



Una nueva agenda para la salud mental en las Américas

Informe de la Comisión de Alto Nivel
sobre Salud Mental y COVID-19 de la
Organización Panamericana
de la Salud

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Una nueva agenda para la salud mental en las Américas

Informe de la Comisión de Alto Nivel
sobre Salud Mental y COVID-19 de la
Organización Panamericana
de la Salud

Washington, D.C., 2023

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud

ISBN: 978-92-75-32726-5 (PDF)

ISBN: 978-92-75-32727-2 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2023

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327265>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: 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 letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, 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.

NMH/MH/2023

Diseño: © Prographics

Fotografía de cubierta: © OPS

Índice

Agradecimientos	v
Abreviaciones	vi
Prólogo	vii
Nota de la Presidenta	ix
Resumen ejecutivo	xi
Miembros de la Comisión	xiv
Introducción	1
El caso a favor de una mejor salud mental	5
La salud mental en la Región de las Américas	8
Una nueva agenda para la salud mental en las Américas: un llamado a la acción	21
Recomendaciones	25
1. Elevar la salud mental a nivel nacional y supranacional	25
2. Integrar la salud mental en todas las políticas	31
3. Aumentar la cantidad y mejorar la calidad del financiamiento para la salud mental.....	36
4. Garantizar los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.....	42
5. Promover y proteger la salud mental a lo largo de la vida.....	50
6. Mejorar y ampliar los servicios y la atención de salud mental a nivel comunitario	59
7. Fortalecer la prevención del suicidio	67
8. Adoptar un enfoque transformador frente a las cuestiones de género en pro de la salud mental	73
9. Abordar el racismo y la discriminación racial como importantes determinantes de la salud mental	81
10. Mejorar los datos y las investigaciones sobre la salud mental.....	89
Conclusiones	95
Referencias	96
Anexos	108
Anexo 1. Lista de reuniones oficiales de la Comisión y participantes	108
Anexo 2. Recursos recomendados	112

Cuadros

Cuadro 1 Principales asociados y actores estratégicos	29
Cuadro 2 Ejemplos de políticas de sectores fuera del ámbito de la salud que pueden ser beneficiosas para la salud mental	33

Figuras

Figura 1 Cronograma de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS	2
Figura 2 Posibles beneficios sociales y económicos de la inversión en la salud mental.	6
Figura 3 Distribución regional de los años vividos con discapacidad	8
Figura 4 Distribución regional de los años de vida ajustados por discapacidad	8
Figura 5 Tasa de mortalidad por suicidio por país de la Región de las Américas en orden decreciente, 2019	9
Figura 6 Tasa de mortalidad por suicidio ajustada por la edad, 2000-2019.	10
Figura 7 Cobertura de servicios para las personas con psicosis, por región de la OMS (2020) ...	10
Figura 8 Comparación de las interrupciones por servicios indicativos en países que respondieron a las tres rondas de encuestas: tercer trimestre del 2020 (ronda 1), primer trimestre del 2021 (ronda 2) y cuarto trimestre del 2021 (ronda 3).	13
Figura 9 Principios transversales de la NASMA	23
Figura 10 Marco conceptual para el financiamiento sostenible de la salud mental.	38
Figura 11 Oportunidades para el financiamiento sostenible de la salud mental	39
Figura 12 Red modelo de servicios de salud mental a nivel comunitario	46
Figura 13 Sistemas de protección social universal	51
Figura 14 El papel de los gobiernos en la promoción de la salud mental en el trabajo.	55
Figura 15 Forma en que los gobiernos pueden propiciar el avance de las tecnologías digitales. ...	63
Figura 16 Cómo pueden las personas que usan los servicios y sus familiares participar en el sistema de salud	65
Figura 17 Fundamentos transversales de <i>Vivir la vida</i> y principales intervenciones eficaces basadas en la evidencia para la prevención del suicidio.	68
Figura 18 Mejores prácticas para informar sobre el suicidio.	71
Figura 19 Principales medidas que los gobiernos pueden tomar para reducir las desigualdades por razones de género y promover el empoderamiento de las mujeres.	75
Figura 20 Enfoques para prevenir la violencia de género.	76
Figura 21 Principales componentes de un plan contra la discriminación racial.	85

Recuadro

Recuadro 1 Instrumentos internacionales e interamericanos de derechos humanos	43
---	----

Agradecimientos

Este informe, fruto del trabajo de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), no habría sido posible sin la iniciativa y el liderazgo de la exdirectora de la OPS, doctora Carissa F. Etienne, y el actual Director, doctor Jarbas Barbosa da Silva, Jr.

La OPS reconoce las importantes contribuciones de los miembros de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 en las deliberaciones de las sesiones plenarias, los grupos de trabajo y las consultas con las partes interesadas para elaborar el informe. La OPS agradece sinceramente a la Excelentísima Señora Epsy Campbell Barr y el Embajador Nestor Mendez, que copresidieron la Comisión y dirigieron la producción de este informe.

Tras las deliberaciones y los debates de los miembros de la Comisión, la Unidad de la OPS de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, bajo la supervisión general del doctor Anselm Hennis, Director del Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, y del doctor Renato Oliveira e Souza, Jefe de la Unidad de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, emprendió la tarea de preparación del informe. El contenido, fundamentado en las

deliberaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS, fue redactado por Sarah Ramsey, Amy Tausch y Alessandra Trianni. Arantxa Cayón y Sofía Guerrero estuvieron a cargo del diseño gráfico.

La OPS reconoce las importantes contribuciones de Martha Koev, Ana Soria Galvarro y Alexander Rivera a la organización de consultas, la coordinación de reuniones y eventos de la Comisión, el apoyo a la Presidenta de la Comisión en la elaboración del informe final y la interacción con las principales partes interesadas.

La OPS agradece a su representación en Colombia, que organizó la reunión de la Comisión en ese país, y a los numerosos expertos que han contribuido a las deliberaciones de la Comisión. Se agradece especialmente a Dévora Kestel, Directora del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Organización Mundial de la Salud. La OPS agradece también a Ricardo Araya, Yuri Cutipé, Marcio Gagliato, Timothy Morgan, Michael Pietrus, Denise Razzouk, Zila Sánchez y Benedetto Saraceno, quienes aportaron su experiencia técnica a la Comisión, y la inestimable participación de todas las personas en las consultas de la Comisión.

Abreviaciones

COVID-19	enfermedad por el coronavirus del 2019
LGBTQI+	personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, <i>queer</i> , intersexuales y de otras identidades
mhGAP	programa de acción mundial para superar la brecha en salud mental
MNS	trastornos mentales neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas
NASMA	<i>Una nueva agenda para la salud mental en las Américas</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

Prólogo



© OPS

La Región de las Américas está haciendo frente a una gran crisis de salud mental desde hace un tiempo. A pesar de que la prevalencia de los trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas es elevada, la mayor parte de las personas que presentan estos problemas no reciben la atención vital que necesitan. La buena salud mental es mucho más que la mera ausencia de problemas de salud mental: es esencial para la salud y el bienestar generales, la calidad de vida, y la capacidad de prosperar y alcanzar nuestro mayor potencial como parte de la comunidad más amplia. Cuando una persona no puede prosperar ni alcanzar su máximo potencial, nuestra sociedad en su conjunto se queda atrás.

Hace más de treinta años, los países de América Latina aprobaron la histórica Declaración de Caracas, en la cual se sentaron las bases de un importante cambio de paradigma en la atención de la salud mental, que consistió en una transición de las instituciones psiquiátricas de larga estancia

a la prestación de servicios de salud mental a nivel comunitario. Aunque hemos visto algunos avances importantes en el ámbito de la salud mental, lamentablemente todavía estamos lejos de alcanzar la visión plasmada en la declaración de lograr una atención de salud mental de calidad para todas las personas, basada en los derechos. Hoy en día, las personas con problemas de salud mental todavía sufren el estigma y la discriminación generalizados, abusos y la denegación de sus derechos humanos básicos. Algunas injusticias sociales profundamente arraigadas en nuestra Región, como el racismo sistémico, continúan exacerbando las grandes inequidades en el acceso a la atención de la salud mental y dejan aún más atrás a quienes están más marginados en nuestra sociedad.

El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en nuestra Región no tiene precedentes. La pandemia creó nuevos problemas de salud mental para muchas personas de todas las generaciones. La prevalencia de los problemas de salud mental aumentó considerablemente, en especial en las personas en situación de vulnerabilidad. Los servicios de salud mental débiles y con escasez crónica de recursos enfrentaron grandes interrupciones porque los sistemas de salud no respondieron de manera adecuada a los desafíos de la emergencia mundial de salud pública. Sin embargo, un aspecto positivo de la pandemia fue que estimuló la adopción de enfoques innovadores de la atención de salud mental, como la telesalud mental, y demostró la capacidad de nuestra Región para hacer frente a la adversidad con solidaridad y compasión.

En el 2022, la Organización Panamericana de la Salud estableció una Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 con el fin de guiar a la Organización y a sus Estados Miembros en el fortalecimiento de la salud mental en la Región de las Américas después de la pandemia. Espero que este informe, la culminación del trabajo de la Comisión, sirva para catalizar la muy necesaria transformación en la atención de la salud mental en la Región.

La pandemia de COVID-19 ha sido una llamada de atención para la Región. Si bien reconocemos que no puede haber salud sin salud mental, tenemos que pasar de las palabras a la acción inmediata. Debemos trabajar juntos para reconstruir mejores

Jarbas Barbosa da Silva, Jr.
Director
Organización Panamericana de la Salud

sistemas y servicios de salud mental que sean equitativos, resilientes y sostenibles frente a las amenazas emergentes cada vez mayores para la salud mental en la Región, como el cambio climático. Este objetivo no se podrá lograr sin una mayor sinergia entre los sectores, la integración de la salud mental en todos los niveles de la atención y un mayor énfasis en abordar los determinantes sociales de la salud mental.

Agradezco a la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 sus importantes contribuciones en el camino hacia adelante a medida que continuamos colaborando para mejorar la salud mental de las personas de la Región de las Américas.

Nota de la Presidenta



© Oficina de Epsy Campbell Barr

La Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud ofreció una oportunidad extraordinaria de analizar las nuevas perspectivas de la salud mental en la Región de las Américas teniendo en cuenta la situación social, económica y cultural en que vivimos.

Invertir en la salud mental es crucial para promover un desarrollo humano equitativo y sostenible a fin de que todas las personas puedan vivir con bienestar y dignidad. Si ofrecemos servicios de salud mental accesibles y de buena calidad, disfrutaremos de excelentes beneficios: personas más saludables con más recursos para enfrentar dificultades, con mejor manejo de las emociones, y con habilidades extraordinarias para crear entornos laborales, familiares y personales más armoniosos.

La atención y los servicios de salud mental son sumamente beneficiosos, ya que se convierten en una estrategia esencial para promover, proteger

y defender un derecho humano fundamental, y generar grandes beneficios económicos al sentar las bases de economías más productivas. Además, se ha comprobado que las inversiones en la salud mental ofrecen un gran rendimiento financiero. Por ejemplo, por cada dólar invertido en ampliar el tratamiento para la depresión y la ansiedad se obtiene un rendimiento de cuatro dólares en mejor salud y capacidad para trabajar. Además, en algunos estudios de casos de la Región de las Américas se ha observado que la ampliación del tratamiento para la ansiedad, la depresión y la psicosis podría tener tasas de rendimiento elevadas y restaurar años de vida saludable en quince años.

Este informe, elaborado después de una reflexión colectiva y de escuchar a expertos y a las principales partes interesadas, ofrece una nueva oportunidad para abordar los problemas de salud mental en la Región de manera integral. En consecuencia, proponemos una nueva agenda para la salud mental en las Américas como un llamado a la acción para que los países aprovechen la oportunidad presentada por la pandemia y prioricen y reformen la atención de la salud mental, tanto ahora como en el futuro. En esta nueva agenda se presentan diez recomendaciones con sus correspondientes puntos de acción y ejemplos de casos de la Región que ponen de relieve modelos eficaces para guiar la ejecución.

Asimismo, en la nueva agenda se reconoce el papel esencial de todos los actores, tanto gubernamentales y no gubernamentales como de la sociedad civil y del sector privado, en la generación, la ejecución y el seguimiento

de estrategias e iniciativas que tengan efectos positivos en la salud mental de las personas y les ofrezcan condiciones óptimas de salud para una vida digna.

Aunque nadie fue inmune al impacto de la pandemia en la salud mental, algunos grupos, entre ellos las comunidades históricamente marginadas y las que se encuentran en situación de vulnerabilidad, se vieron afectados de manera desproporcionada. Se documentaron tasas más altas de síntomas mentales en trabajadores de salud y de primera línea, mujeres, personas afrodescendientes, pueblos indígenas y otros grupos étnicos, y personas con problemas de

salud mental preexistentes. Por esta razón, en la nueva agenda se proponen medidas específicas para aquellos grupos cuya salud mental se ha visto muy afectada.

Para cumplir todas estas recomendaciones, será menester reconocer la urgencia de la actual crisis de la salud mental y asumir un compromiso inequívoco con la priorización de la salud mental como nunca antes. Hoy tenemos una gran oportunidad para cambiar de rumbo y reconfigurar nuestras sociedades, con la salud mental como factor crítico para el desarrollo y el bienestar. Debemos actuar para reconstruir mejores sistemas y servicios de salud mental.

Excelentísima señora Epsy Campbell Barr
Presidenta
Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental
y COVID-19 de la Organización Panamericana
de la Salud

Resumen ejecutivo

Panorama

Los efectos de la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas van mucho más allá de los casi 3 millones de vidas perdidas a causa de esta enfermedad. Las economías de la Región han quedado devastadas, lo que ha llevado al aumento del desempleo, la pobreza y la desigualdad, y la salud, la educación y los servicios sociales se han visto gravemente afectados. En estas circunstancias han proliferado los problemas de salud mental, mientras que los servicios han tenido dificultades para atender las demandas nuevas, urgentes y cada vez mayores.

Antes de la pandemia, la mala salud mental, las limitaciones estructurales, los obstáculos para el acceso a los servicios de salud mental y bienestar de buena calidad, y la falta de fondos ya eran factores importantes que contribuían cada vez más a la mala salud general en la Región de las Américas, la única región de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde las tasas de suicidio han ido aumentando. En el 2020, la mediana del financiamiento público para la salud mental como proporción del gasto total en salud fue de solo el 3%, y casi la mitad de estos fondos se asignaron a hospitales psiquiátricos, que pueden estar vinculados a resultados deficientes del tratamiento y a violaciones de los derechos humanos, especialmente en relación con la internación prolongada. Debido a la falta de priorización de la salud mental y la falta de inversiones en esta esfera a lo largo de la historia, los sistemas de salud mental son débiles, y la cobertura y la calidad de los servicios son deficientes. Las necesidades de atención de la

Los problemas de salud mental han proliferado, mientras que los servicios han tenido dificultades para atender las demandas nuevas, urgentes y cada vez mayores.

mayoría de las personas de la Región que tienen trastornos mentales o por consumo de sustancias psicoactivas han permanecido insatisfechas, especialmente en el caso de las personas en situación de vulnerabilidad, incluidas las poblaciones históricamente discriminadas, como las comunidades indígenas y afrodescendientes.

La pandemia ha llevado a una intensificación del discurso sobre la salud mental, ha puesto de relieve el alcance de la crisis y ha conducido a un nuevo escrutinio de las fallas sistémicas de los servicios de salud mental. Los gobiernos de la Región están bajo presión para tomar decisiones de política acertadas con el fin de fortalecer la salud mental como parte de la agenda más amplia de recuperación pospandémica.

Reconociendo que los responsables de las políticas necesitaban una orientación clara sobre las prioridades inmediatas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) conformó la

Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19. La Comisión, encabezada por la Excelentísima Señora Epsy Campbell Barr, ex-Vicepresidenta de Costa Rica, y el Embajador Nestor Mendez, Secretario General Adjunto de la Organización de los Estados Americanos, tiene 17 miembros de toda la Región de las Américas que representan a gobiernos, organizaciones de salud, el sector académico, la sociedad civil y personas con experiencia propia. El año pasado, la Comisión trabajó para analizar los efectos de la pandemia y soluciones innovadoras basadas en buenas prácticas en el contexto de la situación de la salud mental antes de la pandemia. Los comisionados señalaron algunas esferas prioritarias de la salud mental para la Región y consultaron a las principales partes interesadas y a expertos a fin de formular recomendaciones apropiadas.

El resultado de su evaluación es *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas* (NASMA).

Una nueva agenda para la salud mental en las Américas

La NASMA es un conjunto de políticas y estrategias prioritarias de salud mental formuladas de manera tal que puedan incorporarse en las estrategias de recuperación pospandémica de los países. Se basa explícitamente en los principios subyacentes y transversales de la cobertura universal de salud, los derechos humanos, la equidad, la no discriminación, el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental y sus familias, y el aprovechamiento de los beneficios de la acción multisectorial, que permite que los diferentes sectores y actores pongan en común recursos financieros, conocimientos y habilidades.

Por lo tanto, la finalidad de la NASMA es promover la agenda nacional social y de desarrollo de las

autoridades de alto nivel (los jefes de Estado y de gobierno) en la Región de las Américas. Además, servirá como herramienta operativa y de orientación para los jefes de dependencias gubernamentales del sector de la salud, la educación, la economía, el bienestar social, el desarrollo, la justicia, el trabajo y empleo, así como para los legisladores locales y los responsables de las políticas en todos los niveles del gobierno.

Si bien la NASMA se centra en la acción a corto plazo, concuerda con los objetivos mundiales y regionales actuales en materia de salud mental y desarrollo, así como con el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*, de la OMS; la *Política para mejorar la salud mental*, de la OPS; y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Presenta un marco basado en la evidencia y la experiencia que se puede adaptar a la situación local y usarse al mismo tiempo para abordar las barreras y los desafíos. Con esta adaptación contextual, todos los países, independientemente de sus limitaciones de recursos, pueden poner en práctica esta agenda a fin de mejorar la salud mental de la población.

En la NASMA se presentan diez recomendaciones y sus puntos de acción correspondientes, acompañados de ejemplos de casos de la Región de las Américas que ponen de relieve modelos eficaces para guiar la ejecución. Es importante señalar que las recomendaciones no pretenden ser exhaustivas; más bien, priorizan las áreas de acción que se consideran más urgentes para la Región. La agenda presenta enfoques basados en la evidencia para abordar la crisis generada por la pandemia de COVID-19 a corto plazo, al tiempo que sienta bases sólidas a largo plazo, a fin de lograr mejoras óptimas en la atención de salud mental en la Región de las Américas.

Recomendaciones



1.

Elevar la salud mental a nivel nacional y supranacional. Especifica los medios fundamentales para definir la salud mental como una prioridad para el desarrollo nacional, incluir la salud mental en la cobertura universal de salud, y formar asociaciones y alianzas estratégicas para abogar por la salud mental y promoverla a nivel nacional y supranacional.



2.

Integrar la salud mental en todas las políticas. Promueve la integración de la salud mental en todas las esferas de la salud, así como en todos los sectores y en la respuesta a emergencias y desastres.



3.

Aumentar la cantidad y mejorar la calidad del financiamiento para la salud mental. Indica la forma de movilizar más fondos con este fin y de asignarlos de una manera más eficiente y equitativa.



4.

Garantizar los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. Aboga por el fortalecimiento de los derechos humanos relacionados con la salud mental por medio de leyes y políticas, la transición de los servicios de las instituciones psiquiátricas a la atención comunitaria y el aumento de la capacidad en materia de derechos humanos en todos los sectores.



5.

Promover y proteger la salud mental a lo largo de la vida. Pone de relieve importantes entornos y estrategias para promover la salud mental y prevenir los problemas en este ámbito en las distintas etapas de la vida, como la infancia y la adolescencia, la edad adulta y la vejez.



6.

Mejorar y ampliar los servicios y la atención de salud mental a nivel comunitario. Describe medidas para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios mediante la integración de la salud mental en la atención primaria de salud, la transformación de los servicios para que sean culturalmente competentes, el uso de intervenciones digitales, el aumento de la capacidad en materia de salud mental y apoyo psicosocial, y el empoderamiento de las personas que usan los servicios y sus familias.



7.

Fortalecer la prevención del suicidio. Proporciona orientación concreta sobre estrategias basadas en la evidencia para prevenir el suicidio y sus factores de riesgo mediante la formulación de estrategias nacionales de prevención, la promoción de políticas públicas sobre la reducción de los medios de suicidio y del consumo de alcohol, y el aumento de la capacidad para responder a las lesiones autoinfligidas y el suicidio.



8.

Adoptar un enfoque transformador frente a las cuestiones de género en pro de la salud mental. Propone medidas para reducir las desigualdades de género y abordar la violencia de género y las masculinidades tóxicas, que constituyen grandes amenazas para la salud mental.



9.

Abordar el racismo y la discriminación racial como importantes determinantes de la salud mental. Hace hincapié en la necesidad de combatir el racismo sistémico dirigido contra los pueblos indígenas, las personas afrodescendientes y otros grupos étnicos mediante el trabajo con estas comunidades para comprender el racismo y sus posibles soluciones, la formulación de planes nacionales de acción contra el racismo y la discriminación racial, el fortalecimiento de la normativa y la legislación, y la creación de entornos antirracistas.



10.

Mejorar los datos y las investigaciones sobre la salud mental. Propone medidas para aumentar la disponibilidad y la calidad de los datos sobre la salud mental por medio de una mayor recopilación de datos sobre este tema, el desglose de los datos, la mejora del seguimiento y la evaluación, y la investigación en esferas prioritarias de la salud mental.

Miembros de la Comisión

La Comisión está integrada por 17 miembros de toda la Región de las Américas que representan a gobiernos, organizaciones de salud, el sector académico, la sociedad civil y personas con experiencia propia. La Comisión está presidida por la Excelentísima Señora Epsy Campbell Barr, ex-Vicepresidenta de Costa Rica, y copresidida por el Embajador Nestor Mendez, Secretario General Adjunto de la Organización de los Estados Americanos.

Presidenta: Epsy Campbell Barr, ex-Vicepresidenta de Costa Rica

Copresidente: Nestor Mendez, Secretario General Adjunto de la Organización de los Estados Americanos

Rubén Alvarado Muñoz, profesor titular del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile

Mary Bartram, directora de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Comisión de Salud Mental de Canadá

Paul Bolton, coordinador de Salud Mental y Apoyo Psicosocial de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Pamela Collins, directora del Consorcio para la Salud Mental Mundial de la Universidad de Washington, Estados Unidos

Paulina del Río, presidenta y cofundadora de la Fundación José Ignacio, Chile

Shirley J. Holloway, presidenta de la Junta Directiva de la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales, Estados Unidos

Katija Khan, presidenta de la Alianza Caribeña de Asociaciones Nacionales de Psicología, Trinidad y Tabago

María Elena Medina-Mora, directora de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México

Ana Cristina Mendoza, psicóloga, Guatemala

Paulo Rossi Menezes, profesor de Medicina Preventiva, Universidad de São Paulo, Brasil

Carmen Montón Giménez, Observadora Permanente de España ante la Organización de los Estados Americanos

Alejandra Mora Mora, secretaria ejecutiva de la Comisión Interamericana de Mujeres, Organización de los Estados Americanos

Shekhar Saxena, profesor de la Práctica de Salud Mental Global, Escuela de Salud Pública T. H. Chan de Harvard, Estados Unidos

Juan Pablo Uribe, Director Mundial de Salud, Nutrición y Población y del Mecanismo Mundial de Financiamiento, Grupo del Banco Mundial

Sahar Vasquez, cofundadora de Mind Health Connect, Belice

Salud Mental, una prioridad.

Consejo Nacional de Salud Mental
Bogotá, Colombia
01/12/2022



OPS

Organización
Panamericana
de la Salud

Departamento
Nacional de la Salud

Sesión de trabajo en Bogotá con la Comisión de Salud Mental de Colombia el 1 de diciembre del 2022. Durante su labor, la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 se reunió con expertos, gerentes del ámbito de la salud y personas con experiencia propia a fin de conocer de primera mano los retos y las soluciones para mejorar la salud mental en la Región de las Américas.



Introducción

El primer caso de la nueva enfermedad por coronavirus del 2019 (COVID-19) en la Región de las Américas se confirmó en Estados Unidos de América el 20 de enero del 2020 (1). Desde entonces, la Región se ha visto afectada de manera desproporcionada por la pandemia mundial de COVID-19, con el 43% de las muertes por COVID-19 en todo el mundo (2). Además de causar una tremenda pérdida de vidas, la pandemia ha contribuido a una contracción de la economía, a un incremento de las tasas de desempleo y pobreza, y a aumentos de la violencia doméstica y del consumo de sustancias psicoactivas en toda la Región. Los estudios también muestran los profundos efectos de la pandemia en la salud mental en la Región, entre ellos tasas elevadas de algunos problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad, así como prolongadas interrupciones de algunos servicios esenciales para la salud mental (3).

En respuesta al gran impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en la Región, a principios del 2022, la entonces Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), doctora Carissa F. Etienne, estableció la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19.

La Región se ha visto afectada de manera desproporcionada por la pandemia de COVID-19, con el 43% de las muertes por COVID-19 en todo el mundo.

El objetivo general de la Comisión era aumentar la conciencia de la importancia crítica de la salud mental en la Región y proporcionar orientación a la OPS y sus Estados Miembros sobre el fortalecimiento de la salud mental en la Región durante la pandemia de COVID-19 y después de ella. Además se le encomendó la tarea de formular una serie de recomendaciones prioritarias de alto nivel.

El año pasado, la Comisión trabajó para analizar los efectos de la pandemia y soluciones innovadoras basadas en buenas prácticas en el

FIGURA 1

Cronograma de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS



contexto del estado de salud mental anterior a la pandemia. La Comisión se reunió formalmente en tres ocasiones, convocó a tres grupos técnicos de trabajo para profundizar el examen de las principales áreas prioritarias indicadas y consultó a diversas partes interesadas y expertos (figura 1) (véase en el anexo 1 una lista de todas las reuniones oficiales de la Comisión y sus participantes).

El resultado de su labor es *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas* (NASMA). Este documento contiene las recomendaciones finales de la Comisión para promover la salud mental en la Región en el contexto actual de la pandemia de COVID-19 y posteriormente.¹ Presenta un marco basado en la evidencia y la experiencia que se puede adaptar a la situación local y usarse al mismo tiempo para abordar las barreras y los

desafíos. Con esta adaptación contextual, todos los países, independientemente de sus limitaciones de recursos, pueden poner en práctica la NASMA para mejorar la salud mental de sus poblaciones.

En la NASMA se presentan diez recomendaciones con los puntos de acción correspondientes, acompañadas de ejemplos de casos de la Región que ponen de relieve modelos eficaces para guiar la ejecución. Es importante señalar que las recomendaciones no pretenden ser exhaustivas; más bien, priorizan las áreas de acción que se consideran más urgentes para la Región. La NASMA presenta enfoques sustentados en la evidencia para abordar la crisis generada por la pandemia de COVID-19 a corto plazo, al tiempo que sienta bases sólidas a largo plazo, a fin de lograr mejoras óptimas en la atención de salud mental en la Región.

1 A efectos del presente informe, el término *problemas de salud mental* se refiere tanto a los trastornos mentales como a los causados por el consumo de sustancias psicoactivas. Las referencias a los servicios y la atención de salud mental abarcan los servicios tanto para la salud mental como para los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Se reconoce que se necesitan medidas adicionales orientadas específicamente al consumo de sustancias psicoactivas, que van más allá del alcance de las recomendaciones de la Comisión, a fin de abordar de manera integral este importante desafío de salud pública en la Región.

FORTALECIMIENTO TERRITORIAL Y COMUNITARIO EN ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

VIGENCIA 2021 - 2023

OBJETIVO

Fortalecer competencias académicas, conceptuales y prácticas para el diseño e implementación de estrategias de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos específicos:

- Fortalecer competencias académicas, conceptuales y prácticas que favorezcan la prevención del uso de sustancias psicoactivas.
- Fortalecer aspectos dirigidos a la comunidad orientados a fortalecer competencias conceptuales asociadas a las sustancias psicoactivas.
- Modificar las influencias normativas asociadas al consumo temprano de alcohol con el fin de retrasar la edad de inicio de uso de esta sustancia.
- Promover y fortalecer el involucramiento parental como factor protector asociado al uso de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes.

BENEFICIARIOS

- Líderes y líderes comunitarios
- Autoridades territoriales
- Trabajadores de salud y promoción comunitaria
- Docentes y psicoeducadores
- Madres, padres y cuidadores
- Jóvenes y adolescentes

RESULTADOS

Incremento en el diseño e implementación de estrategias de prevención del consumo de sustancias psicoactivas dirigidas al sector educativo y al sector comunitario.

Fortalecimiento de la comunidad para orientar y promover la reducción del uso de sustancias psicoactivas.

Reducción del estigma de las personas con problemas de salud mental asociados al uso de sustancias psicoactivas.

Desafíos

El consumo de sustancias psicoactivas debe desnormalizarse del contexto de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Implementación de estrategias de reducción de factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas en el sector educativo en Colombia.

Fortalecimiento parental en las familias para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas con el apoyo de la implementación de estrategias de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y "prevención del alcohol y del tabaco".

PROGRAMA PARA LA REDUCCIÓN DE BRECHAS EN SALUD MENTAL

mhGAP uso intercultural

VIGENCIA 2017 - 2022

RESULTADOS

- Desarrollo de una experiencia piloto con el uso de mhGAP en el sector educativo.
- Diseño de la Guía de Uso Intercultural mhGAP.
- Diseño de la cartilla de salud mental para comunidades indígenas.
- Formación en el uso de la Guía a 300 profesores.
- Inclusión del uso de la Guía en 5 Instituciones de Salud (IPS) indígenas.
- Aprendizajes mutuos entre la medicina occidental y tradicional.

Desafíos

Equipos interdisciplinarios para el uso de mhGAP.

Continuidad en el tiempo de las estrategias y enfoques de implementación intercultural.

Sentido de pertenencia y compromiso de los actores involucrados.

Tercera sesión plenaria de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 en Bogotá (Colombia).



El caso a favor de una mejor salud mental

La salud mental es más que la mera ausencia de problemas de salud mental. Es “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (4). La falta de atención y servicios de salud mental, así como del financiamiento conexo, tiene efectos sanitarios, sociales y económicos enormes y de gran alcance, no solo para las personas, sino también para las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Los problemas de salud mental son algunas de las principales causas de discapacidad en todo el mundo y comprometen la capacidad de las personas afectadas para estudiar, trabajar y participar plenamente en sus comunidades (5). La salud mental está inextricablemente ligada a muchas enfermedades físicas, tanto transmisibles como no transmisibles, a través de relaciones bidireccionales. Por ejemplo, los problemas de salud mental pueden aumentar el riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tuberculosis, enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes, mientras que las personas que tienen estas enfermedades

La falta de atención y servicios de salud mental, así como del financiamiento conexo, tiene efectos sanitarios, sociales y económicos enormes y de gran alcance, no solo para las personas, sino también para las familias, las comunidades y la sociedad en general.

tienden más a presentar problemas de salud mental (6). Estos problemas están relacionados con resultados deficientes para quienes tienen enfermedades crónicas y pueden llevar a una disminución de la esperanza de vida de 10 a 25 años en las personas con problemas graves de salud mental (7). También representan un factor

de riesgo de suicidio, que se cobra la vida de más de 700 000 personas en todo el mundo cada año (8).

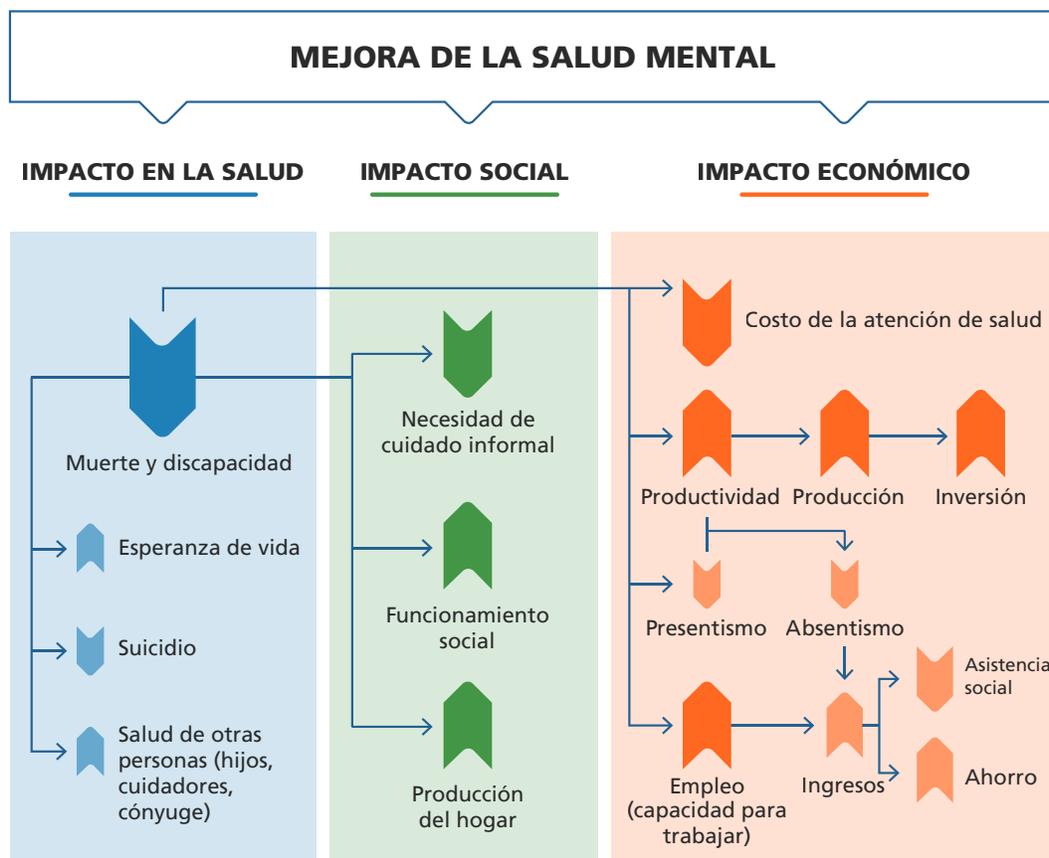
Además de su impacto en la salud, los problemas de salud mental pueden llevar al desempleo, la pobreza, la falta de vivienda y el encarcelamiento, con importantes consecuencias sociales y económicas para la familia y la sociedad. La depresión y la ansiedad implican un costo de USD 1 billón al año para la economía mundial (9), y se prevé que, para el 2030, los problemas de salud mental representarán pérdidas de USD 6 billones

al año, es decir, más de la mitad de la carga económica mundial atribuible a las enfermedades no transmisibles (10).

Se reconoce ampliamente que no debe haber discriminación en la atención de la salud mental, como un derecho fundamental para todos. La atención inadecuada, así como la discriminación y los abusos que sufren las personas que tienen problemas de salud mental, violan este derecho y constituyen una grave inequidad e injusticia social. Es esencial que los gobiernos cumplan su obligación de respetar, proteger y amparar

FIGURA 2

Posibles beneficios sociales y económicos de la inversión en la salud mental



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. Ginebra: OMS; 2022. Resumen en español y publicación completa en inglés disponibles en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.

el derecho de todas las personas a la salud mental.

Con la priorización de la mejora de la salud mental e inversiones en este objetivo se pueden obtener efectos positivos a gran escala en la salud, la sociedad y la economía, como el aumento de la esperanza de vida y de la producción familiar, y una disminución de los costos de la atención de salud (figura 2). Se ha demostrado que el tratamiento de los problemas de salud mental

tiene un buen rendimiento económico: por cada dólar invertido en ampliar el tratamiento para la depresión y la ansiedad se obtiene un rendimiento de cuatro dólares en mejor salud y capacidad para trabajar (11). Los estudios de casos de inversión en la Región de las Américas han demostrado que ampliar el tratamiento para la ansiedad, la depresión y la psicosis en Jamaica (12) y Perú (13) podría conducir a tasas elevadas de rendimiento y restaurar años de vida saludable en el transcurso de 15 años.

La salud mental en la Región de las Américas

Una carga pesada

Las necesidades de salud mental insatisfechas contribuyen enormemente a la carga de enfermedad en la Región. Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas (MNS) y el suicidio representan más de un tercio del total de años vividos con discapacidad y una quinta parte del total de años de vida ajustados por discapacidad (14) (figuras 3 y 4). La depresión es la segunda causa más importante de años vividos con discapacidad

en las mujeres y la tercera más importante en los hombres (15). La Región presenta la prevalencia más alta de problemas de ansiedad y la segunda tasa más alta de trastornos depresivos de todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El consumo de alcohol también tiene un gran impacto en la Región, ya que el 8,2% de la población general mayor de 15 años presenta un trastorno por consumo de alcohol. La tasa de

FIGURA 3

Distribución regional de los años vividos con discapacidad

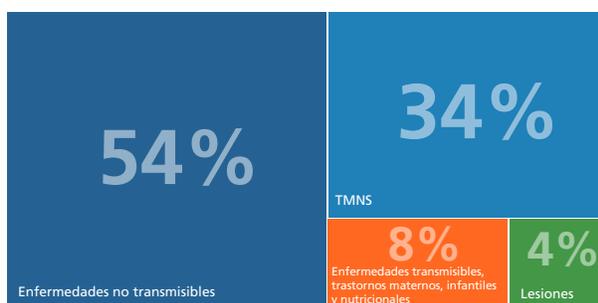


FIGURA 4

Distribución regional de los años de vida ajustados por discapacidad



Nota: TMNS: trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>.

prevalencia en las mujeres es la más alta de todas las regiones de la OMS; en los hombres, es la segunda tasa de prevalencia más alta. Se estima que el 5,5% de las muertes y el 6,7% de los años de vida ajustados por discapacidad pueden atribuirse al consumo de bebidas alcohólicas (16).

Aumento del suicidio

En la Región mueren casi 100 000 personas al año por suicidio, lo cual afecta no solo a las personas y las familias, sino a las comunidades enteras. De los diez países con las tasas de suicidio más altas del mundo, dos —Guyana y Suriname— se encuentran en la Región de las Américas (figura 5). Es alarmante que las tasas de suicidio hayan seguido empeorando en la Región. Entre el 2000 y el 2019, la tasa regional de suicidios ajustada por edad aumentó en un 17% (de 7,3 a 9,0 por 100 000 habitantes) (figura 6). En particular, la Región de las Américas fue la única región de

la OMS que registró un incremento de la tasa de suicidios durante ese período (8).

Grandes brechas en la atención

A pesar de la gran carga comprobada de los problemas de salud mental y el suicidio en la Región, solo una pequeña fracción de las personas que tienen problemas de este tipo recibe la atención que necesita. Se estima que la brecha media de tratamiento en la Región para cualquier problema de salud mental era del 75,2% en el 2016 y superaba el 90% en el caso de algunos trastornos y países (17). En el 2020, solo un 18% de las personas con psicosis en la Región recibieron tratamiento (figura 7).

Según el contexto local, algunas personas y grupos de la sociedad pueden tener un riesgo mucho mayor de presentar problemas de salud mental o enfrentar mayores barreras para tener acceso

FIGURA 5

Tasa de mortalidad por suicidio por país de la Región de las Américas en orden decreciente, 2019

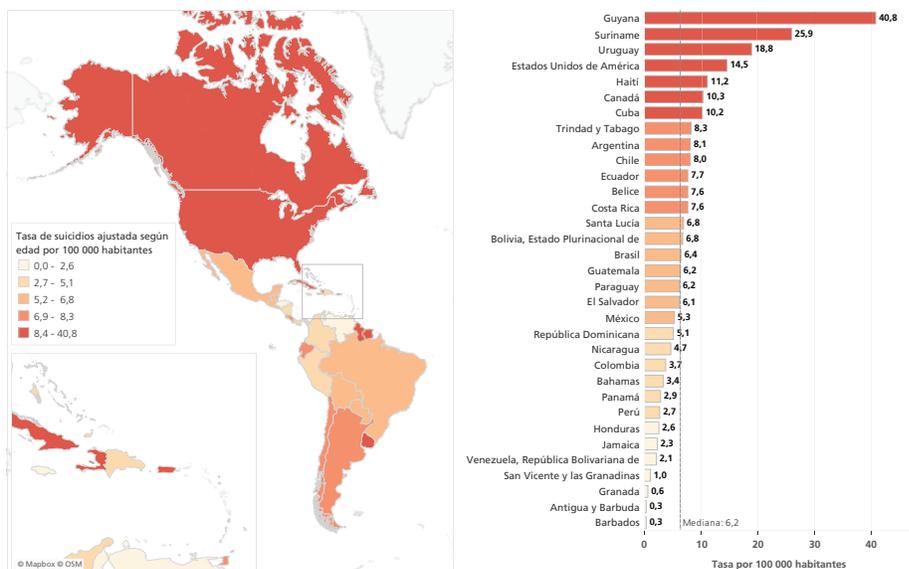
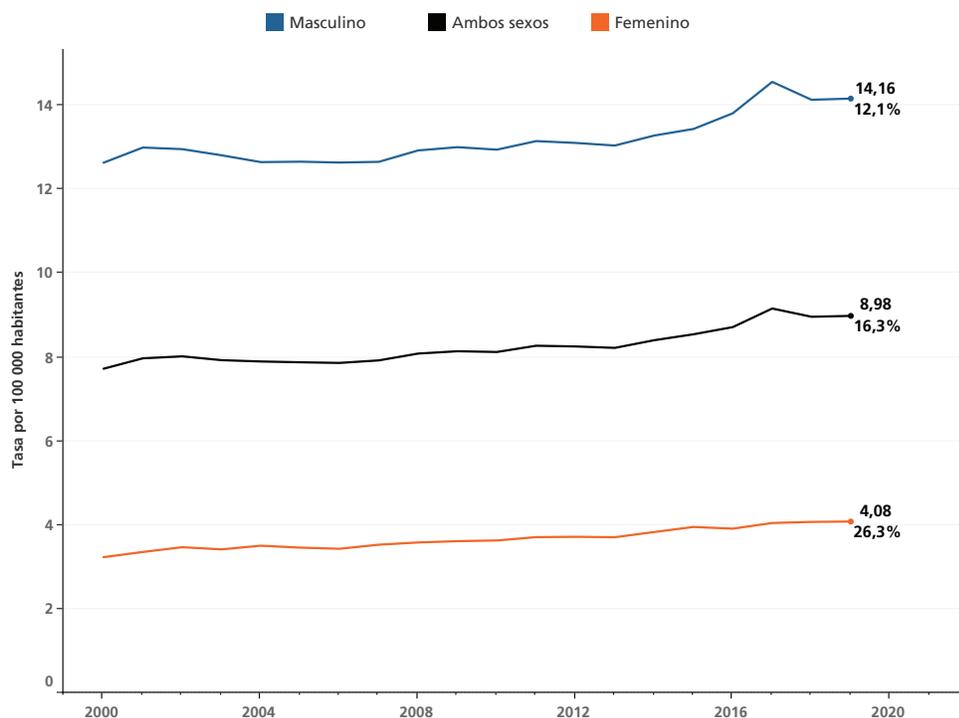


FIGURA 6

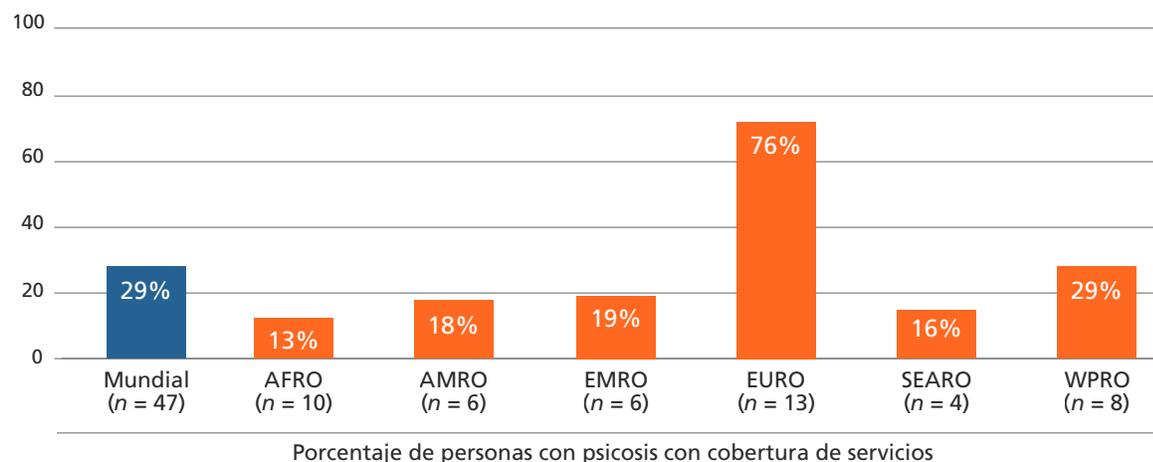
Tasa de mortalidad por suicidio ajustada por la edad, 2000-2019



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Burden of suicide. Portal de datos ENLACE. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>.

FIGURA 7

Cobertura de servicios para las personas con psicosis, por región de la OMS (2020)



Nota: Oficinas regionales de la Organización Mundial de la Salud para África (AFRO), las Américas (AMRO), el Mediterráneo Oriental (EMRO), Europa (EURO), Asia Sudoriental (SEARO) y el Pacífico Occidental (WPRO).

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Mental Health Atlas 2020. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240036703>.

a atención de salud mental de calidad o para recibirla. Entre los factores subyacentes cabe señalar barreras financieras, geográficas, de transporte y de idioma, así como menos conocimientos básicos sobre la salud mental, además del estigma y la discriminación. Estos grupos pueden incluir, aunque no necesariamente (6), las siguientes personas:

- personas que viven en la pobreza;
- pueblos indígenas, personas afrodescendientes y otros grupos étnicos;
- mujeres;
- personas con problemas de salud mental:
- personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer, intersexuales y de otras identidades (LGBTQI+);
- personas con discapacidad;
- personas migrantes, refugiadas o desplazadas.

También es importante reconocer la manera en que las formas interseccionales de marginación basadas en el origen étnico, el sexo, la edad, la orientación sexual, el lugar de nacimiento, el idioma, la religión, las discapacidades o la pobreza pueden dar lugar a diferentes grados de desventaja entre personas y grupos sociales (18).

Una respuesta en gran medida inadecuada

A lo largo de la historia, la salud mental ha sido un área descuidada de la salud, tanto a escala mundial como en la Región de las Américas. A pesar de la carga elevada atribuible a los problemas de salud mental en la Región, muchos países no han dado prioridad a la salud mental, lo que ha debilitado los sistemas y servicios en este ámbito, ha abierto

una gran brecha de tratamiento y ha dejado atrás a muchas personas que se encuentran en las situaciones de mayor vulnerabilidad.

Las inversiones de recursos tanto financieros como humanos en la salud mental son muy inferiores a las necesarias para hacer frente a la carga. En el 2020, el gasto gubernamental promedio en salud mental en la Región fue solo el 3% del gasto total en salud. De este gasto, casi la mitad se asigna a los hospitales psiquiátricos. También hay escasez de recursos humanos en el campo de la salud mental, y la mayor parte se concentra en los grandes centros urbanos.

En muchas partes de la Región, los servicios de salud mental siguen estando muy centralizados y se concentran en hospitales psiquiátricos, en vez de ofrecerse en la comunidad, donde la atención es más accesible y es menos probable que esté vinculada al estigma y la discriminación. En estas instituciones se ha observado una relación con peores resultados del tratamiento y violaciones inaceptables de los derechos humanos. La Región de las Américas, donde el 28% de las estancias en hospitales psiquiátricos superan los cinco años, es la región de la OMS con la mayor proporción de estancias de más de cinco años (19).

El estigma y la discriminación son una barrera importante para la atención de las personas con problemas de salud mental. En la Región, la aplicación de leyes y políticas obsoletas en materia de salud mental que contienen un lenguaje estigmatizador continúa reforzando el estigma, la discriminación y la exclusión. Además, el estigma y la discriminación relacionados con la salud mental están profundamente arraigados en muchas instituciones y en el sistema de salud. Incluso en los casos en que eso no sea intencional, puede impedir la búsqueda de ayuda y comprometer el tratamiento y la recuperación eficaces.

Otro desafío importante en la Región que ha obstaculizado el fortalecimiento de la atención de la salud mental es la falta de datos e informes sobre el tema. En el 2020, la cuarta parte de los países informaron que no se habían recopilado datos sobre la salud mental en los dos años anteriores (19). La presentación sistemática de datos oportunos y de calidad es esencial para asignar recursos apropiados de acuerdo con las necesidades, y establecer políticas y servicios de salud mental con un enfoque de equidad y derechos humanos.

La pandemia de COVID-19 y la exacerbación de la crisis de la salud mental

La Región de las Américas se ha visto afectada de manera desproporcionada por la pandemia de COVID-19. Casi 3 millones de personas de la Región han perdido la vida debido a la COVID-19, el mayor número de muertes de cualquier región de la OMS (2). La pandemia también ha tenido consecuencias sociales y económicas devastadoras para la Región. Los datos subregionales para América Latina y el Caribe arrojan luz sobre esta situación:

- El producto interno bruto (PIB) bajó el 6,8%, la mayor contracción desde 1900 (20).
- La tasa media de empleo cayó del 57,4% al 51,7%, lo que equivale a la pérdida de alrededor de 26 millones de empleos (21).
- Se estima que la tasa de pobreza ha alcanzado el 33,7%, y la tasa de pobreza extrema, el 12,5%. Eso significa que 209 millones de personas viven en la pobreza (22 millones más que en el 2019) y 78 millones en la pobreza extrema (un aumento de 8 millones) (20).
- La población infantil de esta subregión sufrió algunos de los cierres de escuelas más

prolongados e ininterrumpidos del mundo a raíz de la COVID-19. En promedio, la población estudiantil de la Región perdió de forma total o parcial dos tercios de todos los días de enseñanza presencial durante la pandemia, con una pérdida individual estimada de 1,5 años de aprendizaje (22).

- Durante los confinamientos ocasionados por la pandemia, las llamadas a las líneas de ayuda contra la violencia doméstica aumentaron en América Latina (23).

En algunos estudios nacionales se confirmó que la salud mental de la población general había empeorado. Se estima que, en el 2020, los trastornos depresivos mayores aumentaron en un 35% y los trastornos de ansiedad en un 32% en América Latina y el Caribe (24). En la afección posterior a la COVID-19, también conocida como “COVID-19 de larga duración”, se han observado ansiedad, depresión y otros problemas (25).

La pandemia de COVID-19 amplió muchos factores de riesgo conocidos de problemas de salud mental, como la pérdida de seres queridos y el dolor que eso causa, la inseguridad financiera, el desempleo, los sentimientos de aislamiento y la experiencia de traumas y abusos.

Aunque nadie fue inmune al impacto de la pandemia en la salud mental, algunos grupos, entre ellos las comunidades históricamente marginadas y las que viven en situación de vulnerabilidad, se vieron afectados de manera desproporcionada. Se documentaron tasas más altas de síntomas de salud mental en trabajadores de salud y de primera línea, mujeres, pueblos indígenas, personas afrodescendientes y otros grupos étnicos, personas más jóvenes, personas LGBTQI+, personas con problemas de salud mental preexistentes, personas diagnosticadas con COVID-19 y personas que viven en la pobreza, entre otras (3).

La pandemia también ha contribuido a grandes interrupciones en la atención de la salud mental y la prestación de servicios en este rubro. A principios del 2022, el 47% de los países de la

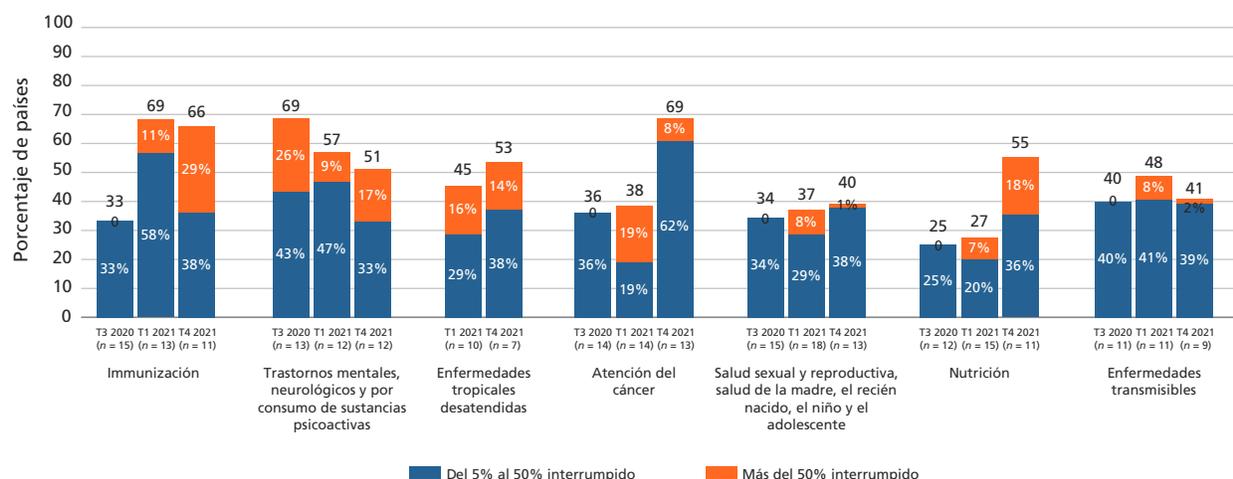
Región que respondieron a la encuesta rápida de la OMS sobre la continuidad de los servicios de salud esenciales durante la pandemia de COVID-19 notificaron interrupciones en los servicios para los trastornos MNS. Un año antes, cuando los servicios de salud esenciales estaban registrando las tasas más altas de interrupción, se notificaron interrupciones de estos servicios en el 60% de los países que respondieron (3). En la figura 8 se presentan datos sobre las interrupciones de los servicios de salud esenciales.

Principales amenazas para la salud mental

En la salud mental de las personas influyen en gran medida factores que están fuera de su control y del control del sector de la salud. Además de los factores psicológicos y biológicos debido a los cuales una persona podría ser más

FIGURA 8

Comparación de las interrupciones por servicios indicativos en países que respondieron a las tres rondas de encuestas: tercer trimestre del 2020 (ronda 1), primer trimestre del 2021 (ronda 2) y cuarto trimestre del 2021 (ronda 3)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Tercera ronda de la encuesta nacional sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19 (noviembre y diciembre del 2021). Informe provisional correspondiente a la Región de las Américas, enero del 2022. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56165>.

vulnerable que otras a problemas de salud mental, hay elementos sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales que interactúan e influyen en la salud mental. Los determinantes sociales de los problemas de salud mental son los factores sociales, culturales y económicos que tienen una influencia directa en la prevalencia y la gravedad de los problemas de salud mental en hombres y mujeres a lo largo del curso de la vida (26).

La Comisión examinó los determinantes sociales y su papel en la salud mental en la Región de las Américas. Es importante destacar que el impacto de muchos de estos determinantes se vio exacerbado por la pandemia de COVID-19.

Pobreza

La Región de las Américas se caracteriza por altos índices de pobreza y pobreza extrema, que aumentaron durante la pandemia. En América Latina y el Caribe, la pobreza se ha incrementado en los últimos diez años, pasando del 27,8% en el 2014 al 33,7% en el 2022, y hay 22 millones más de personas que viven por debajo de la línea de pobreza, de las cuales 8 millones (36%) se encuentran en situación de pobreza extrema (27).

La pobreza afecta de manera desproporcionada a diferentes grupos poblacionales de la Región. En el 2021, por cada 100 hombres que vivían en hogares pobres en América Latina y el Caribe había 116 mujeres en una situación similar (28). En América Latina, la pobreza y la pobreza extrema son más graves entre las personas afrodescendientes (29). Los pueblos indígenas, a pesar de que representan menos del 8% de la población, representan alrededor del 17% de las personas que viven en la pobreza extrema (30). La población infantil y adolescente también presentó tasas mucho más altas de pobreza. En el 2021, casi la mitad (45,5%) de todas las

personas menores de 18 años en América Latina vivían en la pobreza (31). En Estados Unidos de América, el 16,1% de la población infantil vivía en la pobreza en el 2021, en comparación con el 14,4% dos años antes (32).

Los problemas de salud mental pueden ser tanto causa como consecuencia de la pobreza y generan un círculo vicioso. Los efectos de la pobreza a menudo comienzan antes del nacimiento y persisten a lo largo de la vida. Las tensiones diarias de la pobreza aumentan el riesgo de problemas de salud mental debido a la incapacidad para mantener un nivel de vida básico, las menores oportunidades de educación y empleo, y el poco acceso a una atención de salud de calidad. Del mismo modo, las personas con problemas graves de salud mental tienen más probabilidades de caer en la pobreza debido a la pérdida del empleo y el aumento de los gastos en la salud. Esta situación también puede verse agravada por la falta de acceso a servicios de salud mental de calidad para las personas que viven en la pobreza.

Violencia

En la Región de las Américas, la violencia es un importante desafío de salud pública que afecta a una proporción considerable de la población. La Región tiene la tasa de homicidios más alta del mundo (19,2 por 100 000), más del triple del promedio mundial (33). La población joven de 10 a 29 años, en particular los hombres jóvenes y los niños, son especialmente vulnerables. Una de cada cuatro mujeres mayores de 15 años ha sido víctima de violencia física o sexual a manos de su pareja o de otros perpetradores (34). Alrededor del 58% de la población infantil de 2 a 17 años en América Latina y el 61% en América del Norte sufre abusos físicos, sexuales o emocionales cada año (35). El femicidio, es decir, el asesinato intencional de mujeres por motivos relacionados

con el género, se cobra la vida de miles de mujeres al año. En el 2022, por lo menos 4473 mujeres fueron víctimas de femicidio en 29 países de América Latina y el Caribe (36).

Los efectos de la violencia interpersonal están relacionados con diversos problemas de salud mental que afectan a las personas sobrevivientes, como ansiedad, depresión, trastornos de estrés postraumático, trastornos del sueño y la alimentación, lesiones autoinfligidas y comportamientos suicidas. El impacto de la violencia en la salud mental lo sienten las personas sobrevivientes, sus familias y la comunidad, incluidos los niños que presencian actos de violencia en el hogar y los testigos de actos de violencia en la comunidad.

Racismo y discriminación racial

El racismo, incluidos los prejuicios y la discriminación por motivos de raza, color, ascendencia u origen nacional o étnico, es generalizado en la Región de las Américas, donde hay alrededor de 200 millones de personas afrodescendientes (37) y 62 millones de personas indígenas (38). Los pueblos indígenas, las personas afrodescendientes y otros grupos étnicos de la Región continúan sufriendo discriminación estructural, exclusión y desigualdad, lo cual los expone a estrés crónico, ansiedad, miedo y otros factores que inciden en su dignidad, su salud mental y su bienestar.

Los sistemas políticos, económicos y sociales colocan a los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes en una situación de exclusión sistémica, caracterizada por la pobreza, el desempleo y la falta de acceso a viviendas adecuadas y servicios esenciales, como agua potable y saneamiento. Esta situación es perjudicial

para su salud física y disminuye su esperanza de vida, al tiempo que aumenta su riesgo de empeoramiento de los problemas de salud mental o de surgimiento de problemas nuevos. Estas desigualdades son el legado del colonialismo y la esclavitud, así como de las políticas institucionales que limitan sus oportunidades, sus recursos, su poder y su bienestar (39).

El asesinato de George Floyd en Estados Unidos en el 2020 se convirtió en un vivo llamamiento por la justicia racial, pero para muchas personas también tuvo profundos efectos en la salud mental. Según una investigación publicada en las actas de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos de América, las personas estadounidenses de raza negra notificaron un aumento mucho mayor de los síntomas de depresión y ansiedad después de la muerte de Floyd (40). Este trágico episodio también evidenció que la discriminación racial y la brutalidad policial contra las personas afrodescendientes en la Región las coloca en un riesgo desproporcionado de menoscabo de la salud mental, lo cual refleja y refuerza la desigualdad racial y la discriminación sufridas sistemáticamente a lo largo de la historia. En un informe del 2021 del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (41) se pusieron de relieve los efectos adversos para la salud mental de la exposición común y generalizada a la discriminación racial, incluso después de las interacciones con la policía, como las detenciones y los registros, y los casos en que se usa la fuerza.

Desigualdad de género

Si bien el género² tiene implicaciones para la salud mental a lo largo de la vida de cada persona, las

2 El género se refiere a los roles, los comportamientos, las actividades y los atributos socialmente construidos que una sociedad determinada considera apropiados para los niños y los hombres o para las niñas y las mujeres.



Los efectos de las emergencias humanitarias pueden socavar la salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones afectadas.

© OPS

mujeres y las niñas se ven afectadas de manera desproporcionada por la desigualdad de género, que limita sus oportunidades de disfrutar de una vida digna, con una salud y bienestar óptimos. En la Región de las Américas, las mujeres continúan enfrentando una distribución injusta de oportunidades, poder, recursos y responsabilidades en comparación con los hombres. Están mal remuneradas, están subrepresentadas en los puestos de liderazgo y con frecuencia sufren discriminación, violencia y acoso por motivos de género (42). También predominan en el sector informal (las mujeres se encargan de la mayor parte del trabajo de cuidado infantil, de las personas enfermas y las personas con discapacidad en su familia y en la comunidad). Eso limita su acceso a recursos e información para la atención de salud y a la cobertura de pensiones y seguro de

salud que se adquiere con el empleo en el sector formal (43).

Las normas, los valores y la discriminación de género no solo exponen a las personas vulnerables a riesgos para la salud mental, sino que también inciden en su comportamiento de búsqueda de ayuda, el acceso a los servicios, la respuesta que reciben del sector de la salud y, en última instancia, sus resultados en materia de salud mental (44). Las mujeres de la Región tienen 1,5 veces más probabilidades de presentar trastornos depresivos que los hombres y el doble de probabilidades de tener un trastorno de ansiedad (45). Los hombres también presentan resultados de salud mental influidos por el género: en ellos, la prevalencia de trastornos por consumo de alcohol en la Región es más del doble que la



Una de cada cinco personas afectadas por conflictos presentará un problema de salud mental, para el que es imprescindible recibir apoyo.

© Arantxa Cayón/OPS

de las mujeres (16), y los hombres tienen más del triple de probabilidades de morir por suicidio, aunque las mujeres tienen más probabilidades de presentar intentos de suicidio (46).

También es importante considerar la salud mental de las personas con diversas identidades de género, expresiones y orientaciones sexuales. La comunidad LGBTQI+ tiene más probabilidades de sufrir violaciones de los derechos humanos, como violencia, tortura, penalización, procedimientos médicos involuntarios y discriminación. También enfrenta la denegación de atención, actitudes discriminatorias y patologización inadecuada en entornos de atención de salud (47). Las personas LGBTQI+ sufren disparidades en materia de salud mental, que incluyen tasas más altas de depresión, ansiedad, consumo de alcohol, suicidio e ideación suicida debido al estrés crónico, el aislamiento

social y la falta de conexión con diversos servicios de salud y de apoyo (48).

Emergencias humanitarias

La Región de las Américas está expuesta regularmente a una amplia variedad de emergencias de salud y desastres (naturales, antrópicos, biológicos, químicos, radiológicos y otros) de escala y frecuencia cada vez mayores. Por ejemplo, entre el 2007 y el 2016, alrededor del 24% de los desastres causados por fenómenos naturales ocurridos en todo el mundo tuvieron lugar en esta Región (49). La Región también estuvo en el epicentro de la pandemia sin precedentes de COVID-19, con la tercera proporción más alta de casos acumulados en todo el mundo y el porcentaje más alto (43%) de muertes por COVID-19 de todas las regiones de la OMS (2). De cara al futuro,

se prevé que el cambio climático, considerado como “la mayor amenaza para la salud mundial del siglo XXI” (50), exacerbará las situaciones de emergencia y los desastres en la Región y en todo el mundo. El aumento de la temperatura ya ha llevado a un incremento del número y la intensidad de las tormentas tropicales y las inundaciones en la Región, con 335 desastres relacionados con el clima ocurridos entre el 2005 y el 2014, un 14% más que en el decenio anterior (50).

Los efectos de las emergencias humanitarias pueden socavar la salud mental y el bienestar psicosocial a largo plazo de las poblaciones afectadas. Se estima que una de cada cinco personas que han pasado por un período de guerra u otro conflicto en algún momento de los diez años precedentes presenta un problema de salud mental, como depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastorno bipolar o esquizofrenia (51). El impacto directo del cambio climático (olas de calor, sequías, fuertes tormentas y aumento del nivel del mar), así como sus efectos indirectos (enfermedades transmitidas por vectores y enfermedades de las vías respiratorias, inseguridad alimentaria e hídrica, desnutrición y desplazamientos forzados), están relacionados con resultados adversos para la salud mental, así como con tasas de suicidio más elevadas (52). Las personas con problemas de salud mental graves preexistentes son especialmente vulnerables.

Migración y desplazamiento interno

La migración³ y los desplazamientos internos están aumentando drásticamente en la Región de las Américas debido a diversos conflictos sociales, políticos y armados, el aumento de la violencia y la inseguridad resultantes de la delincuencia organizada y el tráfico de drogas, la inseguridad alimentaria, los desastres naturales, el cambio climático, la degradación ambiental, las dificultades económicas, la violencia y otros factores adversos y problemas estructurales. En el 2020, América del Norte fue el lugar de destino de 59 millones de migrantes internacionales, mientras que, en América Latina y el Caribe, el número de migrantes internacionales ha aumentado a más del doble desde el 2005 y llegó a 15 millones en el 2021, con lo cual se ha convertido en la región con el mayor incremento de la migración (53).

A lo largo de su trayecto migratorio, los grupos afectados pueden correr un mayor riesgo de presentar problemas de salud mental debido a factores de riesgo, como problemas concurrentes de salud física; el trato discriminatorio; la violencia sexual y de género, el maltrato y la trata de personas; el acceso inadecuado a vivienda, saneamiento y agua potable; la inseguridad alimentaria y la falta de acceso a medicamentos o atención de salud para las personas con enfermedades preexistentes. Estos riesgos se ven exacerbados por las barreras para acceder a servicios de salud durante el tránsito y en los países de destino, de origen o de retorno (54).

3 La migración es “el movimiento de una persona o de un grupo de personas, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un Estado. Como tal, la migración abarca cualquier tipo de desplazamiento de la población, sea cual fuere su duración, composición o causas. Comprende el flujo de refugiados, personas desplazadas, migrantes por motivos económicos (migración voluntaria o forzada), trabajadores temporales, estudiantes, migrantes indocumentados y las personas que se mudan con otros propósitos, incluida la reunificación de la familia, con diferentes determinantes de la salud, necesidades, recursos, capacidades y niveles de vulnerabilidad” (definición extraída del documento CD55/11, Rev. 1, *La salud de los migrantes*, aprobado por el Consejo Directivo de la OPS en el 2016).



DRA. D. HERNÁNDEZ



Una nueva agenda para la salud mental en las Américas: un llamado a la acción

¿Qué es esta nueva agenda para la salud mental en las Américas?

Una nueva agenda para la salud mental en las Américas (NASMA) es un llamado a la acción a fin de que los países de la Región aprovechen la oportunidad presentada por la pandemia de COVID-19 para priorizar y reformar la atención de la salud mental,⁴ tanto ahora como en el futuro. Juntos, como Región, podemos lograr un cambio trascendental y duradero en la salud mental para las generaciones venideras, pero debemos comenzar ahora mismo.

En la NASMA se presentan las diez recomendaciones finales de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS para promover la salud mental en la Región, cada una con los puntos de acción correspondientes y un ejemplo de caso. Es importante destacar que las recomendaciones no constituyen una lista exhaustiva de todas las mejoras necesarias en el ámbito de la salud mental en la Región. Más bien, se centran en las principales áreas prioritarias indicadas por

la Comisión que requieren una acción urgente para impulsar una recuperación sostenible tras la pandemia de COVID-19 y posteriormente.

Las recomendaciones están en consonancia con los objetivos mundiales y regionales actuales en materia de salud mental y desarrollo, como el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*, de la OMS; la *Política para mejorar la salud mental*, de la OPS, y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, al tiempo que priorizan algunas medidas relacionadas específicamente con las principales cuestiones en materia de salud mental en la Región. La NASMA se basa en la premisa de la colaboración multisectorial, que permite que los diferentes sectores y actores trabajen juntos de manera integrada mediante la puesta en común de recursos financieros, conocimientos y habilidades.

¿A quién está dirigida la NASMA?

La Comisión reconoce el papel esencial que todos los actores, incluidos los gubernamentales, no

4 A efectos de este informe, el término “problemas de salud mental” se refiere tanto a los trastornos mentales como a los causados por el consumo de sustancias psicoactivas. Las referencias a los servicios y la atención de salud mental abarcan los servicios tanto para la salud mental como para los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Se reconoce que se necesitarán medidas adicionales orientadas específicamente al consumo de sustancias psicoactivas, que van más allá del alcance de las recomendaciones de la Comisión, para abordar de una manera más integral este importante problema de salud pública en la Región.

gubernamentales, la sociedad civil y el sector privado, deben desempeñar en la promoción de la salud mental. Sin embargo, ha centrado sus recomendaciones en las autoridades gubernamentales de alto nivel y los responsables de las políticas de la Región de las Américas, en vista de que se necesita coordinación con las comunidades y el sector privado para que la agenda sea eficaz. Los principales actores son los siguientes:

- jefes de Estado y de Gobierno (presidentes, vicepresidentes, primeros ministros y ministros principales);
- ministros y secretarios de relaciones exteriores, hacienda, salud, educación, bienestar social y desarrollo social, justicia, trabajo y empleo, entre otros;
- autoridades gubernamentales subnacionales, como gobernadores, alcaldes, concejales, etcétera;
- legisladores y responsables de las políticas en todos los niveles de gobierno.

En la NASMA se reconoce que la cooperación y el trabajo conjunto de diversos actores de la sociedad es esencial para la generación, la ejecución y el seguimiento de estrategias e iniciativas que tengan efectos positivos en la salud mental de las personas, promuevan su bienestar y les permitan tener un estado de salud óptimo para llevar una vida digna.

¿Cómo se debe usar la NASMA?

Se insta a las autoridades gubernamentales de alto nivel de la Región a que lean este informe e integren las recomendaciones que se formulan aquí en la planificación y la programación de políticas públicas en materia de salud mental. Esto implicará trabajar por medio de los mecanismos multisectoriales existentes (por ejemplo, grupos

técnicos de trabajo y comités) para examinar las recomendaciones y determinar cómo aplicar las que sean más pertinentes según el contexto. Los países también pueden encontrar un recurso importante para promover la NASMA en la Unidad de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas de la OPS, que ofrece cooperación técnica a los Estados Miembros para fortalecer su capacidad en el ámbito de la salud mental.

Es importante señalar que, en vista de las economías y culturas diversas de la Región, no hay un plan único que pueda satisfacer las necesidades de todos los países. Los países y territorios de la Región se encuentran en diferentes etapas de la reforma de la salud mental, y hay diferencias entre los países y dentro de ellos debido a las cuales es necesario adaptar la orientación a las oportunidades locales y superar obstáculos y desafíos. Por consiguiente, la Comisión subraya que las recomendaciones deberán adaptarse al contexto.

Principios transversales de la NASMA

Las recomendaciones y los puntos de acción se basan en cinco principios transversales (figura 9).

1. Cobertura universal de salud

La cobertura universal de salud significa que todas las personas tienen acceso a toda la gama de servicios de salud de calidad, cuando y donde los necesitan, sin tropezar con dificultades económicas. Como la salud mental es un componente esencial de la salud, debe incluirse en la cobertura universal de salud, a la par de la salud física, como parte del derecho fundamental a la salud de todas las personas.

2. Derechos humanos

Todas las personas, incluidas las que tienen problemas de salud mental, deben ser tratadas con dignidad y respeto, y ser protegidas de todas las

FIGURA 9
Principios transversales de la NASMA



Nota: NASMA: Una nueva agenda para la salud mental en las Américas.

formas de abuso y discriminación. Las estrategias, las medidas y las intervenciones de salud mental deben ajustarse a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y a otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

3. Igualdad y no discriminación

Los principios de igualdad y no discriminación están en el centro de los derechos humanos que sientan las bases para el desarrollo humano sostenible y la consolidación de sociedades justas y prósperas. Los servicios de salud mental deben proporcionarse a todas las personas, sin discriminación alguna. En todos los servicios se deben incorporar diversos enfoques, como género, origen étnico y perspectivas culturales, que son importantes fuentes de desigualdad en la Región.

4. Enfoque del curso de vida

La interacción de diversos factores influye en la salud mental a lo largo de la vida de una persona. Por esa razón, es necesario que todas las políticas, los programas y los servicios de salud mental consideren los diferentes riesgos y necesidades de las personas en todas las etapas de la vida, como la infancia, la niñez, la adolescencia, la edad adulta y la vejez.

5. Empoderamiento de las personas con problemas de salud mental y sus familias

Las personas con problemas de salud mental y sus familias tienen derecho a participar activamente en la formulación de las políticas sociales y de salud que afectan su vida. Eso significa que deben estar empoderadas y participar activamente en la promoción, las políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en el ámbito de la salud mental.

6. Colaboración multisectorial

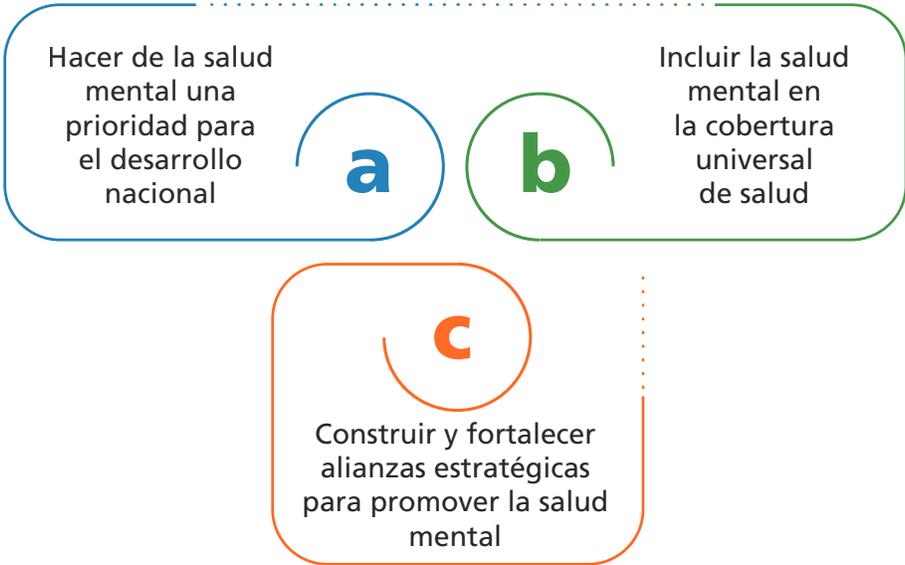
Una respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas con varios sectores públicos, como la salud, la educación, el empleo, la justicia penal, la vivienda, el bienestar social y otros, así como con el sector privado, según proceda en función de la situación del país. El enfoque multisectorial es la forma más eficiente y eficaz de incorporar tanto la promoción de la salud mental como la prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental en la amplia gama de políticas, planificación y servicios necesarios.



Recomendaciones

 **1.** Elevar la salud mental a nivel nacional y supranacional

PUNTOS DE ACCIÓN



En la NASMA se hace un llamado a todos los actores en los más altos niveles del gobierno para que encabecen una reforma de la salud mental que sea sostenible y de gran alcance a escala nacional y supranacional. La pandemia de COVID-19 nos ha recordado que ya no podemos

descuidar la salud mental sin consecuencias graves y persistentes para la sociedad. Los países de la Región de las Américas deben comprometerse a colocar la salud mental en un lugar más prominente de la agenda política nacional y demostrar su compromiso por medio de una

acción audaz y estratégica. Todos y cada uno de los países de la Región, sin importar su nivel de ingresos y sus circunstancias nacionales, tienen el potencial para transformar sus sistemas y servicios de salud mental y la obligación de hacerlo, aunque se encuentren en diferentes etapas en lo que se refiere a la reforma y el progreso de la salud mental.

a. Hacer de la salud mental una prioridad para el desarrollo nacional

Los problemas de salud mental pueden menoscabar el bienestar y el desarrollo no solo de las personas, sino también de las comunidades y las sociedades. La priorización de la mejora de la salud mental en la población puede redundar en resultados sociales y económicos positivos e impulsar el desarrollo, ámbitos que se han visto duramente afectados por la pandemia de COVID-19. Para que los países se recuperen plenamente de los efectos de la pandemia y alcancen sus objetivos de desarrollo a largo plazo, deben tratar la salud mental como un componente esencial de la recuperación tras la pandemia y del desarrollo nacional.

A fin de establecer la salud mental como prioridad nacional para el desarrollo después de la pandemia, será necesario integrar la salud mental en todas las estrategias y planes de recuperación de la pandemia de COVID-19, así como en estrategias y planes de acción nacionales de desarrollo más amplios, para que se refleje en la planificación y la programación. También se necesitan más fondos (véase la **recomendación 3**) y recursos humanos capacitados, dedicados exclusivamente a la formulación y planificación de políticas de salud mental. Es muy importante fomentar la capacidad de liderazgo en materia de salud mental a escala

tanto local como nacional, lo cual requiere una mejora de los conocimientos y las habilidades para formular políticas de salud mental, planificar y prestar servicios, y supervisar y evaluar a nivel del sistema. Los gobiernos pueden aumentar la capacidad local de liderazgo en el ámbito de la salud mental invirtiendo en la formación de líderes y oportunidades educativas, tutoría y programas de intercambio de conocimientos, tanto en los países como entre ellos.

Entre los países que están tomando medidas para hacer de la salud mental una prioridad nacional se destaca Chile, con SaludableMente (véase el **ejemplo de caso** de la página 30), iniciativa presidencial para la salud mental puesta en marcha en el 2020 para responder a los efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental. El programa, coordinado por un panel multisectorial de expertos, tiene como objetivo apoyar a la ciudadanía y proporcionar información para mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas por medio de acciones coordinadas. Además, en el 2021, Canadá designó al primer ministro de salud mental y adicciones, cargo que ocupa la doctora Carolyn Bennett, quien también se desempeña como ministra adjunta de salud. La doctora Bennett trabaja con el ministerio de salud para que la atención de la salud mental se considere como una parte plena e igual del sistema universal de atención de salud de Canadá y, en particular, para que se comprendan y aborden las inequidades en la salud, incluso para los pueblos indígenas, las personas canadienses de raza negra y las personas canadienses vulnerables (55).

b. Incluir la salud mental en la cobertura universal de salud

La cobertura universal de salud significa que todas las personas tienen acceso a toda la gama de

servicios de salud de calidad, cuando y donde los necesitan, sin tropezar con dificultades económicas (56). Las personas tienen derecho a alcanzar el grado más alto de salud, que solo puede lograrse cuando se aseguran su salud y bienestar mentales y se respetan sus derechos, para lo cual es necesario integrar plenamente la salud mental en la cobertura universal de salud. En el 2019, los líderes mundiales adoptaron en las Naciones Unidas la *Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal*, en la que se reconoció la salud y el bienestar mentales como “componente esencial de la cobertura sanitaria universal”. Ahora, los gobiernos deben cumplir este compromiso.

Todos los países deben trabajar para que:

1) se incluyan los problemas de salud mental en medida suficiente y de forma adecuada en los conjuntos nacionales de servicios que forman parte de la cobertura universal de salud; 2) todas las personas que necesiten y deseen atención tengan acceso a servicios de buena calidad basados en derechos, y 3) los servicios se presten de tal manera que no causen dificultades financieras a los usuarios.

Si bien el enfoque de cada país con respecto a la salud mental como parte de la cobertura universal de salud diferirá según el contexto nacional, debe incluir los siguientes componentes principales (57):

- integrar la salud mental en todas las estrategias y los planes de cobertura universal de salud e incluir servicios de salud mental en el conjunto básico de servicios esenciales;
- aumentar el financiamiento sostenible y los recursos humanos destinados a la salud mental (véase la **recomendación 3**);
- fortalecer las leyes y políticas en materia de salud mental que concuerden con las normas internacionales de derechos humanos (véase la **recomendación 4**);
- cambiar la prestación de servicios a fin de pasar a entornos no especializados en la comunidad (véanse las **recomendaciones 4 y 6**);
- empoderar a las personas con experiencia propia para participar en la formulación y la aplicación de políticas, estrategias, leyes y servicios de salud mental (véase la **recomendación 6**).

Para integrar la salud mental en la cobertura universal de salud, es necesario reconocer explícitamente un conjunto definido de problemas de salud mental e intervenciones basadas en la evidencia, como los medicamentos psicotrópicos y las terapias psicosociales, e incorporarlos en la lista o el conjunto esencial de prestaciones de salud ofrecidos a toda la ciudadanía por el gobierno, ya sea como parte del servicio nacional de salud basado en impuestos o de acuerdo con las disposiciones de los planes de seguro social o privado (58). Esto debería formar parte de un conjunto integral de prestaciones de salud mental, incluida la protección social, como se indica en la **recomendación 5**. Es indispensable que haya una protección contra el riesgo financiero que implica la atención de los problemas de salud mental. Incluso en los países con seguro social de salud, los planes con frecuencia no cubren los problemas de salud mental, lo cual exacerba las desigualdades debido a la falta de acceso a la atención para las personas que la necesitan o a los costos elevados que llevan a gastos de bolsillo catastróficos.

c. Construir y fortalecer alianzas estratégicas para promover la salud mental

Para promover la mejora sostenible de la salud mental es necesario forjar alianzas y colaborar con diversos actores en todos los sectores y entidades, tanto verticalmente (vinculando instituciones regionales, subregionales, nacionales y locales) como horizontalmente (vinculando al gobierno, la sociedad civil y el sector privado en cada nivel). Estas alianzas pueden aumentar los recursos disponibles dirigidos a la salud mental, tanto financieros como humanos, facilitar el intercambio de conocimientos y pericia, y ampliar el alcance y el impacto de las iniciativas de salud mental.

Los gobiernos desempeñan un papel decisivo para impulsar las alianzas en torno a la salud mental en diversos niveles (véanse en el cuadro 1 algunos ejemplos de los principales actores y asociados estratégicos). A nivel nacional, los principales asociados deben abarcar los diversos ministerios y sectores gubernamentales, los gobiernos locales, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado, el sector académico, los organismos y fondos de las Naciones Unidas, otras organizaciones multilaterales y los medios de comunicación, entre otros. Las alianzas con organizaciones que representan a personas en situación de vulnerabilidad (como los pueblos indígenas, las personas afrodescendientes y otros grupos étnicos) son esenciales, al igual que las alianzas con las personas que usan los servicios de salud mental y las asociaciones de familiares. Las personas con experiencia propia y sus familias tienen perspectivas inestimables que pueden ayudar en la planificación, la programación y la evaluación de la salud mental.

Las alianzas a nivel subregional y regional pueden fomentar la capacidad, facilitar mejores vínculos y la coordinación, y promover el intercambio de conocimientos y experiencia entre los países. Los países de la Región que han avanzado menos en la promoción de la salud mental pueden beneficiarse si forjan alianzas con países que han hecho grandes avances y que están en condiciones de proporcionar diversas formas de orientación y apoyo. Asimismo, el diálogo entre países puede facilitar la determinación de prioridades, el intercambio de buenas prácticas y el establecimiento de iniciativas conjuntas para abordar desafíos comunes, como el fortalecimiento de los datos sobre la salud mental (véase la **recomendación 10**), la prevención del suicidio (véase la **recomendación 7**) y la inclusión de la salud mental en las medidas nacionales y transfronterizas de preparación y mitigación para los desastres naturales, el cambio climático y la migración masiva (véase la **recomendación 2**). También es importante que los líderes nacionales aprovechen su calidad de miembros y su participación en los mecanismos de integración subregional y las organizaciones multilaterales, como las instituciones financieras internacionales y las organizaciones políticas y de salud, de manera que se promueva la priorización de la salud mental en la agenda política y de desarrollo subregional y regional.

Las Naciones Unidas recomiendan que las alianzas tengan seis elementos: inclusión (de todas las partes interesadas pertinentes), intercambio de experiencias (búsqueda de puntos de convergencia y comparación de perspectivas), estrategia (vinculación de las partes interesadas de manera proactiva para maximizar los resultados y las economías de escala), empoderamiento (aumento de la capacidad de todas las partes

CUADRO 1

Principales asociados y actores estratégicos

NIVEL	ASOCIADOS Y ACTORES ESTRATÉGICOS	
Nacional	Ministerio o secretaría de salud; mecanismos nacionales de coordinación de los ODS; órganos de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial; sectores gubernamentales (educación, finanzas, relaciones exteriores, medioambiente, agricultura y ganadería, trabajo y otros); gobiernos municipales o locales; OPS/OMS.	Organismos de las Naciones Unidas; organizaciones nacionales e internacionales de la sociedad civil; organizaciones de cooperación internacional; sectores académico y científico; sector privado.
Subregional	Mecanismos de integración subregional y, cuando proceda, sus órganos centrados en la salud.	Mecanismos subregionales de otros sectores conexos; oficinas subregionales de la OPS/OMS.
Regional	Redes de epidemiología, estadísticas, planificación, relaciones internacionales en materia de salud y otras; OPS/OMS; Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo - América Latina y el Caribe (GNUD-ALC); centros colaboradores de la OPS/OMS; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).	Organización de los Estados Americanos (OEA); Banco Mundial, Región de América Latina y el Caribe; Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otros bancos de desarrollo; otros organismos internacionales.

Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49169>.

interesadas y refuerzo de sus relaciones), creación de consenso (con políticas, procesos y operaciones que se apoyen mutuamente) y mejora continua (establecimiento de objetivos móviles con respecto al éxito y de medidas para acercarse al éxito y aprovecharlo) (59). Para que las alianzas funcionen bien, se deben celebrar acuerdos formales o adoptar planes conjuntos con

las partes interesadas, asignar fondos dedicados específicamente a las partes interesadas o las alianzas, y realizar reuniones periódicas con ellas. La transparencia y la rendición de cuentas también son cruciales para mantener las alianzas, ya que fomentan la confianza entre las partes interesadas y el público, así como la responsabilidad, la justicia y la igualdad.

Ejemplo de caso: La Iniciativa Presidencial SaludableMente de Chile

La Presidencia de Chile puso en marcha la iniciativa SaludableMente a principios de la pandemia de COVID-19. El Comité de SaludableMente, establecido de manera oficial el 1 de junio del 2020, estaba integrado por más de treinta expertos académicos, representantes de sociedades científicas y otras organizaciones de la sociedad civil, miembros del Congreso y representantes de diversos ministerios (60).

Frente al reto de cumplir su mandato en noventa días, su primera tarea fue revisar y ampliar el análisis y los planes del Ministerio de Salud sobre las probables necesidades de salud mental de la población. Señaló seis líneas de trabajo prioritarias: *a)* fortalecimiento de los servicios de salud mental; *b)* protección de la salud mental de los grupos vulnerables; *c)* estrategias de fortalecimiento comunitario y comunicación; *d)* atención de los profesionales de la salud y de la salud mental general en el trabajo; *e)* prevención del consumo indebido de sustancias psicoactivas y alcohol, y *f)* una plataforma virtual integral para actividades de promoción, prevención y tratamiento en el ámbito de la salud mental.

Un grupo de trabajo elaboró una hoja de ruta para cada área prioritaria que contenía un resumen de la situación, medidas, resultados previstos, actividades de seguimiento y un

cronograma, a fin de crear una estrategia integrada con plazos claros que pudiera ejecutarse en noventa días.

Se creó la plataforma digital SaludableMente como destino único para obtener información y acceso a servicios de telesalud mental (61). Se facilitó un conjunto de recursos basados en la evidencia para promover la salud mental de la población en general, además de información dirigida específicamente a grupos prioritarios como la población infantil y adolescente, las personas mayores, progenitores y cuidadores, y las personas con COVID-19. El contenido de la plataforma se ha ampliado con el tiempo para reflejar los cambios en las necesidades de la población. En el caso de las mujeres, se ha incluido información sobre servicios para sobrevivientes de violencia de género, así como asesoramiento sobre el embarazo y la promoción de la corresponsabilidad en el cuidado y el trabajo doméstico (62).

La Iniciativa Presidencial SaludableMente estimuló una amplia colaboración intersectorial sobre las necesidades de salud mental de la población, que ha guiado la acción gubernamental dentro y fuera de los servicios de salud. La iniciativa se ha prorrogado después de sus noventa días iniciales, y continúa aumentando la visibilidad de la salud mental y recibiendo nuevos recursos (60).



2. Integrar la salud mental en todas las políticas

PUNTOS DE ACCIÓN

Incorporar la salud mental en otras áreas prioritarias de la salud

a

Integrar la salud mental en las políticas de otros sectores fuera del sector de la salud

b

c

Integrar la salud mental en la respuesta a desastres y emergencias

La salud mental es un tema transversal que abarca tanto las áreas dedicadas a la salud como otras fuera de ella. Su integración en otras áreas programáticas pertinentes puede facilitar la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas de salud mental, aumentar la accesibilidad de la atención en este campo y mejorar los resultados más allá de la salud mental. En consecuencia, en la NASMA se insta a los países a que adopten un enfoque de la salud mental en todas las políticas, en el que se reconozca que la salud mental está determinada por políticas y programas fuera de la esfera de la salud mental e incluso fuera del sector de la salud, y a que integren activamente la salud mental en todas las políticas.

a. Incorporar la salud mental en otras áreas prioritarias de la salud

La integración de la salud mental en otros servicios y programas de salud puede promover mejores resultados del tratamiento para todos los problemas de salud. Por ejemplo, la integración de la salud mental en los servicios y la atención de problemas de salud físicos, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, la infección por el VIH y la tuberculosis (que comúnmente coexisten con problemas de salud mental), puede mejorar el cumplimiento del tratamiento y reducir los comportamientos de riesgo y el estrés, y contribuir de esta forma a un mejor manejo y mejores resultados para los problemas físicos y mentales (63). Los programas de salud materno-infantil también

pueden beneficiarse de la atención integrada, ya que muchas mujeres presentan cambios en su salud mental durante el embarazo y en el primer año después del parto, período durante el cual hasta una de cada cinco mujeres presenta un problema de salud mental. Las necesidades insatisfechas en relación con la salud mental pueden perjudicar la salud de las mujeres y el bienestar de su bebé y sus familias. De igual manera, la mala salud o las circunstancias difíciles en la vida de las mujeres, sus bebés y su familia pueden incidir en la salud mental de las mujeres (64). Además, con la atención integrada de la salud mental se puede proporcionar atención en un entorno menos estigmatizador, mejorar el acceso y tratar a toda la persona, en vez de una enfermedad o sistema corporal en particular.

Los países pueden facilitar y promover la integración de la salud mental en otras áreas pertinentes de la salud mediante su inclusión en otras estrategias, políticas y planes de acción sobre la salud en todos los niveles del gobierno. Además, el aumento de la capacidad del personal de salud fuera del sector de la salud mental, incluidos los prestadores de atención primaria y los especialistas que no son de salud mental (véase la **recomendación 6**), puede promover la integración de los servicios. Otra oportunidad importante consiste en incluir los datos sobre salud mental en otras actividades de recopilación de datos, como los sistemas de información sobre salud (véase la **recomendación 10**). En los países de ingresos bajos, que tienen más probabilidades de depender de fondos externos, es importante que las autoridades de salud se pongan en contacto con los donantes para planificar e incorporar servicios de salud mental en los programas de asistencia, incluso en algunas áreas prioritarias (para los donantes), como la prevención de la violencia, la salud sexual y reproductiva, y la salud materno-infantil.

b. Integrar la salud mental en las políticas de otros sectores fuera del ámbito de la salud

Las políticas y los programas multisectoriales son fundamentales para abordar los determinantes sociales de la salud mental, muchos de los cuales están fuera del ámbito del sector de la salud. El enfoque multisectorial es la forma más eficiente y eficaz de incorporar la promoción, la prevención y el tratamiento en lo que respecta a la salud mental en la amplia gama de políticas, planificación y servicios requeridos. Otros sectores fuera del ámbito de la salud pueden apoyar la salud mental de diversas maneras, incluso con políticas y programas que promuevan la salud mental y prevengan los problemas en este campo (cuadro 2); la prestación de servicios de salud mental fuera del sector de la salud, como los lugares de trabajo, las escuelas y las cárceles, y medidas de apoyo social, como vivienda, empleo, educación y protección infantil. Los programas multisectoriales pueden adoptar la forma de programas conjuntos dirigidos por el sector de la salud, así como la integración de la salud mental en la programación de los sectores social, judicial, educativo, de empleo y vivienda, y otros sectores pertinentes, así como en el sector privado y las asociaciones profesionales, según corresponda a la situación del país.

En el cuadro 2 se muestran algunos ejemplos de políticas de sectores fuera del ámbito de la salud que pueden ser beneficiosas para la salud mental. Los análisis de las medidas de emergencia introducidas durante la pandemia de COVID-19 pueden ser muy útiles, como el efecto del apoyo financiero brindado a las familias económicamente desfavorecidas en la salud mental de los progenitores (65).

CUADRO 2

Ejemplos de políticas de sectores fuera del ámbito de la salud que pueden ser beneficiosas para la salud mental

OBJETIVO DE LA POLÍTICA	TIPOS DE POLÍTICAS Y OBJETIVOS	VÍNCULO CON LA SALUD MENTAL
Reducir la inseguridad financiera, la pobreza y la desigualdad de ingresos	Protección financiera para la salud mental, protección social, sistemas de pensiones, alivio de deudas, empoderamiento económico y otros programas de alivio de la pobreza, así como apoyo a los medios de subsistencia de las personas con discapacidad.	La evidencia muestra cada vez más que los programas de transferencia de efectivo no solo alivian las dificultades económicas, sino que también son beneficiosas para la salud mental y el bienestar de quienes reciben este tipo de apoyo.
Aumentar el acceso al mercado laboral	Las políticas y los programas dinámicos para el ingreso en el mercado laboral, como los cursos de formación profesional, la asistencia para la búsqueda de empleo, las subvenciones salariales o las pasantías y experiencias laborales subvencionadas, pueden apoyar a quienes buscan trabajo, en particular a las personas que han estado desempleadas durante mucho tiempo, así como a aquellas que tienen discapacidades psicosociales o de otro tipo.	En general, el empleo tiene una influencia positiva en la salud mental, mientras que el desempleo es un factor de riesgo notable.
Mejorar el acceso a la educación	Las iniciativas para cerrar la brecha intergeneracional y de género en la educación, mitigar el abandono escolar prematuro, aumentar la matrícula escolar e impulsar la alfabetización de personas adultas pueden servir para mejorar el acceso a la educación.	La educación es de vital importancia para la salud física y mental, así como para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza.
Mejorar la seguridad y protección de la vivienda	Políticas para mejorar el acceso a viviendas seguras, asequibles y de buena calidad para los grupos desfavorecidos.	El hacinamiento, las viviendas inseguras e inadecuadas y la falta de vivienda plantean riesgos para la salud mental.

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. Ginebra: OMS; 2022. Resumen en español y publicación completa en inglés disponibles en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.

Para lograr esto, los países necesitarán mecanismos formales que faciliten y aseguren la colaboración y la acción multisectoriales. Estos mecanismos pueden consistir en grupos de trabajo, comisiones o comités, y deben incluir las dependencias, los departamentos y los ministerios gubernamentales pertinentes, así como los gobiernos locales, las organizaciones no gubernamentales, las personas con problemas de salud mental y sus representantes, las personas en situación de vulnerabilidad y la sociedad civil en general.

c. Integrar la salud mental en la respuesta a desastres y emergencias

Como lo demostró la pandemia de COVID-19, las emergencias pueden precipitar o empeorar el malestar psicológico y, al mismo tiempo, debilitar

la infraestructura de salud mental de un país. La respuesta de los países a la pandemia de COVID-19 puso de relieve la necesidad de integrar la salud mental en todas las respuestas nacionales a desastres y emergencias. En la versión actualizada del *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* de la OMS, se incluye un nuevo indicador que propone que el 80% de los países cuenten con un sistema de preparación psicosocial y de salud mental para emergencias y desastres para el 2030 (2).

La salud mental y el apoyo psicosocial, cuyo objetivo es proteger o promover el bienestar psicosocial y prevenir o tratar los problemas de salud mental, son componentes esenciales de todas las fases de una emergencia: la preparación,

la respuesta y la recuperación. Por lo tanto, deben integrarse en todas las actividades de respuesta de emergencia y en las estrategias y los planes nacionales para casos de desastre y emergencia. Los principios transversales de la NASMA se aplican a la salud mental integrada en las actividades de preparación y respuesta, con un enfoque de todas las intervenciones basado en la equidad y los derechos humanos. Además, las personas afectadas por emergencias deben participar activamente en la mejora de los planes nacionales de emergencia, en vez de ser receptoras pasivas de servicios diseñados por otros.

La salud mental debe estar representada en todos los grupos de trabajo y grupos técnicos para emergencias y desastres, además de la salud, la protección social, la educación, los derechos humanos, la organización comunitaria, los recursos humanos, la seguridad alimentaria, el agua

y el saneamiento. Se necesita una coordinación multisectorial para optimizar el uso de los recursos y evitar la duplicación de tareas. La formación de un grupo único de coordinación intersectorial de la salud mental y el apoyo psicosocial que incluya actores tradicionalmente asociados con los sectores de la salud y la protección es la forma más eficaz de reducir la fragmentación y abordar de manera integrada todos los aspectos de la salud mental y el apoyo psicosocial (66).

Los países pueden utilizar los recursos y las directrices existentes para la salud mental y el apoyo psicosocial que se han elaborado para emergencias, como las directrices del Comité Permanente entre Organismos sobre la salud mental y el apoyo psicosocial en situaciones de emergencia (66), y el conjunto de servicios mínimos de salud mental y apoyo psicosocial (67), adaptándolos al contexto local y a sus necesidades particulares.

Ejemplo de caso: El enfoque multisectorial de Argentina de la atención de salud mental a nivel comunitario

La Ley Nacional de Salud Mental de Argentina, promulgada en el 2010, asegura el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y ordena una transición a nivel nacional para pasar de los servicios de instituciones psiquiátricas de larga estancia a la atención de salud mental a nivel comunitario (68). Mediante el decreto reglamentario de dicha ley se establece la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CoNISMA) bajo la órbita del jefe de gabinete de ministros, con el Ministerio de Salud en un papel coordinador. En vista de que el progreso en la aplicación de la ley se había estancado, el 22 de abril del 2022 (69), se puso en marcha la *Estrategia federal de abordaje integral de la salud mental*. En esta estrategia se propone un enfoque abiertamente intergubernamental en virtud del cual diferentes ministerios se asocian con el Ministerio de Salud para hacer realidad plenamente la visión de la ley.

Por ejemplo, el Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat ha iniciado un programa de vida inclusiva a fin de promover y financiar la construcción de viviendas comunitarias para personas con discapacidad mental o psicosocial (70). Ya ha comenzado la construcción de las primeras cincuenta viviendas de un total previsto de 2000 (71). Esta colaboración ministerial representa un avance en el cumplimiento del requisito dispuesto en la Ley de Salud Mental: "En ningún caso la internación puede ser indicada o

prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes" (68).

Por medio del Ministerio de Obras Públicas se está aumentando el número de centros de atención psicosocial, conocidos como Nodos de Cuidado en Red, con la construcción de nuevos edificios y pabellones de salud mental para internaciones breves en hospitales generales y servicios de urgencia que funcionan las 24 horas. Para estas obras nuevas de construcción se da prioridad a las jurisdicciones que hasta la fecha se han caracterizado por la falta de servicios (69). El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social está llevando a cabo un programa para promover la inclusión de personas con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial en la fuerza laboral (69).

En la estrategia federal también se promueve el requisito de la Ley de Salud Mental de que las universidades públicas y privadas amplíen la capacitación para profesionales en atención de salud mental basada en los derechos. La iniciativa ya ha dado lugar a la creación de un nuevo diploma en Salud Mental. Además, se ha actualizado la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, curso de posgrado remunerado de tres años, a fin de convertirlo en una calificación acreditada para el especialista en salud mental (69) y llevarlo del hospital al entorno comunitario en muchas jurisdicciones.



3. Aumentar la cantidad y mejorar la calidad del financiamiento para la salud mental

PUNTOS DE ACCIÓN

Aumentar la proporción del gasto en salud asignado a la salud mental

a

Utilizar diversos mecanismos de financiamiento para aumentar los fondos destinados a la salud mental

b

Financiar enfoques y programas de salud mental eficaces y eficientes

c

Es imprescindible realizar inversiones sustanciales y sostenidas en los servicios y la atención de salud mental a nivel comunitario para mitigar la actual crisis de salud mental exacerbada por la pandemia de COVID-19 y lograr un desarrollo sostenible a largo plazo. Si bien los gobiernos nacionales y locales posiblemente compartan la responsabilidad por el financiamiento de la salud mental con entidades no gubernamentales y privadas, tienen la responsabilidad exclusiva de asegurar que haya fondos para atender las necesidades de salud mental de la población. Además de aumentar los fondos disponibles para la salud mental, los países deben asegurar que se usen de una manera equitativa y eficiente.

a. Aumentar la proporción del gasto en salud asignado a la salud mental

En la actualidad, el financiamiento de la salud mental está muy lejos de satisfacer las necesidades de atención, lo cual se refleja en la gran carga de los problemas de salud mental y la gran brecha en las personas afectadas que reciben atención. En la Región de las Américas, la razón promedio entre la carga de enfermedad mental y el gasto en salud mental es de 6,1. Eso significa que la carga atribuible a los problemas de salud mental es el séxtuple de la proporción de fondos para la salud asignados a la salud mental. Para que la inversión en los servicios de salud mental sea suficiente, es necesario aumentar el financiamiento a un

nivel acorde con la carga de la mala salud mental y mantener la paridad entre los aspectos físicos y mentales de la atención de salud (15). Con el fin de mejorar la sostenibilidad del sistema de salud y permitir una puesta en común más eficiente de los recursos, es importante que el financiamiento de la salud mental provenga principalmente de fondos nacionales (58). Una oportunidad importante consiste en reasignar el gasto público actual en la salud para que concuerde con la carga para la salud.

La Comisión Lancet sobre Salud Mental y Desarrollo Sostenible recomienda que se asigne a la salud mental como mínimo el 5% del presupuesto de salud en los países de ingresos bajos y medianos, y el 10% en los países de ingresos altos (72). Se estima que esta mayor inversión podría dar lugar a un aumento de la cobertura del tratamiento del 40% al 80% para el 2030 (58). Aunque se entiende que los países de ingresos bajos están lidiando con prioridades urgentes y en pugna debido a las cuales un aumento sustancial de su presupuesto para la salud mental parecería ser inasequible, hay medidas valiosas que estos gobiernos pueden tomar con fondos limitados, como el uso de un enfoque incremental de la inversión y la prestación de servicios (73), que puede propiciar grandes avances. Un beneficio adicional de aumentar los presupuestos de salud mental en los países de ingresos bajos es que, al demostrar explícitamente que la salud mental es una prioridad local, se puede atraer más apoyo de la comunidad de donantes en general.

b. Utilizar diversos mecanismos de financiamiento para aumentar los fondos destinados a la salud mental

A fin de aumentar el financiamiento para la salud mental, los países deberían considerar

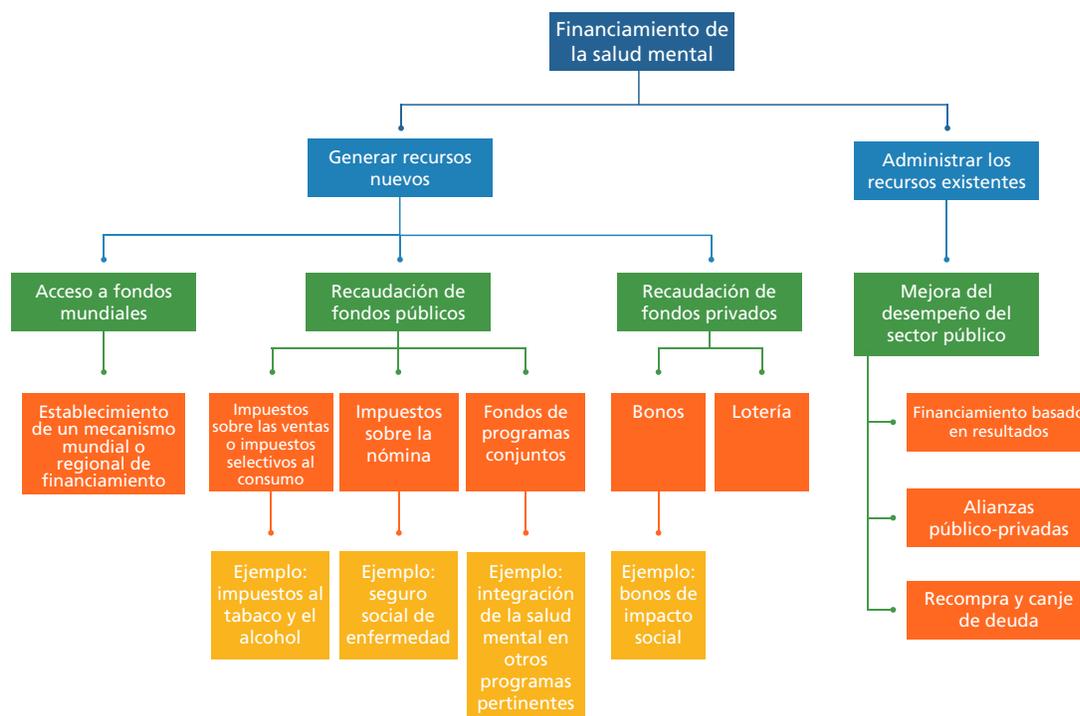
la posibilidad de movilizar diversas fuentes, aprovechar las fuentes existentes, buscar otras nuevas y administrar más eficazmente los recursos existentes (figura 10).

Una posible fuente de financiamiento sostenible para la salud mental son los impuestos sobre las ventas o impuestos selectivos al consumo, incluidos los impuestos sobre el tabaco, el alcohol y las bebidas azucaradas. Estos impuestos saludables pueden redundar en los beneficios simultáneos de reducir el consumo de productos nocivos que contribuyen a la morbilidad y la mortalidad prematura, y de aumentar el financiamiento nacional para la salud mental (74). Los bonos de impacto social son otro enfoque prometedor que recurre a fondos privados: los inversionistas se unen a los donantes para financiar una organización que ofrece un programa o servicios sociales y son remunerados, a menudo con un rendimiento de su inversión, por los mismos gobiernos que habrían financiado el programa de la organización durante muchos años y, por lo general, por cantidades más pequeñas. Este tipo de bono ha demostrado ser aceptable no solo para los inversionistas comerciales, sino también para las organizaciones filantrópicas, de beneficencia y de asistencia. Con estos bonos, el gobierno o el patrocinador pueden recaudar más dinero con mayor anticipación, lo cual exime a los gobiernos de la necesidad de financiar los costos iniciales y facilita la planificación (75).

La integración de la salud mental en otros programas nacionales prioritarios de salud y bienestar social (abordados en la **recomendación 2**), como los relativos a la infección por el VIH y la tuberculosis, las enfermedades no transmisibles, la salud de la madre, el recién nacido y el niño, la prevención de la violencia, la salud ocupacional

FIGURA 10

Marco conceptual para el financiamiento sostenible de la salud mental



Fuente: Adaptado de Chisholm D, Docrat S, Abdulmalik J, Alem A, Gureje O, Gurung D, et al. *Mental health financing challenges, opportunities and strategies in low- and middle-income countries: findings from the Emerald project*. BJPsych Open 2019;5(5):e68. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2056472419000243/type/journal_article.

y la respuesta a emergencias, entre otros, puede crear oportunidades de financiamiento sostenible para la salud mental, y mejorar la calidad de la atención y los resultados de ambos componentes del programa.

Hay tres enfoques principales, que se ilustran en la figura 11:

- Financiamiento asignado a un fin específico: los fondos procedentes de corrientes de ingresos (ya sean nuevas o existentes) se reservan para un fin particular y generalmente permanecen bajo el control del ministerio de salud (mental).

- Financiamiento delegado: los fondos de una o varias fuentes se asignan a una organización estatutaria independiente, como un organismo o una fundación de promoción de la salud.
- Presupuestación conjunta (también conocida como mancomunación de recursos o presupuestos mancomunados): dos o varios sectores ponen en común sus recursos para abordar un problema particular. Este proceso puede ser obligatorio o voluntario y adoptar diferentes formas, desde la armonización de los presupuestos hasta un presupuesto plenamente integrado entre dos o varios sectores.

FIGURA 11



Hay más oportunidades para aprovechar el financiamiento entre sectores y programas para la salud mental, entre ellas el uso compartido de recursos en especie —en vez de fondos— entre sectores, como personal, equipo o pericia, así como la provisión de espacio para albergar un proyecto conjunto y la creación de incentivos fiscales, por lo general con impuestos o subsidios financieros, para estimular la actividad intersectorial (76). Los incentivos fiscales han resultado ser especialmente prometedores en el área de la salud mental en el entorno de trabajo.

Por último, al administrar los recursos existentes para la salud mental, los países pueden fortalecer el financiamiento de la salud mental. El financiamiento basado en los resultados, que asegura que los fondos destinados al desarrollo estén vinculados a resultados previamente acordados y verificados y que el financiamiento se proporcione cuando se logren los resultados, puede contribuir a reducir la brecha de financiamiento al aumentar la costo-eficacia del financiamiento existente y propiciar el financiamiento del sector privado. Por medio de una serie de mecanismos, el financiamiento

basado en los resultados puede ayudar a obtener resultados en materia de desarrollo, mejorar la rendición de cuentas e impulsar tanto la innovación como la eficiencia (77). Como se describe en el ejemplo de caso de la página 41, Perú movilizó financiamiento basado en los resultados para ampliar los servicios de salud mental a nivel comunitario.

c. Financiar enfoques y programas de salud mental eficaces y eficientes

Al igual que ocurre con todo el financiamiento del sector público, es indispensable que los fondos se usen para establecer y mejorar enfoques y programas de salud mental que sean eficaces y eficientes. Como se subraya en estas recomendaciones, eso significa invertir en servicios y atención de salud mental a nivel comunitario basados en los derechos y adaptados a las características y las necesidades de la población beneficiaria. Es indispensable destinar menos fondos a los hospitales psiquiátricos de larga estancia y más a la atención de salud mental prestada en la comunidad. (En la **recomendación 4** se analiza con más detalle la necesidad de acelerar la transición

de los servicios de salud mental prestados en instituciones psiquiátricas de larga estancia a los servicios comunitarios.) El financiamiento de la atención de salud mental a nivel comunitario debe incluir inversiones en recursos humanos, especialmente en capacitación basada en competencias, supervisión y entrenamiento de diversos cuadros de prestadores de atención de salud no especializada (véase la **recomendación 6**). También es necesario asignar más prioridad e inversiones a la promoción de la salud mental y a servicios preventivos basados en la evidencia para reducir la carga de los problemas de salud mental.

La buena noticia es que hay medidas viables, asequibles y costo-eficaces: se puede ofrecer un conjunto integrado de servicios de atención y prevención costo-eficaces a nivel comunitario en los países de ingresos bajos y medianos a un

costo situado entre USD 3 y USD 4 per cápita (78). Algunos recursos, como el menú de la OMS de intervenciones costoeficaces para la salud mental, pueden ser útiles para considerar las intervenciones que convendría financiar, aunque es importante tener en cuenta otros factores, además de la costo-eficacia, al tomar decisiones y asignar recursos, como la equidad y el respeto de los derechos humanos, el equilibrio entre los posibles beneficios y daños de las intervenciones, los valores y las preferencias relativas a las intervenciones y sus resultados, la capacidad de ejecución y la aceptabilidad, y la necesidad de realizar una combinación de intervenciones a nivel individual y poblacional (79). Además, los estudios de eficacia, costo-eficacia y rendimiento de la inversión realizados a escala local son importantes para que todas las decisiones se basen en la evidencia y se contextualicen (véase la **recomendación 10**).

Ejemplo de caso: El financiamiento innovador incentiva la transformación de los servicios en Perú

Durante el último decenio, Perú, un país que tiene uno de los presupuestos de salud más pequeños de América Latina, ha triplicado el presupuesto que destina a la salud mental, lo cual demuestra que incluso los países que invierten poco en la salud en términos generales pueden aumentar los recursos para la salud mental y catalizar la reforma. La adopción del financiamiento basado en los resultados ha sido un importante factor que ha impulsado la transformación en curso de los servicios de salud mental en el país. Se están reemplazando los hospitales psiquiátricos centralizados con una red descentralizada de servicios sociales y de salud anclados en el sistema general de atención de salud y centros de atención psicosocial, de conformidad con el modelo comunitario de atención de la salud mental previsto en el nuevo marco jurídico.

En el 2014, el Ministerio de Economía y Finanzas de Perú aprobó un presupuesto independiente de pago por desempeño y se comprometió a financiar a diez años los servicios comunitarios de salud mental con la condición de que se alcancen los indicadores establecidos (80). El programa de presupuestación basada en los resultados comenzó con el equivalente de USD 20 millones para el ejercicio fiscal 2015, y se pusieron en marcha los primeros 22 centros de atención psicosocial. El financiamiento se evalúa mensualmente, y el gobierno recupera todos los fondos que no se gastan. Si no se alcanzan los

indicadores establecidos, según lo evidenciado por la devolución de fondos, se puede reducir la asignación presupuestaria para el año siguiente, aunque esto no ha ocurrido. Se ofrecen incentivos a los administradores y prestadores para que alcancen los indicadores.

La inversión en salud mental en Perú aumentó un 223,7% entre el 2015 y el 2022. Esto ha permitido efectuar una inversión promedio per cápita de USD 6,90, cercana al promedio de la Región de las Américas (USD 7,90). Alrededor del 85% de los fondos para la salud mental se proporcionan por medio del programa de presupuestación basada en los resultados del Ministerio de Economía y Finanzas. El 15% restante proviene de los presupuestos de los programas para la violencia de género, el desarrollo en la primera infancia y la prevención del consumo de drogas.

El financiamiento basado en los resultados resultó eficaz para reorientar los presupuestos gubernamentales hacia servicios más efectivos, entre ellos las unidades de salud mental y adicción para pacientes internados en hospitales generales y regionales. A fines del 2022 había 248 centros de atención psicosocial en funcionamiento, el 82% de ellos en las provincias, fuera de la capital. Actualmente, 1124 centros de atención primaria de salud de todas las provincias tienen profesionales psicólogos en el personal.



4. Garantizar los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental

PUNTOS DE ACCIÓN

Adoptar y aplicar leyes que garanticen los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental

a

b

Acelerar la transición de las instituciones psiquiátricas de larga estancia a los servicios a nivel comunitario

c

Aumentar la capacidad en materia de derechos humanos relacionados con la salud mental en todos los sectores

Las personas con problemas de salud mental se encuentran entre quienes están en una situación de mayor vulnerabilidad en la sociedad. Sufren enormes prejuicios, discriminación y exclusión, que violan sus derechos humanos básicos y fundamentales, y las llevan a una mayor marginación (81). Es indispensable que los países cumplan los compromisos que han asumido con las normas internacionales de derechos humanos y garanticen que toda la población, incluidas las personas con problemas de salud mental, puedan gozar plenamente de todos sus derechos.

a. Adoptar y aplicar leyes que garanticen los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental

Los derechos de las personas con problemas de salud mental están protegidos por varios instrumentos internacionales de derechos humanos (recuadro 1), en particular la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,⁵ cuyo propósito es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades

5 En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se define la discapacidad de la siguiente forma: “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Recuadro 1

Instrumentos internacionales e interamericanos de derechos humanos

Instrumentos internacionales

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979)
- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984)
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989)
- Convenio de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales (1989)
- Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990)
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993)
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)
- Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007)

Fuente: Adaptado de Oficina del Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Normas internacionales. Relator Especial sobre el derecho de toda persona a la salud física y mental. Ginebra: ACNUDH; 2021. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health/international-standards-right-physical-and-mental-health>.

Instrumentos interamericanos

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969)
- Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985)
- Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994)
- Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999)
- Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia (2013)
- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015)

Fuente: Adaptado de Organización de los Estados Americanos. Documentos Básicos en el Sistema Interamericano. Washington, D.C.: OEA; 2023. Disponible en: https://www.oas.org/es/cidh/jsForm/?File=/es/cidh/mandato/documentos_basicos.asp.

fundamentales” por todas las personas con problemas de salud mental y “promover el respeto de su dignidad inherente” (82). Estos derechos dependen de una serie de principios fundamentales de los derechos humanos en el contexto de la atención de la salud mental, entre ellos el derecho de las personas con problemas de salud mental a ejercer su capacidad jurídica; la libertad frente a prácticas coercitivas, como la internación involuntaria, el tratamiento involuntario y el aislamiento; el derecho a participar en los procesos decisorios en la sociedad en su conjunto; la inclusión en la comunidad y el derecho a un enfoque de recuperación (83).

Hasta la fecha, pocos países de la Región han establecido políticas y leyes en materia de salud mental que se ciñan plenamente a los marcos internacionales de derechos humanos, y muchos todavía tienen leyes y políticas que conservan un lenguaje colonial y estigmatizador. Además, si bien la mayoría de los países tienen una autoridad dedicada a esta tarea o un órgano de supervisión independiente para evaluar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos, en muchos países estos órganos no funcionan bien (por ejemplo, no tienen presupuesto ni personal), no llevan a cabo inspecciones periódicas de los servicios de salud mental, no responden sistemáticamente a las quejas y no comunican sus conclusiones al menos una vez al año (19).

En la NASMA se insta a los países a que adopten y apliquen leyes de salud mental que estén en consonancia con las obligaciones asumidas en virtud de los instrumentos internacionales de derechos humanos, incluida la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En los lugares donde ya haya leyes de ese tipo, deben revisarse periódicamente y deben derogarse aquellas leyes que perpetúen el estigma y la

discriminación contra las personas con problemas de salud mental, incluida la penalización del suicidio. En consonancia con el principio transversal de rendición de cuentas, los países también deben garantizar que haya un organismo independiente sólido para supervisar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos en los servicios de salud mental. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la OMS están elaborando un recurso para los países sobre medidas legislativas encaminadas a apoyar la transformación de los sistemas de salud mental de conformidad con la legislación internacional en materia de derechos humanos. Este recurso contiene también consideraciones sobre las responsabilidades básicas de un organismo de supervisión independiente y su pertinencia para el establecimiento de servicios comunitarios de salud mental (84).

Con respecto a las leyes y las políticas, la Convención obliga a los Estados a garantizar la participación de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, incluida la población infantil y adolescente, en todas las decisiones públicas que los afecten. Su participación plena en todas las etapas del establecimiento de políticas, desde la formulación y la aplicación hasta el seguimiento y la evaluación, es fundamental para defender un enfoque de salud mental basado en los derechos. Esto asegura que sus valiosos conocimientos y experiencia fundamenten la elaboración de respuestas de política que sean pertinentes y eficaces, y prevengan las prácticas perjudiciales.

b. Acelerar la transición de las instituciones psiquiátricas de larga estancia a los servicios comunitarios

Hace treinta años, la necesidad ineludible de respetar y proteger los derechos humanos

de las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales impulsó en varios países de la Región la transición de las instituciones psiquiátricas de larga estancia a los servicios comunitarios. En la Declaración de Caracas de 1990 se hizo un llamado a un cambio estructural para pasar de servicios centralizados basados en hospitales psiquiátricos a puerta cerrada, con violaciones generalizadas de los derechos humanos, a servicios descentralizados basados en los derechos e integrados en la comunidad.

Desde entonces, el progreso en muchos países se ha estancado debido a la baja prioridad que se da a la salud mental en el gasto nacional en salud y en la agenda política. Algunos países de la Región aún no han iniciado la transición y todavía tienen políticas y leyes que perpetúan la institucionalización y el trato coercitivo y perjudicial. En la NASMA se insta a los países a que reaviven el espíritu de la Declaración de Caracas mediante la creación de redes de atención comunitaria de calidad basadas en los derechos humanos y la eliminación gradual de las instituciones psiquiátricas de larga estancia.

El proceso de transición de las instituciones de larga estancia a la atención a nivel comunitario implica: a) la reducción progresiva del número de casos con el propósito de cerrar las instituciones psiquiátricas de larga estancia o destinarlas a otros fines; b) ampliar los servicios a nivel comunitario para satisfacer las necesidades sanitarias y sociales de las personas que estaban internadas (con hogares y residencias apoyadas por la comunidad y camas en hospitales generales para casos agudos), y c) protecciones especiales para las personas que permanecen en centros psiquiátricos mientras se crean servicios comunitarios adecuados (85).

Los servicios de salud mental a nivel comunitario se han convertido en el modelo más humanitario, eficaz y eficiente de prestación de servicios (86). Los principios fundamentales de este modelo son un enfoque centrado en la atención orientada a la persona y la recuperación, en los derechos y en la atención prestada en entornos no institucionales. Como se muestra en la figura 12, el modelo de servicios de salud mental a nivel comunitario comprende una red de servicios diversos e interconectados, creados en torno a tres segmentos de servicios fundamentales (86).

- Servicios de salud mental en la atención de salud general, prestados por medio de la atención primaria de salud y hospitales generales, e integrados en programas de salud específicos, como los destinados a las personas con la infección por el VIH.
- Servicios comunitarios de salud mental, prestados por medio de centros y equipos comunitarios de salud mental y servicios de rehabilitación, de apoyo entre pares y de asistencia para la vida cotidiana.
- Servicios de salud mental fuera del sector de la salud, prestados en entornos no sanitarios, como servicios de salud en cárceles, escuelas y lugares de trabajo, y por medio de servicios sociales, como viviendas con apoyo.

Si bien este modelo se puede y se debe adaptar al contexto local, es importante tener en cuenta que cada país, independientemente de sus limitaciones de recursos, puede y debe tomar medidas para reestructurar la prestación de servicios de salud mental y ampliarlos a nivel comunitario (86).

FIGURA 12

Red modelo de servicios de salud mental a nivel comunitario



Nota: ENT: enfermedades no transmisibles; ETD: enfermedades tropicales desatendidas.

En los países de América Latina y el Caribe donde se ha avanzado en la transición de la atención institucionalizada a la atención a nivel comunitario, los factores de alto nivel que facilitaron la transición fueron los siguientes (85):

- apoyo político sólido y sostenido, ya que no basta con la buena voluntad y el entusiasmo y se pueden lograr reformas significativas en países con menos recursos siempre y cuando haya

un fuerte apoyo político para la reforma de la salud mental;

- datos de calidad que muestren el grado de necesidad de atención de salud mental para fundamentar políticas eficaces;
- una política y un plan que definan claramente la hoja de ruta, con planes de trabajo para la legislación, la organización,

los sistemas de información, el financiamiento y los recursos humanos;

- una unidad de salud mental, por lo general en el ministerio de salud, encargada de coordinar la implementación, situada cerca del poder político y con autoridad sobre el funcionamiento de los servicios y capacidad técnica para que la reforma tenga éxito;
- alianzas de partes interesadas con otros servicios de salud y asistencia social, ya que la representación de los pacientes y las familias es fundamental, al igual que la colaboración eficaz con el personal de los hospitales psiquiátricos para mitigar la resistencia al cambio.

c. Aumentar la capacidad en materia de derechos humanos relacionados con la salud mental en todos los sectores

Las violaciones de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales pueden adoptar muchas formas. Pueden consistir en un trato degradante, abuso y violencia, lo que trágicamente ha conducido a muertes innecesarias. Pueden ser también violaciones de los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales básicos, como la denegación o la restricción de derechos y oportunidades de empleo o la imposibilidad de acceder a servicios de salud mental de calidad. Para abordar estas violaciones —que se producen



La capacitación sobre Calidad y Derechos puede beneficiar a los responsables de las políticas, los ministerios gubernamentales, las instituciones y los servicios públicos, entre otras partes interesadas clave.

© OPS

en muchos entornos, como la comunidad, el lugar de trabajo, hospitales psiquiátricos y otros servicios de salud mental, las cárceles, los encuentros con la policía, el sistema judicial y las escuelas— y transformar la cultura de los funcionarios públicos se requerirá una mayor sensibilización sobre los problemas de salud mental y el aumento de la capacidad para promover y proteger los derechos humanos en relación con la salud mental en todos los sectores, especialmente en los sectores social, judicial, de la salud y de las fuerzas del orden.

La iniciativa de la OMS sobre Calidad y Derechos (87), cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención y el apoyo prestados en los servicios sociales y de salud mental, así como promover los derechos humanos de las personas con discapacidades psicosociales, intelectuales o cognitivas en todo el mundo, es un recurso excelente para ayudar a los gobiernos a llevar a cabo reformas en la esfera

de los derechos humanos vinculados a la salud mental. La iniciativa abarca un conjunto integral de herramientas de capacitación y orientación para mejorar los conocimientos, las habilidades y la comprensión de las principales partes interesadas sobre la forma de promover los derechos de las personas con discapacidades psicosociales, intelectuales o cognitivas, y de mejorar la calidad de los servicios y el apoyo que se brindan para la salud mental y áreas relacionadas, de acuerdo con las normas internacionales de derechos humanos. La capacitación sobre Calidad y Derechos puede beneficiar a los responsables de las políticas, los ministerios gubernamentales pertinentes (por ejemplo, salud, asuntos sociales, educación) y las instituciones y los servicios públicos (por ejemplo, las fuerzas del orden, el poder judicial, el personal penitenciario y los organismos de supervisión que inspeccionan las instalaciones de servicios mentales y sociales), entre otras partes interesadas.

Ejemplo de caso: En la ley sobre salud mental de México se priorizan los derechos humanos

En el 2022, México actualizó su Ley General de Salud para garantizar los derechos de todas las personas a servicios comunitarios de salud mental (88). Si bien México es uno de los países signatarios de la Declaración de Caracas de 1990 (89), la transición de los servicios basados en hospitales psiquiátricos a servicios integrados con la atención primaria de salud y los hospitales generales ha sido lenta. Al 2017, las camas psiquiátricas en los hospitales generales no habían aumentado y el número de camas de hospitales psiquiátricos se había reducido de 5,07 a 2,98 por 100 000 habitantes (90).

En la ley enmendada se da prioridad a la salud mental en las políticas de salud pública. Se garantiza el acceso universal, no discriminatorio y equitativo a la atención de los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas, de conformidad con la Constitución y los instrumentos internacionales de derechos humanos. En la ley se subraya que el objetivo principal de los servicios de salud mental es la recuperación y el bienestar, de acuerdo con las preferencias de la persona. Uno de los aspectos más importantes de la ley es que se prioriza la atención de salud mental con un enfoque comunitario y la internación es voluntaria, con consentimiento informado previo.

De acuerdo con esta ley, la atención primaria es el principal prestador comunitario de servicios de salud mental, como parte de una red integrada de servicios de salud. Se prohíbe la

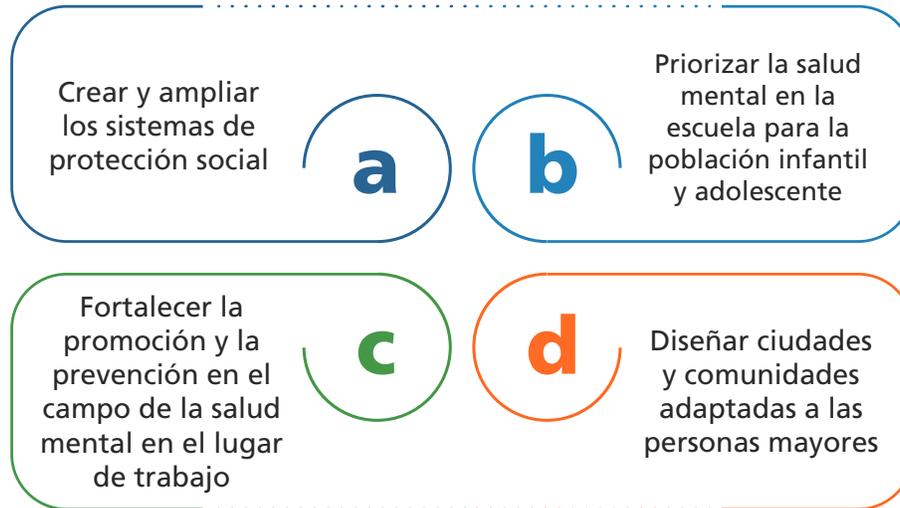
construcción de nuevos hospitales psiquiátricos, y los establecimientos existentes deben ser reestructurados como centros ambulatorios u hospitales generales. Específicamente, en la ley se dispone que el Sistema Nacional de Salud debe proporcionar atención de salud mental cerca del lugar de residencia de la población usuaria y que además debe:

- respetar la dignidad y los derechos humanos de las personas, con un enfoque de género, equidad, interseccionalidad e interculturalidad, poniendo énfasis en la prevención, la detección temprana y la promoción de la salud mental;
- promover y poner en marcha medidas para concientizar sobre la salud mental y erradicar los estigmas y estereotipos en la población general y en los profesionales de la salud;
- mitigar los efectos de los factores de riesgo que presentan las personas que usan los servicios;
- dar prioridad a los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, como la población joven, las mujeres, las personas mayores, las personas con discapacidad, las personas indígenas, las personas afroamericanas, las personas en situación de calle y pobreza, la población migrante, las víctimas de violencia y las personas discriminadas por su orientación sexual o su identidad de género.



5. Promover y proteger la salud mental a lo largo de la vida

PUNTOS DE ACCIÓN



Se necesitan muchos esfuerzos de promoción de la salud y prevención de los problemas de salud mental a lo largo de la vida para abordar los factores de riesgo individuales y los determinantes sociales de la salud mental, fortalecer los factores de protección y aumentar la resiliencia en las principales etapas de la vida, como la primera infancia, la niñez, la adolescencia, la edad adulta y la edad avanzada. La promoción y la prevención pueden reducir la carga de los problemas de salud mental y, en consecuencia, ser costo-eficaces. En vista de que la pandemia de COVID-19 ha exacerbado los factores que ponen en peligro la salud mental, ahora más que nunca los países deben invertir en la promoción y la prevención en el campo de la salud mental a lo largo de la vida.

Nota: La Comisión consideró que la prevención del suicidio era un área prioritaria de extrema importancia y, por lo tanto, formuló una recomendación separada para abordarla (véase la **recomendación 7**).

a. Crear y ampliar los sistemas de protección social

Un imperativo de política fundamental para promover y proteger la salud mental a lo largo de la vida es crear y ampliar los sistemas de protección social universal con el fin de abordar los determinantes sociales de la salud mental, como la pobreza, la violencia y el acceso limitado a la educación y la atención de salud, a lo largo de toda la vida. La protección social es un conjunto de políticas y programas para prevenir

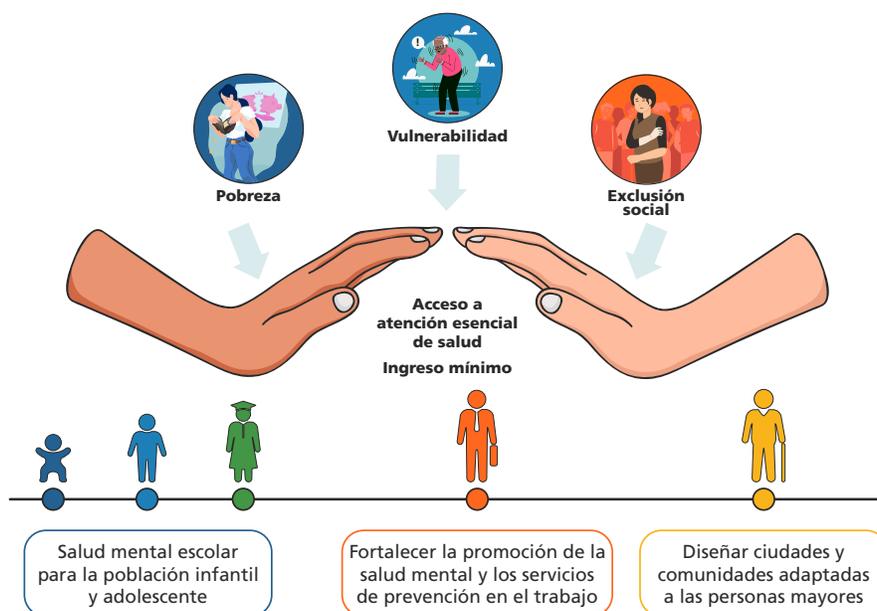
o proteger a todas las personas contra la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social a lo largo de su vida, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad (figura 13) (91). La cobertura universal de la protección social abarca la asistencia social mediante transferencias de efectivo a quienes las necesitan, prestaciones y apoyo para las personas en edad de trabajar en caso de maternidad, discapacidad, accidente de trabajo o desempleo, y la cobertura de pensiones para las personas mayores. Puede proporcionarse por medio del seguro social, prestaciones sociales financiadas con impuestos, asistencia social, programas de obras públicas y otros planes que garanticen la seguridad de los ingresos básicos (92).

El derecho a la protección social está amparado por la Declaración Universal de Derechos Humanos y consta en convenciones fundamentales de derechos

humanos, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (véase la **recomendación 8**), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (véase la **recomendación 9**) y la Convención sobre los Derechos del Niño.

El enfoque del piso de protección social es un conjunto integrado de políticas sociales encaminadas a garantizar la seguridad de los ingresos y el acceso a los servicios sociales esenciales para todos, en particular los grupos vulnerables, y a proteger y capacitar a las personas a lo largo de toda la vida (93). Este enfoque prevé que los países establezcan pisos nacionales de protección social con garantías básicas de seguridad social que aseguren el acceso universal a la atención de salud esencial y la seguridad de los ingresos al menos en un nivel mínimo definido

FIGURA 13
Sistemas de protección social universal



a escala nacional, seguido de una estrategia para no limitar la protección a los niveles básicos, sino establecer sistemas integrales de seguridad social. Es importante destacar que un piso de protección social puede ayudar a reducir la pobreza en el trabajo informal relacionada con las consecuencias financieras de estos riesgos (94).

Dado que el género y la edad desempeñan un papel desproporcionadamente importante en la forma en que las personas experimentan riesgos, vulnerabilidades y oportunidades, es vital que la protección social sea sensible al género y a la edad para abordar las vulnerabilidades y las desigualdades relacionadas con el género y el curso de la vida (95). Por ejemplo, los primeros cinco años de vida representan un período crítico

para el desarrollo cerebral y la salud mental futura, razón por la cual los programas integrales de atención de la salud y protección social en esta etapa de la vida son esenciales.

b. Priorizar la salud mental en la escuela para la población infantil y adolescente

La infancia y la adolescencia son etapas críticas en las que se pueden adquirir valiosas habilidades sociales y emocionales. También son períodos en los que aparecen por primera vez muchos problemas de salud mental. Los datos mundiales muestran que un tercio de las personas adultas con problemas de salud mental sufrieron su primer episodio antes de los 14 años, y la mitad, antes de los 18 años (96).



Las escuelas son el entorno ideal para promover el bienestar emocional general y el desarrollo social, así como para detectar y apoyar a la población infantil que tiene dificultades de salud mental.

© OPS

Las escuelas son el entorno ideal para promover el bienestar emocional general y el desarrollo social, detectar y apoyar a la población infantil que tiene dificultades de salud mental y prevenir la aparición de problemas. Los problemas de salud mental en la población joven pueden tener efectos negativos en las relaciones interpersonales, el rendimiento escolar y la productividad en el trabajo más adelante en la vida (97). Los países deben integrar la salud mental en todos los programas de enseñanza de la escuela primaria y secundaria, por medio de actividades como clases sobre aprendizaje socioemocional y conocimientos básicos sobre salud mental. El aprendizaje socioemocional ayuda a los estudiantes a desarrollar habilidades esenciales para la vida, entre ellas la forma de regular sus propias emociones, técnicas de resolución de problemas, habilidades interpersonales y seguridad en sí mismos (97). En la orientación de la OMS basada en la evidencia se recomienda ofrecer este tipo de aprendizaje a toda la población adolescente para promover la salud

mental y prevenir los problemas de salud mental, las lesiones autoinfligidas y el suicidio (véase la **recomendación 5**).

El personal docente, como maestros, auxiliares docentes, administradores y la dirección escolar, desempeñan un papel esencial en la promoción y la prevención en el campo de la salud mental infantil y adolescente. Aumentar la capacidad del personal docente para promover el bienestar mental de la población estudiantil, así como para reconocer a quienes tienen problemas de salud mental y proporcionarles apoyo temprano junto a las personas que los cuidan, es una estrategia importante. El manual publicado recientemente por la OPS sobre la promoción del bienestar y la salud mental en las escuelas puede ayudar al personal docente en las escuelas primarias con los conocimientos básicos sobre la salud mental (98).

Cabe señalar que la pandemia de COVID-19 obligó a hacer un uso más intensivo de la



El personal docente desempeña un papel esencial en la promoción y la prevención en el campo de la salud mental infantil y adolescente.

© OPS

tecnología (por ejemplo, teléfonos inteligentes y computadoras) para mantener la distancia social y evitar el contagio mientras continuaban las actividades educativas. Sin embargo, con el regreso a las actividades presenciales, es importante reducir el tiempo que la población infantil pasa con estos dispositivos. El uso incontrolado de tecnologías digitales, como Internet y las redes sociales, puede exponer a la población joven a contenidos violentos e inapropiados para su edad, desinformación, publicidad no regulada, ciberacoso y ciberviolencia, que crean grandes riesgos para su salud mental (98). Los programas de aprendizaje social y emocional pueden propiciar el desarrollo de habilidades para ayudar a la población joven a usar Internet de manera responsable y segura, reducir la exposición al riesgo relacionado con Internet, educarla sobre el acoso cibernético y promover la seguridad en línea. También pueden ayudar a reforzar factores de protección contra la perpetración de acoso cibernético y la victimización de adolescentes, entre ellos la empatía, la autoestima y las habilidades sociales (97). Las pautas para el uso de la tecnología en las escuelas también pueden reducir estos riesgos.

El retorno de la población infantil y adolescente a la escuela y el apoyo para que recupere el aprendizaje perdido han sido una prioridad para la recuperación posterior a la pandemia. Al mismo tiempo, se reconoce que los efectos de la pandemia en la salud mental de la población joven pueden perjudicar su preparación para aprender y pueden aumentar la deserción escolar, que está relacionada con el desempleo, la pobreza y la exclusión social posteriores. Una solución que están adoptando varios países es la integración de la salud mental en los paquetes de recuperación posterior a la pandemia en las escuelas (99). En los países donde el aprendizaje socioemocional no formaba parte de la educación antes de

la pandemia, estos paquetes de recuperación podrían servir de base para integrar la salud mental de manera sostenible en los programas de enseñanza.

c. Fortalecer la promoción y la prevención en el campo de la salud mental en el lugar de trabajo

Las personas pasan una parte considerable de su vida adulta en el lugar de trabajo, de modo que la salud mental en estos entornos reviste gran importancia. Recientemente, la Organización Internacional del Trabajo y la OMS elaboraron orientaciones basadas en la evidencia sobre diversas medidas para mejorar la salud mental en el trabajo (100). Por ejemplo, ciertas medidas que pueden tomar el empleador o la organización pueden ayudar a reducir el malestar psicológico y mejorar los resultados relacionados con el trabajo, como la satisfacción laboral, el ausentismo y el rendimiento laboral. Entre ellas se encuentran ofrecer arreglos de trabajo flexibles, fomentar la participación del personal en las decisiones sobre su trabajo y modificar los horarios de trabajo para permitir el equilibrio entre la vida laboral y personal. Estas medidas son más eficaces si forman parte de un programa más amplio, con capacitación de gerentes en salud mental y actividades que apoyen a los empleados, como la conciencia plena y el manejo del estrés. Los programas para promover y proteger la salud mental en el trabajo son más eficaces cuando se planifican y se llevan a cabo con la participación fructífera de los trabajadores o sus representantes.

El personal de salud, en particular, es una prioridad debido a la difícil experiencia laboral que tuvo durante la pandemia. En el estudio HEROES sobre el personal que atiende a pacientes con COVID-19 (101) se observó que entre el 14,7%

y el 22% del personal de salud de los países de la Región de las Américas entrevistado en el 2020 presentaba síntomas de episodios depresivos, y entre el 5% y el 15% dijo que había pensado en suicidarse. En el estudio también se indica que, en algunos países, solo alrededor de un tercio de las personas que dijeron que necesitaban atención psicológica la recibieron.

Los gobiernos desempeñan un papel importante en la promoción de la salud mental en el trabajo. Pueden crear incentivos para los empleadores y las asociaciones de trabajadores que se ocupan de la salud mental en el trabajo, como premios e incentivos financieros. Otros enfoques gubernamentales recomendados por la Organización Internacional del Trabajo y la OMS para mejorar la salud mental en el trabajo son los siguientes (figura 14) (102):

- trabajar con las organizaciones de empleadores y trabajadores para elaborar nuevas leyes, políticas y orientaciones sobre empleo y seguridad y salud en el trabajo, o para examinar y revisar las existentes, a fin de incluir disposiciones sobre salud mental en paridad con las relativas a la salud física;

- establecer marcos jurídicos y normativos para exigir o promover la realización de intervenciones encaminadas a proteger y promover la salud mental;
- proporcionar directrices y normas de garantía de calidad para la capacitación y las intervenciones psicosociales;
- asegurar que las leyes laborales concuerden con los instrumentos internacionales de derechos humanos y dispongan la no discriminación del personal con problemas de salud mental, para lo cual deben abordar importantes cuestiones como la confidencialidad, las adaptaciones razonables y la protección social;
- establecer políticas y vías de derivación entre los servicios de salud, sociales y de empleo para facilitar las iniciativas de empleo apoyado y los programas de regreso al trabajo, y ayudar a los empleadores a implementarlos.

Además, los gobiernos deben asegurar que se proteja el derecho de las personas con problemas de salud mental a trabajar. Tanto los gobiernos como los empleadores deben defender ese

FIGURA 14

El papel de los gobiernos en la promoción de la salud mental en el trabajo



de ancianos, que crean un mayor riesgo de MNS, así como de otras comorbilidades (104). La demencia, en particular, afecta a más de 10 millones de personas en la Región.

Fomentar el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades para la salud, la participación y la protección a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen es una estrategia central para promover la salud mental y prevenir problemas de salud mental en las personas mayores (105). Las comunidades adaptadas a las personas mayores son aquellas que adaptan sus estructuras y servicios para que sean accesibles e incluyan a las personas mayores con diversas necesidades y capacidades. El Proyecto Mundial de Ciudades Amigas de las Personas Mayores, de la OMS, señaló ocho áreas básicas de la vida urbana adaptada a las personas mayores: espacios al aire libre y edificios, transporte, vivienda, participación social, respeto e inclusión social, participación cívica y empleo, comunicación e información, y servicios comunitarios de apoyo y de salud. En cada área básica, las autoridades regionales y locales pueden

evaluar el progreso de sus comunidades en la adaptación a las personas mayores (105). También pueden usar un marco común e indicadores básicos elaborados por la OMS para hacer el seguimiento y evaluar la compatibilidad de las comunidades con las personas mayores (106). Esta guía establece un marco y un conjunto de indicadores básicos y suplementarios para fundamentar la selección de un conjunto de indicadores locales con el fin de dar seguimiento al progreso en la mejora de la adaptación de los entornos urbanos a las personas mayores y evaluarlo.

En el 2010, la OMS estableció la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, cuya misión es estimular y ayudar a las ciudades, a las comunidades y a otros niveles subnacionales de gobierno de todo el mundo para que sean cada vez más amigables con las personas mayores (107). Al 2018, la red abarcaba 760 comunidades y ciudades, y la Región de las Américas se había convertido en la región de más rápido crecimiento en la Red. Se insta a las autoridades subnacionales a que se hagan miembros (108).

Ejemplo de caso: Invertir en Familias Fuertes en Uruguay

Uruguay es el país más reciente de la Región de las Américas en introducir el programa Familias Fuertes, dirigido a mejorar la crianza (109). En vista del éxito de un programa piloto de Familias Fuertes llevado a cabo en el 2022, el gobierno está extendiéndolo a todo el país para el 2025. Cada vez se acepta más que el fortalecimiento de las familias constituye una inversión sólida en la construcción del capital social y el desarrollo económico de un país. Un caudal de evidencia en aumento indica que los programas dirigidos a progenitores representan un buen rendimiento de la inversión (110).

Al igual que en otros países de América Latina, la estructura familiar en Uruguay está sufriendo grandes cambios. Los cambios en la dinámica familiar se deben a muchos factores externos, entre ellos la transición demográfica, el mayor papel de las mujeres en el mercado laboral, la migración, la globalización, los cambios medioambientales y las nuevas tecnologías. Asimismo, se observan comportamientos perjudiciales para la salud física y mental a edades cada vez más tempranas (111).

El programa Familias Fuertes trabaja con adolescentes jóvenes de 10 a 14 años y sus

progenitores o cuidadores para fortalecer la comunicación y la cohesión familiar. El formato original fue ideado hace casi cuarenta años en Estados Unidos de América y ha sido revisado, refinado y adaptado. La longevidad del programa ha permitido evaluar los efectos a lo largo del tiempo. De esta forma se han observado reducciones considerables y costo-eficaces, a corto y largo plazo, en el consumo de alcohol y drogas, la violencia y la actividad sexual sin protección en adolescentes. El programa también ha conducido a mejoras de las formas de crianza y el rendimiento académico (111).

El programa de siete sesiones es impartido en grupos por un facilitador capacitado en escuelas y otros entornos comunitarios. Familias Fuertes se adaptó primero a las normas culturales de América Latina y se ha llevado a cabo en 17 países de la Región. El programa, que recientemente fue objeto de una actualización exhaustiva, proporciona orientación y recomendaciones para la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación a escala nacional y local (111). En Uruguay, Familias Fuertes fue adaptado a la cultura del país (109).



6. Mejorar y ampliar los servicios y la atención de salud mental a nivel comunitario

PUNTOS DE ACCIÓN

Fortalecer la integración de la salud mental en la atención primaria de salud

a

Crear servicios de salud mental que sean culturalmente competentes

b

Aprovechar el potencial de la tecnología digital

c

Mejorar la capacidad para ofrecer servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias

d

Empoderar a las personas que usan los servicios y a sus familias

e

Para ampliar urgentemente el acceso a la atención de salud mental y reducir la brecha de tratamiento en la Región, en la NASMA se recomienda que los países tomen medidas de gran alcance a fin de promover la integración de la salud mental en la atención primaria de salud. Los servicios deben respetar las necesidades y las preferencias propias de cada persona y responder a ellas, en particular de los grupos poblacionales en situación de

vulnerabilidad. Las enseñanzas de la pandemia de COVID-19 ponen de relieve la necesidad de aprovechar la tecnología digital para ampliar los servicios y aumentar la capacidad en el campo de la salud mental y el apoyo psicosocial frente a emergencias nuevas y crecientes. Esto no se puede hacer sin el empoderamiento de las personas con experiencia propia, que deben desempeñar un papel central.

a. Fortalecer la integración de la salud mental en la atención primaria de salud

La integración de la atención de salud mental en la atención primaria de salud es una estrategia esencial para mejorar el acceso a la salud mental y reducir la gran brecha de tratamiento. Como primer punto de contacto de una persona con el sistema de salud, el personal de atención primaria está idealmente situado para detectar y apoyar a las personas que están lidiando con problemas de salud mental. Los prestadores de atención primaria de salud pueden recibir capacitación para evaluar y manejar los problemas prioritarios de salud mental, proporcionar atención de seguimiento usando herramientas como la guía de intervención del programa de acción mundial de la OMS para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por su sigla en inglés) para los problemas prioritarios de salud mental (112) y derivar los casos más complejos para que reciban atención especializada cuando sea necesario.

Aunque muchos países han avanzado en la integración de la salud mental en la atención primaria de salud, queda mucho por hacer para fortalecer esta integración y asegurar su sostenibilidad. A fin de propiciar la ejecución y la ampliación de este proceso, los gobiernos deben cerciorarse de que las políticas, los planes y las leyes incorporen la atención primaria para la salud mental como parte de la cobertura universal de salud y dedicar más recursos humanos y financieros para promoverla (113). También es necesario aumentar la capacidad en materia de salud mental en la atención primaria de la salud. Aunque para la capacitación en el servicio de profesionales no especializados a menudo se usan herramientas como la guía

de intervención de mhGAP, su integración en la formación de estudiantes de medicina, enfermería, trabajo social y psicología antes del servicio puede ofrecer una mejor preparación al principio de su carrera para evaluar y manejar los problemas de salud mental. También puede ser más costo-eficaz que la formación en el servicio (114).

Es importante señalar que el personal especializado en salud mental continúa desempeñando un papel fundamental en este enfoque al proporcionar supervisión continua de apoyo y tutoría clínica a trabajadores de atención primaria de salud capacitados por medio de diversos modelos, incluso como parte de equipos de atención colaborativa. Además, todas las herramientas para aumentar la capacidad de los prestadores de atención primaria deben adaptarse al contexto local.

b. Crear servicios de salud mental que sean culturalmente competentes

Los grupos marginados pueden tener diferentes costumbres, preferencias y creencias con respecto a la salud y tienen más probabilidades de sufrir discriminación cuando acuden a servicios de atención de salud mental (19). La atención de salud mental culturalmente competente, cuya finalidad es brindar atención y servicios de salud mental de manera eficaz que satisfagan las necesidades sociales, culturales y lingüísticas de los usuarios, puede reducir la discriminación y mejorar la búsqueda de atención y el uso de servicios, así como la calidad de la atención y los resultados del tratamiento (115). También puede reducir las disparidades e inequidades en materia de salud mental basadas en factores como la raza, el origen étnico, la nacionalidad, el idioma, el género, la situación socioeconómica,



© OPS

la capacidad física y mental, la orientación sexual y la ocupación.

Los servicios de salud mental deben tratar de satisfacer las necesidades propias de las comunidades y las personas a las que sirven por medio de la prestación de atención culturalmente competente a nivel de sistemas, de organización y de prestador. Las principales estrategias para mejorar la competencia cultural de los servicios y la atención son las siguientes (116):

- uso de servicios de interpretación para abordar las barreras lingüísticas;
- reclutamiento, contratación, retención y ascenso de personal calificado y diverso;
- capacitación del personal, desarrollo profesional y educación sobre la conciencia, los conocimientos y las habilidades culturales;
- incorporación de enfoques, materiales y herramientas de tratamiento culturalmente pertinentes;
- mejora del diseño y el funcionamiento de las instalaciones para que sean más accesibles;
- fortalecimiento de las actividades de extensión y participación de la comunidad;
- formulación y aplicación de políticas y procedimientos que propicien la prestación de servicios culturalmente competentes.

Para desarrollar servicios de salud mental culturalmente competentes, las organizaciones deben fomentar la participación de la comunidad, el personal, las personas que usan los servicios y sus familias, los curanderos tradicionales, los guías espirituales y otras partes interesadas pertinentes en las fases de examen previo, planificación, ejecución y evaluación posterior del proceso. Puede ser útil establecer un comité para apoyar y supervisar la planificación estratégica y la ejecución. Dado que los grupos culturales son diversos y evolucionan continuamente, es importante encarar el desarrollo de servicios de salud mental culturalmente competentes como un proceso dinámico y continuo que se basa en conocimientos y experiencias previos (115).

A nivel de prestador, la competencia cultural requiere que los prestadores de servicios de salud mental practiquen la curiosidad, la empatía, el respeto y la humildad. Además de la conciencia y el conocimiento de otras culturas, deben desarrollar una conciencia de su propia cultura y valores, sus propias suposiciones y prejuicios sobre otras culturas, y la forma en que estas suposiciones afectan su capacidad de proporcionar servicios culturalmente receptivos (116). Los prestadores deben colaborar con las personas que usan los servicios y sus familias, seleccionar herramientas de detección y evaluación culturalmente apropiadas, e integrar los factores culturales en la planificación del tratamiento, incluidas las prácticas tradicionales de sanación cuando sea apropiado.

c. Aprovechar el potencial de la tecnología digital

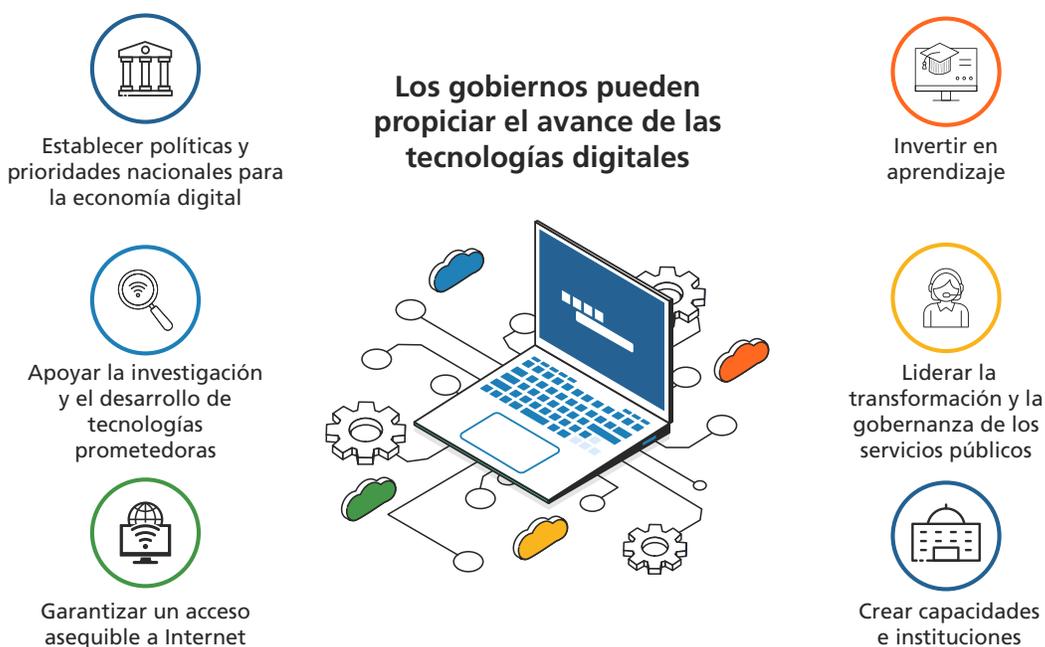
Durante la pandemia, muchos países ampliaron el uso de tecnologías digitales, como los servicios de telesalud mental y la distribución de aplicaciones móviles de salud, lo cual ofreció oportunidades

para combinar estos enfoques en los servicios de rutina. La tecnología digital tiene un gran potencial para acelerar la expansión de los servicios comunitarios de salud mental. Un argumento importante para acelerar la atención digital de la salud mental es que llega a sectores de la población, como la población joven, que se vieron muy afectados por la pandemia de COVID-19, pero que es menos probable que consulten a los prestadores de atención primaria debido a la vergüenza y el estigma. Las soluciones digitales también se destacan como una forma de brindar atención a personas con acceso limitado, como las que viven en zonas rurales. En términos más generales, la tecnología ofrece la posibilidad de mejorar la difusión de educación pública sobre la salud mental e información sobre los servicios pertinentes, facilitar el autocuidado basado en la evidencia y el asesoramiento sobre la autoayuda, y atender directamente a pacientes por video o por teléfono.

A fin de propiciar el avance de las tecnologías digitales para la salud mental, los gobiernos pueden establecer políticas y prioridades nacionales para la economía digital que incluyan la salud mental, apoyar la investigación y el desarrollo de tecnologías prometedoras, regular y complementar las fuerzas del mercado a fin de garantizar un acceso asequible a Internet, invertir en complementos humanos y organizativos y en aprendizaje institucional en todos los sectores y divisiones (incluido el apoyo continuo a prestadores de atención de salud para el uso de nuevas tecnologías de salud mental), liderar la transformación y la gobernanza de los servicios públicos, y crear capacidades e instituciones estatales para planificar, financiar y aplicar estrategias nacionales de transformación digital (figura 15) (117). Las asociaciones

FIGURA 15

Forma en que los gobiernos pueden propiciar el avance de las tecnologías digitales



público-privadas pueden respaldar la acción del gobierno, especialmente en la construcción de la infraestructura necesaria.

Aunque el número de intervenciones digitales está aumentando con rapidez, es importante tener en cuenta que estas intervenciones no sustituyen a los sistemas o servicios de salud que funcionan debidamente. Además, las intervenciones digitales deben ceñirse a las mismas normas de calidad y eficacia que cualquier otra intervención en la esfera de la salud. Igual que ocurre con la atención en persona, las intervenciones digitales deben guiarse por principios éticos y efectuarse de acuerdo con los códigos de conducta profesional. Los aspectos principales son la privacidad, la protección de los datos, la seguridad y la responsabilidad.

Es esencial que todos los esfuerzos para difundir las tecnologías digitales en el ámbito de la salud mental se basen en la inclusión y la equidad. Estas tecnologías deben ser accesibles y asequibles para las comunidades en situación de vulnerabilidad. A fin de ayudar a cerrar la brecha digital, el Estado debe trabajar con la sociedad civil y organizaciones comunitarias, el gobierno local, las asociaciones empresariales, las universidades y las organizaciones filantrópicas (117).

d. Mejorar la capacidad para proporcionar servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias

Como se subraya en la **recomendación 2**, la salud mental y el apoyo psicosocial son esenciales para asistir a las personas afectadas por situaciones

de emergencia, en las cuales es probable que aumenten el malestar psicológico general y la incidencia de los problemas de salud mental.

Durante una emergencia, la mayor demanda de servicios y atención de salud mental exige una mayor capacidad para prestar servicios de salud mental y apoyo psicosocial. El personal de atención primaria y otros trabajadores de salud no especializados pueden recibir capacitación sobre la guía de intervención humanitaria del mhGAP (118), que fue adaptada de la guía de intervención de mhGAP e incluye elementos adicionales aplicables específicamente a contextos de emergencia humanitaria. La guía de intervención humanitaria contiene módulos adicionales sobre malestar agudo, duelo, trastorno depresivo de moderado a grave y trastorno de estrés postraumático. También se recomienda aumentar la capacidad de los trabajadores de primera línea —como personal de enfermería, conductores de ambulancia, voluntarios, encargados de la detección de casos, docentes y otros líderes comunitarios— sobre principios esenciales de atención psicosocial, primeros auxilios psicológicos y cómo hacer derivaciones cuando sea necesario en un contexto de emergencia.

Además, es esencial garantizar el bienestar mental de quienes prestan servicios de salud mental y apoyo psicosocial en el contexto de una emergencia. El personal de salud y de primera línea está expuesto a una variedad de factores estresantes en una emergencia, como condiciones de trabajo difíciles, posible temor a la exposición a enfermedades infecciosas y presenciar un intenso sufrimiento y muertes. Uno de los principales factores estresantes notificados por estos trabajadores es el apoyo gerencial e

institucional insuficiente (66). Los gerentes deben facilitar entornos de trabajo saludables para el personal de primera línea y los voluntarios, abordar los factores estresantes relacionados con el trabajo, y garantizar el acceso a atención de salud y apoyo psicosocial para el personal, lo cual se puede lograr capacitando a algunos miembros del personal para que ofrezcan apoyo entre pares. También es importante proporcionar a los trabajadores de salud y de primera línea herramientas y recursos para el autocuidado.

e. Empoderar a las personas que usan los servicios y a sus familias

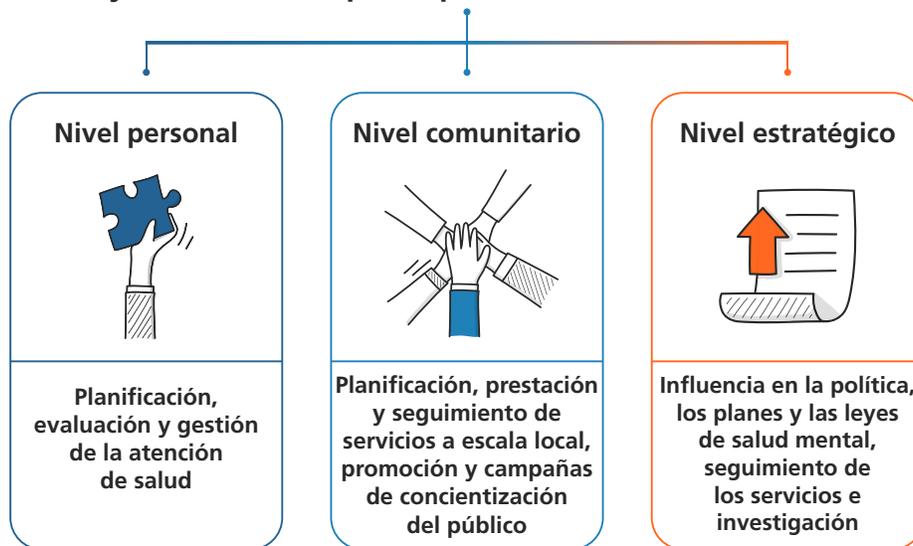
Un elemento central del diseño de servicios comunitarios de salud mental es el empoderamiento de las personas que usan los servicios y sus familias. A lo largo de la historia, las personas con problemas de salud mental y sus familias no han tenido voz. No han participado en la toma de decisiones sobre los servicios, lo cual refuerza su experiencia de discriminación y exclusión. El empoderamiento se refiere al grado de decisión, influencia y control que los usuarios de los servicios de salud mental pueden ejercer sobre los sucesos de su vida. La clave para el empoderamiento es la eliminación de las barreras formales o informales y la transformación de las relaciones de poder entre personas, comunidades, servicios y gobiernos (119).

Hasta la fecha, el empoderamiento y una mayor participación de las personas con experiencia propia se han limitado principalmente a las personas de ingresos altos. La participación puede darse en distintos niveles del sistema de salud mental (figura 16) (86):

- a nivel personal: participación en la planificación, la evaluación y la gestión de la propia atención de

FIGURA 16

Cómo pueden las personas que usan los servicios y sus familiares participar en el sistema de salud



salud; por ejemplo, por medio de la toma de decisiones compartida, la planificación anticipada, el autocuidado con apoyo y los enfoques de la atención orientados a la recuperación y centrados en las personas;

- a nivel comunitario: participación en la planificación, la prestación, el seguimiento y la evaluación de los servicios locales, promoción,

campañas de concientización del público (especialmente las destinadas a reducir el estigma) y capacitación del personal que trabaja en salud mental y otros;

- a nivel estratégico: participación en la formulación de políticas, planes y leyes de salud mental, la supervisión de los servicios y la investigación.

Ejemplo de caso: Promoción de la salud mental para pueblos indígenas y personas afrodescendientes en el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala y Honduras

Una iniciativa colaborativa de un año de duración, liderada por la OPS y financiada por la Agencia de Salud Pública de Canadá, ha fortalecido los enfoques de la salud mental para las personas indígenas y afrodescendientes afectadas por la pandemia de COVID-19 en el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala y Honduras. Las dos prioridades interrelacionadas del proyecto eran aumentar el acceso a los servicios de salud mental y fomentar su demanda.

Como resultado del proyecto, los tres países han fortalecido la capacidad nacional para coordinar, planificar y proporcionar servicios de salud mental adaptados a la cultura y las tradiciones de las comunidades indígenas y afrodescendientes, que han sido empoderadas para utilizar estos nuevos servicios. Estas comunidades participaron en los análisis de la situación inicial y en la formulación, la ejecución y la evaluación del proyecto y contribuyeron a todas estas tareas.

En el Estado Plurinacional de Bolivia, en una reunión a nivel nacional celebrada en La Paz, los líderes comunitarios afrodescendientes describieron las necesidades y las prioridades

relacionadas con la salud mental. Sus recomendaciones están dando forma a un nuevo centro comunitario de salud mental que atenderá a las personas de Yungas del Norte y del Sur, donde vive la mayor parte de la población afrodescendiente del país (120).

En Guatemala, el proyecto se concentró en los departamentos de San Marcos y Quiché, que tienen grandes poblaciones de indígenas mayas. La Asociación IDEI, organización no gubernamental local integrada por miembros de la comunidad indígena, fue el principal asociado en la ejecución del proyecto y apoyó tanto el análisis de la situación como el plan de ejecución. En colaboración con el Ministerio de Salud y la OPS, elaboró una estrategia de comunicación para crear conciencia sobre la salud mental, abordar el estigma y fomentar el uso de los servicios (121).

En Honduras, los líderes de las comunidades indígenas fueron las principales fuentes de información para el análisis de la situación, y las organizaciones no gubernamentales locales contribuyeron a la elaboración del plan de ejecución y la estrategia para aumentar la capacidad (122).



7. Fortalecer la prevención del suicidio

PUNTOS DE ACCIÓN

Formular estrategias nacionales de prevención del suicidio fundamentadas en intervenciones de salud pública basadas en la evidencia

a

Fortalecer las políticas públicas para reducir los principales factores de riesgo del suicidio

b

c

Aumentar la capacidad multisectorial para responder a las lesiones autoinfligidas y el suicidio

Las tasas de suicidio han seguido aumentando en toda la Región de las Américas. Aunque todavía no se conoce el efecto a largo plazo que la COVID-19 ha tenido en ellas, muchos factores conocidos de riesgo de suicidio (inseguridad financiera, pérdida del empleo, trauma y abuso, entre otros) empeoraron considerablemente con la pandemia, de modo que la prevención del suicidio se convirtió en una prioridad crítica de las políticas públicas. En la NASMA se subraya la necesidad urgente de que los gobiernos tomen medidas rápidamente para reducir los suicidios en el país y fomenten la participación de todos los sectores y partes interesadas en esta acción.

a. Formular estrategias nacionales de prevención del suicidio fundamentadas en intervenciones de salud pública basadas en la evidencia

Las estrategias nacionales de prevención del suicidio encabezadas por el gobierno son

herramientas fundamentales para que se dé prioridad a este tema en las agendas nacionales, para que se coordinen y supervisen las medidas de prevención y para que se asignen recursos específicos. Es importante que en las estrategias se establezcan objetivos claros que puedan traducirse en planes de acción ejecutables, con objetivos, indicadores, metas, plazos, hitos, responsabilidades designadas y asignaciones presupuestarias (123). Si no hay una estrategia nacional, un análisis de la situación es un primer paso importante para fundamentar su elaboración. En los países donde ya se han formulado estrategias y planes de prevención del suicidio, hay que darles seguimiento y evaluarlos periódicamente, y revisarlos y actualizarlos según sea necesario.

Los principales componentes de las estrategias nacionales de prevención del suicidio deben ser intervenciones eficaces, como las descritas en

Vivir la vida, una guía de intervención de la OMS para la prevención del suicidio en los países (figura 17) (124): limitación del acceso a los medios para suicidarse; fomento de la preparación socioemocional para la vida en la población adolescente (véase la **recomendación 5**); detección temprana, evaluación, manejo y seguimiento de cualquier persona con un comportamiento suicida o que corra el riesgo de suicidio, y trabajo con los medios de comunicación para que informen de forma responsable. Otros componentes que deben incorporarse son la concientización, la reducción del estigma, la capacitación y educación, el acceso a servicios, el tratamiento, la intervención en situaciones de crisis, la posvención, la vigilancia, la supervisión y la coordinación (125).

Para abordar los muchos factores, relacionados o no con la salud, que pueden aumentar el

riesgo de suicidio, es necesario que todas las estrategias de prevención promuevan intervenciones en todos los sectores y que su formulación, ejecución, seguimiento y evaluación se basen en la colaboración multisectorial. Es indispensable adoptar un enfoque de todo el gobierno y de toda la sociedad que incorpore no solo el sector de la salud, sino también otros sectores importantes (por ejemplo, educación, trabajo, bienestar social, agricultura y ganadería, justicia, derecho, medios de comunicación), organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas, la sociedad civil y especialmente personas con experiencia propia (es decir, personas que han tenido pensamientos suicidas, que han intentado suicidarse, que han cuidado a un ser querido durante una crisis suicida o que han sufrido la pérdida de un ser querido por un suicidio).

FIGURA 17

Fundamentos transversales de *Vivir la vida* y principales intervenciones eficaces basadas en la evidencia para la prevención del suicidio

¿QUÉ ES VIVIR LA VIDA?



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Vivir la vida*. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718>.

b. Fortalecer las políticas públicas para reducir los principales factores de riesgo de suicidio

Por medio de políticas públicas, los gobiernos pueden abordar algunos de los principales factores de riesgo de suicidio, especialmente el acceso directo o la proximidad a medios de suicidio, así como el consumo nocivo de alcohol.

Limitar el acceso a los medios de suicidio es una intervención universal basada en la evidencia para prevenir el suicidio. La restricción de medios, como armas de fuego, plaguicidas peligrosos, etc., puede dar a quienes contemplan el suicidio tiempo para reconsiderar, pedir ayuda o esperar hasta que pase la crisis aguda (125). La restricción de medios puede consistir en lo siguiente (124):

- limitar, prohibir o regular el acceso a medios de suicidio por medio de leyes y políticas nacionales (por ejemplo, prohibir los plaguicidas muy peligrosos de toxicidad aguda o restringir y regular las armas de fuego);
- reducir la disponibilidad de los medios (por ejemplo, limitar la cantidad de ventas o el tamaño de los envases de medicamentos y sustancias venenosas);
- aumentar la disponibilidad de alternativas de bajo riesgo para reducir la letalidad de los medios (por ejemplo, reducir la letalidad de los plaguicidas);
- aumentar la disponibilidad y la eficacia de los antidotos y mejorar el manejo clínico después de la intoxicación aguda o las heridas relacionadas con los medios de suicidio de uso común.

En el 2017, la categoría más común de métodos de suicidio en la Región de las Américas fue la que abarca el ahorcamiento, el estrangulamiento, la sofocación, el ahogamiento y la sumersión, que

representó el 47% de las muertes por suicidio, seguida de la lesión autoinfligida con arma de fuego (32% de las muertes) y el envenenamiento autoinfligido (13% de las muertes) (126). Sin embargo, debido a las grandes diferencias según la subregión y el país, es esencial que los países recopilen y analicen sistemáticamente datos nacionales para formular políticas y revisarlas teniendo en cuenta el contexto local. Además, para restringir el acceso a medios de suicidio se necesitará la colaboración multisectorial entre todas las partes interesadas pertinentes. En el caso de la restricción de los plaguicidas, por ejemplo, esto incluiría a los ministerios de salud y de agricultura y ganadería, los encargados de la regulación y el registro, y los líderes comunitarios (125).

Otro importante factor de riesgo de suicidio que puede abordarse con políticas públicas es el consumo de alcohol. Se estima que el riesgo de un intento de suicidio es alrededor de siete veces mayor poco después de beber alcohol y llega a 37 veces después del consumo de grandes cantidades de alcohol (127). En el 2018, la OMS, en colaboración con asociados internacionales, puso en marcha la iniciativa SAFER para el control del consumo del alcohol, cuyo objetivo principal es ayudar a los países a reducir el consumo nocivo de alcohol con una mejor aplicación de la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* y de otros instrumentos de la OMS y las Naciones Unidas. En el paquete técnico SAFER se señalan cinco importantes intervenciones de política relacionadas con el alcohol que se basan en la evidencia acumulada de su impacto en la salud de la población y su costo-eficacia:

1. sustentar y fortalecer las restricciones relativas a la disponibilidad de alcohol;
2. avanzar y hacer cumplir las medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol;

3. facilitar el acceso al tamizaje, las intervenciones breves y el tratamiento;
4. ejecutar las medidas de prohibición o restricción integral de la publicidad, el patrocinio y la promoción de bebidas alcohólicas;
5. reajustar los precios de las bebidas alcohólicas mediante impuestos selectivos al consumo y políticas de precios.

La iniciativa SAFER puede ser utilizada por los funcionarios públicos de nivel nacional, subnacional, municipal o local que se encarguen de formular políticas y planes de acción encaminados a reducir el daño causado por el alcohol. A fin de aplicar las intervenciones, se necesita coordinación entre los muchos sectores pertinentes para el control del alcohol, como los de la salud, el transporte, las fuerzas del orden y los medios de comunicación. Es importante destacar que la eficacia de las políticas dependerá en gran medida del grado en que los gobiernos puedan hacerlas cumplir.

c. Aumentar la capacidad multisectorial para responder a las lesiones autoinfligidas y el suicidio

La intervención temprana y la atención de las personas en riesgo de suicidio y de las que lo han intentado son cruciales para prevenir el suicidio. Como ocurre con los problemas de salud mental, debido a la escasez de especialistas en salud mental, combinada con el estigma que puede estar relacionado con los servicios especializados, las intervenciones para las lesiones autoinfligidas y el suicidio en entornos alternativos, como la atención primaria de salud, las escuelas y la comunidad, son viables cuando se fortalece la capacidad.

En el sector de la salud, es importante aumentar la capacidad de los departamentos o las unidades de salud que tengan probabilidades de entrar en

contacto con personas en riesgo, como los que se ocupan de casos de urgencia, salud mental, trastornos por consumo de alcohol, dolor crónico o enfermedades crónicas (124). Los profesionales de atención primaria, en particular, pueden estar en una posición singular para prevenir el suicidio debido a sus frecuentes interacciones con personas en riesgo. Los estudios indican que casi la mitad de las personas que mueren por suicidio habrán sido atendidas por un prestador de atención primaria en el mes anterior a su muerte (128). Estos prestadores pueden ser capacitados para detectar temprano, evaluar, manejar y dar seguimiento a las personas y derivar a las que necesiten apoyo de seguimiento en la comunidad, como servicios sociales o atención especializada en salud mental. La guía de intervención de mhGAP (que se abordó en la **recomendación 6**) tiene un módulo sobre lesiones autoinfligidas y suicidio. En los servicios de salud (y en la comunidad) se debe disponer de apoyo de posvención para las personas que han intentado suicidarse o que han perdido a un ser querido por suicidio.

Otros sectores, así como la comunidad, también pueden desempeñar un papel valioso en la respuesta a las personas afectadas por el suicidio. También se puede capacitar al personal docente, los agentes del orden público y los guardianes para detectar a las personas en riesgo en las escuelas, los lugares de trabajo y la comunidad; hacer evaluaciones y hablar sobre las lesiones autoinfligidas, incluso en momentos de crisis; efectuar intervenciones psicosociales, como la psicoeducación y la movilización de fuentes de apoyo social; derivar casos a especialistas y dar seguimiento. Es esencial que toda la labor de aumento de la capacidad esté acompañada de apoyo y supervisión continuos, apropiados para el papel, a fin de fomentar los conocimientos, las habilidades y la confianza, y asegurar la calidad de las intervenciones.

Además, se debe fortalecer la respuesta de los medios de comunicación a las lesiones autoinfligidas

y el suicidio. Las notas periodísticas sobre el suicidio, especialmente los casos notorios y aquellos en los que se describen los métodos, pueden llevar a más suicidios por imitación. También pueden reforzar el estigma relacionado con los problemas de salud mental y el suicidio. La cobertura responsable de los suicidios puede contribuir a su prevención al reducir el riesgo de comportamiento imitativo, cuestionar las percepciones incorrectas y fomentar la búsqueda de ayuda. Por lo tanto, es crucial trabajar con los medios de comunicación para promover que haya mejor información sobre el suicidio (figura 18), en particular mediante el aumento de la capacidad de los profesionales de los medios de comunicación para informar de manera responsable y la aplicación de políticas

para supervisar el contenido de los usuarios en las plataformas de medios digitales (124). La formulación o la revisión y la aplicación de políticas y directrices dirigidas a los medios de comunicación es una oportunidad importante para la intervención. Además, la orientación o la capacitación para periodistas y otros integrantes de los medios de comunicación con herramientas como el recurso sobre la prevención orientado a profesionales de los medios de comunicación, creado por la OMS y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (129), pueden desarrollar la capacidad para informar de manera responsable sobre este tema. Es fundamental contar con un mecanismo para dar seguimiento a las notas periodísticas sobre suicidios y evaluarlas.

FIGURA 18

Mejores prácticas para informar sobre el suicidio



1. **Aproveche la oportunidad** de educar al público sobre el suicidio.
2. **Evite el lenguaje** que sea sensacionalista o normalice del suicidio, o que lo presente como una solución a los problemas.
3. **Evite** dar prominencia o repetir innecesariamente las historias sobre suicidio.
4. **Evite** la descripción explícita del método utilizado en un intento de suicidio o en uno consumado.
5. **Evite** proporcionar información detallada sobre el sitio de un intento de suicidio o de uno consumado.
6. **Tenga cuidado** con el título que elige.
7. **Tenga cuidado** al usar fotografías o video.
8. **Tenga especial cuidado** cuando informa sobre suicidios de celebridades.
9. **Preste** la debida **consideración** a las personas que estén afectadas por el suicidio.
10. **Proporcione** información sobre dónde buscar ayuda.
11. **Reconozca** que los profesionales de los medios pueden sentirse afectados por las historias sobre suicidio.

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide: a resource for media professionals. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43954>.

Ejemplo de caso: Prevención del suicidio en Trinidad y Tabago

Como se destaca en la política nacional de salud mental 2019-2029, el Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago se ha comprometido a reducir el número de vidas perdidas por suicidio (130). El trabajo del ministerio ha sentado las bases para medidas sostenibles de prevención del suicidio concordantes con otras importantes iniciativas de salud pública. La estrategia nacional de prevención del suicidio de Trinidad y Tabago se puso en marcha en el 2019 (131). Es el producto de un proceso intersectorial de múltiples partes interesadas, encabezado por el Ministerio de Salud en colaboración con la OPS, para formular una estrategia adaptada a las necesidades del país.

Aunque se han hecho algunos avances en la reducción de la tasa de suicidios en el país, la tasa sigue siendo alta, con 8,3 muertes por 100 000 habitantes (132). Y La nueva estrategia nacional de prevención del suicidio tiene como objetivo crear una sociedad resiliente y bien informada, en la cual se valore cada vida humana y sea raro que alguien intente suicidarse. La estrategia se está ejecutando en dos fases de cinco años. El objetivo de la fase actual es reducir la tasa nacional de suicidios el 10% en cinco años.

Las principales áreas de acción para los primeros cinco años son gobernanza y coordinación, respuesta de los sistemas de salud, promoción y prevención, y vigilancia. El trabajo actual se centra en el establecimiento de un sistema de vigilancia sólido para una estrategia

basada en datos (véase el ejemplo de caso de la recomendación 10), el desarrollo de la capacidad de los sistemas de salud para responder a los intentos de suicidio y el aumento de la conciencia del público con respecto a los factores de protección.

La ejecución de la estrategia está respaldada por varias actividades nacionales, entre las cuales cabe mencionar las siguientes:

- aprobación por el Consejo de Ministros de un Comité Nacional de Salud Mental y establecimiento de una unidad de salud mental en el Ministerio de Salud;
- directrices nacionales para los medios de comunicación sobre la información responsable sobre el suicidio (133);
- una campaña nacional de concientización sobre la salud mental titulada “Pinta de verde la ciudad”;
- una línea de ayuda confidencial que funciona las 24 horas proporcionada por la organización no gubernamental Lifeline;
- una política de prevención del suicidio en el Hospital Psiquiátrico Nacional, la inclusión de indicadores de suicidio en el sistema de vigilancia nacional de la salud y capacitación sobre el mhGAP para profesionales de atención primaria.



8.

Adoptar un enfoque transformador frente a las cuestiones de género en pro de la salud mental

PUNTOS DE ACCIÓN

Reducir las desigualdades por razones género y promover el empoderamiento de las mujeres

a

b

Fortalecer la prevención y la respuesta ante la violencia de género

c

Abordar los efectos de las masculinidades tóxicas en la salud mental

Para abordar las profundas desigualdades por razones de género que influyen en la salud mental en la Región, será necesario dejar de lado los enfoques tradicionales que han reforzado, pasado por alto o aceptado las desigualdades de género. En cambio, en la NASMA se insta a los países a que adopten enfoques transformadores de género, a fin de trabajar activamente para cambiar las normas de género dañinas y los desequilibrios de poder y mejorar la salud mental para todos. Esto no puede lograrse sin el compromiso de los líderes gubernamentales de cuestionar las desigualdades de género y adoptar una posición inequívoca contra la violencia y la discriminación dirigidas a las

mujeres y los hombres en toda su diversidad y a las personas con identidades de género diversas.

a. Reducir la desigualdades por razones de género y promover el empoderamiento de las mujeres

En la Región, las políticas, las prácticas y las instituciones discriminatorias continúan perpetuando las desigualdades sociales y económicas para las mujeres. El trabajo encaminado a lograr la igualdad de género y empoderar a las mujeres es esencial para promover la salud mental y el bienestar de las mujeres, y prevenir los problemas de salud mental. A fin de



Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres es esencial para prevenir los problemas de salud mental y promover su bienestar.

© OPS

abordar las desigualdades de género, es necesario fortalecer las políticas públicas que garanticen y promuevan los derechos de las mujeres en toda su diversidad en todas las esferas de la sociedad, incluidos el hogar, el gobierno y los espacios públicos, como el lugar de trabajo, las escuelas y la comunidad. Sin embargo, también exige un cambio cultural que transforme las normas sociales y las actitudes sociales. Algunas de las principales medidas que los gobiernos deben tomar son las siguientes (figura 19) (134):

- elaborar y fortalecer leyes y políticas que prohíban todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres en las esferas pública y privada; proteger los derechos de las mujeres en el trabajo; fijar en 18 años la edad mínima legal para contraer matrimonio; garantizar
- los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; garantizar el derecho de las mujeres a la igualdad en el matrimonio; reconocer sus derechos sobre la tierra y la propiedad, entre otros;
- aumentar la capacidad pública y jurídica para asegurar la aplicación adecuada de las leyes y las investigaciones, y garantizar la reparación jurídica de las mujeres que han sido víctimas de violencia y discriminación;
- promover la representación equitativa de las mujeres en el gobierno;
- reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidado no remunerado que realizan las mujeres por medio de programas de protección social

FIGURA 19

Principales medidas que los gobiernos pueden tomar para reducir las desigualdades por razones de género y promover el empoderamiento de las mujeres



e inversión en tecnología e infraestructura que ahorren tiempo (135);

- llevar a cabo campañas de comunicación y concientización para sensibilizar a las partes interesadas sobre la desigualdad y la discriminación por razones de género, así como sobre la violencia, e informar a las mujeres sobre sus derechos y oportunidades integrales en materia de salud.

Es necesario prestar especial atención a las mujeres marginadas —migrantes, indígenas, afrodescendientes o de otros grupos étnicos— y las mujeres en situación de pobreza o que viven en zonas rurales que se encuentran en la intersección de múltiples formas acumuladas de discriminación (134).

b. Fortalecer la prevención y la respuesta ante la violencia de género

La violencia de género consiste en actos lesivos dirigidos a una persona o un grupo de personas en función de su género. Todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas se basan en el género, pero la violencia de género incluye otras formas de violencia, como la violencia dirigida a hombres y niños, ciertos tipos de violencia armada y de pandillas, y la violencia contra las personas LGBTQI+. Los efectos de la violencia de género en la salud mental, no solo en las personas directamente afectadas, sino también en sus seres queridos y en su comunidad, son considerables y duraderos. Es esencial abordar la violencia de género con un enfoque dual que abarque el fortalecimiento de la prevención y la respuesta. Las intervenciones deben efectuarse simultáneamente

en diferentes niveles. Todos los sectores y la comunidad en general tienen un papel importante que desempeñar (136).

La prevención de la violencia de género (figura 20) debe incluir la adopción y el fortalecimiento de leyes que prohíban el comportamiento violento, que responsabilicen a los perpetradores y que aborden los principales factores de riesgo de violencia; por ejemplo, el acceso a armas de fuego y de otro tipo (137, 138). También es crucial mejorar la aplicación de estas leyes, incluso con sanciones que no permitan que la violencia quede impune, y marcos de políticas de apoyo que reúnan a diferentes sectores y partes interesadas.

Por ejemplo, en la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer*, de la OPS (139), se señala específicamente la formulación de políticas nacionales multisectoriales sobre la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas, así como la inclusión de esta forma de violencia en la política nacional de salud.

Las medidas de prevención deben abordar también las desigualdades sociales y de género, que permean los sistemas, las instituciones y la comunidad en general (137, 138). Las políticas y directrices pueden prohibir la discriminación de género y promover el empoderamiento de

FIGURA 20

Enfoques para prevenir la violencia de género





Las intervenciones comunitarias que abordan las normas sociales con respecto a la aceptabilidad de la violencia pueden tomar la forma de movilización comunitaria, talleres, capacitación y mercadeo social.

© Sandra Mallo/OPS

las mujeres y las niñas en toda su diversidad en todos los entornos. Con ese fin hay que fortalecer el acceso a la educación y la capacitación para todos, y garantizar el acceso a un trabajo seguro y a entornos seguros. A escala institucional, es importante abordar los prejuicios y la discriminación de género, y mejorar la sensibilidad de género y la competencia cultural en toda la fuerza laboral. Las intervenciones comunitarias que abordan las normas sociales con respecto a la aceptabilidad de la violencia pueden tomar la forma de movilización comunitaria, talleres, capacitación y mercadeo social. Para que den resultado, deben contar con la participación de toda la comunidad, incluidas las mujeres y los hombres en toda su diversidad y personas con identidades de género diversas, aunque

algunos enfoques trabajan con estos grupos por separado. En el sector de la salud, los mensajes de prevención de la violencia de género pueden incorporarse en las actividades corrientes de educación y promoción de la salud (140).

La respuesta eficaz a la violencia de género debe centrarse en el aumento de la capacidad multisectorial para ayudar a detectar el abuso de inmediato, proporcionar a las personas sobrevivientes atención y apoyo, derivar a las personas afectadas a servicios apropiados y fundamentados, tanto dentro como fuera del sistema de salud, y dar seguimiento (139). El personal de atención primaria de salud se encuentra en una posición singular para detectar a los grupos de riesgo en una etapa temprana y proporcionarles



El impacto del patriarcado en la salud mental de los hombres no ha recibido la debida atención de los servicios de salud de la Región, por lo que es necesario considerar sus vulnerabilidades y efectos.

© Karen González/OPS

apoyo de primera línea con empatía y sin prejuicios. Cuando los servicios de salud se coordinan bien con otros servicios esenciales, como los sectores sociales, de protección, justicia y educación, las personas sobrevivientes pueden recibir la atención y el apoyo necesarios de manera oportuna, lo cual reduce la posibilidad de retraumatización o revictimización (141). En el sector de la salud específicamente, hay que formular y fortalecer protocolos y directrices del sistema de salud para la violencia de género en consonancia con la base de evidencia, y aplicarlos por medio de herramientas clínicas y capacitación del personal de salud durante en el servicio y antes de él (142).

c. Abordar los efectos de las masculinidades tóxicas en la salud mental

La cultura del patriarcado, que forma parte de la estructura organizativa y cultural de la Región de las Américas, ha favorecido

predominantemente la socialización de los hombres basada en masculinidades tóxicas. Esta situación ha generado comportamientos agresivos y discriminatorios que profundizan las desigualdades, y promueven y refuerzan una cultura masculina de falta de cuidado, riesgos y poca búsqueda de ayuda (143).

Los hombres de la Región enfrentan riesgos de problemas de salud mental, entre ellos suicidio, trastorno por consumo de alcohol y otras adicciones, y enfermedades psicosomáticas. Los comportamientos arraigados en masculinidades socialmente construidas también pueden exponer a las mujeres a factores de riesgo de problemas de salud mental, como violencia, consumo de sustancias psicoactivas, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, figura paterna ausente y falta de responsabilidad compartida en las tareas domésticas y el cuidado (143).

El impacto del patriarcado en la salud mental de los hombres no ha recibido la debida atención de los servicios de salud de la Región, de modo que es necesario considerar sus vulnerabilidades y sus efectos. Las leyes, las políticas y los programas de salud mental deben incorporar un enfoque que reconozca las masculinidades tóxicas para mejorar el bienestar integral de los hombres y las sociedades en general.

Para abordar las normas de género, como las masculinidades, se necesita el compromiso de todos, incluidos los hombres y los niños. La infancia y la adolescencia ofrecen una oportunidad para influir en las normas de socialización y dar forma a la igualdad de género. Algunos ejemplos son los programas de promoción de la salud y prevención para niños y hombres jóvenes que ponen de relieve la no violencia, la igualdad de género, la crianza infantil, una visión integral de la sexualidad, la responsabilidad compartida por

el cuidado y la integración de estos temas en los programas de aprendizaje social y emocional en las escuelas (143). La interacción de niños y hombres jóvenes en grupos en entornos digitales, escolares o deportivos conocidos y seguros puede aprovechar los aspectos positivos de la socialización masculina, entre ellos la amistad y la conexión a través del deporte (144). Es importante que en esta interacción no se los humille ni se los etiquete.

Otras oportunidades para abordar las masculinidades son las actividades intersectoriales de educación pública que examinan la igualdad de género y las nuevas masculinidades, así como el fortalecimiento de la capacidad de los servicios de salud, el personal docente, el sector académico y los medios de comunicación. En el caso del personal de salud, esto debe incorporarse en los programas de educación y capacitación previos al servicio.

Ejemplo de caso: Respuesta a la violencia de género en las mujeres migrantes en Colombia

El sector de la salud tiene un importante papel que desempeñar en la prevención o la mitigación del impacto de la violencia contra las mujeres. El personal de salud que desarrolla competencias para fomentar la confianza es el que acompaña y atiende a las sobrevivientes de la violencia. Los profesionales de la salud que han recibido capacitación para seguir protocolos basados en la evidencia, incluida la atención de salud mental, son fundamentales para la intervención y el apoyo tempranos (140).

Desde el 2015, más de 6 millones de personas migrantes han abandonado la República Bolivariana de Venezuela debido a la situación política, socioeconómica y de derechos humanos. La migración expone a las mujeres y las niñas al riesgo de la trata, la violencia de género y otras formas de explotación y abuso. La pandemia de COVID-19 exacerbó la situación, ya que los cierres de fronteras obligaron a los migrantes a utilizar rutas irregulares más peligrosas y cruces fronterizos informales (145).

Como parte de la respuesta multilateral, la OPS ha estado trabajando en zonas fronterizas y departamentos con una alta concentración de refugiados y migrantes. Al respecto, ha colaborado con cuatro países de la Región —Argentina, Brasil, Colombia y Perú— que registran un número importante de personas migrantes. El proyecto está fortaleciendo la capacidad del sector de la salud para prevenir la violencia contra las mujeres y niñas migrantes y refugiadas, y responder a ella (146).

En Colombia, más de 400 prestadores de atención de salud han recibido capacitación en el marco del programa. Trabajan en establecimientos de salud ubicados en lugares con un gran número de personas migrantes y refugiadas y donde se sabe que el riesgo de violencia de género y otras amenazas como la trata es grande. La capacitación permite a los profesionales de la salud reconocer su papel no solo en la atención de primera línea, sino también en la lucha contra los estereotipos y la discriminación relacionados con la violencia de género (147).



9. Abordar el racismo y la discriminación racial como importantes determinantes de la salud mental

PUNTOS DE ACCIÓN

Trabajar con los pueblos indígenas, las personas afrodescendientes y otros grupos étnicos para comprender y abordar el racismo y la discriminación racial en todas sus formas y expresiones

a

Elaborar planes de acción nacionales contra el racismo y la discriminación racial

b

Fortalecer las leyes y las políticas para combatir el racismo y promover la equidad

c

Efectuar intervenciones en varios niveles para crear entornos antirracistas

d

El racismo en todas sus formas, incluidas las ideologías racistas, los prejuicios, el comportamiento discriminatorio, los arreglos estructurales y las prácticas institucionalizadas que dan lugar a la desigualdad racial (148), sea intencional o no, es una violación de la dignidad y los derechos humanos, y es injustificable. Los gobiernos tienen la obligación jurídica, en virtud de la legislación internacional en materia de derechos humanos, así como la responsabilidad moral, de combatir el racismo y la discriminación racial. En la NASMA se insta a los países de la Región a que adopten una posición decidida contra toda forma de racismo a fin de promover y proteger la salud mental y el bienestar de los pueblos indígenas, las personas afrodescendientes y otros grupos étnicos. En el camino hacia la recuperación de la pandemia

se deben abordar y revertir décadas de exclusión, y construir sistemas e instituciones que funcionen para todas las personas, sin dejar a nadie atrás.

a. Trabajar con los pueblos indígenas, las personas afrodescendientes y otros grupos étnicos para comprender y abordar el racismo y la discriminación racial en todas sus formas y expresiones

Hay que empoderar a las comunidades que sufren racismo a fin de que participen activamente en el establecimiento de prioridades y la toma de decisiones, así como en la planificación, la ejecución y la evaluación de estrategias para combatir el racismo. Es esencial cultivar alianzas estratégicas y diálogos interculturales



Se debe empoderar a las comunidades para que participen activamente en la aplicación de estrategias para combatir el racismo.

© OPS

para comprender y definir el problema, buscar soluciones, priorizar acciones, y mejorar las políticas y los programas en la práctica. Eso es también un principio básico de un enfoque de derechos humanos. Además de fomentar la inclusión, la participación efectiva, el compromiso compartido y la acción conjunta, la participación de las comunidades afectadas por el racismo puede mejorar la autoeficacia de los miembros y los resultados percibidos del apoyo social, así como reducir las desigualdades que no están relacionadas con la salud con avances en el capital humano y social (19).

La recopilación continua de información sobre la experiencia propia y la historia es esencial para reconocer las narrativas compartidas, como medio para conmemorar no solo el sufrimiento, sino también la resiliencia y la dignidad de las víctimas, por medio de diálogos vigorosos y respetuosos que brinden a todos el espacio necesario para

expresarse libremente en un entorno seguro. Es indispensable conocer la verdad sobre las causas y el impacto del racismo sistémico y los legados históricos para que los responsables de las políticas y el público en general apoyen las reparaciones y la transformación del discurso.

El diálogo debe basarse en la equidad y el respeto mutuo, reconociendo que estos grupos podrían tener miedo y desconfianza, profundamente arraigados, causados por una historia de racismo (149). Es importante respetar las estructuras organizativas de los pueblos indígenas y afrodescendientes y de otras comunidades étnicas, y tener en cuenta las barreras lingüísticas, geográficas, financieras, de género y de otro tipo a la participación que pueden enfrentar los grupos poblacionales que experimentan diferentes formas de discriminación. También hay que asegurar que tanto las mujeres como los hombres de estas comunidades estén representados.

Primera Ayuda Psicológica

Caso 1

Principios:

1. Observar

- Heridas tanto de la nariz sangrando y otros daños físicos
- Estado de Crisis

2. Escuchar

Las Necesidades de la mujer

3. Conectar

- Detener la Hemorragia que lleva
- Limpiar dar cuidados de enfermería y tx.
- Conectar con Padres, líderes Comunitarios
- Referir al hospital de Nebaj por ser una agresión física
- Referir a Psicóloga del distrito

b. Elaborar planes de acción nacionales contra el racismo y la discriminación racial

Un plan de acción nacional contra el racismo y la discriminación racial es un programa amplio de actividades encaminadas a lograr progresivamente mejoras en la promoción de la igualdad racial y puede servir de base para la elaboración de una política pública integral. La Conferencia Mundial de las Naciones Unidas contra el Racismo, la Conferencia de Examen de Durban, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial y el Consejo de Derechos Humanos han recomendado que los Estados adopten planes de acción nacionales contra la discriminación racial (150).

Aunque los planes de acción nacionales deben adaptarse a las circunstancias políticas, culturales, históricas y jurídicas de los países donde se elaboren y ejecuten, sus principales componentes son el establecimiento de un órgano o institución nacional para la igualdad racial; medidas para adoptar y revisar leyes que prohíban el racismo y la discriminación racial; la adopción de políticas, planes y estrategias para proteger y promover los derechos de los grupos que enfrentan el racismo y la discriminación racial; la adopción de medidas especiales para promover la igualdad de oportunidades y superar las barreras estructurales y sistemáticas que enfrentan estos grupos poblacionales (por ejemplo, acción afirmativa o cuotas de empleo); mecanismos para garantizar la justicia, los recursos y la rendición de cuentas para las víctimas de discriminación racial, y medidas para sensibilizar a la opinión pública sobre la discriminación racial y proporcionar educación encaminada a combatirla (figura 21) (150).

En los planes se deben establecer metas, objetivos y acciones específicos, los órganos estatales

responsables, plazos, indicadores del desempeño y mecanismos de seguimiento y evaluación para cada objetivo. Además, debe haber una asignación adecuada de recursos humanos y financieros para que se puedan ejecutar los planes. Tanto los agentes estatales como los no estatales tienen la responsabilidad de prevenir el racismo y la discriminación racial, de modo que es importante que los planes se apliquen tanto a la esfera privada como al sector público.

Como se mencionó en el punto de acción anterior, las comunidades que sufren racismo deben desempeñar un papel central en la formulación, la ejecución y la evaluación de planes de acción nacionales contra la discriminación racial.

c. Fortalecer las leyes y las políticas para combatir el racismo y promover la equidad

Aunque las leyes por sí solas no son suficientes para abordar el racismo, es indispensable contar con leyes nacionales integrales que prevengan, eliminen, prohíban y sancionen todos los actos y manifestaciones de racismo y discriminación racial para combatir estos fenómenos y promover la equidad y la justicia raciales. Es importante destacar que, además de las leyes en sí, el acto de promulgar leyes que prohíban la discriminación racial puede enviar un poderoso mensaje a la sociedad de que el racismo es inaceptable y no será tolerado.

El fortalecimiento de este tipo de legislación puede adoptar dos formas: la adopción de leyes contra el racismo y la discriminación racial en los casos en que todavía no las haya o sean incompletas, y la revisión de las leyes existentes para enmendar, derogar o anular las que dan lugar al racismo o lo perpetúan. Las leyes deben ajustarse a las normas internacionales de derechos humanos y abarcar

FIGURA 21

Principales componentes de un plan contra la discriminación racial



Establecimiento de un órgano o institución nacional para la igualdad racial
Medidas para adoptar y revisar leyes que prohíban el racismo y la discriminación racial
Adopción de políticas, planes y estrategias para proteger y promover los derechos de los grupos que enfrentan el racismo y la discriminación racial
Adopción de medidas especiales para promover la igualdad de oportunidades y superar las barreras estructurales y sistemáticas que enfrentan grupos poblacionales específicos
Mecanismos para garantizar la justicia, los recursos y la rendición de cuentas para las víctimas de la discriminación racial
Medidas para sensibilizar a la opinión pública sobre la discriminación racial y proporcionar educación encaminada a combatirla



Para promover la igualdad racial y la justicia se requiere una legislación nacional integral que prevenga, elimine y castigue cualquier acto o manifestación de racismo o discriminación racial.

© OPS

las cuatro categorías del derecho: el derecho constitucional (en la constitución nacional se debe consagrar el principio de igualdad de trato, el compromiso del Estado de promover la igualdad y el derecho de las personas a no ser discriminadas por motivos de raza, color u origen étnico), el derecho penal (por ejemplo, leyes que penalizan la violencia y el odio por motivos raciales, incluida la incitación al odio), el derecho civil y el derecho administrativo (151). Puede haber leyes centradas específicamente en la discriminación o la igualdad que prevean el deber de todas las autoridades públicas de promover el respeto de la diversidad y la igualdad a fin de erradicar todas las formas de racismo y discriminación.

Debe haber mecanismos sólidos de rendición de cuentas para hacer cumplir las leyes contra el racismo. Estos mecanismos deben ser creíbles, independientes, imparciales y transparentes, y deben recibir recursos financieros y humanos adecuados para funcionar. Para que sean sostenibles, deben ser de índole nacional (152). El castigo de quienes violan la ley, a fin de que no queden en la impunidad, así como la asistencia y la protección a las víctimas, son fundamentales para la rendición de cuentas y el restablecimiento de la confianza del público (153).

d. Realizar intervenciones en varios niveles para crear entornos antirracistas

El racismo está arraigado en las leyes, las políticas, las prácticas y las actitudes de las instituciones públicas, incluidas las escuelas públicas, los hospitales, los consultorios, los establecimientos de salud, las comisarías y otras oficinas públicas. Para transformar estos espacios en entornos antirracistas se necesita un enfoque en múltiples niveles, con intervenciones en una variedad de

niveles —sistémico, institucional, interpersonal e individual simultáneamente— durante un período prolongado (154). Algunas de estas intervenciones son las siguientes (154):

A nivel del sistema:

- adoptar enfoques presupuestarios orientados a la equidad;
- elaborar políticas, códigos de conducta y directrices para la aplicación de medidas contra la discriminación, con mecanismos funcionales de atención de reclamos;
- crear mecanismos transparentes de rendición de cuentas;
- introducir o fortalecer planes de estudios para facultades de medicina, instituciones de enseñanza y la capacitación en el servicio sobre salud intercultural, las inequidades en la salud relacionadas con la discriminación, el racismo y la exclusión, y el papel de las instituciones públicas en la exacerbación y la mitigación de estas desigualdades.

A nivel institucional:

- reclutar, retener y promover a personas indígenas, afrodescendientes y de otros grupos étnicos en todos los niveles de la fuerza laboral, y asegurar que ocupen cargos de liderazgo;
- crear mecanismos de apoyo para el personal indígena, afrodescendiente y de otros grupos étnicos;
- educar a los empleados sobre la lucha contra el racismo en eventos, sesiones clínicas, boletines, campañas de relaciones públicas, planes de estudios continuos, talleres y orientación continua para trabajadores nuevos;

- recopilar datos para detectar las disparidades raciales y sus fuentes.

A nivel interpersonal:

- ofrecer talleres centrados en el privilegio, la lucha contra el racismo y la discriminación, y la competencia cultural.

A nivel individual:

- ofrecer capacitación sobre la prestación de atención culturalmente competente (que aborde conceptos relacionados con el racismo, el sesgo inconsciente o implícito, los estereotipos y los prejuicios).

El proceso se facilitará en gran medida si se define claramente el problema y se establecen metas y objetivos claros, además de establecer e incorporar un lenguaje común contra el racismo. Es importante que la capacitación no se limite a

la diversidad, sino que aborde la lucha contra el racismo, y que sea obligatoria, continua y regular en todos los niveles de la organización, incluida la administración.

Las intervenciones contra el racismo deberán adaptarse a las comunidades atendidas. Con ese fin es necesario integrar las voces y la experiencia del personal y las comunidades indígenas, afrodescendientes y de otros grupos étnicos. Es importante que las organizaciones formen asociaciones permanentes y productivas con estas comunidades y las incluyan en el desarrollo de las intervenciones para que sean culturalmente apropiadas y aborden cuestiones prioritarias para la comunidad. Además, la conmemoración, la educación y la concientización en la comunidad catalizan el cambio y desacreditan las falsas narrativas que han permitido que persista una sucesión de políticas y sistemas racialmente discriminatorios.

Ejemplo de caso: Corregir el racismo contra las personas indígenas y afrobrasileñas por medio de la acción afirmativa en la enseñanza superior

Las personas afrobrasileñas constituyen más de la mitad de la población de Brasil. Sin embargo, continúan enfrentando racismo estructural, institucional e interpersonal, históricamente arraigado en la esclavitud y el colonialismo (155). Presentan una mayor tasa de desempleo y ganan salarios que, en promedio, son inferiores a los de las personas blancas que ocupan cargos similares, y a lo largo de la historia ha habido una brecha educativa considerable (156).

En los últimos años, Brasil ha promulgado importantes leyes para mejorar las oportunidades educativas de las personas afrobrasileñas. En el 2012 se aprobó la Ley 12711/12, conocida como ley de cuotas, que tiene como objetivo promover la equidad en el acceso a la enseñanza superior reservando vacantes para personas que se identifican como de raza negra, multirraciales o indígenas. La ley, que estandarizó las cuotas en las 59 universidades federales de Brasil, reserva el 50% de las vacantes en las universidades federales para estudiantes de raza negra, multirraciales o indígenas que han completado la educación secundaria en escuelas públicas. Además, el 50% de estas vacantes deben reservarse para estudiantes de hogares con ingresos iguales o inferiores a 1,5 salarios mínimos per cápita. La reserva de vacantes también debe tener en cuenta la proporción de personas negras, multirraciales e indígenas

en la población de la unidad federativa donde se encuentra la institución (157).

En comparación con el período anterior a las cuotas, el número de estudiantes que declaran que son de raza negra, multirraciales o indígenas en las instituciones federales de enseñanza superior ha aumentado. En el 2020, el 36,19% de los estudiantes de estas instituciones se declararon multirraciales, el 10,68% de raza negra y el 0,77% indígenas, mientras que, en el 2012, el 15,02% se habían declarado multirraciales, el 5,93% de raza negra y el 0,22% indígenas (158). A pesar del éxito que tuvo, la Ley 12711/12, enfrenta desafíos. Entre ellos figuran la persistencia de prejuicios y discriminación, tanto de otros estudiantes como de profesores, contra los estudiantes que ingresan por medio de cuotas; la falta de recursos y servicios de asistencia estudiantil para estos estudiantes, y la continua concentración de estudiantes de ingresos bajos en carreras que reciben una remuneración más baja (158).

Dado que la educación y la discriminación son determinantes sociales importantes de la salud mental, se prevé que con iniciativas como esta, bien documentadas, se podrán obtener mejoras importantes en los resultados de salud mental para las personas indígenas y afrodescendientes en la Región, junto con muchos otros resultados sociales y de salud.



10. Mejorar los datos y las investigaciones sobre la salud mental

PUNTOS DE ACCIÓN

Integrar la salud mental en otras iniciativas de recopilación de datos

a

Mejorar el desglose de los datos

b

Incluir un componente de seguimiento, evaluación y aprendizaje en todos los programas de salud mental

c

Promover la investigación sobre la salud mental

d

Los responsables de las políticas y los gerentes de programas necesitan datos e investigaciones de calidad sobre la salud mental para tomar decisiones acertadas basadas en las necesidades y fundamentadas en la evidencia y las mejores prácticas. La pandemia de COVID-19 puso de relieve importantes deficiencias en la recopilación y la presentación de datos sobre la salud mental en la Región. A medida que nos recuperamos de la pandemia, los países deben fortalecer los datos y la investigación sobre la salud mental, y basarlos en un enfoque de derechos humanos.

a. Integrar la salud mental en otras iniciativas de recopilación de datos

Un enfoque eficiente de la recopilación de datos sobre la salud mental consiste en integrar la salud mental en otras actividades de recopilación de datos en el ámbito de la salud y fuera de él a escala nacional, municipal y local. En el ámbito de

la salud, pueden incluirse medidas de salud mental en encuestas de establecimientos de salud o sobre la vigilancia de la salud pública, que ofrecen una buena oportunidad para incorporar un conjunto mínimo de indicadores de salud mental en los sistemas de información sobre la salud. La salud mental también puede abordarse en encuestas demográficas sobre temas no relacionados con la salud, como censos o encuestas de hogares, especialmente cuando se recopilan datos sobre determinantes sociales conocidos de la salud mental.

La recopilación de datos sobre la salud mental en encuestas de servicios públicos fuera del ámbito de la salud es especialmente pertinente para la política y la planificación. Algunos ejemplos son las encuestas para fundamentar los sistemas de protección social y la recopilación de datos en sectores no relacionados con la



Recopilar datos sobre la salud mental por medio de encuestas sobre los servicios públicos fuera del ámbito de la salud es especialmente pertinente para las políticas y la planificación.

© OPS

salud, como las evaluaciones regulares de las escuelas y los servicios penitenciarios. Esta recopilación de datos es importante para el tipo de programación multisectorial que se plantea en la **recomendación 2**. Aunque el sistema nacional de información sobre la salud sería el repositorio central, será esencial que haya un sentido de titularidad y responsabilidad interministerial con respecto al uso de los datos en la planificación y el seguimiento. Por ejemplo, los datos desglosados sobre la población infantil en edad escolar serían un recurso conjunto que fundamentaría la política compartida de los ministerios de salud y educación, y le daría seguimiento.

b. Mejorar el desglose de los datos

Es esencial que los datos de salud mental estén desglosados por un conjunto de variables pertinentes para el contexto local. Los datos desglosados pueden contribuir a un análisis más

preciso de la situación de salud mental; ayudar a detectar patrones, problemas y necesidades; fundamentar estructuras y planes de financiamiento para la asignación de recursos y facilitar el seguimiento y la evaluación de los programas.

En su *Política para mejorar la salud mental*, la OPS subraya que las políticas encaminadas a reducir las disparidades en materia de salud mental y promover la equidad requieren, siempre que sea posible, datos desglosados por género (usando un enfoque no binario), sexo, edad, educación, ingresos o situación económica y sus expresiones (por ejemplo, situación habitacional y seguridad alimentaria), raza o grupo étnico, origen nacional, ubicación geográfica, discapacidad, orientación sexual y otros determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud. También se necesitan datos que tengan en cuenta la movilidad geográfica y la migración.

Los datos desglosados por un conjunto mínimo de variables son especialmente importantes para detectar los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad que tienen más probabilidades de quedarse atrás, así como los factores que las mantienen en esa situación o las sacan de ella. Estos datos pueden facilitar la formulación de políticas con distintos matices para abordar sus necesidades particulares y promover una mayor asignación de recursos a estas poblaciones. Es importante destacar que la disponibilidad y la presentación de datos sobre las personas en situación de vulnerabilidad hacen más visibles a estos grupos y las desigualdades que sufren, que a menudo están ocultas, para la población general y para los responsables de las políticas.

c. Incluir un componente de seguimiento, evaluación y aprendizaje en todos los programas de salud mental

El seguimiento, la evaluación y el aprendizaje son herramientas esenciales para medir el progreso, evaluar el desempeño y fundamentar la mejora continua, y deben incorporarse explícitamente en todas las políticas, planes y servicios de salud mental. En mayor escala, contar con sistemas de seguimiento y evaluación sólidos y sostenibles puede ayudar a los responsables de la política de salud mental y a los gerentes de programas a tomar decisiones fundamentadas a nivel nacional y local que mejoren los servicios y la atención de salud mental. Para que los sistemas de seguimiento y evaluación funcionen bien, requieren la participación de los más altos niveles del gobierno, incentivos que promuevan el uso y la generación de información sobre el desempeño, capacidad para sostener la tarea de seguimiento y evaluación, y acceso a buenos datos e indicadores (159).

Aunque los países pueden establecer su propio marco para el seguimiento y la evaluación de las políticas, los planes y los programas de salud mental, hay algunas herramientas útiles. El conjunto de orientaciones sobre políticas y servicios de salud mental, de la OMS, tiene un módulo sobre seguimiento y evaluación de políticas y planes de salud mental, con una lista de verificación para evaluar un plan de ese tipo (160). Además, el manual de operaciones del mhGAP contiene un marco para el seguimiento y la evaluación de las operaciones, así como indicadores y medios de verificación (161). El Comité Permanente entre Organismos ha establecido un marco común de seguimiento y evaluación para facilitar el seguimiento y la evaluación de programas de salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia (162).

d. Promover la investigación sobre la salud mental

Además de recopilar datos, se necesitan nuevas investigaciones sobre la salud mental a escala nacional y local para ampliar la base de evidencia, aumentar la eficacia y la efectividad de las intervenciones y fundamentar las políticas, especialmente en entornos de ingresos bajos y medianos, que a menudo están subrepresentados en las investigaciones mundiales sobre la salud mental. Algunas áreas prioritarias son los determinantes sociales de la salud mental y sus mecanismos, el financiamiento para la salud mental (incluidos los estudios de costo-eficacia y rendimiento de la inversión) y la ciencia de la implementación, aunque será importante que los países definan sus propias prioridades para la investigación basadas en el contexto local.

Los países deben aumentar la capacidad técnica y el apoyo financiero para la investigación en

salud mental. En el *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, de la OMS, se señala la necesidad de mejorar la capacidad de investigación y la colaboración académica en torno a las prioridades nacionales de investigación en materia de salud mental, en particular las investigaciones operacionales que tengan una relación directa con el desarrollo y el establecimiento de servicios y con el ejercicio de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, lo cual incluye la creación de centros de excelencia que trabajen con criterios claros y con aportaciones de todas las partes interesadas pertinentes, entre ellas las personas con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial.

Hay dos movimientos en la investigación sobre la salud mental que están demostrando ser especialmente prometedores. El primero es el reconocimiento de que es poco probable que una comunidad de investigación formada en gran medida por grupos poblacionales que no están marginadas pueda formular preguntas prioritarias para la investigación que sean pertinentes para la vida de las personas marginadas (163). Esto ha conducido, por ejemplo, a iniciativas para apoyar activamente la diversidad racial y étnica de los investigadores sobre la salud mental (164). En segundo lugar, en la investigación sobre los servicios de salud en general se está enfatizando la necesidad de una plena participación de la comunidad en el diseño de la investigación.

Ejemplo de caso: Hacia una vigilancia de calidad de las lesiones autoinfligidas en Guyana, Suriname y Trinidad y Tabago

El factor individual más importante de riesgo de suicidio es un intento anterior. El seguimiento de los intentos de suicidio proporciona información importante para la formulación y la evaluación de estrategias de prevención. El registro de los intentos de suicidio, y de las lesiones autoinfligidas en particular, puede agregar información valiosa (165).

Guyana, Suriname y Trinidad y Tabago están colaborando a fin de establecer un sistema multinacional de vigilancia de las lesiones autoinfligidas. Esta iniciativa ha surgido de un programa de apoyo técnico y capacitación dirigido por la OPS y la Fundación Nacional para la Investigación del Suicidio, de la República de Irlanda, que es un Centro Colaborador de la OMS para la Vigilancia e Investigación en Prevención del Suicidio (166). Se seleccionaron regiones piloto en cada uno de los países y se examinaron los enfoques de la vigilancia de las lesiones autoinfligidas en los hospitales generales. La capacitación y los talleres del 2021-2022 mostraron que había margen para aunar fuerzas con el fin de crear un sistema multinacional.

En el 2022 se llegó a un acuerdo sobre procedimientos operativos estandarizados para dar seguimiento a las lesiones autoinfligidas,

que permitieron comparar datos entre los tres países piloto. De conformidad con las orientaciones de la OMS, esto incluía una definición común de lesión autoinfligida, los criterios de inclusión y exclusión, y un acuerdo sobre los datos obligatorios y opcionales que debían registrarse (165). Los tres países garantizarán el cumplimiento de todos los requisitos en términos de aprobación ética, confidencialidad y protección de datos. Se están elaborando acuerdos formales con los hospitales generales participantes de las zonas piloto para facilitar el acceso a los datos.

Un enfoque importante del programa ha sido el desarrollo de recursos humanos. El personal que participa en la recopilación de datos recibió capacitación en el 2021 y el 2022. Cada región piloto tiene un administrador de datos dedicado exclusivamente al programa que se encarga de la gestión, el análisis y la presentación de los datos, y los equipos de vigilancia también tienen acceso a apoyo estadístico. En los equipos de vigilancia se ha asignado personal para ayudar a preparar materiales de comunicación, como informes de seguimiento; sesiones informativas para gobiernos, responsables de las políticas y partes interesadas, y artículos para revistas académicas con revisión científica externa.



Conclusiones

Las emergencias humanitarias, a pesar de la tragedia que producen, también pueden catalizar el cambio. La pandemia de COVID-19 ha mostrado a la Región de las Américas el alto costo de no priorizar la salud mental, pero también nos ha ofrecido una importante oportunidad para reconstruir mejores sistemas y atención de salud mental, que estén en consonancia con nuestra visión a largo plazo de una región donde todas las personas tengan acceso a atención de salud mental de calidad, independientemente de su origen nacional o étnico, color, género, idioma, religión o cualquier otra condición. Tenemos que decidir si queremos aprovechar esta oportunidad o dejarla pasar.

La orientación de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS presentada en este informe ofrece a los países una hoja de ruta con la cual pueden no solo ampliar

sus programas de salud mental, sino también transformarlos, en el contexto de la pandemia actual y posteriormente. Las diez recomendaciones esbozadas por la Comisión se basan en lo que ya sabemos que es necesario para lograr una reforma de la salud mental, al tiempo que abogan por enfoques innovadores que hacen hincapié en la acción en los más altos niveles del gobierno y en la necesidad de enfrentar las causas fundamentales de las inequidades en materia de salud mental en la Región.

Para que se apliquen estas recomendaciones, será necesario que los líderes y los responsables de las decisiones en la Región de las Américas reconozcan la urgencia de la actual crisis de salud mental, y que se comprometan inequívocamente a priorizar la salud mental como nunca antes. Juntos podemos reconformar la salud mental en nuestra Región, pero debemos actuar ahora mismo.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19: Respuesta de la OPS/OMS. Informe N.º 1. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-respuesta-opsoms-reporte-1-31-marzo-2020>.
2. Organización Mundial de la Salud. Weekly epidemiological update on COVID-19 (22 de febrero del 2023). Ginebra: OMS; 2023 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---22-february-2023>.
3. Tausch A, Oliveira e Souza R, Martínez Vicián C, Cayetano C, Barbosa J, Hennis AJM. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *Lancet Reg Health Am* 2022;5:100118. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>.
4. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 22 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
5. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 22 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
6. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 2 de enero del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>.
7. Fiorillo A, Sartorius N. Mortality gap and physical comorbidity of people with severe mental disorders: the public health scandal. *Ann Gen Psychiatry* 2021;20(52). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00374-y>.
8. Organización Mundial de la Salud. Suicide worldwide in 2019. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 22 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.
9. Facultad de Salud Pública de Harvard y Foro Económico Mundial. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Ginebra: WEF; 2011 [consultado el 22 de marzo del 2023]. Disponible en: https://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf.
10. Organización Mundial de la Salud. La salud mental en el trabajo. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 22 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>.
11. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 2016;3(5):415-424. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30024-4).
12. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales: El caso a favor de la inversión. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 22 de marzo del 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54306/OPSNMHRF210010_spa.pdf.
13. Organización Panamericana de la Salud. Care for mental health conditions in Jamaica: The case for investment. Evaluating the return on investment of scaling up treatment for depression, anxiety, and psychosis. Washington, D.C.: UNIATF, UNDP, OPS; 2019 [consultado el 22 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51834>.

14. Organización Panamericana de la Salud. Causas principales de mortalidad, y discapacidad. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 21 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>.
15. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018 [consultado el 22 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>.
16. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol. Washington, D.C.: OPS; 2023 [consultado el 21 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>.
17. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Pública* 2018;42:e165. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165>.
18. Organización Mundial de la Salud. Mental health atlas 2020. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 2 de enero del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>.
19. Organización Mundial de la Salud. Fortalecer la atención primaria de salud para hacer frente a la discriminación racial, promover servicios interculturales y reducir las desigualdades sanitarias: síntesis de la investigación. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 22 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/364684>.
20. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe. [Santiago]: CEPAL; 2021 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47043-la-paradoja-la-recuperacion-america-latina-caribe-crecimiento-persistentes>.
21. Organización Internacional del Trabajo, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Overview of social protection systems in Latin America and the Caribbean: progress and setbacks in the face of the pandemic - Technical note. Lima: OIT; 2021 [consultado el 8 de marzo del 2023]. Disponible en: https://www.ilo.org/caribbean/information-resources/publications/WCMS_824905/lang--en/index.htm.
22. Grupo del Banco Mundial. Two years after: saving a generation. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2022 [consultado el 30 de enero del 2023]. Disponible en: <https://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/37586>.
23. Perez-Vincent SM, Carreras E. Domestic violence reporting during the COVID-19 pandemic: evidence from Latin America. *Rev Econ Househ* 2022;20(3):799-830. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11150-022-09607-9>.
24. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2021;398(10312):1700-1712 [consultado el 8 de marzo del 2023]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7).
25. Organización Mundial de la Salud. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus (6 de octubre del 2021). Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 30 de enero del 2023]. Disponible en: https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1.
26. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry* 2018;5(4):357-369. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9).
27. Organización Panamericana de la Salud. Panorama socioeconómico. Portal Salud en las Américas+. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/covid-2022/socioeconomico>.
28. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Índice de feminidad en hogares pobres. Santiago: CEPAL; 2016 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/indice-feminidad-hogares-pobres>.
29. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión. Síntesis. Santiago: CEPAL; 2021 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46870-afrodescendientes-la-matriz-la-desigualdad-social-america-latina-retos-la>.

30. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la implementación de la *Política de igualdad de género de la OPS 2009-2014*. Washington, D.C.: OPS; 2010 [consultado el 8 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6036>.
31. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina y el Caribe 2022: la transformación de la educación como base para el desarrollo sostenible. Santiago: CEPAL; 2022 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48518-panorama-social-america-latina-caribe-2022-la-transformacion-la-educacion-como>.
32. Congressional Research Service. Poverty in the United States in 2020. Washington, D.C.: CRS; febrero del 2022 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/R/R47030>.
33. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356584>.
34. Organización Panamericana de la Salud. Intimate partner violence against women in the Americas: Data and Action. Washington, D.C.: OPS; 2018 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/brochure-intimate-partner-violence-against-women-americas-data-and-action>.
35. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics* 2016;137(3):e20154079. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>.
36. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL: Al menos 4.473 mujeres fueron víctimas de feminicidio en América Latina y el Caribe en 2021. Santiago: CEPAL; 2022 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-al-menos-4473-mujeres-fueron-victimas-feminicidio-america-latina-caribe-2021>.
37. Organización de los Estados Americanos, Departamento de Derecho Internacional. Afrodescendientes en las Américas. Washington, D.C.: OEA [sin fecha] [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.oas.org/es/sla/ddi/afrodescendientes.asp>.
38. Organización Panamericana de la Salud. El impacto de la COVID-19 en los pueblos indígenas de la Región de las Américas: Perspectivas y oportunidades. Informe de la reunión regional de alto nivel, 30 de octubre del 2020. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53361>.
39. National Institute on Minority Health and Health Disparities. Structural racism and discrimination. Bethesda: NIMHD; 2023 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.nimhd.nih.gov/resources/understanding-health-disparities/srd.html>.
40. Eichstaedt JC, Sherman GT, Giorgi S, Roberts SO, Reynolds ME, Ungar LH, et al. The emotional and mental health impact of the murder of George Floyd on the US population. *PNAS* 2021;118(39):e2109139118. Disponible en: <https://doi.org/10.1073/pnas.2109139118>.
41. Consejo de Derechos Humanos. Promotion and protection of the human rights and fundamental freedoms of Africans and of people of African descent against excessive use of force and other human rights violations by law enforcement officers. Nueva York: Naciones Unidas; junio del 2021 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Racism/A_HRC_47_CRP_1.pdf.
42. Organización Mundial de la Salud. Ensuring gender-responsive health systems. Ginebra: OMS; 2023 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/activities/ensuring-gender-responsive-health-systems>.
43. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para la Implementación de la Política de Igualdad de Género de la OPS 2009-2014. Washington, D.C.: OPS; 2010 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6036>.

44. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. Evidence for gender responsive actions to promote mental health: young people's health as a whole-of-society response. Copenhague: OMS; 2011 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350013>.
45. Organización Mundial de la Salud. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 8 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
46. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio. Washington, D.C.: OPS; 2023 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>.
47. Organización Mundial de la Salud. Improving the health and well-being of LGBTIQ+ people. Ginebra: OMS; 2023 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/activities/improving-the-health-and-well-being-of-lgbtqi-people>.
48. Organización Panamericana de la Salud. Informe del Director sobre el abordaje de las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans. Washington, D.C.: OPS; 2018 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49649/CD56-INF-11-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
49. Organización Panamericana de la Salud. Emergencias. Washington, D.C.: OPS; 2023 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/emergencias>.
50. Organización Panamericana de la Salud. Ministros de Salud del MERCOSUR se comprometen a priorizar salud en planes de adaptación al cambio climático. Washington, D.C.: OPS; 2018 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14861:as-talks-get-underway-at-cop24-mercosur-ministers-of-health-commit-to-prioritize-health-in-climate-change-adaptation-plans&Itemid=0&lang=es#gs.c.tab=0.
51. Organización Mundial de la Salud. La salud mental en las situaciones de emergencia. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>.
52. Lawrance E, Thompson R, Fontana G, Jennings N. The impact of climate change on mental health and emotional wellbeing: current evidence and implications for policy and practice. Londres: Grantham Institute; 2021 [consultado el 8 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.imperial.ac.uk/grantham/publications/briefing-papers/>.
53. Organización Panamericana de la Salud. Un informe de la OMS demuestra que muchos refugiados y migrantes en situación de vulnerabilidad tienen peor salud. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/20-7-2022-informe-oms-demuestra-que-muchos-refugiados-migrantes-situacion-vulnerabilidad>.
54. Organización Panamericana de la Salud. Documento de orientación sobre migración y salud. Washington, D.C.: OPS; 2019 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/documento-orientacion-sobre-migracion-salud>.
55. Hon. Carolyn Bennett. About Carolyn Bennett. Toronto: libparl.ca; 2020 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://carolynbennett.libparl.ca/about/>.
56. Organización Mundial de la Salud. Special initiative for mental health (2019-2023). OMS; 2019 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-\(2019-2023\)](https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-(2019-2023)).
57. Naciones Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Cobertura sanitaria universal: avanzando juntos para construir un mundo más saludable. Nueva York: Naciones Unidas; 2019 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/311/88/PDF/N1931188.pdf?OpenElement>.

58. United for Global Mental Health. "No health without mental health": The urgent need for mental health integration in universal health coverage. [Sin lugar]: United for Global Mental Health; diciembre del 2020 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://unitedgmh.org/knowledge-hub/uhc/>.
59. Organización Mundial de la Salud. Investing in Mental Health: Evidence for action. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87232>.
60. Irarrazaval M, Norambuena P, Montenegro C, Toro-Devia O, Vargas B, Caqueo-Urizar A. Public Policy Responses to Address the Mental Health Consequences of the COVID-19 Pandemic: Evidence From Chile. *Front Public Health* 2021;9. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.590335>.
61. Gobierno de Chile. *SaludableMente*. Santiago: Gobierno de Chile; 2020 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.gob.cl/saludablemente>.
62. ONU-Mujeres. In Chile, data on women's paid and unpaid work prompt subsidy for working caregivers and inform upcoming national care policy. Nueva York: ONU-Mujeres; 2021 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://data.unwomen.org/features/chile-data-womens-paid-and-unpaid-work-prompt-subsidy-working-caregivers-and-inform>.
63. Patel V, Chatterji S. Integrating mental health in care for noncommunicable diseases: An imperative for person-centered care. *Health Aff* 2015;34(9):1498-1505. Disponible en: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0791>.
64. Organización Mundial de la Salud. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362880>.
65. Batra A, Jackson K, Hamad R. Effects Of The 2021 Expanded Child Tax Credit On Adults' Mental Health: A Quasi-Experimental Study. *Health Aff* 2023;42(1):74-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00733>.
66. Comité Permanente entre Organismos. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Ginebra: IASC; 2007 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>.
67. Comité Permanente entre Organismos. Minimum service package mental health and psychosocial support. Ginebra: IASC; 2022 [consultado el 30 de enero del 2023]. Disponible en: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-minimum-service-package-mental-health-and-psychosocial-support>.
68. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Ley 26.657: Derecho a la Protección de la Salud Mental. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2010 [consultado el 30 de enero del 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.
69. Ministerio de Salud. Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022 [consultado el 30 de enero del 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/estrategia-federal-de-abordaje-integral-de-la-salud-mental>.
70. Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat. Resolución 365/2022. Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Territorial y Hábitat; 2022 [consultado el 30 de enero del 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-365-2022-375815/texto>.
71. Ministerio de Salud. Vizzotti y Maggiotti lanzaron el programa Habitar Inclusión y anunciaron la construcción de 50 viviendas de medio camino en Luján para el abordaje comunitario de la salud mental. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022 [consultado el 30 de enero del 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/vizzotti-y-maggiotti-lanzaron-el-programa-habitar-inclusion-y-anunciaron-la-construccion-de>.

72. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* 2018;392(10157):1553-1598. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).
73. Mackenzie J, Caddick H. ODI Insights. How low-income countries can invest in mental health. Londres: Overseas Development Institute; 2016 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://cdn.odi.org/media/documents/11183.pdf>.
74. Marquez PV, Saxena S. Making mental health a global priority. *Cerebrum* 2016;10-16 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28058091>.
75. Sulser PO, Madir J. Innovative finance in health care: Scaling up use of impact bonds in public health care in developing countries. Toronto: Convergence; 2022 [consultado el 30 de enero del 2023]. Disponible en: <https://www.convergence.finance/resource/innovative-finance-in-health-care:-scaling-up-use-of-impact-bonds-in-public-health-care-in-developing-countries/view>.
76. McDaid D, Park A-L. Evidence on financing and budgeting mechanisms to support intersectoral actions between health, education, social welfare and labour sectors. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2016 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326309>.
77. Banco Mundial. Banking on impact: What You Need to Know about Results-based financing. Washington, D.C.: Grupo del Banco Mundial; 2019 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2019/06/28/banking-on-impact-what-you-need-to-know-about-results-based-financing>.
78. Organización Mundial de la Salud y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Mental health investment case: a guidance note. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 30 de enero del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340246>.
79. Organización Mundial de la Salud. WHO menu of cost-effective interventions for mental health. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343074>.
80. Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al. Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services. *Int J Health Policy Manag* 2017;6(9):501-508. Disponible en: <https://doi.org/10.15171%2Fijhpm.2017.07>.
81. Organización Panamericana de la Salud. Salud mental: un enfoque basado en los derechos humanos. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 28 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55200>.
82. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: Naciones Unidas; 2006 [consultado el 28 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
83. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 28 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341641>.
84. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Call for inputs: Draft guidance on Mental Health, Human Rights, and Legislation published jointly by WHO and OHCHR. Ginebra: ACNUDH; 2022 [consultado el 28 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/calls-input/draft-guidance-mental-health-human-rights-legislation-who-ohchr>.
85. Organización Panamericana de la Salud. Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 28 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53027>.
86. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. Ginebra: OMS; 2022. Resumen en español y publicación completa en inglés disponibles en: <https://www.who.int/publications/item/9789240049338>.

87. Organización Mundial de la Salud. QualityRights materials for training, guidance and transformation. Ginebra: OMS; 2019 [consultado el 28 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>.
88. Cámara de Diputados, LXV Legislatura. De la Comisión de Salud, con proyecto de decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de salud mental y adicciones. Ciudad de México: Gaceta Parlamentaria; 2021 [consultado el 2 de febrero del 2023]. Disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/PDF/65/2022/mar/20220331-IV.pdf>.
89. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. Adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud. Washington, D.C.: OPS; 1990 [consultado el 28 de diciembre del 2022]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf.
90. Cordero Oropeza M, Berenzon S, Robles R, Real T, Medina Mora M. Community-Based Mental Health Services in Mexico. Consortium Psychiatricum 2021;2(3):53-62. Disponible en: <https://doi.org/10.17816/CP86>.
91. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Social Protection. Ginebra: ACNUR; 2021-2022 [consultado el 31 de marzo del 2022]. Disponible en: <https://www.unhcr.org/en-us/social-protection.html>.
92. Banco Mundial. Protección social. Washington, D.C.: Grupo del Banco Mundial; 2023 [consultado el 3 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/socialprotection/overview>.
93. Organización Internacional del Trabajo. Piso de Protección Social para una Globalización Equitativa e Inclusiva. Ginebra: OIT; 2011 [consultado el 3 de marzo del 2023]. Disponible en: https://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_176521/lang-es/index.htm.
94. Organización Internacional del Trabajo. Social Protection for Workers in the Informal Economy. Frequently asked questions (FAQ). Ginebra: OIT; [2020?] [consultado el 3 de abril del 2023]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/asia/-/ro-bangkok/-/ilo-beijing/documents/publication/wcms_761053.pdf.
95. UNICEF Office of Research-Innocenti. Gender-responsive and age-sensitive social protection. Florencia: UNICEF-IRC; 2023 [consultado el 3 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.unicef-irc.org/research/gender-responsive-and-age-sensitive-social-protection/>.
96. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. Mol Psychiatry 2022;27(1):281-295. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>.
97. Organización Mundial de la Salud. Conjunto de instrumentos para ayudar a los adolescentes a prosperar. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 2 de enero del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341346>.
98. Organización Panamericana de la Salud. Promoting wellbeing and mental health in schools. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 3 de abril del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56984>.
99. Banco Mundial, UNICEF, UNESCO. Dos años después: Salvando a una generación. Nueva York: UNICEF; 2022 [consultado el 3 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/dos-anos-despues-salvando-a-una-generacion>.
100. Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines on mental health at work. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 3 de enero del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/363177>.
101. Organización Panamericana de la Salud. The COVID-19 Health caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 2 de febrero del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>.
102. Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo. Mental health at work: policy brief. Ginebra: OMS; 2022 [consultado el 2 de febrero del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362983>.

103. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento saludable. Washington, D.C.: OPS; 2023 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>.
104. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
105. Organización Mundial de la Salud. Ciudades globales amigables con los mayores: una guía. Ginebra: OMS; 2007 [consultado el 3 de abril del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43805>.
106. Organización Mundial de la Salud. Medición del grado de adaptación de las ciudades a las personas mayores. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 3 de abril del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/203832>.
107. Organización Mundial de la Salud. La red mundial de ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores. Ginebra: OMS; 2018 [consultado el 3 de abril del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/278981>.
108. WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities. Membership in the Global Network of Age-friendly Cities and Communities (GNAFCC). Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2022/04/GNAFCC-membership-en.pdf>.
109. Ministerio de Salud Pública. Programa Familias Fuertes se implementará entre 2022 y 2025. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2022 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/programa-familias-fuertes-se-implementara-entre-2022-2025>.
110. Sampaio F, Nystrand C, Feldman I, Mihalopoulos C. Evidence for investing in parenting interventions aiming to improve child health: a systematic review of economic evaluations. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01969-w>.
111. Organización Panamericana de la Salud. Familias Fuertes: Amor y Límites. Guía para la gestión y la aplicación del programa. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53696>.
112. Organización Panamericana de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.: OPS; 2017 [consultado el 28 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>.
113. Organización Mundial de la Salud. Mental health in primary care: Illusion or inclusion? Ginebra: OMS; 2018 [consultado el 3 de abril del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326298>.
114. Iversen SA, Ogallo B, Belfer M, Fung D, Hoven CW, Carswell K, et al. Enhancing mental health pre-service training with the WHO mhGAP Intervention Guide: experiences learned and the way forward. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2021;15(1):1. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00354-2>.
115. Georgetown University, Health Policy Institute. Cultural Competence in Health Care: Is it important for people with chronic conditions? Washington, D.C.: Health Policy Institute; 2014 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://hpi.georgetown.edu/cultural/>.
116. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. TIP 59: Improving Cultural Competence. Rockville: SAMHSA; 2014 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://store.samhsa.gov/product/TIP-59-Improving-Cultural-Competence/SMA15-4849>.
117. Hanna N. A role for the state in the digital age. *J Innov Entrep*. 2018;7(5). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13731-018-0086-3>.
118. Organización Mundial de la Salud. mhGAP humanitarian intervention guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162960>.

119. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. User empowerment in mental health: a statement by the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: OMS; 2010 [consultado el 2 de febrero del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107275>.
120. Organización Panamericana de la Salud. Respondiendo a las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la COVID-19 en las comunidades indígenas y afrodescendientes de las Américas: Bolivia. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-apoyo-psicosocial-emergencias-smaps/respondiendo-necesidades-salud-mental-1>.
121. Organización Panamericana de la Salud. Respondiendo a las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la COVID-19 en las comunidades indígenas y afrodescendientes de las Américas: Guatemala. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-apoyo-psicosocial-emergencias-smaps/respondiendo-necesidades-salud-mental-2>.
122. Organización Panamericana de la Salud. Respondiendo a las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la COVID-19 en las comunidades indígenas y afrodescendientes de las Américas: Honduras. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-apoyo-psicosocial-emergencias-smaps/respondiendo-necesidades-salud-mental-3>.
123. Organización Mundial de la Salud. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Ginebra: OMS; 2018 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279765>.
124. Organización Panamericana de la Salud. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718>.
125. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, D.C.: OPS; 2014 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>.
126. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2015-2019. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55737>.
127. Organización Panamericana de la Salud. El alcohol y el suicidio. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55184>.
128. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scand J Public Health* 2019;47(1):9-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1403494817746274>.
129. Organización Mundial de la Salud, International Association for Suicide Prevention. Preventing suicide: a resource for media professionals. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258814>.
130. Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago. National Mental Health Policy 2019-2029. Puerto España: Ministerio de Salud; 2019.
131. Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago. National Suicide Prevention Strategy of Trinidad and Tobago. Puerto España: Ministerio de Salud; 2023.
132. Organización Panamericana de la Salud. Burden of suicide in the Region of the Americas. ENLACE data portal. Washington, D.C.: OPS; 2021 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>.

133. Ministerio de Salud. Guidelines for Reporting on Suicide. Puerto España: Gobierno de la República de Trinidad y Tabago; 2021 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://health.gov.tt/sites/default/files/2021-12/Reporting%20guidelines%20FINAL.pdf>.
134. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. SIGI 2020 Regional Report for Latin America and the Caribbean. París: OCDE; 2020 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/cb7d45d1-en>.
135. Ferrant G, Pesando LM, Nowacka K. Unpaid Care Work: The missing link in the analysis of gender gaps in labour outcomes. París: OCDE; 2014 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: https://www.oecd.org/dev/development-gender/Unpaid_care_work.pdf.
136. Organización Mundial de la Salud. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252276>.
137. Organización Mundial de la Salud. Respeto a las mujeres: prevención de la violencia contra las mujeres. Ginebra: OMS; 2020 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337198>.
138. Organización Panamericana de la Salud. INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas (informe completo y resumen ejecutivo). Washington, D.C.: OPS; 2016 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/inspire-siete-estrategias-para-poner-fin-violencia-contra-ninos-ninas>.
139. Organización Panamericana de la Salud. La violencia contra la mujer. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer. Washington, D.C.: OPS; 2015 [consultado el 2 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/violencia-contra-mujer-estrategia-plan-accion-sobre-fortalecimiento-sistema-salud-para>.
140. Organización Panamericana de la Salud. Abordar la violencia contra las mujeres en las políticas y los protocolos de salud de la Región de las Américas. Un informe de la situación regional. Washington, D.C.: OPS; 2023 [consultado el 2 de abril del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57289>.
141. ONU-Mujeres. Paquete de servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence>.
142. Organización Mundial de la Salud. Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a manual for health managers. Ginebra: OMS; 2017 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259489>.
143. Organización Panamericana de la Salud. Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Resumen. Washington, D.C.: OPS; 2019 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51667>.
144. Rice S, Oliffe J, Seidler Z, Borschmann R, Pirkis J, Reavley N, et al. Gender norms and the mental health of boys and young men. *Lancet Public Health* 2021;6(8):e541-542. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00138-9](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00138-9).
145. Organización Internacional para las Migraciones. Regional Refugee and Migrant Response Plan for Refugees and Migrants from Venezuela 2022. Ginebra: OIM; 2022 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://crisisresponse.iom.int/response/regional-refugee-and-migrant-response-plan-refugees-and-migrants-venezuela-2022>.

146. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de las respuestas del sistema de salud a la violencia contra las mujeres y niñas migrantes y refugiadas. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer/fortalecimiento-respuestas-sistema-salud-violencia-contra-mujeres>.
147. Organización Panamericana de la Salud. La atención humanizada en salud: oportunidades para fortalecer la respuesta a las violencias de género y los procesos de resiliencia en las mujeres migrantes. Washington, D.C.: OPS; 2022 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/24-11-2022-atencion-humanizada-salud-oportunidades-para-fortalecer-respuesta-violencias>.
148. Naciones Unidas. Declaración sobre la raza y los prejuicios raciales. París: UNESCO; 1978 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-race-and-racial-prejudice>.
149. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52252>.
150. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Elaboración de planes nacionales de acción contra la discriminación racial. Nueva York: Naciones Unidas; 2014 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/765799?ln=en>.
151. Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia. General Policy Recommendation No. 7 On National Legislation to Combat Racism and Racial Discrimination. Estrasburgo: ECRI; 2002 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://rm.coe.int/ecri-general-policy-recommendation-no-7-revised-on-national-legislatio/16808b5aae>.
152. Naciones Unidas. Establishing effective accountability mechanisms for human rights violations. UN Chronicle. Nueva York: Naciones Unidas; 2012 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/en/chronicle/article/establishing-effective-accountability-mechanisms-human-rights-violations>.
153. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. UN human rights chief lists tackling discrimination and impunity among top priorities. Ginebra: ACNUDH; 2009 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2009/10/un-human-rights-chief-lists-tackling-discrimination-and-impunity-among-top>.
154. Hassen N, Lofters A, Michael S, Mall A, Pinto AD, Rackal J. Implementing anti-racism interventions in healthcare settings: A scoping review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(6):2993. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18062993>.
155. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Dismantling discrimination against Afro-Brazilians remains slow despite official commitment. Ginebra: ACNUDH; 2013 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2014/01/dismantling-discrimination-against-afro-brazilians-remains-slow-despite>.
156. Departamento de Estado de Estados Unidos. Brazil 2020 Human Rights Report. Washington, D.C.: Departamento de Estado; 2020 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2021/10/BRAZIL-2020-HUMAN-RIGHTS-REPORT.pdf>.
157. UNESCO. Education Profiles. Brazil: Inclusion. [París]: UNESCO; 2021 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://education-profiles.org/latin-america-and-the-caribbean/brazil/~inclusion>.
158. UNESCO. Brazil: tracing good and emerging practices on the right to higher education. UNESCO: París; 2023 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000384290>.

159. Banco Mundial. Monitoring and evaluation for better development results. Washington, D.C.: Grupo del Banco Mundial; 2013 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2013/02/14/monitoring-and-evaluation-for-better-development-results>.
160. Organización Mundial de la Salud. Monitoring and evaluation of mental health policies and plans: Mental health policy and service guidance package. Ginebra: OMS; 2007 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43631>.
161. Organización Panamericana de la Salud. Manual operativo del mhGAP. Washington, D.C.: OPS; 2018 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52328>.
162. Comité Permanente entre Organismos. IASC common monitoring and evaluation framework for mental health and psychosocial support in emergency settings: With means of verification (versión 2.0). Nueva York: IASC; 2021 [consultado el 31 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-common-monitoring-and-evaluation-framework-mental-health-and-psychosocial-support-emergency>.
163. Hastings PD, Guyer AE, Parra LA. Conceptualizing the Influence of Social and Structural Determinants of Neurobiology and Mental Health: Why and How Biological Psychiatry Can Do Better at Addressing the Consequences of Inequity. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2022;7(12):1215-1224. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2022.06.004>.
164. Folorunso OO, Burns White K, Alonso-Caraballo Y, Nowicki GP, Olson EA, Pizzagalli DA, et al. Building an intentional and impactful summer research experience to increase diversity in mental health research. *Neuropsychopharmacology*. 2022;47(13):2189-2193. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41386-022-01461-8>.
165. Organización Mundial de la Salud. Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Ginebra: OMS; 2016 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208895>.
166. Arensman E, Malik A. WHO tools for strengthening suicide and self-harm monitoring and surveillance systems. Cork: WHO Collaborating Centre on Surveillance and Research in Suicide Prevention; 2019 [consultado el 4 de marzo del 2023]. Disponible en: https://www.nsr.ie/wp-content/uploads/2021/04/Workshop-WHO-tools-for-strengthening-Suicide-and-Self-Harm-Monitoring-and-Surveillance_IASP-Symposium_2-3rd-May-2019.pdf.

Anexos

Anexo 1. Lista de reuniones oficiales de la Comisión y participantes

Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS

Lista de reuniones oficiales y participantes

REUNIÓN	FECHA	PARTICIPANTES
Primera sesión plenaria (formato virtual)	6 de mayo del 2022	Miembros de la Comisión
Reunión del Grupo de Trabajo sobre los determinantes sociales y económicos de la salud mental y los grupos poblacionales que requieren atención especial	25 de julio del 2022	Miembros de la Comisión Invitados especiales: <ul style="list-style-type: none">• Michael Pietrus, director de Opening Minds, Comisión de Salud Mental de Canadá• Keith Dobson, profesor del Departamento de Psicología de la Universidad de Calgary
Reunión del Grupo de Trabajo sobre los determinantes sociales y económicos de la salud mental y los grupos poblacionales que requieren atención especial	27 de julio del 2022	Miembros de la Comisión Invitados especiales: <ul style="list-style-type: none">• Dévora Kestel, Directora del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Organización Mundial de la Salud• Daniel Elia, coordinador de Salud Mental, Gobierno del Estado de Río de Janeiro, Brasil.• Suzana Guerrero, psiquiatra, profesora e investigadora, República Dominicana.

(continúa)

Lista de reuniones oficiales y participantes *(continuación)*

REUNIÓN	FECHA	PARTICIPANTES
Reunión del Grupo de Trabajo sobre asociaciones y priorización política para la salud mental en todas las políticas y financiamiento para la salud mental	28 de julio del 2022	Miembros de la Comisión Invitados especiales: <ul style="list-style-type: none"> • Yuri Cutipé, director ejecutivo de Salud Mental del Ministerio de Salud de Perú
Consulta virtual con las partes interesadas: personas con experiencia propia	19 de septiembre del 2022	Miembros de la Comisión Invitados especiales: <ul style="list-style-type: none"> • María Divina O'Brien, presidenta del proyecto Mindwise, Trinidad y Tabago • Karen Santo Athié, miembro del Comité Ejecutivo de Global Mental Health Peer Network, Brasil • Cecilia Guillén, jefa de proyecto, En Primera Persona A.C., México
Segunda sesión plenaria (Washington, D.C.)	13 y 14 de octubre del 2022	Miembros de la Comisión
Consulta virtual de partes interesadas: mujeres de la Región	13 de octubre del 2022	Miembros de la Comisión Invitados especiales: <ul style="list-style-type: none"> • Alejandra Acuña Navarro, secretaria ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) • Evalinda Barrón, directora general de la Comisión Nacional contra las Adicciones de México • Carmen Correa, directora ejecutiva de Pro Mujer • María Inés Re, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMMLAC) • Margareth Arilha, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR)

(continúa)

Lista de reuniones oficiales y participantes *(continuación)*

REUNIÓN	FECHA	PARTICIPANTES
Consulta virtual de partes interesadas: pueblos indígenas, personas afrodescendientes y otros grupos étnicos de la Región	13 de octubre del 2022	<p>Miembros de la Comisión</p> <p>Invitados especiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jessie Schutt-Aine, Jefa de la Unidad de Equidad, Género y Diversidad Cultural, Organización Panamericana de la Salud • Humberto Brown, director, Iniciativas para las Disparidades en la Salud, Centro Médico Downstate de la Universidad Estatal de Nueva York • Otilia Lux de Cotí, activista por los derechos humanos de las mujeres y los pueblos indígenas, Guatemala • José Yac Huix, director, Asociación IDEI, Guatemala
Consulta virtual de partes interesadas: expertos regionales en sistemas y servicios de salud mental	13 de octubre del 2022	<p>Miembros de la Comisión</p> <p>Invitados especiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Denise Razzouk, psiquiatra, investigadora y profesora afiliada de la Universidad Federal de São Paulo (Unifesp), Brasil • Luciano Grasso, psicólogo y ex Director Nacional de Salud Mental de Argentina • Lourdes Trigueros, psiquiatra y consultora, Guatemala
Tercera sesión plenaria (Bogotá, Colombia)	Noviembre y diciembre del 2022	Miembros de la Comisión

(continúa)

Lista de reuniones oficiales y participantes *(continuación)*

REUNIÓN	FECHA	PARTICIPANTES
Consulta virtual con especialistas en conciencia plena, yoga y otras prácticas de meditación	10 de marzo del 2023	Miembros de la Comisión Invitados especiales: <ul style="list-style-type: none"> • Beatriz Goyoaga, coordinadora general de la Fundación El Arte de Vivir para América Latina • Alexandra Salzedo, instructora de yoga, mentalidad y espiritualidad • David Corbera, director académico del Instituto Enric Corbera
Consulta virtual de alianzas público-privadas para promover servicios de salud mental basados en estrategias comunitarias: el caso de las clínicas RENOVAR en Colombia	24 de marzo del 2023	Miembros de la Comisión Invitados especiales: <ul style="list-style-type: none"> • Rosario Lozano Peña, fundadora y directora general de Clínicas RENOVAR, Colombia

Anexo 2.

Recursos recomendados

Recomendación 1: Elevar la salud mental a nivel nacional y supranacional

- Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos (OMS): <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> [resumen en español y publicación completa en inglés].
- Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 (OMS): <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>.
- Out of the Shadows: Making mental health a global development priority (Grupo del Banco Mundial y OMS): <https://documents1.worldbank.org/curated/en/270131468187759113/pdf/105052-WP-PUBLIC-wb-background-paper.pdf>.

Recomendación 2: Integrar la salud mental en todas las políticas

- Mental health in all policies (Joint Action for Mental Health and Wellbeing): <https://mentalhealthandwellbeing.eu/mental-health-in-all-policies/>.
- From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies (OCDE): <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/c9ee4f29-en/index.html?itemId=/content/component/c9ee4f29-en>.
- Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings, 2007 (IASC): <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-0/documents-public/iasc-guidelines-mental>.
- Mental health and climate change: policy brief (OMS): <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354104>.

Recomendación 3: Aumentar la cantidad y mejorar la calidad del financiamiento para la salud mental

- Investing in mental health: evidence for action (OMS): https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf.
- Mental health funding and the SDGs (MHIN + Grand Challenges Canada): <https://www.mhinnovation.net/resources/mental-health-funding-and-sdgs>.
- Menu of cost-effective interventions for mental health (OMS): <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031081>.

Recomendación 4: Garantizar los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental

- Quality Rights (OMS): <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas): <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
- Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe (OPS): <https://www.paho.org/es/node/76244>.
- Long-stay mental health care institutions and the COVID-19 crisis: identifying and addressing the challenges for better response and preparedness (OMS/EURO): <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333964>.

Recomendación 5: Promover y proteger la salud mental a lo largo de la vida

- Promoting Wellbeing and Mental Health in Schools (OPS): <https://www.paho.org/en/node/90276>.
- Helping Adolescents Thrive Toolkit (OMS y UNICEF): <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025554>.
- La salud mental en el trabajo (OMS y OIT): <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>.
- Ciudades globales amigables con los mayores: una guía (OMS): <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43805>.

Recomendación 6: Mejorar y ampliar los servicios y la atención de salud mental a nivel comunitario

- Guidance and technical packages on community mental health services (OMS): <https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>.
- Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) (OMS): <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>.
- Enhancing mental health pre-service training with the mhGAP-Intervention Guide: experiences and lessons learned (OMS): <https://www.who.int/publications/i/item/9789240007666>.
- Provisión remota de intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) (OPS): <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52713>.

Recomendación 7: Fortalecer la prevención del suicidio

- Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2015-2019 (OPS): <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55737>.
- Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países (OPS): <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718>.
- National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators (OMS): <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf>.
- Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm (OMS): <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208895>.

Recomendación 8: Adoptar un enfoque transformador frente a las cuestiones de género en pro de la salud mental

- Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025 (OPS): <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51745>.
- Análisis de género y salud: COVID-19 en las Américas (OPS): <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55557>.
- Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Resumen (OPS): <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51667>.

Recomendación 9: Abordar el racismo y la discriminación racial como importantes determinantes de la salud mental

- Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025 (OPS): <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51745>.
- Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de COVID-19 (OPS): <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52252>.
- Elaboración de planes nacionales de acción contra la discriminación racial (ACNUDH): <https://digitallibrary.un.org/record/765799?ln=en>.
- Strengthening primary health care to tackle racial discrimination, promote intercultural services and reduce health inequities (OMS): <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057104>.

Recomendación 10: Mejorar los datos y las investigaciones sobre la salud mental

- Mental health information systems (OMS): http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43210/9241546719_eng.pdf?sequence=1.
- Mental Health Atlas 2020 (OMS): <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>.
- Countdown Global Mental Health 2030. Making Mental Health Count (United for Global Mental Health): https://unitedgmh.org/app/uploads/2023/02/Countdown-Mental-Health-Report-2030-FINAL.pdf?utm_campaign=countdown2030&utm_medium=United-website&utm_source=website&utm_term=cd_webpage&utm_content=download.
- A Human Rights-Based Approach to Data. Leaving no one Behind in the 2030 Agenda for Sustainable Development (Naciones Unidas): <https://hlpf.un.org/tools/a-human-rights-based-approach-to-data-leaving-no-one-behind-in-the-2030-agenda-for>.



Las necesidades de salud mental insatisfechas en la Región de las Américas son una de las principales causas de morbilidad, y tienen enormes consecuencias sociales, económicas y para la salud. La pandemia de COVID-19 ha exacerbado la crisis de la salud mental en la Región, por lo que se necesita una acción urgente en los niveles más altos del gobierno y en todos los sectores con el propósito de reconstruir para mejorar los sistemas y servicios de salud mental ahora y en el futuro.

En este histórico informe, elaborado por la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS, se presenta un análisis de la situación de la salud mental en las Américas, seguido de una serie de recomendaciones y sus puntos de acción correspondientes, a fin de ayudar a los países a priorizar y promover la salud mental con enfoques basados en los derechos humanos y la equidad.

OPS

www.paho.org



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

