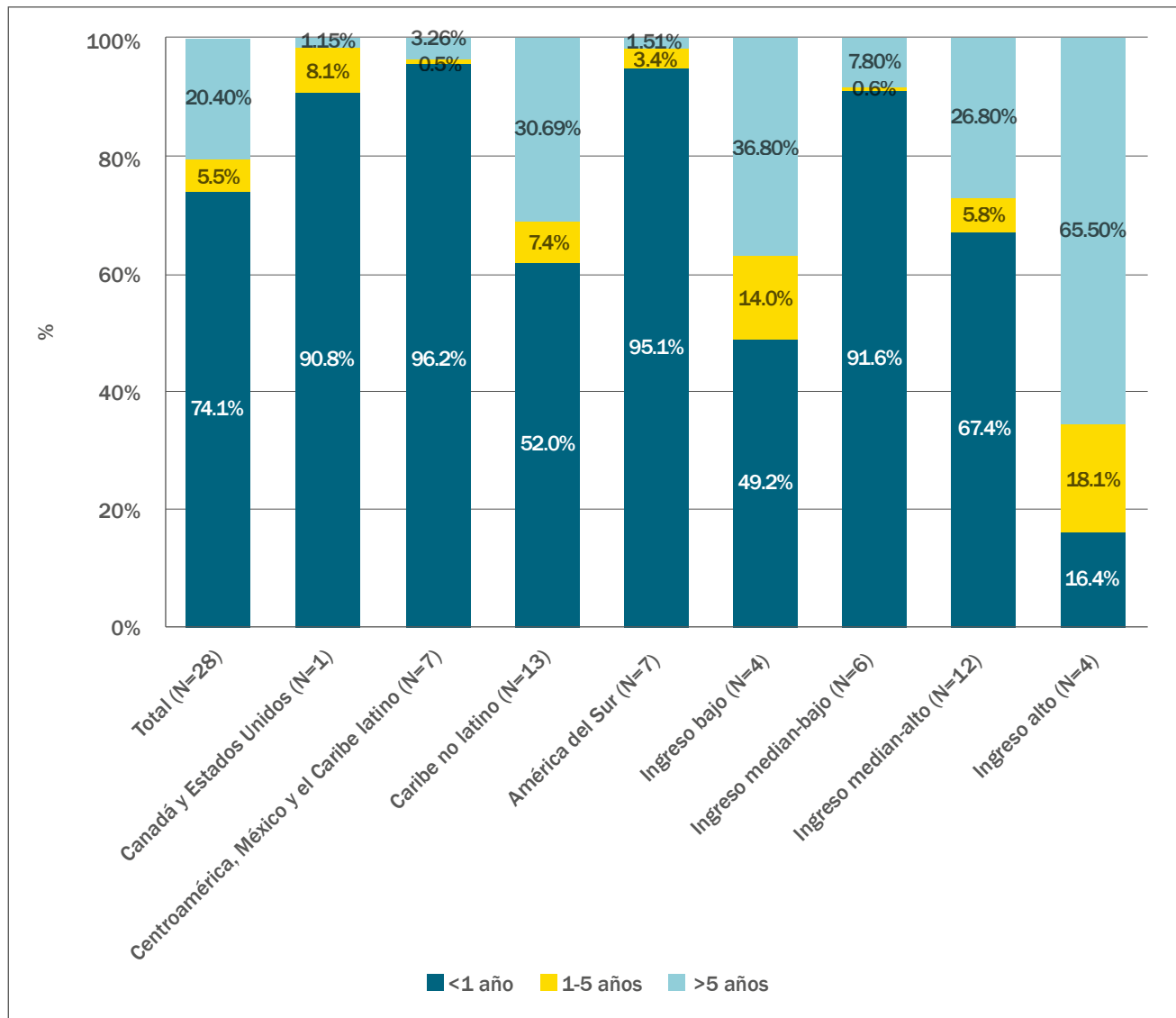
**CUADRO 3.3.1 Resumen de indicadores para hospitales psiquiátricos y servicio de psiquiatría en hospitales generales por subregión y grupo de ingresos**

	Hospitales psiquiátricos (tasas por 100.000 habitantes)			Servicio de psiquiatría en hospitales generales (Tasas por 100.000 habitantes)		
	Establecimientos (N=30)	Camas (N=27)	Ingresos (N=24)	Establecimientos (N=30)	Camas (N=26)	Ingresos (N=19)
<b>Total (N=34)</b>	0,07	16,7	33,6	0,2	2,9	51,0
<b>Subregión</b>						
<b>Canadá y Estados Unidos (N=2)</b>	0,1	14,9	37,4	0,4	12,8	76,0
<b>Centroamérica, México y el Caribe latino (N=8)</b>	0,03	3,5	17,5	0,1	0,4	10,5
<b>Caribe no latino (N=11)</b>	0,4	67,6	163,2	1,0	4,3	147,2
<b>América del Sur (N=9)</b>	0,1	5,1	25,4	0,2	1,6	40,5
<b>Grupo de ingreso</b>						
<b>Ingreso bajo (N=1)</b>	0,02	1,95	10,6	0,01	0,1	-
<b>Ingreso mediano-bajo (N=6)</b>	0,03	4,1	26,1	0,07	0,2	27,0
<b>Ingreso mediano-alto (N=13)</b>	0,1	22,3	89,4	0,2	1,7	42,8
<b>Ingreso alto (N=17)</b>	0,2	51,1	92,1	0,4	6,7	66,2

Según los datos entregados por 27 países, en la Región existen 16,7 camas por 100.000 habitantes en hospitales psiquiátricos. A pesar de la transición de una serie de países de la Región hacia la provisión de cuidados residenciales basados en la comunidad y la atención de pro-

blemas agudos en salas psiquiátricas de hospitales generales, aún se puede observar un alto número de camas de hospitales psiquiátricos, especialmente en países de ingresos altos del Caribe no latino.

**FIGURA 3.1.1 Duración de la estadía en hospitales psiquiátricos por subregión y grupo de ingresos (porcentaje de las tasas mediana por 100.000 habitantes)**



Los países respondieron sobre la duración de la estadía en hospitales psiquiátricos. La gran mayoría de los pacientes hospitalizados en la Región son dados de alta a lo largo de un año (74%). Sin embargo, un 20% de ellos tienen una estadía mediana mayor a 5 años. En ciertas regiones y grupos, como en el Caribe no latino y los países de ingreso bajo y alto, más del 30% de los pacientes en hospitales psiquiátricos han tenido una estadía mayor que 1 año, o incluso mayor que 5 años. Esta tendencia es contraria a los datos mundiales, donde a mayor ingreso, los países tienen un menor porcentaje de hospitalizaciones de larga estadía en los hospitales psiquiátricos. Comparado con otras regiones a nivel mundial, las Américas es la región con el porcentaje más alto de hospitalizaciones mayores que 5 años en hospitales psiquiátricos (20%).

## Servicio de psiquiatría en hospitales generales

Los servicios de psiquiatría en hospitales generales son unidades que proveen servicios de hospitalización y atención de problemas agudos de salud mental en un hospital general, por un tiempo limitado, que generalmente corresponde a semanas o meses. A nivel regional, la mayoría de los países reportan la existencia de servicios de psiquiatría en hospitales generales (31 de 39 países que contestaron), sin embargo, solo disponen de 2,9 camas por 100.000 habitantes (comparado con 16,7 camas por 100.000 habitantes de los hospitales psiquiátricos), encontrándose diferencias sustanciales entre las subregiones y los grupos de ingresos de los países (Figura 3.2.1).

Las tasas de camas en servicios de psiquiatría en hospitales generales son mayores en Canadá, Estados Unidos y en países de ingreso alto, reduciéndose marcadamente en Centroamérica, México y el Caribe latino y en países de ingresos bajos y mediano-bajo.

Comparado con otras regiones, las Américas posee una tasa mediana de camas en servicios de psiquiatría en hospitales generales cercano al promedio mundial (2,0 por 100.000 habitantes) pero con una tasa de ingresos que supera el promedio mundial (44,4 por 100.000 habitantes).

## Ingresos involuntarios

En la Región, la tasa mediana de ingresos involuntarios para los 22 países que proporcionaron datos es de 3,3 por 100.000 habitantes. Esta tasa incluye las tasas de admisiones involuntarias a hospitales psiquiátricos, salas psiquiátricas en hospitales generales e instalaciones residenciales comunitarias.

En los hospitales psiquiátricos se producen la mayoría de los ingresos involuntarios de la Región (85%), con una tasa de 1,2 por 100.000 habitantes (información de 21 países). Esta situación tiene relación con que uno de cada diez ingresos en los hospitales psiquiátricos es involuntario.

## 3.2 ATENCIÓN AMBULATORIA

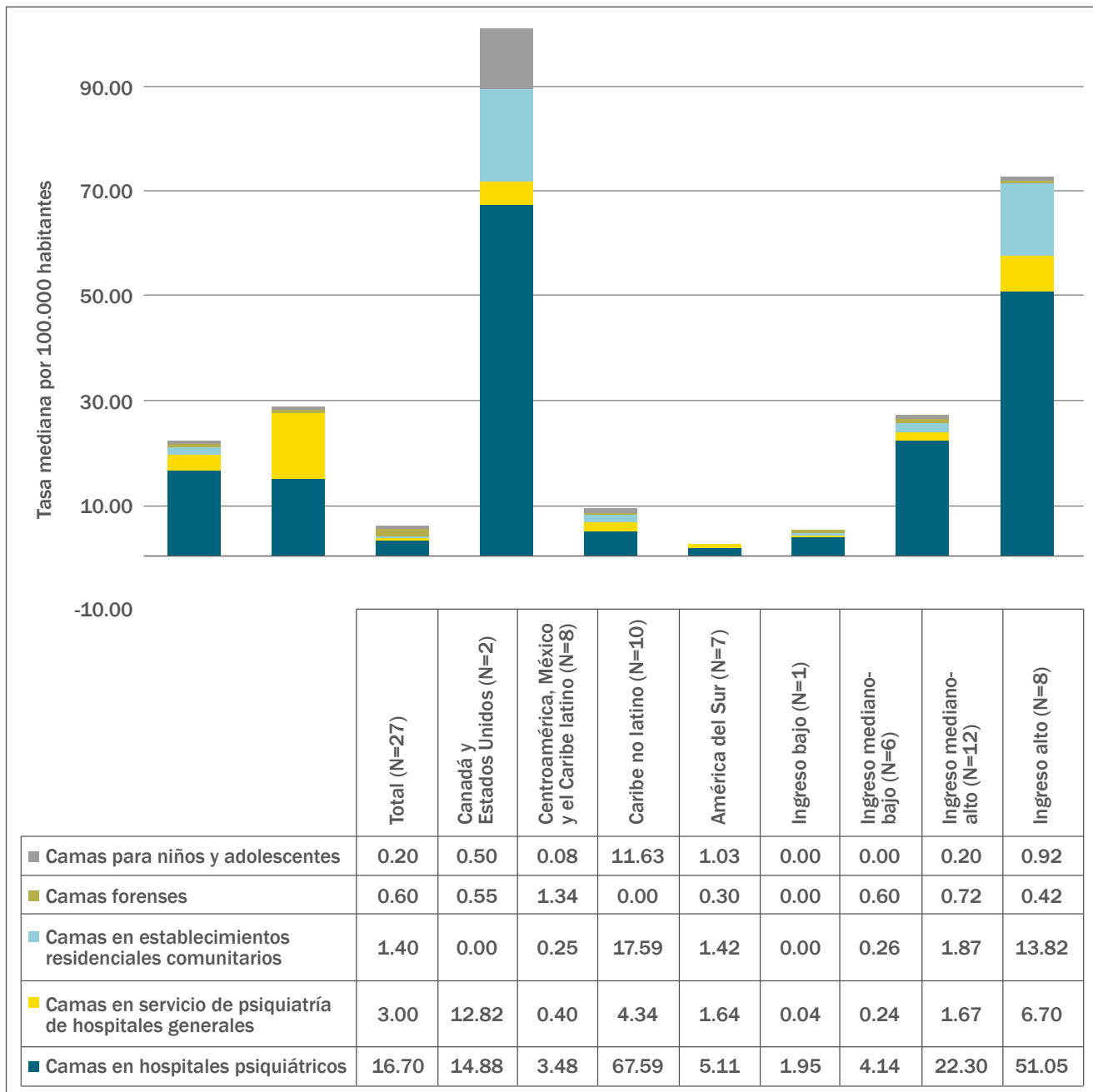
La atención ambulatoria de pacientes está integrada por los departamentos de consulta externa de los hospitales, los servicios ambulatorios de salud mental, los centros de salud mental comunitarios y los establecimientos de salud mental de base comunitaria, incluidos los dispositivos residenciales y centros de día.

### Dispositivos residenciales

Un dispositivo residencial de salud mental es un dispositivo no hospitalario, basado en la comunidad, que proporciona residencia nocturna para personas con trastornos mentales relativamente estables que no requieren intervenciones médicas intensivas, y que requieren un manejo social y clínico de sus problemas de salud mental.

Los dispositivos residenciales comunitarios están presentes en casi la mitad de los países (19 de 35 países que reportaron datos) y con una tasa mediana de 1,4 dispositivos por 100.000 habitantes. A nivel mundial esta tasa es la mayor entre todas las regiones de la OMS, pero a pesar de ello su disponibilidad de camas es 12 veces menor que la se encuentra en los hospitales psiquiátricos (Figura 3.2.1).

**FIGURA 3.2.1 Número total de camas de salud mental por cada 100.000 habitantes por subregión y grupos de ingresos**



La mayoría de las camas de establecimientos residenciales comunitarios de la Región se encuentran en América del Sur, constituyendo en esta subregión un recurso importante en el conjunto provisión de servicios de salud mental.

Aunque el 67% de los 37 países que contestaron cuentan con establecimientos de tratamiento diurno, la disponibilidad y utilización en la Región es relativamente baja, con una mediana de 3,5 establecimientos por país y una tasa mediana de 0,3 establecimientos por 100.000 habitantes.

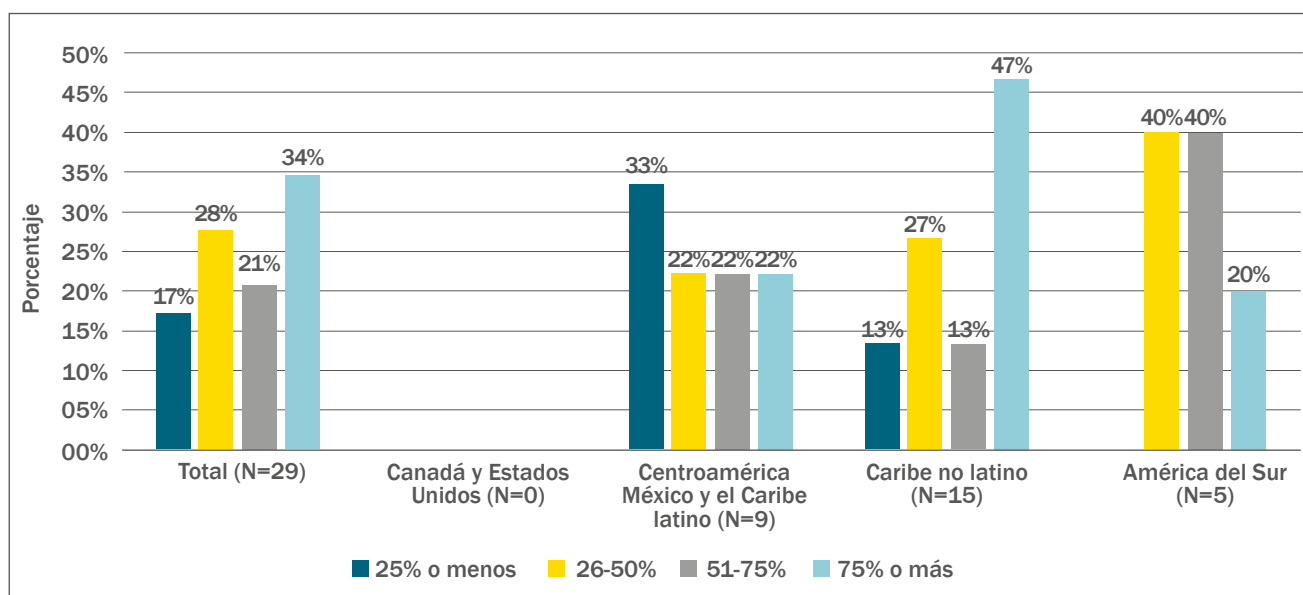
### Establecimientos o dispositivos de tratamiento diurno de salud mental

En los establecimientos de tratamiento diurno de salud mental se presta asistencia y se ofrecen actividades de promoción y prevención para grupos de usuarios durante el día, y de supervisión y seguimiento para establecimientos de salud no especializados. Estos establecimientos generalmente: (1) están disponibles para grupos de usuarios simultáneamente (en lugar de prestar servicios a un solo individuo por vez), (2) espera que los usuarios se queden en los dispositivos después de los periodos durante los cuales tienen contacto directo con el personal (por ejemplo, el servicio no está simplemente basado en los usuarios que acuden a citas con el personal y luego se van inmediatamente después de la cita) y 3) involucran su presencia en el dispositivo durante medio día o todo el día, participando a diversas actividades de rehabilitación o recreacionales.

### 3.3 CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA

Con el fin de evaluar la continuidad del cuidado, un marcador de la calidad del sistema de atención de la salud mental es la proporción de pacientes dados de alta de unidades hospitalarias, a quienes se les realizó un seguimiento en el plazo de un mes. Las tasas reportadas en este indicador en 29 países fueron generalmente altas, y un tercio de ellos declaran que más del 75% de los pacientes reciben seguimiento durante el primer mes. Sin embargo, cerca de la mitad de los países reportan que menos del 50% de los pacientes tienen una visita ambulatoria de seguimiento dentro de un mes (Figura 3.3.1).

**FIGURA 3.3.1 Continuidad de cuidados: Porcentaje de personas que son dados de alta del hospital y que tienen una visita ambulatoria de seguimiento dentro de un mes**



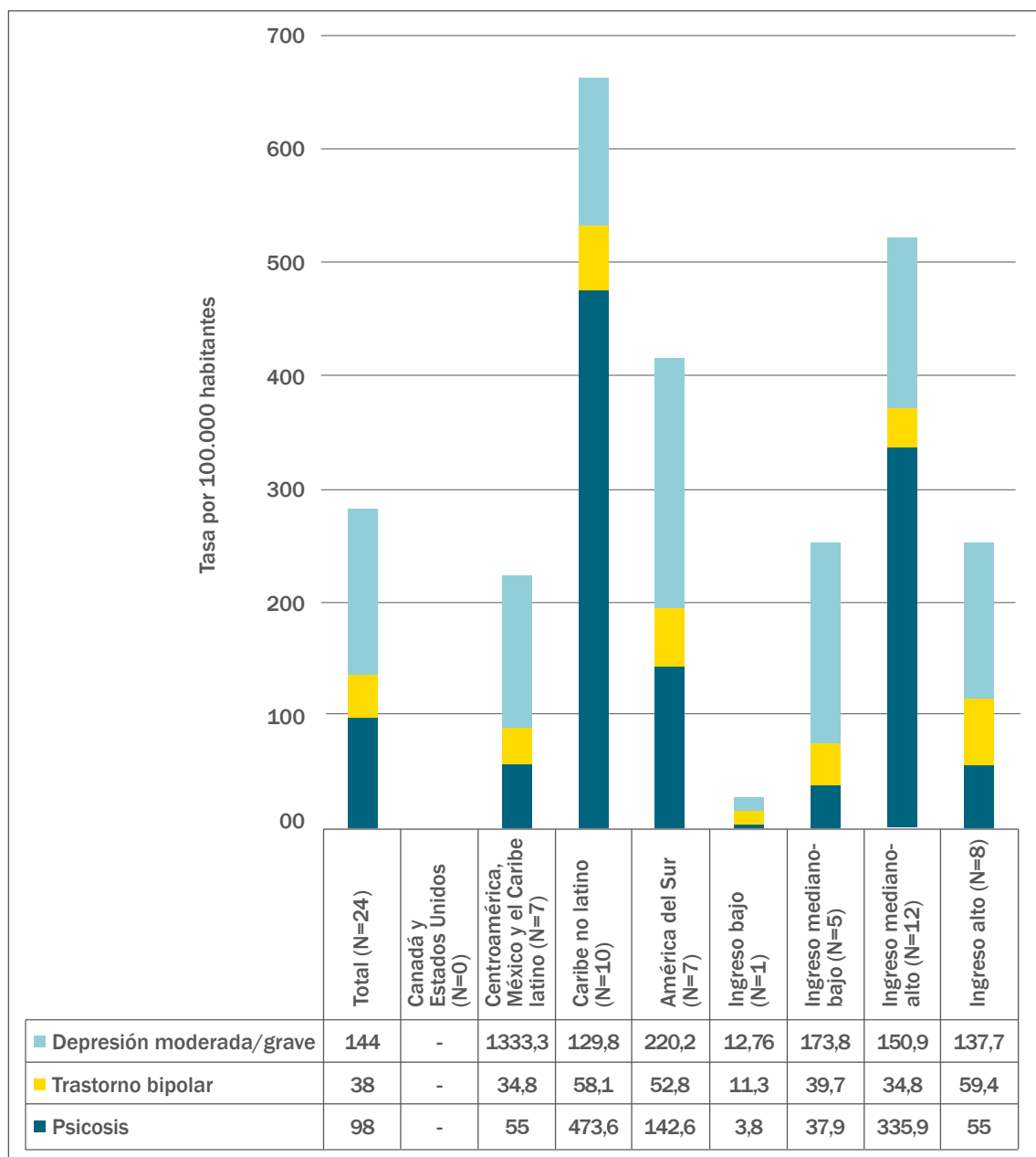
En el Caribe no latino y América del Sur se observan los mayores porcentajes de personas con visitas ambulatorias de seguimiento dentro de un mes del alta hospitalaria.

100.000 habitantes recibieron atención durante el último año por trastornos mentales graves (psicosis, trastorno bipolar y depresión moderada y grave). Existen variaciones significativas entre las subregiones y grupos de ingreso (Figura 3.4.1).

### 3.4 PREVALENCIA DE TRATAMIENTO

La prevalencia de tratamiento se refiere a la proporción de personas con trastornos mentales atendidos por los sistemas de salud mental. En las Américas, 267,7 por

**FIGURA 3.4.1 Prevalencia de población con psicosis, trastorno bipolar y depresión moderada/severa en tratamiento por subregión y grupos de ingresos (por 100.000 habitantes)**





Con los datos reportados por 24 países, se puede describir que la tasa regional de sujetos con trastorno mental grave en tratamiento es de 429,8 por 100.000 habitantes y que existe una gran diferencia de prevalencia de tratamiento entre las tres enfermedades. La depresión moderada/grave es la enfermedad que presenta una mayor prevalencia de tratamiento entre las diferentes subregiones y grupos de ingreso, excepto en el Caribe no latino y el grupo de ingresos mediano-alto donde es sobrepasada por la psicosis.

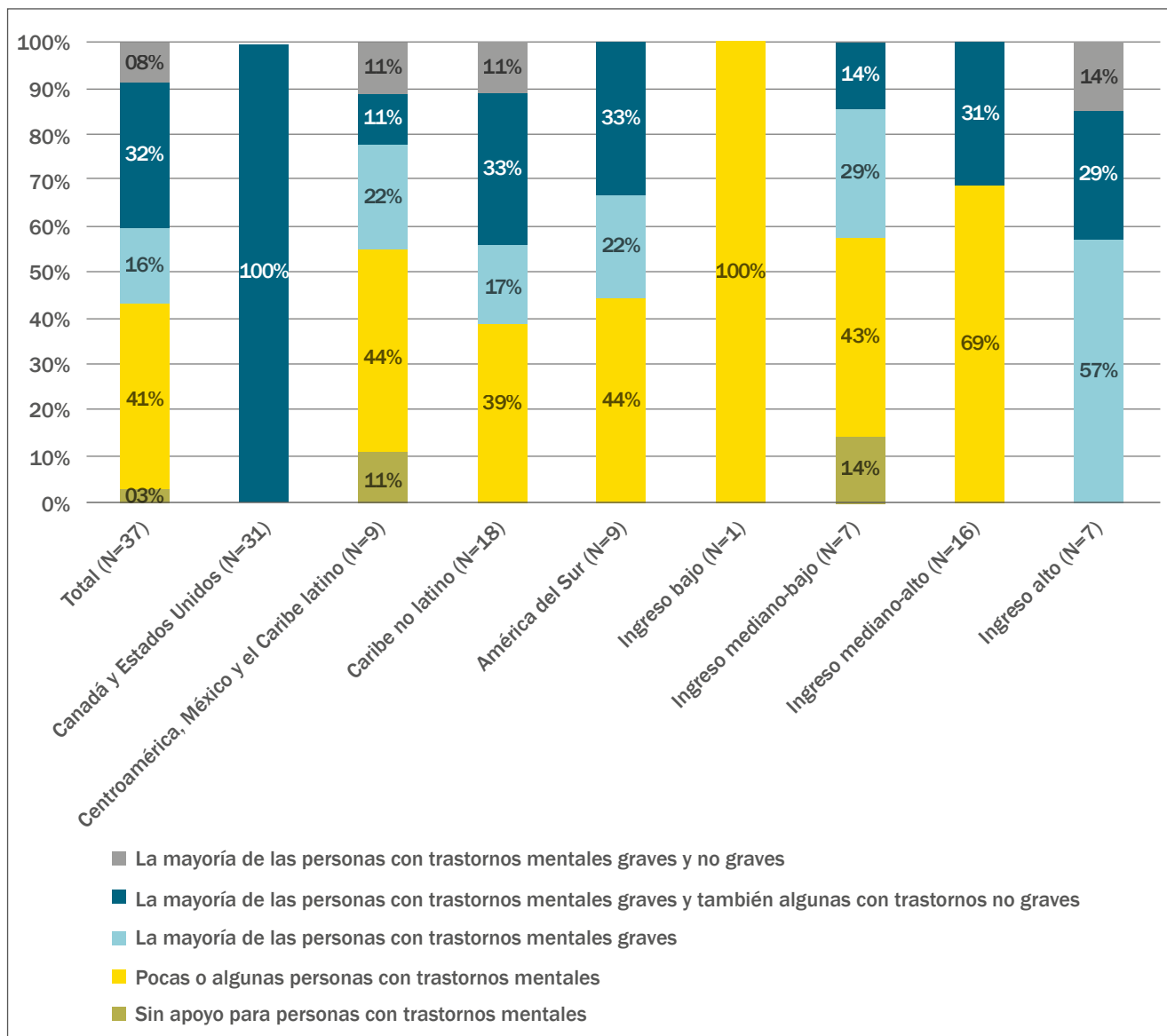
Comparado con los datos mundiales, las Américas muestra casi el doble de tasa de tratamiento para la depresión moderada/grave (tasa mundial de 95,8 por 100.000 habitantes), la mitad de tasa de tratamiento de la psicosis (tasa mundial, 171,3 por 100.000 habitantes) y similar tasa de tratamiento para los trastornos bipolares (tasa mundial, 41 por 100.000 habitantes).

### 3.5 APOYO SOCIAL

El apoyo social generalmente se define como una gama de relaciones interpersonales o conexiones que tienen un impacto en el funcionamiento del individuo, y que incluye el apoyo brindado por personas y por instituciones sociales.

Se solicitó a los países que informaran sobre la disponibilidad de apoyo social del gobierno para personas con trastornos mentales e incluyeran específicamente a personas con un trastorno mental que estén oficialmente registradas/reconocidas como receptoras de apoyo gubernamental (por ejemplo, pagos por discapacidad o apoyo en sus ingresos). Se solicitó a los países, además, que excluyeran de este informe a las personas con un trastorno mental que estuvieran recibiendo apoyo monetario y no monetario de familiares, organizaciones benéficas locales y otras organizaciones no gubernamentales.

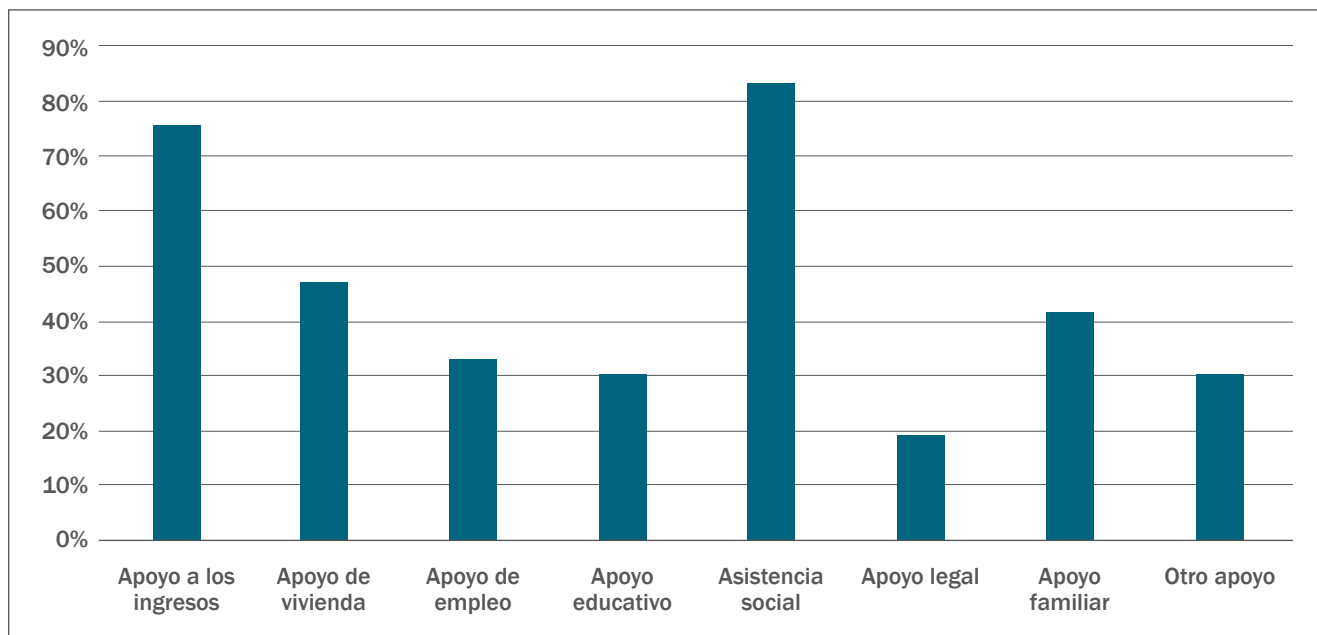
**FIGURA 3.5.1 Disponibilidad de apoyo social gubernamental para personas con trastornos mentales graves, por subregión y grupos de ingresos**



Más de la mitad de los 37 países que respondieron reconocen que la mayoría de las personas con un trastorno mental grave y no grave, o algunas con trastornos mentales graves, reciben pensiones por discapacidad, apoyo a la renta u otras formas de apoyo no monetario (como sub-

sidios para vivienda, apoyo al empleo y asistencia educativa) (N=21). Sin embargo, cerca de la mitad reportan que la disponibilidad de ayuda social es para pocas o algunas personas con trastornos mentales (N=15).

**FIGURA 3.5.2 Tipos de apoyos gubernamentales para personas con trastornos mentales (%)**



Para aquellas personas que reciben apoyo gubernamental, los componentes principales utilizados son el apoyo social (84%) y el apoyo a los ingresos (76%), siendo menos frecuente el apoyo al empleo (33%), el apoyo educacional (31%) y el apoyo legal (19%).

Resumiendo, en relación con la disponibilidad de servicios de salud mental, se puede decir que la mayor cantidad de camas para salud mental en la Región siguen existiendo en los hospitales psiquiátricos, siendo su tasa seis veces mayor que la de camas en hospitales generales. Hasta un 12% de las hospitalizaciones en los hospitales psiquiátricos son involuntarias, y a pesar de que más de dos tercios de los pacientes hospitalizados son dados de alta a lo largo de un año, un 10% de ellos tienen una estadía mediana mayor a 5 años.

Los dispositivos residenciales comunitarios están presentes en casi la mitad de los países con una tasa mediana de 1,4 dispositivos por 100.000 habitantes, pero poseen una cantidad de camas 12 veces menor que la tasa de camas de los hospitales psiquiátricos.

El apoyo gubernamental principal para aquellas personas que lo reciben, es el apoyo a los ingresos y la asistencia social, siendo menos frecuente el apoyo al empleo, el apoyo educacional y el apoyo legal.



## 4. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA SALUD MENTAL

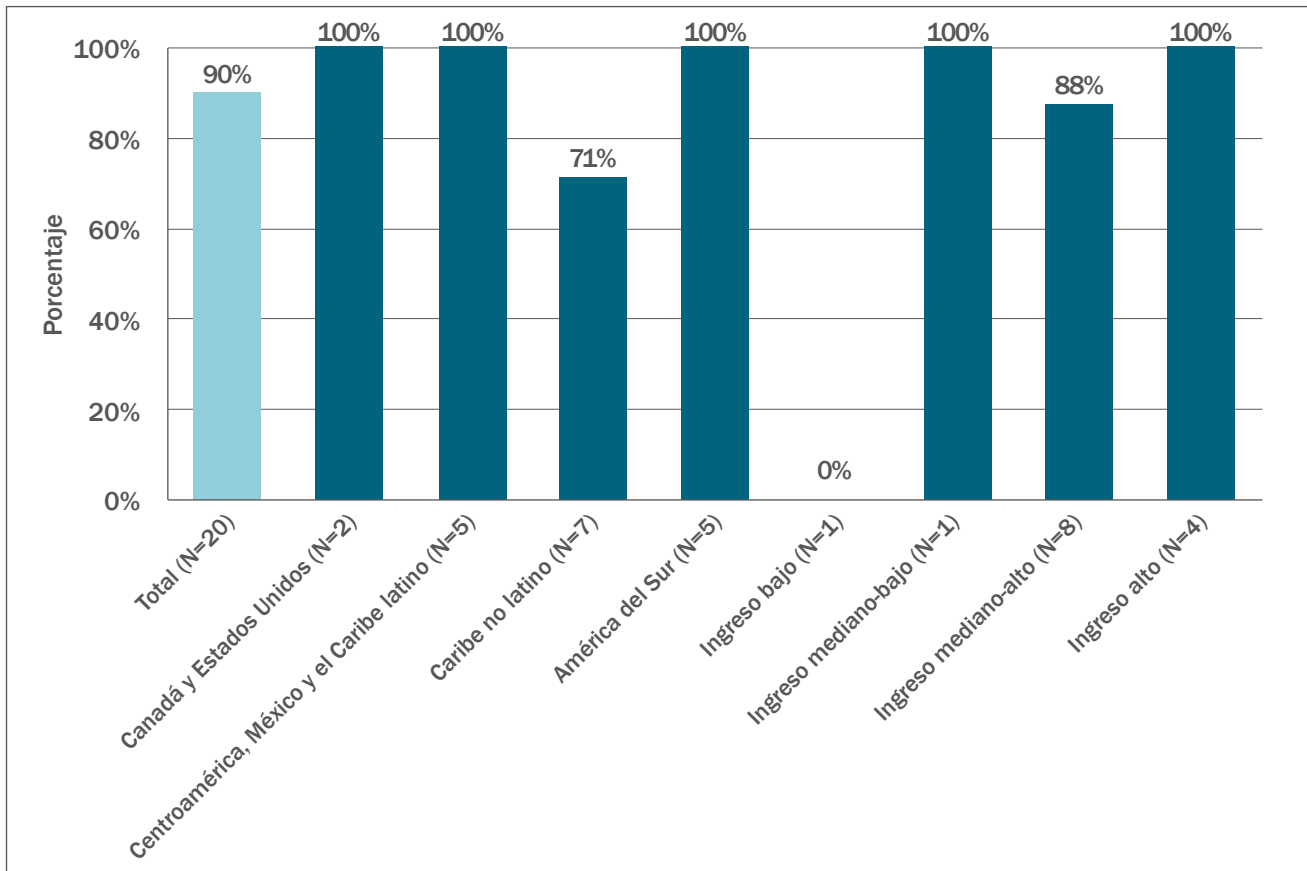
### 4.1 PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

En el contexto de los esfuerzos regionales para mejorar la salud mental de la población en general, es necesario desarrollar y aplicar políticas y programas de promoción y prevención en salud mental. En el Plan de Acción sobre Salud Mental regional, la línea estratégica de acción 3 comprende elaborar e implementar programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental.

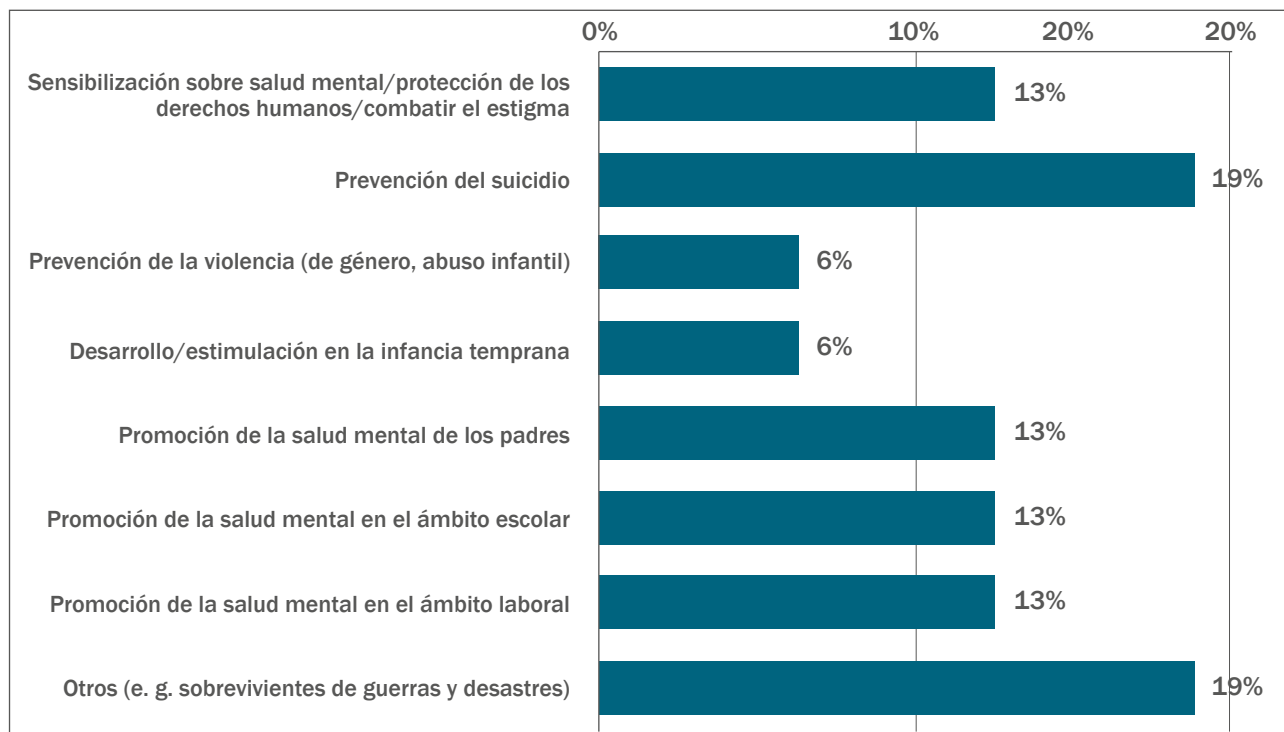
Los ejemplos de estrategias amplias para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en el curso de la vida incluyen campañas de información; promoción de los derechos; programas de habilidades para la primera infancia y para la vida; provisión de condiciones de trabajo saludables; y programas de protección que abordan el abuso infantil, así como otros tipos de violencia a nivel doméstico y comunitario.

Para ser considerado “funcional”, un programa debe tener al menos dos de las siguientes tres características: a) recursos humanos y financieros; b) un plan de implementación definido; y c) evidencia de progreso y / o impacto. Se excluyeron los programas que no cumplían con estas características o que estaban solo relacionados con el tratamiento o la atención. En total, 17 de los 23 países y territorios que respondieron a esta pregunta (73%) tienen un programa funcional de promoción y prevención de la salud mental. Las tasas de logro son mayores en América del Sur y Norteamérica. Al analizar los tipos de programas informados, un tercio podría describirse como programas de concientización de salud mental destinados a mejorar la alfabetización en salud mental o combatir el estigma y la discriminación, ya sea en forma de eventos específicos o multimedia. Los siguientes tipos de programas más comunes fueron los programas de prevención de suicidio, desarrollo infantil temprano, promoción de salud mental en los padres y promoción de la salud mental en las escuelas (15% cada uno).

**FIGURA 4.1 Programas de promoción y prevención: Proporción de países con al menos 2 programas en funcionamiento por subregión y grupos de ingresos**



**FIGURA 4.1.1 Tipo de programa/foco principal: % de programas con funcionamiento total**

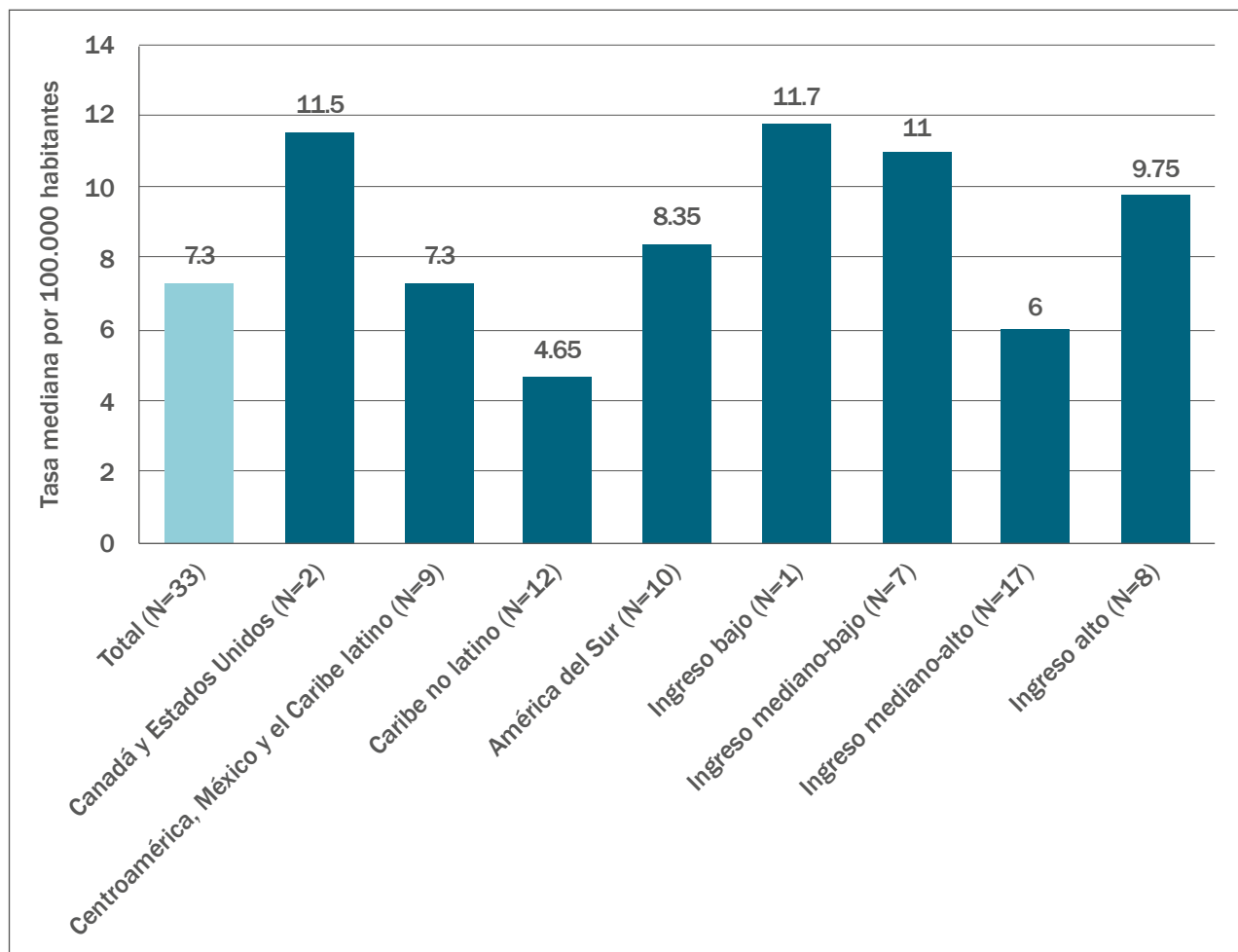


## 4.2 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

En la región de las Américas, una prioridad específica de prevención en el área de la salud mental se refiere al suicidio, que representa un estimado de 65.000 muertes anuales. El Plan Estratégico 2014-2019 y el Plan de Acción sobre Salud Mental de la OPS proponen reducir la mortalidad prematura por suicidio. Dada la debilidad de los sistemas de registro vital en muchos países, y los problemas conocidos de subregistro y subestimación del suicidio como causa de muerte, las estimaciones de las tasas de suicidio más consistentes y confiables provienen del informe regional de la OPS sobre el suicidio (2014). La tasa regional de suicidio estandarizada por edad entre 2005-2009 se estimó en 7,3 por 100,000 habitantes.

Se solicitó a los países datos sobre el número de muertes por suicidio (por edad y sexo) que se utilizaron para las estimaciones de la tasa de suicidio a nivel nacional. También se solicitó a los países que informaran si tenían una estrategia nacional de prevención del suicidio. La mitad de los 39 países que contestaron poseen una estrategia de prevención del suicidio, pero su desarrollo varía por subregiones. Es más frecuente la implementación de la estrategia de prevención del suicidio en América del Sur y casi inexistente en el Caribe no latino.

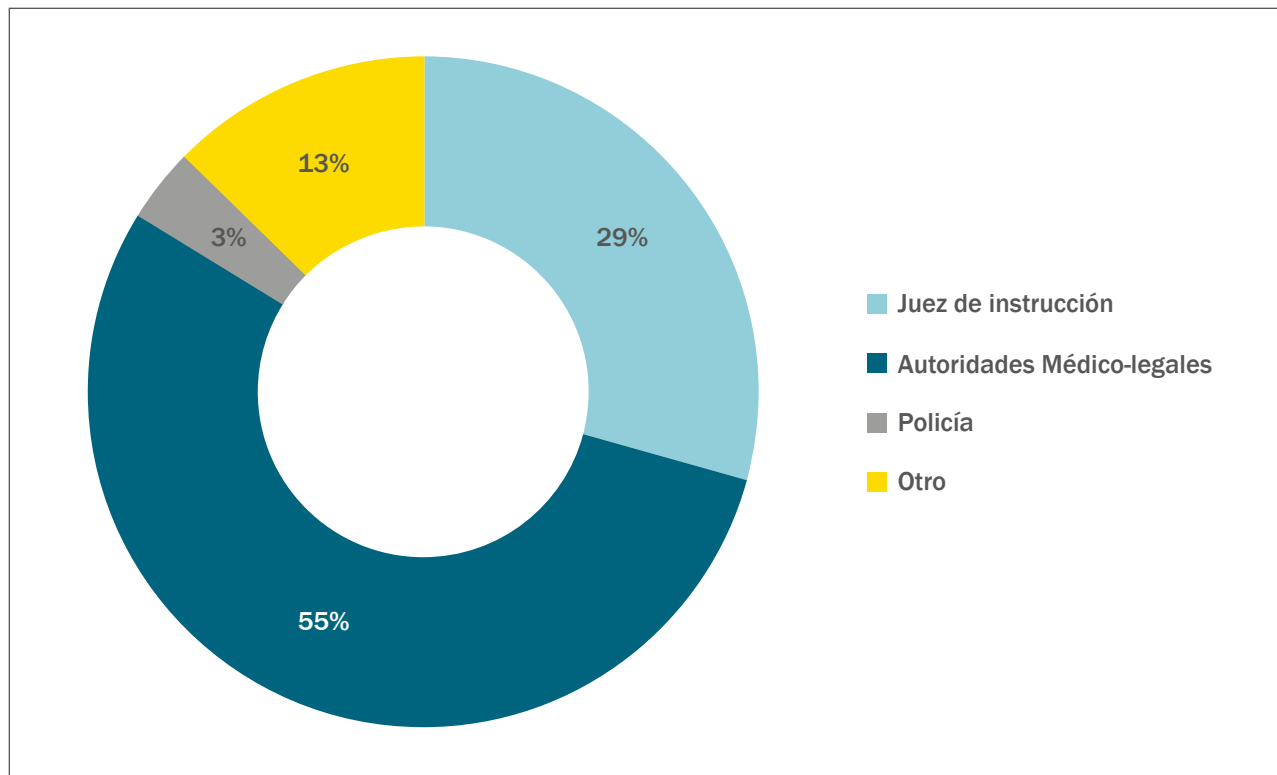
**FIGURA 4.2.1 Tasa de suicidio estandarizada por edad por 100.000 habitantes por subregión y grupos de ingresos**



La tasa de suicidio estandarizada por edad para los 33 países que respondieron la encuesta fue de 7,3 por 100.000 habitantes, siendo mayor que el promedio en los

subgrupos Canadá y Estados Unidos, América del Sur y en los países de ingreso alto.

**FIGURA 4.2.2 Órgano responsable para la determinación del suicidio (tasa de mortalidad por suicidio) (%)**



Se ha reconocido la importancia de la vigilancia de los datos sobre suicidio para el uso de información fiable y comparable entre países. Uno de los elementos importantes en los sistemas de vigilancia de suicidio es la determinación del suicidio y su causa. Actualmente, en la Región, las autoridades médico-legales y los jueces de instrucción comprenden más de dos tercios de los responsables para la determinación de suicidio.

Resumiendo, la mayoría de los países que respondieron la encuesta tienen al menos dos programas nacionales funcionales de salud mental y prevención multisectoriales que están destinados principalmente a la prevención del suicidio, desarrollo infantil temprano, promoción de salud mental en los padres y promoción de la salud mental en las escuelas. A pesar de que muchos de estos programas están orientados a la prevención del suicidio, y que la tasa regional de mortalidad por suicidio no supera el indicador del plan regional (7,4 por 100.000 habitantes) el suicidio sigue siendo un problema importante en la Región, con tasas en la subregión de Canadá y Estados Unidos y en algunos países del Caribe no latino que superan el promedio mundial.



## CONCLUSIONES

La comparación con los resultados del Atlas de Salud Mental de las Américas del 2014 resulta difícil debido a que algunos de los indicadores han ido cambiando como consecuencia de la retroalimentación recibida por parte de los mismos representantes de los Estados Miembros, y también porque los países que completaron las preguntas fueron diferentes en ambas versiones del Atlas. Esto agrega algunas limitaciones para las comparaciones de datos a lo largo del tiempo entre las dos versiones de Atlas. Sin embargo, se pueden realizar ciertas comparaciones en relación con algunos de los indicadores de recursos y desarrollo de los servicios.

De acuerdo a los datos obtenidos, resulta un aumento del gasto en salud mental per cápita cercano al 100% (de US\$ 6,96 a US\$ 13,8) y una disminución de la asignación del gasto a los hospitales psiquiátricos (de 73% a 61%) a nivel regional. Sin embargo, los hospitales psiquiátricos siguen captando más de la mitad del presupuesto en la región y prácticamente el total en el Caribe no latino. A pesar de que algunos países con alto gasto sólo participaron de la versión actual del Atlas y pudieran influir en los valores obtenidos, la utilización de la mediana como medida de centralidad permite evitar una influencia exagerada de los valores atípicos.

No se observa una disminución en la mediana del número de camas de hospitales psiquiátricos a nivel regional, lo que muestra que la dirección en la reducción de camas psiquiátricas no es homogénea en los países de la Región. Además, se puede comprobar que en la Región existe un gradual aumento en la disponibilidad de camas en servicios de psiquiatría en hospitales generales (de 0,65 a 2,9 por 100 000 habitantes) con excepción de la subregión del Caribe no latino (de 4,7 a 4,3 por 100.000 habitantes).

La tasa regional de ingresos a hospitales psiquiátricos (33,6 por 100.000 habitantes) ha disminuido comparado con el 2014 (44,2 por 100.000 habitantes). La tasa de ingresos está directamente relacionada con el número de camas y con el nivel de ingreso de los países, siendo especialmente alta en los países de ingreso alto del Caribe no latino. Comparado con el resto de las regiones de la OMS, a nivel mundial las Américas es la segunda región con mayor cantidad de ingresos en hospitales psiquiátricos después de Europa.

El número de camas de establecimientos residenciales comunitarios ha aumentado en la Región, comparado con los datos del ATLAS 2014.

Los dispositivos residenciales comunitarios están presentes en casi la mitad de los países (19 de 35 países que reportaron datos) y con una tasa mediana de 1,4 dispositivos por 100.000 habitantes que es significativamente mayor que lo reportado en el Atlas 2014 (0,007 por 100 habitantes). A nivel mundial esta tasa es la mayor entre todas las regiones de la OMS, pero a pesar de ello su disponibilidad de camas es 12 veces menor que la que se encuentra en los hospitales psiquiátricos.

La diferencia entre el número de países que contestaron en las versiones 2014 y 2017 del Atlas regional no permite realizar comparaciones entre las tasas de profesionales en salud mental. Sin embargo, se puede comprobar que los profesionales de enfermería y psicología se mantienen como el principal recurso humano en los servicios de salud mental, con una variación significativa entre países y subregiones.

Los cambios observados entre ambas versiones del Atlas regional son discretos y heterogéneos. Algunos países que han progresado en la consecución de los indicadores han experimentado retrocesos en otros. Las diferencias entre países limitan el beneficio de los avances regionales y fortalece la necesidad de mejorar en forma mantenida el compromiso de los Estados Miembros para empujar la agenda y las actividades en salud mental en concordancia con los planes nacionales, de la región, y mundial.



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas