



POLÍTICA ANDINA DE SALUD MENTAL





POLÍTICA ANDINA **DE SALUD MENTAL 2020**

Catalogación hecha por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

Política Andina de Salud Mental / Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue - Lima:
ORAS-CONHU; 2020.

50 p.; ilus.

POLÍTICA DE SALUD / SALUD MENTAL / LÍNEAS ESTRATÉGICAS / ENFOQUES / inclusión, población/
GESTIÓN EN SALUD/ normas, decretos.

Octubre, 2020

Lima, Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°

Comité Editorial

Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria Ejecutiva ORAS-CONHU

Dra. Marisela Mallqui Osorio, Secretaria Adjunta ORAS-CONHU

Dra. Gloria Lagos Eyzaguirre, Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional del ORAS-CONHU

Coordinación de Publicación:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz - Encargada de Comunicaciones ORAS-CONHU

©ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2019

Av. Paseo de la República N° 3832 – San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú

Teléfonos: (00-51-1) 422 6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org/>

contacto@conhu.org.pe

El contenido de este documento ha sido elaborado por el Comité Andino de Salud Mental del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue.

Puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.



ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Dra. María Eidy Roca de Sangüeza
MINISTRA DE SALUD DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

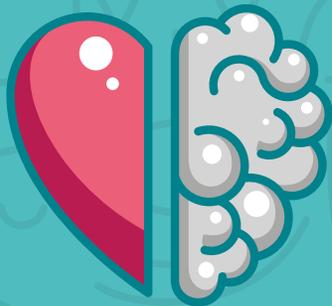
Dr. Enrique Paris Mancilla
MINISTRO DE SALUD DE CHILE

Dr. Fernando Ruiz Gómez
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA

Dr. Juan Carlos Zevallos López
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

Dra. Pilar Mazzetti Soler
MINISTRA DE SALUD DEL PERÚ

Dr. Carlos Humberto Alvarado González
MINISTRO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE VENEZUELA



SECRETARÍA EJECUTIVA

Dra. María del Carmen Calle Dávila
SECRETARIA EJECUTIVA

Dra. Marisela Mallqui Osorio
SECRETARIA ADJUNTA

COMITÉ ANDINO DE SALUD MENTAL

Jhesica Estrada
Ministerio de Salud de Bolivia

Matías Irrarázaval
Ministerio de Salud de Chile

Nubia Esperanza Bautista Bautista
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Ignacia Páez
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Yuri Licio Cutipé Cárdenas
Ministerio de Salud del Perú

Contenido

LISTA DE ACRÓNIMOS 4

PRESENTACIÓN

Resolución REMSAA XXXVIII/539

I. INTRODUCCIÓN 5

II. ANTECEDENTES 8

III. JUSTIFICACIÓN 10

a. Breve análisis de situación y principales problemas en la región 10

b. Normativas internacionales vigentes relacionadas con salud mental que suscriben los países andinos 16

IV. PROPÓSITO 22

V. ALCANCE 22

VI. OBJETIVO 23

VII. ENFOQUES 23

Enfoque de derechos humanos 23

Enfoque intercultural 24

Enfoque de género 24

Enfoque de determinantes sociales de la salud 24

Enfoque multisectorial 25

VIII. PRINCIPIOS 26

Principio de integralidad en salud 26

Principio de no patologización 26

Principio de equidad 26

Principio de inclusión/integración 27

Principio de protección contra la discriminación 27

IX. LÍNEAS ESTRATÉGICAS 28

Línea Estratégica 1: Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales 28

Línea estratégica 2: Incorporación de la atención en salud mental a nivel comunitario 29

Línea estratégica 3: Formación en salud mental comunitaria del talento humano 29

Línea estratégica 4: Desarrollo de los sistemas de información e investigación en salud mental 30

Línea estratégica 5: Organización de la atención de salud mental de los países andinos en base a un modelo de atención integral, centrado en el ámbito comunitario. 31

X. IMPLEMENTACIÓN Y FINANCIAMIENTO 31

XI. MONITOREO Y EVALUACIÓN 31

REFERENCIAS: 32

BIBLIOGRAFÍA 33

ANEXOS (Se adjuntan) 38

Anexo 1: Resolución REMSAA XXXVII/531. 38

Anexo 2: Declaración de Caracas. 38

Anexo 3: Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. 38

Anexo 4: Consenso de Brasilia 38

LISTA DE ACRÓNIMOS

APD	Años perdidos por discapacidad
AVAD	Años de vida ajustados en función de la discapacidad
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue
REMSAA	Reunión de Ministros de Salud del Área Andina
SILOS	Sistemas Locales de Salud



16 de abril de 2020

Resolución REMSAA XXXVIII/539

POLÍTICA ANDINA DE SALUD MENTAL

Los Ministros de Salud de los países miembros;

Considerando:

- Que, con Resolución REMSAA XXXVII REMSAA/531, emitida en Quito, Ecuador el 06 de noviembre de 2018, los Ministros de Salud de Área Andina resolvieron "Conformar el Comité Andino de Salud Mental en un plazo de 20 días desde la suscripción de la firma de la Resolución" y encomendar la elaboración de un plan de trabajo que incluya la Política Andina de Salud Mental¹.
- Que, en reunión técnica del 11 de diciembre de 2018, con el apoyo de la OPS/OMS se conformó el Comité Andino de Salud Mental².
- Que, durante la I Reunión del Comité Andino de Salud Mental, llevada a cabo el 11 de diciembre de 2018 en Bogotá, Colombia se identificaron las líneas estratégicas a considerar en el Plan de Trabajo y el cronograma de actividades, priorizándose la elaboración de la Política Andina de Salud Mental³.
- Que, el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), identificaron las acciones a trabajar con el Comité Andino de Salud Mental, priorizándose la elaboración de la Política Andina de Salud Mental⁴, identificando las líneas estratégicas, objetivos y acciones para su implementación⁵.

¹ Ver Anexo N°1.

² Ver Anexo N°2.

³ Ver Anexo N°3.

⁴ Ver Anexo N°4.

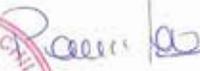
⁵ Ver Anexo N°5.



Resuelven:

1. Aprobar la Política Andina de Salud Mental, líneas estratégicas, objetivos y acciones.
2. Encargar al Comité Andino de Salud Mental la elaboración, implementación, monitoreo y evaluación de, Plan de Implementación de la Política Andina, de manera conjunta con la secretaria ejecutiva del ORAS-CONHU y con apoyo de la OPS/OMS y otras instituciones de cooperación con experiencia en el tema.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXVIII Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada mediante videoconferencia, el 16 de abril de 2020.



PAULA DAZA NARBONA
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD DE CHILE
PRESIDENTA DE LA XXXVIII REMSAA



NILA HEREDIA MIRANISA
Secretaria Ejecutiva
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPOLITO UÑAHUE

01

INTRODUCCIÓN

A casi 30 años de la Declaración de Caracas, refrendada por todos los países de América, mucho se ha avanzado en materia de salud mental, pero también queda mucho por hacer. Desde entonces, todos los países de América están comprometidos a una atención en salud mental con eje en la persona, la familia, la comunidad y a que toda acción sea realizada dentro del marco de los derechos humanos.

Este compromiso fue ratificado a lo largo de los años, por los países de la región, en múltiples ocasiones. En particular, los países andinos constituyen en diciembre de 2018 el Comité Andino de Salud Mental, dando cumplimiento a lo solicitado por las ministras y ministros de Salud a través de la Resolución XXXVII REMSAA/531¹. El Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), convocó a una reunión de los funcionarios designados por las ministras y ministros de Salud para conformar dicho Comité. En esta primera reunión constitutiva se acordaron los pasos a seguir para generar una política andina de salud mental, acorde a las normativas internacionales.

La prevalencia de las problemáticas relacionadas con la salud mental y el consumo de sustancias

psicoactivas en el mundo, es sustancialmente mayor que la de otros problemas de salud, y presenta una tendencia a seguir en aumento. En efecto, la OPS (2018) indica que los trastornos mentales, neurológicos específicos y debido al consumo de sustancias y el suicidio, representan todos juntos una tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad (APD), así como una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la Región de las Américas. La depresión se sitúa a la cabeza de las causas de discapacidad, con 7,8 % de la discapacidad total (p. 10)².

Estas problemáticas multiplican sus consecuencias en términos de salud poblacional, no solo por su alta prevalencia, sino también por el alto impacto que producen en el entorno de la persona afectada siendo el mejor ejemplo los casos de suicidio. “Cada suicidio supone la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos” (Le Galès-Camus, 2004, párr. 2)³ y, por los costos económicos que implican. Esta última situación determinó que se las comience a considerar una prioridad de desarrollo mundial. En efecto, se incluyen metas específicas de salud mental en el objetivo 3 de los Objetivos 2030 de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas⁴.

En todo el mundo se evidencia una brecha entre

¹ Ver Anexo N.º 1.

² Publicación de la Organización Panamericana de la Salud.

³ Declaraciones de la Dra. Catherine Le Galès-Camus.

⁴ Objetivo 3: Salud y Bienestar.

3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

la alta prevalencia de trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas y el acceso a la atención en salud mental. Para la Región de las Américas, tomando en cuenta todos los trastornos, la brecha de tratamiento es de 78,1 %. Esta situación se agrava aún más, si se considera que las personas que logran acceder a un tratamiento en salud mental, en ocasiones obtienen respuestas terapéuticas que no son acordes a los estándares actuales, con relación a la atención en salud mental. Muchos países de la región aún tienen sistemas de salud mental altamente centralizados, con poco desarrollo de los servicios de atención a nivel primario y secundario.

Existe abundante bibliografía que demuestra que la atención centrada en el hospital psiquiátrico es económicamente desventajosa a nivel costo-efectividad, y puede llevar a la violación de los derechos humanos de las personas internadas. Dévora Kestel, actual directora del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, refiere que esta situación genera que se le niegue el derecho a vivir y trabajar en la comunidad a muchas personas con enfermedades mentales. En ocasión del Día de la Salud Mental, en el año 2015, la OPS enunciaba que:

los servicios de salud mental basados en la comunidad e integradas con la atención primaria de salud son la mejor manera de asegurar que las personas con problemas de salud mental pueden obtener la atención que necesitan, manteniendo su dignidad y protegiendo sus derechos humanos. (2015, párr. 1)⁵

No hay salud sin salud mental. Hoy son claros los vínculos entre lo físico y lo psicosocial en los procesos de salud y enfermedad. Sobre todo, en la atención primaria se hace indispensable un abordaje integral de las problemáticas de salud, ya



que muchas enfermedades físicas se acompañan de sufrimiento psíquico y, por otro lado, existen claras asociaciones entre trastornos mentales y algunas patologías clínicas, como por ejemplo la depresión, como predisponente para la diabetes o el infarto agudo de miocardio y viceversa. La atención coordinada de estos trastornos redundará en un beneficio para la mejora de ambos, sobre todo en la atención primaria, en donde es fundamental pensar en tratamientos integrales. Es de destacar que los trastornos mentales severos se asocian con peores indicadores de salud global y, una mortalidad dos o tres veces mayor que la población general, lo que se traduce en una reducción de la esperanza de vida de 10 a 20 años⁶. Si bien es cierto que las personas con trastornos mentales severos tienen mayores índices de muerte por causas no naturales (accidentes, homicidios o suicidios), la mayoría de las muertes en estas personas se deben a condiciones de salud física adversas, lo cual hace imprescindible que tengan, al menos, el mismo acceso que la población general a los tratamientos para dichas condiciones y sus factores de riesgo.

⁵ Página en internet visitada el 20 de junio de 2019. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11359:community-based-mental-health-services&Itemid=1926&lang=es

⁶ OMS. (2018). Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva: World Health Organization.

ANTECEDENTES

En el año 1986 tiene lugar la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, dando lugar el 21 de noviembre de ese año a la emisión de la Carta de Ottawa, dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”.

En 1990 se emite la Declaración de Caracas, en el marco de la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) convocada por la OPS/OMS, en la que se declara que “la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de la Salud en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales” (1990, p. 3)⁷.

En los años 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la OPS abordó el tema de la salud mental y emitió resoluciones en las que se instaba a los Estados miembros a incluir la salud mental entre sus prioridades.

En el año 2001, la OMS realiza el Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. En el mismo se enuncian 10 recomendaciones para mejorar la salud mental:

- Dispensar tratamiento en la atención primaria.

- Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
- Prestar asistencia en la comunidad.
- Educar al público.
- Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores.
- Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.
- Desarrollar recursos humanos.
- Establecer vínculos con otros sectores.
- Vigilar la salud mental de las comunidades.
- Apoyar nuevas investigaciones.

En el año 2005 en Brasilia y, en el 2010 en Panamá, se celebran las Conferencias Regionales de Salud Mental, dando lugar en el año 2010 al Consenso de Paraná. En el 2007, los países de la Región aprobaron la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.

En diciembre del año 2006, se aprueban en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo⁸. Se trata del primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI y la primera convención de derechos humanos que se abre a la firma de las organizaciones regionales de integración. Introduce

⁷ Ver Anexo N.º 2.

⁸ Ver Anexo N.º 3.

un cambio de paradigma respecto al abordaje de la discapacidad.

En agosto de 2011 se conforma la Red Latinoamericana de Usuarios, Familiares y Voluntarios por los Derechos Humanos en Salud Mental en Buenos Aires, con representantes de instituciones de casi todos los países de la Región. En octubre de 2013 la OPS/OMS y el Ministerio de Salud de Brasil convocaron la “I Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y sus Familiares”, dando lugar al Consenso de Brasilia⁹.

En el año 2014, durante el 53° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, se adopta el Plan de Acción sobre salud mental 2015-

2020. Al año siguiente, la Asamblea General de las Naciones Unidas incluye a la disminución de la mortalidad por suicidio, como un indicador al interior del objetivo N.º 3 de la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible.

En julio de 2018 se realiza el Primer Encuentro Andino de Representantes de Salud Mental de los Ministerios de Salud de los países miembros del ORAS-CONHU. El 11 de diciembre del mismo año, se conforma el Comité Andino de Salud Mental.

En octubre de 2018, a 40 años de la Declaración de Alma Ata, se realiza la Declaración de Astaná, en donde se incluye centralmente a la salud mental como incumbencia de la atención primaria.



⁹ Ver Anexo N°4.

JUSTIFICACIÓN

a. Breve análisis de la situación y principales problemas en la región

Los trastornos mentales, neurológicos y por suicidio abarcan casi una quinta parte del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), constituyendo así el subgrupo más grande de causas de la carga de enfermedad, en lo que se refiere a la discapacidad y la mortalidad combinadas. Resulta indispensable un sistema de salud mental eficiente, para poder dar una respuesta apropiada y reducir esa carga que se traduce en morbilidad, mortalidad y discapacidad, así como para cerrar la alta brecha en términos de personas enfermas que no están recibiendo ningún tipo de tratamiento. A este respecto, la Comisión Lancet sobre Salud Mental Global y Desarrollo Sostenible menciona tres brechas clave que deben cerrarse: acceso a la atención, calidad de la atención y prevención de enfermedades mentales. Asimismo, destaca los vínculos estrechos entre la salud mental y virtualmente todos los problemas importantes del desarrollo, desde la educación y el crecimiento económico hasta el conflicto y el cambio climático, por lo que exige una comprensión más integral de la salud mental, con una respuesta multisectorial coordinada. La Comisión hace 7 recomendaciones clave:

1. Abordar la salud mental en todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
2. Incluir la salud mental en el paquete esencial de servicios para la Cobertura Universal de Salud.

3. Adoptar un enfoque de salud pública para la prevención y promoción.
4. Asegurar la inclusión de personas con enfermedades mentales.
5. Incrementar la inversión en salud mental.
6. Aprovechar el aprendizaje de la investigación para ayudar a impulsar el cambio.
7. Medir el progreso en relación con los compromisos existentes.

Los países andinos presentan por un lado algunos puntos en común en materia de salud mental y, por el otro, grados disímiles de desarrollo y de implementación de políticas dirigidas a esta problemática. En efecto, los seis países andinos han ido realizando acciones en pos de desarrollar cambios en sus sistemas de salud mental y modificar el modelo de atención, a fin de adecuarlo a las recomendaciones internacionales. Sin embargo, se observa que el nivel de desarrollo e implementación de las legislaciones y políticas en los diferentes países es disímil. Es así que solo Colombia, de los 6 países andinos, cuenta con una ley nacional de salud mental, aunque todos ellos desarrollaron o se encuentran en el proceso, políticas y/o planes de salud mental.

En la mayoría de los países de la región, los sistemas de salud mental continúan teniendo como eje de la atención al hospital psiquiátrico, hacia donde suele destinarse gran parte del, ya de por sí, escaso presupuesto destinado a salud mental. En

consonancia con esta situación, se observa en gran parte de la subregión andina que el desarrollo del componente salud mental en la atención primaria es aún limitado y con poca capacidad resolutive. Existen, sin embargo, entre los países andinos experiencias muy promisorias de reforma de estos sistemas que se encuentran en marcha en estos momentos. Estas experiencias marcan el rumbo a seguir, para plantear una política de salud mental común a todos los países de la subregión.

El talento humano especializado suele concentrarse en los hospitales psiquiátricos, siendo muy escaso o nulo en muchos de los países miembros del ORASCONHU en el nivel primario. En cuanto al número de profesionales especializados difiere entre los países, siendo en algunos de ellos un problema, por el escaso número de estos profesionales en general, más allá de su lugar de trabajo. Para la región de las Américas, la mediana para psiquiatras es de 2,1, para enfermeras/os 6 y para psicólogo/as 4,2 por 100.000 habitantes, según informa el Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 de la OPS. El ATLAS de Salud Mental de las Américas 2017, menciona que la mediana del número de trabajadores de salud mental a nivel regional es de 10,3 por 100.000 habitantes, pero existe una variación extrema entre países y profesiones (de menos de 1 en países de bajos ingresos a 236 en el subgrupo Estados Unidos y Canadá). En los países de América del Sur, los profesionales con mayor presencia en el sector de salud mental son los psicólogos/as (5,4 por 100.000 habitantes). La representación de los psiquiatras es baja comparada con otros profesionales de salud mental (1,39 por 100.000 habitantes), aunque similar al promedio mundial, y es casi inexistente para el área infantil. El 80 % de la fuerza laboral para salud mental trabaja en el sector público de salud. Además, en la región es especialmente preocupante la escasez de psiquiatras infantiles, como ya se

mencionó, profesionales en terapia ocupacional y fonoaudiología. Este problema se agrava aún más, si se considera que en general los profesionales especializados no están formados para trabajar con perspectiva comunitaria.

Si bien la subregión andina podría caracterizarse como una población joven, que mantiene una alta tasa de natalidad, esta se encuentra en disminución. En efecto, ya para el año 2010 la CEPAL observó que América Latina y el Caribe, “por el avance de la transición demográfica, está envejeciendo paulatina pero inexorablemente (CEPAL, 2010)”¹⁰. En lo que concierne a la salud mental, esta situación determina, por un lado, la necesidad de pensar en el inminente abordaje de la problemática psicosocial de la población adulta mayor. Pero, por otro lado, cabe destacar que existe sobrada evidencia sobre las problemáticas del acceso a una atención de calidad en salud mental de la población de niños, niñas y adolescentes, siendo urgente implementar estrategias para modificar esta situación.

El mayor porcentaje de la población indígena de América Latina se encuentra en la subregión andina, con variaciones entre los países, pero siendo todos multiculturales en donde conviven pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos tribales. En las últimas décadas los gobiernos de los países andinos, y los de América Latina en general, han introducido reformas dirigidas a reconocer sus derechos. En algunos casos, como Ecuador y Bolivia, las nuevas constituciones políticas reconocen el carácter multinacional o plurinacional de esos países. Asimismo, los movimientos migratorios en la subregión, como sucede a nivel mundial, han devenido en una problemática de relevancia. Todas estas poblaciones suelen presentar peores condiciones de salud, por lo que se requiere desarrollar abordajes que les permitan un acceso efectivo a la atención en salud y salud mental.

¹⁰ Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos. Es una publicación de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en el año 2010.



Los seis países que constituyen la subregión andina cuentan con sistemas de salud mixtos, con coberturas poblacionales y nivel de financiamiento que se combinan en diferentes proporciones entre los subsectores público, de la seguridad social y privado. En ocasiones las coberturas de la seguridad social no cubren todos los trastornos de salud mental y, sobre todo, no suele haber accesibilidad a los psicofármacos en los tratamientos ambulatorios, esta situación se hace extrema en el primer nivel de atención. En particular, se observa en algunos de los países que, en un gran porcentaje, las que quedan excluidas de los planes de cobertura social son poblaciones indígenas, dificultándose en esta población el acceso a la atención de su salud mental, por su alto grado de vulnerabilidad social.

Los países de la subregión sufren frecuentemente emergencias y desastres naturales que generan un gran impacto en la salud mental de las personas afectadas. Asimismo, las situaciones de violencia social masiva y los desplazamientos forzados redundan en situaciones traumáticas, a las que se encuentran expuestos muchos grupos poblacionales de la subregión.

Según el documento de la OPS/OMS, la carga de los

trastornos mentales en la Región de las Américas, en el 2015 las enfermedades no transmisibles representaron a nivel mundial el 60 % del total de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), de los cuales 12 % correspondieron a los trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias, así como suicidio. Mientras que, en la Región de las Américas, las enfermedades no transmisibles representaron una proporción mucho mayor (78 %) del total de AVAD, los trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias, y suicidio supusieron una fracción de los AVAD mucho más alta, de 19 %. Específicamente en la subregión andina hay un país con porcentaje superior a la media (Chile con 21 %), y cuatro países con porcentajes menores (Colombia 18 %, Ecuador 17 %, Bolivia 14 % y República Bolivariana de Venezuela 14 %), presentando Perú el mismo porcentaje que el promedio de la Región de las Américas.

Si se toman en cuenta solo los años perdidos por discapacidad (APD), los trastornos mentales, neurológicos y por suicidio suponen más de un tercio de la discapacidad total en la Región de las Américas: 34 % del total de APD. La discapacidad causada por estas problemáticas es notablemente similar y alta en toda la región. De los seis países

andinos, tres de ellos están por encima de la media de la Región (Chile 36 %, Perú 35 %, Colombia 35 %) y, tres por debajo de la media (Ecuador 33 %, Bolivia 32 %, República Bolivariana de Venezuela 29 %).

En relación a la distribución de las principales causas de discapacidad combinada con la mortalidad, existe una heterogeneidad considerable, tanto en la Región de las Américas como en la subregión andina, por lo que no podría hablarse de un patrón común a los seis países andinos. Sin embargo, sí pueden mencionarse los trastornos que más carga de discapacidad implican, con sus variaciones entre los países. Por otro lado, no puede dejar de mencionarse que los datos obtenidos, en muchas ocasiones, presentan sesgos por el subregistro en algunas circunstancias o por diversidad en los criterios diagnósticos en otras, pero se considera de todas formas que es imprescindible tomarlos en cuenta, a fin de pensar acciones específicas.

La depresión encabeza la lista de causas de AVAD, representando un 3,35 % del total en la Región de las Américas y de APD, con un 7,84 % del total. Según la OPS (2018), se considera a los episodios depresivos graves como el quinto estado de la salud humana más discapacitante. De los países andinos, cuatro se encuentran por arriba del promedio regional para la discapacidad causada por la depresión (Perú 8,6 %, Ecuador 8,3 %, Colombia 8,2 %, Chile 8,1 %) y dos por debajo (Bolivia 7,7 %, República Bolivariana de Venezuela 6,7 %). Cabe mencionarse que la discapacidad por depresión afecta en la región, principalmente, al grupo etario comprendido entre los 15 y los 50 años (p. 15)¹¹.

Los trastornos de ansiedad son el segundo diagnóstico más discapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas (incluyendo el

trastorno de estrés postraumático y los trastornos obsesivos compulsivos). Siendo el porcentaje de APD para la Región de las Américas de 4,9 %. Es de resaltar que todos los países andinos se encuentran por encima o en el promedio de la región¹², salvo la República Bolivariana de Venezuela en donde estos trastornos representan un 3,6 % de los APD.

En relación al suicidio y la autoagresión, los datos disponibles corresponden a los AVAD, que en gran medida representan para esta problemática los años de vida perdidos por muerte prematura. El costo del suicidio recae en la población más joven y en edad de trabajar. El suicidio es la quinta causa más importante de AVAD en la Región de las Américas, con un porcentaje global de 1,6 %. Existe una gran variabilidad para esta problemática entre los países andinos, teniendo Chile (2,5 %) un porcentaje muy por arriba del promedio global de la región y Perú muy por debajo (0,7 %). El resto de los países andinos presentan porcentajes similares al promedio global¹³.

Los trastornos mentales severos están considerados entre las enfermedades más discapacitantes. Asimismo, las personas que padecen estos trastornos tienen mayor mortalidad y menor esperanza de vida que la población general, debido, sobre todo, a condiciones de salud física adversas como se mencionó anteriormente. En los países de ingresos medios y bajos, las limitaciones en el acceso a los recursos adecuados para la atención de la salud física y mental podría agravar aún más esta situación. Suelen acompañarse, a su vez, de gran estigmatización. En muchas ocasiones la falta de servicios efectivos, accesibles o incluso disponibles, junto con la extremadamente importante carga económica y emocional que frecuentemente supone para las familias, conducen a la vulneración de los derechos humanos en lugar de al tratamiento.

¹¹ Publicación de la Organización Panamericana de la Salud.

¹² Chile 5,5 %, Colombia 5,3 %, Perú 5,3 %, Ecuador 5,2 %, Bolivia 4,9 %.

¹³ Ecuador 1,5 %, Colombia 1,4 %, República Bolivariana de Venezuela 1,7 %, Bolivia 1,7 %..

El promedio de discapacidad por países debido a esquizofrenia en la Región de las Américas es de 1,6 %. De los países andinos, Chile se encuentra bastante por encima de este promedio con un 2,1 %, mientras que el resto de los países se aproxima al promedio global¹⁴. En relación al trastorno bipolar, el promedio global para la región es de 1,4 %. Todos los países andinos se encuentran por encima o en este promedio¹⁵.

La discapacidad debida al consumo de alcohol en la Región de las Américas representa un promedio global de 0,9 %. Este porcentaje es superado en forma importante por Chile, que presenta un promedio de 1,5 %. El resto de los países andinos presentan porcentajes asimilables al promedio global¹⁶. El consumo de sustancias psicoactivas representa un problema complejo en toda la Región de las Américas. Debe monitorearse especialmente el inicio del consumo a edades tempranas, por sus mayores riesgos para la salud y el impacto a nivel social¹⁷. En la subregión andina, las mayores tasas de uso de drogas se observan en la población joven entre 18 y 25 años de edad, según el III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. El consumo problemático de sustancias trae múltiples consecuencias para la salud mental de las personas que consumen, de su entorno y de la sociedad en su conjunto. Pueden, asimismo, presentarse en forma comórbida con otros trastornos mentales. El consumo de sustancias psicoactivas implica, también, consecuencias a nivel de la salud general de las personas que las consumen, ya sea en episodios de intoxicación o a largo plazo. Debe destacarse la importancia de considerar a las personas con consumo problemático como sujetos de derecho, a fin de implementar estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación

integrales a la hora de abordar esta temática.

Los trastornos que afectan principalmente a los niños y los adolescentes representan 2,2 % de los APD totales en la Región de las Américas. Incluyen, por orden de importancia, los trastornos del espectro autista, los trastornos de la conducta, la discapacidad intelectual y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Cabe mencionarse la importancia de revisar los abordajes realizados en relación a las problemáticas de salud mental en la infancia, tanto en relación a efectuar diagnósticos integrales, como a pensar estrategias de tratamientos no reduccionistas. Es de destacar que todos los países andinos presentan porcentajes de discapacidad en la infancia, debido a estos trastornos superiores al promedio global de la Región de las Américas¹⁸.

Los trastornos neurológicos también suman a la carga por discapacidad en la Región de las Américas. Los trastornos neurocognitivos, reflejo del cambio demográfico que viene generándose en la Región de las Américas, representan el 1,2 % de la discapacidad total. Sin embargo, todos los países andinos se encuentran por debajo de este promedio¹⁹. La epilepsia representa el 0,8 % de la discapacidad global en la Región de las Américas, siendo este porcentaje superado en todos los países andinos²⁰.

Otra problemática que no se considera entre los trastornos mentales, pero que debe abordarse sin dudas desde el campo de la salud mental, está determinada por las situaciones de violencia de género y hacia los niños, niñas y adolescentes, la cual determina un grave problema en la subregión andina. Los porcentajes de mujeres andinas que han padecido algún tipo de violencia de género

¹⁴ Colombia 1,8 %, Perú 1,7 %, Ecuador 1,6 %, República Bolivariana de Venezuela 1,5 %, Bolivia 1,4 %.

¹⁵ Colombia 1,7 %, Perú 1,5 %, Chile 1,5 %, Ecuador 1,5 %, Bolivia 1,4 %, República Bolivariana de Venezuela 1,4 %.

¹⁶ Ecuador 0,9 %, Colombia 1 %, República Bolivariana de Venezuela 0,9 %, Bolivia 0,9 %, Perú 0,8 %.

¹⁷ Naciones Unidas. III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Regional, 2016. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC): Lima; 2017.

¹⁸ Bolivia 2,9%, Ecuador 2,8%, Perú 2,8%, Colombia 2,7%, República Bolivariana de Venezuela 2,5%, Chile 2,4%.

¹⁹ Colombia 0,9%, Perú 0,8%, Ecuador 0,8%, Chile 0,8%, Bolivia 0,8% y República Bolivariana de Venezuela 0,7%.

²⁰ Chile 1,3%, Colombia 1,3%, Perú 1,2%, Ecuador 1,2%, República Bolivariana de Venezuela 1,1% y Bolivia 1%.

son alarmantes, existiendo países de la subregión en donde se registran cifras mayores al 50%, refiriéndose en la mayoría de los casos a violencia psicológica. Estas cifras aumentan en poblaciones determinadas. Asimismo, las cifras de violencia hacia niños, niñas y adolescentes son muy preocupantes. Para la Región de las Américas, más de un tercio de las mujeres y al menos la mitad de los hombres refieren haber sido castigados físicamente durante su infancia.

b. Normativas internacionales vigentes relacionadas con salud mental que suscriben los países andinos

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS 1986), proporciona una base para las estrategias de promoción de la salud y pueden considerarse como una guía para la promoción de la salud mental. Resalta los factores individuales, sociales y ambientales que influyen en la salud. La Carta de Ottawa proporciona un marco sólido para el enfoque positivo de la salud mental, haciendo énfasis en la política de salud. Sus principales estrategias son la elaboración de políticas públicas saludables de apoyo, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud.

La Declaración de Caracas (1990), constituyó un hito para las políticas de salud mental de los países de la región. En particular, determina el rumbo que orientará las decisiones del Comité Andino de Salud Mental. Las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud declaran:

1. Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;

2. Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;

3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:

a. salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,

b. basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados,

c. propender a la permanencia del enfermo la persona enferma en su medio comunitario;

4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:

a. aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales las personas con enfermedades mentales,

b. promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;

5. Que la capacitación del recurso humano en Salud

Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta Reestructuración;

6. Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la vigilancia, y al monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos las personas con enfermedades mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual instan a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región. (pp. 3-4)

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (2008) constituyen el primer instrumento de derechos humanos del siglo XXI. Implican un cambio de paradigma respecto al abordaje de la discapacidad. La Convención y cada uno de sus artículos se basan en ocho principios rectores:

a. El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;

b. La no discriminación;

c. La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;

d. El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;

e. La igualdad de oportunidades;

f. La accesibilidad;

g. La igualdad entre el hombre y la mujer;

h. El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad. (pp. 5-6)

Los participantes del **Consenso de Panamá** (2010)²¹, junto a la OPS/OMS, llaman a los gobiernos y demás actores nacionales a:

a. Impulsar la implementación de la *Estrategia y plan de acción* (Regional en) Salud Mental mediante un proceso que debe adaptarse a las condiciones particulares de cada país para poder responder de manera apropiada apropiadamente a las necesidades actuales y futuras en materia de salud mental.

b. Fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental comunitaria en todos los países de la Región, de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial en la próxima década.

c. Reconocer como un objetivo esencial la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad.

²¹ Ver Anexo N°5.

d. Identificar en los escenarios nacionales los desafíos actuales y emergentes que demandan una respuesta apropiada por parte de los servicios de salud mental, en especial la problemática psicosocial de la niñez, adolescencia, las mujeres, así como de grupos poblacionales en situaciones especiales y de vulnerabilidad.

e. Incrementar la asignación de recursos a los programas y servicios de salud mental y lograr una equitativa y apropiada distribución de los mismos, en de manera que exista correspondencia con la carga creciente que representan los trastornos mentales y por el uso de sustancias, entendiendo que la inversión en salud mental significa una contribución a la salud y el bienestar en general, así como al desarrollo social y económico de los países. (p. 2)

La “I Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y sus Familiares” se llevó a cabo en el mes de octubre del 2013, fue convocada por la OPS/OMS dando origen al **Consenso de Brasilia** (2013). Los participantes del mismo proponen:

Derechos Humanos

- 1.** Incentivar, apoyar y difundir legislación que promueva la ciudadanía y los derechos humanos;
- 2.** Promover los cuidados en libertad en la atención de salud mental;
- 3.** Tener acceso a la protección legal, técnica y a otros instrumentos contra la internación involuntaria por problemas de salud mental;
- 4.** Incentivar a los países de la Región a que promuevan acciones que permitan que los usuarios de servicios de salud mental ejerzan plenamente sus derechos civiles y políticos;
- 5.** Quitar de la invisibilidad los espacios donde ocurren violaciones de derechos humanos contra los usuarios de salud mental y utilizar recursos institucionales y estatales de denuncia y protección.

Políticas y servicios de salud mental

- 6.** Evaluar la red de salud mental a nivel intersectorial y, con base en esta evaluación, validar las prácticas de los servicios, asegurando una red substitutiva de cuidados en libertad, comunitaria y territorial, bajo la perspectiva de la promoción de la salud;
- 7.** Apoyar la implantación, el financiamiento y la fiscalización de servicios substitutivos al hospital psiquiátrico, como servicios comunitarios y residencias;
- 8.** Incentivar la elaboración de leyes y políticas públicas que promuevan la organización, el fortalecimiento y la sostenibilidad de las asociaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares;
- 9.** Garantizar el derecho a la residencia terapéutica o similar a todos aquellos que la necesiten.

Participación

- 10.** Apoyar, a través de acciones interministeriales, la creación y el fortalecimiento institucional, político, económico y social de asociaciones y organizaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares en la Región de las Américas y su participación en el proceso de ejecución de las políticas públicas de salud mental;
- 11.** Promover espacios de articulación y comunicación permanentes de asociaciones de usuarios y familiares (virtuales y presenciales);
- 12.** Garantizar la participación de los usuarios y de los familiares en la construcción de las políticas públicas, en la gestión y evaluación de los servicios (...), destacando los espacios colectivos de toma de decisiones, de modo que se modifiquen y amplíen las condiciones necesarias para la ciudadanía y los derechos humanos de los usuarios de servicios de salud mental;

13. Garantizar la participación de las poblaciones indígenas, que son usuarias de la red de salud mental, así como de los habitantes de zonas rurales;

14. Fortalecer el protagonismo de las asociaciones de usuarios y familiares en la creación de proyectos de ciudadanía, por medio de alianzas con los sectores públicos y privados;

15. Estimular a las asociaciones a que diversifiquen sus actividades actuando con base en las necesidades de las personas usuarias de servicios de salud mental y sus familiares en la defensa de los derechos humanos y de ciudadanía, sobre todo en el acceso a la salud, la educación, el deporte, la cultura, el ocio, el trabajo, el transporte y la seguridad social;

16. Elaborar registros de asociaciones y organizaciones de usuarios y familiares de salud mental de los países y de la Región;

17. Promover más espacios para el intercambio de experiencias entre asociaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares en las Américas;

18. Realizar de forma periódica reuniones regionales y subregionales de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares en las Américas.

Formación y Capacitación

19. Divulgar los documentos internacionales sobre reforma psiquiátrica, salud mental, ciudadanía y derechos humanos entre usuarios de servicios de salud mental, sus familiares, profesionales, personal administrativo y la sociedad civil;

20. Promover políticas de formación y capacitación permanente con enfoque en los derechos humanos en asociaciones y organizaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares;

21. Crear y divulgar campañas por medios de

comunicación, publicitarios y de formación para sensibilizar al Estado y a la sociedad civil, específicamente a los profesionales y a los usuarios de servicios de salud mental y sus familiares, a fin de establecer una nueva forma de abordaje de las cuestiones de salud mental;

22. Promover la capacitación de familiares, usuarios y profesionales de la salud, la educación, la asistencia social, la seguridad pública y la justicia y personal administrativo, dirigiendo el conocimiento y el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD, por sus siglas en inglés);

23. Utilizar estrategias creativas para facilitar la divulgación y la identificación con los objetivos de la CRPD, de acuerdo con la cultura local.

Trabajo

24. Fortalecer las políticas públicas de inclusión social con respecto al trabajo que no se lleva a cabo en hospitales psiquiátricos o instituciones de asilo;

25. Fomentar y garantizar la autonomía y el protagonismo de los usuarios en espacios y ambientes de trabajo;

26. Fomentar la economía solidaria y el cooperativismo como principios promotores de ciudadanía;

27. Asegurar acciones interministeriales que incentiven, reglamenten y financien proyectos de cooperativismo y economía solidaria, garantizando la inversión en equipos esenciales para las actividades de la economía solidaria;

28. Financiar la formación y la calificación profesional de los usuarios de los servicios de salud mental;

29. Articular alianzas intersectoriales con universidades y movimientos sociales, que establezcan condiciones para el desarrollo de proyectos de economía solidaria y cooperativismo,

y que se vuelvan constructoras de políticas públicas;

30. Incentivar la creación de cooperativas de trabajo, fuera del espacio de los hospitales psiquiátricos;

31. Proponer una política gubernamental afirmativa de incentivo... que fomente acciones incluyentes diversificadas junto a empresas públicas y privadas.

Otras propuestas

32. Instar a los gobiernos a revisar y adecuar las legislaciones a la luz de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad mediante la creación de comisiones de supervisión de su cumplimiento...;

33. Elaborar estrategias para garantizar que los resultados de las evaluaciones de los servicios de salud mental promuevan una mejoría de su calidad y la defensa de los derechos de sus usuarios;

34. Fomentar la promoción de proyectos legislativos que fortalezcan la organización y promuevan los derechos de los usuarios en salud mental. (pp.1-2)

En la REMSAA XXXVII llevada a cabo en noviembre de 2018, las ministras y ministros de Salud de los países andinos resuelven: Conformar el **Comité Andino de Salud Mental** que elabore la Política Andina de Salud Mental y su Plan de Acción.

En respuesta a esta Resolución el Comité Andino de Salud Mental tomó los siguientes acuerdos:

1. Coordinar con el Comité Andino de Gestión del Riesgos de Desastres el fortalecimiento del componente de salud mental como parte del Plan Andino de Gestión del Riesgo de Desastres del Sector Salud 2018-2022.

2. Elaborar una Política Andina de Salud Mental que sirva de marco de referencia para las políticas, estrategias, planes y programas nacionales.

3. Identificar mecanismos para la desinstitucionalización en salud mental y el fortalecimiento de prácticas basadas en los derechos.

4. Realizar acciones para integrar la salud mental en atención primaria.

5. Apoyar el fortalecimiento a la respuesta en salud mental dirigida a niños, adolescentes, al consumo de alcohol y drogas y a la prevención del suicidio.

6. Apoyar la participación de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares en la elaboración de políticas, planes, leyes y en el diseño de los servicios de salud mental.

En la Ciudad de Bogotá, Colombia, el 11 de diciembre de 2018, se llevó a cabo la **I Reunión del Comité Andino de Salud Mental**, con el objetivo de conformarlo como Comité y elaborar una hoja de ruta para la elaboración del Plan de Trabajo, en respuesta al mandato de las ministras y ministros de Salud, emitido a través de la Resolución REMSAA XXXVII/531.

El Comité Andino acordó dar cumplimiento a los mandatos de la XXXVII REMSAA, priorizando la elaboración de la Política Andina de Salud Mental, y que sea marco referencial para las actividades a realizar.

04

PROPÓSITO

Contribuir a la mejora de la salud mental de todos los habitantes de la subregión andina, garantizando el acceso a una atención integral desde una perspectiva de la salud cuidadosa de los derechos humanos, de la dignidad de las personas y adecuada a cada contexto cultural.

05

ALCANCE

Los contenidos de esta política andina de salud mental reforzarán las acciones que vienen implementando los países de la subregión, en pos de la promoción de la salud mental y de un interés centrado en el primer nivel de atención, con continuidad de cuidados y respetuosa de los derechos humanos de las personas con problemas o trastornos mentales y epilepsia; posibilitarán, por otro lado, que se desarrollen nuevas estrategias adecuadas a la realidad de cada uno de los países, así como estrategias conjuntas entre los países andinos para abordar problemáticas comunes; contribuirán a la formulación o al reforzamiento de políticas, planes y legislaciones nacionales sobre salud mental en los países miembros.

06

OBJETIVO

Establecer lineamientos consensuados entre los países miembros del ORAS-CONHU sobre estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental, considerando a las personas con problemas, trastornos en salud mental y epilepsia como sujetos de derecho, a fin de desarrollar respuestas programáticas, continuas, efectivas y adecuadas a los contextos culturales en cada uno de los países.

07

ENFOQUES

Esta política está basada en los enfoques de derechos, interculturalidad, de género, de determinantes sociales de la salud y multisectorialidad. Lo que significa que cada uno de estos enfoques debe ser transversal a las líneas estratégicas y acciones que se enunciarán más adelante. Los mismos no pueden pensarse por separado, sino que necesariamente deben integrarse para lograr el abordaje de problemáticas complejas, como lo son las de los padecimientos psíquicos.

Enfoque de derechos humanos

Reconoce a las personas con problemas y trastornos de salud mental, a su familias y comunidades como sujetos de derechos, quienes con frecuencia deben enfrentar situaciones de discriminación, estigma y barreras para acceder a la atención integral en salud, educación y oportunidades de empleo.

Está ampliamente demostrado que las prácticas manicomiales acarrear, en muchos casos, vulneración de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, situación que se agrava cuando la persona sufre alguna discapacidad, como lo observa la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su preámbulo²². Este enfoque permite orientar la política en el reconocimiento de las personas con padecimientos mentales, sus familias y sus comunidades, como sujetos de derecho. El enfoque de derechos trae implícito el derecho a un tratamiento digno, a la no discriminación y a la no estigmatización. Por otro lado, este enfoque compromete respetar la autonomía de la persona y su derecho a consentir, en la medida de lo posible, con el tratamiento que se le brindará. Asimismo, implica específicamente en salud mental el crear mecanismos para monitorear el respeto a los derechos humanos en los casos de internación. Finalmente, marca que la política andina de salud mental se alinea a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y a todas las normativas internacionales sobre derechos humanos a las que adscriben los países andinos.

Enfoque intercultural

La región andina se caracteriza por una importante diversidad étnica y cultural. En ella se concentra la mayor densidad de población indígena del continente americano, en particular, en las zonas

rurales. Asimismo, en algunos de sus países las personas de ascendencia africana representan un porcentaje importante de la población. El enfoque intercultural promueve el respeto y el mutuo reconocimiento entre las distintas culturas. Específicamente en salud mental, este enfoque implica adecuar los diagnósticos y las prácticas al contexto cultural y, pensar estrategias de intervención cuidadosas de las creencias de cada comunidad, familia o persona. Este enfoque supone, asimismo, que se deben generar mecanismos de diálogo intercultural en igualdad de condiciones, a fin de propiciar la integración de las prácticas ancestrales en el cuidado de la salud mental.

²² “Observando con preocupación que, pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo”. (p. 2)

Enfoque de género

En la actualidad existe consenso en relación a admitir la desigualdad de condiciones y de oportunidades en las que hombres y mujeres se desenvuelven en su vida diaria. El enfoque de género implica tomar en cuenta esta realidad, al momento de pensar diagnósticos y estrategias de acceso e intervención en salud mental, tanto a nivel individual, familiar o comunitario, así como reconocer y problematizar los estereotipos que vinculan el sexo de nacimiento con mandatos y roles sociales predeterminados. Como el resto de los enfoques, este debe ser transversal a todas las legislaciones, políticas y planes que se desarrollen en los países miembros, pero, sobre todo, resulta urgente priorizar en los lineamientos de esta política andina de salud mental, la temática de la violencia de género, para pensar su abordaje en los países miembros.

Enfoque de determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud implican que las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, explican la mayor parte de las inequidades sanitarias. Este enfoque determina que es esencial dar visibilidad e importancia a lo social, al momento de pensar en la producción de las condiciones de enfermedad, muerte y atención a la salud. Permite, asimismo, orientar los lineamientos de la política tomando en cuenta la determinación histórica, social, política, ambiental y económica de la salud de los pueblos.

Enfoque multisectorial

La complejidad de las problemáticas de salud mental determina que sea ineludible la intervención de varios sectores, aparte del sector de la salud en la búsqueda de soluciones. Este enfoque apunta a que la política andina de salud mental tome en consideración a diversos sectores, en el desarrollo de acciones destinadas a intervenir en la salud mental de la población de los países miembros en forma integral. Además del sector de la salud, es esencial la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social.

08

PRINCIPIOS

Principio de integralidad en salud

Este principio implica, por un lado, que no hay salud sin salud mental, lo que significa que la salud física y la salud mental están interrelacionadas. El principio de integralidad propone entender la salud como un proceso determinado por múltiples factores, en el que se integran las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual de las personas, las familias y las comunidades. Se enfatiza, entonces, la necesidad de abordajes integrales de la salud. Para lograr una atención integral e integrada, la política andina de salud mental debe generar lineamientos para desarrollar o fortalecer en los países miembros servicios que respondan a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y, apoyo para el autocuidado. Asimismo, se han de tener en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital: lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad.

Principio de no patologización

La cantidad de personas que reciben diagnósticos de trastornos mentales se ha incrementado intensamente en los últimos años. Se han propuesto como indicadores de este fenómeno a la proliferación de las categorías diagnósticas y al incremento explosivo del consumo de psicofármacos. Asimismo, cada vez son más las voces que consideran que esta situación genera una injustificada iatrogénica de la población. Este fenómeno se ha elevado exponencialmente en

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Línea Estratégica 1: Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales

Tanto la prevención de los trastornos mentales como la promoción de la salud mental requieren de vínculos intersectoriales para implementarse adecuadamente. La Política Andina de Salud Mental promueve un enfoque integral, que abarque la acción horizontal a través de los diferentes sectores públicos, tales como el ambiente, la vivienda, el bienestar social, el empleo, la educación, la justicia penal y los derechos humanos. Esto generará situaciones de “ganar-ganar” en todos los sectores, incluyendo una amplia gama de beneficios sociales, económicos y sanitarios.

Las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental. (Hosman & Jané-Llopis, 1999, p. 31)²³

Compromisos nacionales: Los proveedores de atención primaria se encuentran en una posición estratégica, para integrar en sus servicios los programas basados en evidencia para la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental. Para lograr esta meta, es necesario invertir en promoción de la salud y en prevención de los trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias, y suicidio.

Compromisos regionales: Resulta necesario expandir el potencial de la investigación sobre promoción y prevención en salud mental. Sería deseable que los países miembros puedan evaluar los resultados de sus programas y políticas, así como generar investigaciones entre países, colaborativas, multidisciplinarias y multidimensionales, a fin de generar conocimientos actualizados sobre promoción y prevención en salud mental basados en evidencia, pero también adecuados a las culturas andinas y sensibles a las necesidades y realidades socioeconómicas de la subregión andina.

Línea estratégica 2: Incorporación de la atención en salud mental a nivel comunitario

Hoy en día se reconoce, ampliamente, que para disminuir la brecha de la atención en salud mental es necesario generar instancias de abordaje

²³ Hosman C, Jané-Llopis E, Retos políticos 2: Salud mental. En ECSC-EC-EAEC (Ed.), Unión Internacional para la promoción de salud y educación. La evidencia de la efectividad de la promoción de la salud: Forjando la salud pública en una nueva Europa (pp. 29-41).

comunitario. Existe suficiente evidencia sobre los beneficios de abordar estas problemáticas, allí donde las personas viven y desarrollan sus vínculos afectivos o sus redes de apoyo. Es entonces fundamental para la mejora de la salud mental, que las personas con problemáticas mentales reciban atención en sus propias comunidades. Esto posibilita que las mismas mantengan su integración social, conserven sus redes de contención y sigan siendo miembros activos en la vida comunitaria, lo que redundará en una más rápida y mejor recuperación o reinserción social. Es así que la atención comunitaria es considerada una forma eficaz, sostenible y humanitaria de mejorar la salud mental y el bienestar general. El modelo de atención equilibrada en salud mental, sugiere que un sistema integral de salud mental debe incluir e integrar la atención comunitaria ambulatoria, la atención hospitalaria aguda en hospitales generales y, la atención residencial basada en la comunidad.

Compromisos nacionales: La accesibilidad a los psicofármacos en el primer nivel de atención y en las consultas ambulatorias, deviene en un punto clave a la hora de delinear políticas de salud mental comunitarias. Por esta razón, la Política Andina de Salud Mental considera imprescindible la generación de normativas y procesos nacionales, que aseguren la disponibilidad de psicofármacos estratégicos en el primer nivel de atención accesibles a toda la población.

Línea estratégica 3: Formación en salud mental comunitaria del talento humano

Para la implementación de esta Política Andina de Salud Mental, resulta clave la formación del talento humano en la perspectiva comunitaria de atención en salud mental. En efecto, en última instancia, las intervenciones que se realicen en el territorio dependerán de la óptica en base a la cual están formados los y las profesionales de salud y salud mental, por lo que se torna indispensable incidir en la formación de los mismos. Los equipos que

conforman la red de atención en salud mental deben aprender a trabajar en red, interdisciplinaria e intersectorialmente. Se deben adquirir herramientas para efectivizar el derecho a la salud de las personas, incorporar la perspectiva del usuario en el armado de las estrategias de tratamiento, adecuar las intervenciones a los contextos culturales y a las desigualdades relacionadas con cuestiones de género, etnia o clase social. Se requiere realizar educación permanente, tanto a profesionales como a técnicos que ya trabajan en salud mental, así como también adecuar los programas y currículos de formación de pre y posgrado de las carreras de salud de los países miembro a los lineamientos de la Política Andina de Salud Mental.

Compromisos nacionales: Es necesario generar condiciones de trabajo cuidadas, respetuosas de la salud mental de los trabajadores y trabajadoras de la salud. Por ejemplo, regularizar los contratos y los montos de las remuneraciones, o propiciar la igualdad en las oportunidades de desarrollo profesional a través de la educación permanente, entre otras que dependerán de la situación de cada uno de los países miembros.

Compromisos a nivel regional: Cooperación técnica entre países para el desarrollo de herramientas y materiales consensuados de educación permanente y educación a distancia en temáticas de salud mental, con base a las necesidades compartidas de la subregión andina.

Línea estratégica 4: Desarrollo de los sistemas de información e investigación en salud mental

Los sistemas de información de salud deben sistematizar los datos generados de las prestaciones de los servicios de salud mental, a fin de poder contar con estadísticas regionales, nacionales y locales, además de ser necesarios para evaluar en forma rutinaria los servicios prestados. Las evaluaciones realizadas con el instrumento de la OMS WHO-AIMS muestran que en la Región de las Américas

los datos que se informan son irregulares, tanto en calidad y desglose de los mismos, como en cantidad de efectores que los elevan a las autoridades correspondientes. La mayoría de la información disponible proviene de los hospitales psiquiátricos, y se refiere al número de camas e ingresos según sexo, edad y diagnósticos, con muy poca información de otros parámetros como, por ejemplo, internaciones involuntarias. En lo que respecta a la información de los servicios ambulatorios, ocasionalmente se notifica el número de consultas o de contactos, pero casi nunca hay registro de casos.

Según el Plan de Salud Mental 2015-2020 de la Organización Panamericana de la Salud, las investigaciones científicas existentes en América Latina y el Caribe y, la generación de datos está limitada a algunos países. Es necesario generar investigaciones nacionales y subregionales, con el fin de suministrar evidencia científica para las intervenciones de promoción, prevención y tratamiento de las problemáticas psíquicas. La investigación debe abarcar una gama de líneas de indagación, teniendo en cuenta las prioridades y la situación de salud mental de cada país.

Línea estratégica 5: Organización de la atención de salud mental de los países andinos en base a un

modelo de atención integral, centrado en el ámbito comunitario

En la actualidad existe suficiente evidencia acumulada en relación a la pertinencia de organizar la atención en salud mental con base a un modelo de atención en red de servicios comunitarios. La mayoría de los países andinos se encuentra en el proceso de reconversión de sus sistemas de salud mental, aunque en distintas etapas. En efecto, en la mayoría de los países de la subregión, la atención en salud mental sigue estando centrada en los hospitales psiquiátricos, los cuales suelen recibir, además, la mayor parte del presupuesto que se destina a esta temática. Asimismo, la participación civil es considerada como un componente primordial de los modelos de atención en salud mental comunitaria, desde el inicio mismo de estos modelos. Sin embargo, la participación ciudadana y la organización en asociaciones de usuarios y familiares es heterogénea en los países de la subregión andina, siendo muy escasa en algunos de ellos.

Compromiso regional: Realizar acciones de abogacía para contar con una decisión política a nivel subregional en relación a las políticas de desinstitutionalización.

10

IMPLEMENTACIÓN Y FINANCIAMIENTO

Los países de la subregión andina deben comprometerse a la implementación de esta política con todos y cada uno de sus componentes, adecuándola a sus constituciones y modificando, de ser el caso, su marco normativo interno destinando el financiamiento necesario, oportuno y sostenido.

11

MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Comité Andino de Salud Mental, bajo la coordinación de la Secretaría Ejecutiva del ORAS-CONHU, formulará el Plan de Acción de esta política andina en un plazo a determinar. Se establecerán metas, indicadores de gestión y resultados. Se generará, asimismo, un instrumento de evaluación y seguimiento de la adecuación e implementación de la Política Andina de Salud Mental en los países de la subregión.

REFERENCIAS

Comisión Económica para América Latina (CEPAL). (2010).

Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos. Recuperado de http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/39438/LCL3216_CEP2010.pdf

Hosman C., Jané-Llopis E. (1999). Retos políticos 2: Salud mental. En ECSC-EC-EAEC (Ed.). Unión Internacional para la promoción de salud y educación. La evidencia de la efectividad de la promoción de la salud: Forjando la salud pública en una nueva Europa (pp. 29-41). Bruselas: ECSC-EC-EAEC.

Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2001/es/>

Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2012). Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. Recuperado de https://www.proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/altaVulnerabilidad/ConsumoDrogas/8_Modelo_integral_de_atencion_drogas.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (2018). Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021. Recuperado de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/321004/Plan_nacional_de_fortalecimiento_de_servicios_de_salud_mental_comunitaria_2018_-_2021._Documento_t%C3%A9cnico20190613-19707-thzjbn.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Recuperado del sitio de internet de: Repositorio Bibliográfico y Patrimonial del Ministerio de Salud de Chile <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/889>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2019). Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2019 (Resolución 089 de 2019). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Política Nacional de Salud Mental 2018 (Resolución 4886 de 2018). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

Naciones Unidas. (20 de junio de 2019). *Objetivos 2030 de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
https://cooperacionespanola.es/sites/default/files/agenda_2030_desarrollo_sostenible_cooperacion_espanola_12_ago_2015_es.pdf*

Naciones Unidas. (2008). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>*

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). (2017). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Regional, 2016. Lima: Autor. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2017/Octubre/Informe_Universitario_Regional.pdf*

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: Autor.*

Organización Mundial de la Salud. (8 de setiembre de 2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Recuperado del sitio de Internet de la OMS: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>*

Organización Panamericana de la Salud. (10 de octubre de 2015). *OPS pide acelerar esfuerzos para que haya más acceso a servicios de salud mental en la comunidad y se protejan los derechos humanos. Recuperado del sitio de Internet de la OPS: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11359:community-based-mental-health-services&Itemid=1926&lang=es*

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Ginebra: World Health Organization.*

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2001/es/>*

Organización Panamericana de la Salud (2014). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020. Recuperado del sitio de Internet de la Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11337:plan-of-action-on-mental-health-2015-2020&Itemid=41600&lang=es*

Organismo Andino de Salud/Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). (2019). *Política Andina de Salud Intercultural 2019. http://www.orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/Politica_Andina_de_Salud_Intercultural_2019.pdf*

Organismo Andino de Salud/Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). (2018). *Políticas y Plan Andino de Recursos Humanos para la Salud 2018-2022. Recuperado de http://www.orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/POLITICA_ANDINA_DE_RECURSOS_HUMANOS_EN_SALUD.pdf*

BIBLIOGRAFÍA

Augsburger, A., Duarte, MP., Gerlero, S., Gómez, R., Yanco, D. (diciembre de 2011). Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud de grandes centros urbanos en Argentina. *Rev Argent Salud Pública*, 2(9), 24-29.

Barbui, C., Papola, D., Saraceno, B. (2018). La reforma de la atención de la salud mental en Italia: lecciones de salud pública. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, (96), 731-731. Recuperado de <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/11/18-216002/es/>

Cova, F., Rincón, P., Grandón, P., Vicente, B. (2017). Sobrediagnóstico de trastornos mentales y criterios diagnósticos del DSM: la perspectiva de Jerome Wakefieldx Mental Disorders Over-Diagnosis and DSM diagnosis criteria: Jerome Wakefield's perspective. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 55(3), 186-194.

Desviat, M. (2004). Sociedad civil, salud mental y psiquiatría (Editorial). *Átopos* n° 3. Recuperado de <http://www.atopos.es/index.php/component/content/article?id=16>

Eaton, J., Qureshi, O., Salaria, N., Ryan, G. (octubre de 2018). The Lancet Commission on Mental Health and Sustainable Development: Evidence for action on mental health and global development. Mental Health Innovation Network. Centre for Global Mental Health, London, UK: London School of Hygiene and Tropical Medicine. Recuperado de https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/Lancet%20Commission_policy%20brief_MHIN2-GR-final-clean%20Spanish%20Final%20v2.pdf

Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola. Naciones Unidas. (2015). Informe de género y desarrollo rural. Países andinos. Recuperado de http://www.nu.org.bo/wp-content/uploads/2015/01/genderAndean_s_print.pdf

Kohn, R. (2013). La brecha de tratamiento en la Región de las Américas. Documento técnico. OPS. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-nivel-regional-7363&alias=23177-brecha-tratamiento-americas-177&Itemid=270&lang=es

Leenars, A. (2001). Controlling the environment to prevent suicide. En D. Wasserman (Ed.), *Suicide, an Unnecessary Death* (p. 259-64). Londres: Martin Dunitz.

López Arellano, O., Escudero, J.C., Carmona, L.D. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323-335. Recuperado de http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/los_determinantes_sociales_alames.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2014). Evaluación del sistema de salud mental en Chile. Segundo informe. Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS (OMS IESM / WHO AIMS). Recuperado de https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2008). IESM-OMS. Informe sobre el sistema de salud mental en Bolivia. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/bolivia_who_aims_report.pdf?ua=1

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2015). IESM-OMS. Informe sobre el sistema de salud mental en el Ecuador. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1

Ministerio del Poder Popular para la Salud del Gobierno Bolivariano de Venezuela, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2013). IESM-OMS. Informe sobre el sistema de salud mental en la República Bolivariana de Venezuela. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/venezuela_who_aims_report.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (2008). IESM-OMS. Informe sobre los Servicios de Salud Mental del subsector Ministerio de Salud del Perú 2008. Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1246_MINSA1502.pdf

Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, (14), 33-69. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/838/83801402.pdf>

Minoletti, A., Narváez, P., Sepúlveda, R., Funk, M. (2009). Desarrollo de políticas y planes de salud mental comunitaria. En: J., Rodríguez (Ed.), *Salud mental en la comunidad*. Segunda Edición OPS (pp. 89-103). Washington, D.C: OPS.

Mnookin, S., Kleinman, A., Evans, T., Marquez, P., Saxena, S., Chisholm, D.,...Saraceno, B. (2016). *Out of the Shadows. Making Mental Health a Global Development Priority*. Washington, D. C.: Banco Mundial. Recuperado de <http://documents.worldbank.org/curated/en/270131468187759113/pdf/105052-WP-PUBLIC-wb-background-paper.pdf>

Naciones Unidas (2008). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de <https://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). (2017). *III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Regional, 2016*. Lima: Autor.

Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2017/Octubre/Informe_Universitario_Regional.pdf

Organismo Andino de Salud/Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). (2010). Análisis de situación de salud andino, asis andino, con enfoque intercultural. Lima: ORAS-CONHU. Recuperado de http://orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/SI_ASIS_Andino_Poblaciones_Indigenas_enfoque_intercultural.pdf

Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Recuperado del sitio de Internet de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/social_determinants/es/

Organización Mundial de la Salud. (2011). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Recuperado de <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/evidence/guidelines_physical_health_and_severe_mental_disorders/en/

Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2001/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de los Trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. Un informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado del sitio de Internet de la Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Panamericana de la Salud. (2013). WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). Atlas de salud mental de las Américas 2017. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49664/9789275320419_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (2013). Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria. Washington, D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. Suiza: OMS. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Plan de acción sobre Salud Mental 2015-2020. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11337:plan-of-action-on-mental-health-2015-2020&Itemid=41600&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2002). Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington, D.C.: OPS.

Rodríguez, J. (Ed.). (2007). La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20salud%20mental.pdf>

Rovere, M. (2017). Redes en Salud. Los grupos, las instituciones, la comunidad (3.ª ed.). Buenos Aires: El Ágora.

Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En H. Lerner (Comp.). Recuperado de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_de_la_vida___sufrimiento_subjetiv_2014.pdf

Thornicroft, G., Deb, T., Henderson, C. (2016). La atención psiquiátrica extrahospitalaria a nivel mundial: estado actual y más avances. *World Psychiatry* (14), 276-286.

Thornicroft, G., Tansella, M., Law, A. (2008). Pasos, retos y lecciones en el desarrollo de servicios comunitarios de atención de salud mental. *World Psychiatry* (7), 87-92.

Thornicroft, G., Tansella, M. (2013). The balanced care model: the case for both hospital-and community-based mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry* (202), 246-248.

Untoiglich, G. (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. Buenos Aires: Noveduc Libros.

