

Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe

Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe

© Organización Panamericana de la Salud, 2020

ISBN: 978-92-75-32301-4 (PDF)

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; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



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 a continuación. 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 la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “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 la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “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”.

Forma de cita propuesta: *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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

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

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-2020

Índice

Agradecimientos	iv
Siglas	v
Resumen	vi
Introducción	1
I. Antecedentes	3
II. Por qué reimpulsar los procesos de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y El Caribe	5
III. Metodología seguida para elaborar el documento	7
a. Revisión de bibliografía sobre procesos de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica	7
b. Encuesta en línea a profesionales con experiencia en el campo de la salud mental y los procesos de desinstitucionalización	8
c. Opinión de expertos	10
IV. Barreras y facilitadores para el proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica	11
V. Medidas para avanzar en el proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica y en el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental en el contexto de América Latina y el Caribe	14
VI. Áreas de trabajo y sugerencias para actuar en favor de la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y El Caribe	19
6.1 Legislación y políticas	19
6.2 Financiamiento y asignación de recursos para reestructurar los servicios de salud mental	20
6.3 Organización e integración efectiva de los servicios de salud mental en los sistemas de salud	21
6.4 Capacitación	25
VII. Evaluar los procesos de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica	26
VIII. Modelos para la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica y el desarrollo de los servicios de salud mental comunitarios sugeridos por referentes internacionales	27
IX. Mensajes clave para la acción	31
Referencias	32
Glosario	34
Anexo 1. Resultados seleccionados de la revisión exploratoria de la bibliografía	36
Anexo 2. Resultados de las preguntas de alternativas de selección múltiple en la encuesta aplicada a profesionales de la salud mental	42

Agradecimientos

Visión y conceptualización

Dévora Kestel, Directora, Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias, OMS.

Coordinación y edición del proyecto

Andrea Bruni, Carmen Martínez Viciana, Claudina Cayetano y Amy Tausch.

Revisión técnica

Claudina Cayetano, Jorge Rodríguez, Renato Oliveira e Souza y Olga Toro Devia.

Apoyo administrativo

Martha Koev.

Expertos internacionales

Benedetto Saraceno, Germán Casas, Hugo Cohen, Matías Irrarrázaval, Rocío Venegas y Silvia Bentolila.

Personal de país de la Organización Panamericana de la Salud

Brasil: Kathia De Pinho Campo. Colombia: Gina Tambini, Luz María Salazar.

Revisores de los países (participantes en los talleres de consulta)

Antigua y Barbuda: Ashline Francis-Samuel. Argentina: Luciano Grasso, Miriam Natalia Lujan Conetton. Belice: Eleanor Davis, Ingrid Bonilla. Brasil: Pedro Gabriel Delgado, Isadora Simoe de Souza. Chile: Mauricio Gomez, Rafael Sepulveda. Colombia: Ana María Peñuela Poveda, Diana Rodríguez Jhon Bohórquez, Juan Camilo Martínez, Manuel Jose Saenz Ardilla, Nubia Bautista. Costa Rica: Carolina Montoya Brenes, Cristian Elizondo. Cuba: Adrián Jorge Guzmán González, Juana Miriam Brito Broche. Ecuador: Maritza Troya Segovia, Lady Diana Alvarez. Estados Unidos de América: Ezra Susser. El Salvador: Félix Andres Evangelista. Guatemala: Fluvia Aracely Téllez; Guyana, Balogun Osunbiyi; Jamaica: Kevin Goulbourne, May Kyaw; Panamá: José Calderón. Paraguay: Mirta Mendoza. Perú: Claudio Ramírez, Enrique Bohórquez, Humberto Castillo, Luis Vilchez Salcedo, Malena Pineda, María Mendoza, Rita Uribe, Yuri Liciano Cútipé Cárdenas. República Dominicana: Ángel Almánzar, María Leonor Guillermo, Patricia Reyna. Santa Lucía: Jennifer Forrester. San Vicente y las Granadinas: Karen Providence. Suriname: Edgar Joemmankhan. Trinidad y Tabago: Ashvini Baball Nath.

Todas las actividades se llevaron a cabo bajo la coordinación y supervisión de la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias del Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental de la OPS.

Siglas

APS	Atención primaria de salud
ATLAS	Atlas de salud mental
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
WHO-AIMS	Instrumento de evaluación de los sistemas de salud mental de la OMS

Resumen

El presente documento técnico es un marco para la acción. Su objetivo es orientar a las autoridades de salud de los países de América Latina y el Caribe (ALC) en el camino hacia la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en el contexto de la Región.

La desinstitucionalización dirige la atención psiquiátrica desde la reclusión de las personas con enfermedades mentales en hospitales psiquiátricos hacia una atención digna y de calidad en la comunidad.

El hospital psiquiátrico se reemplaza con camas para casos agudos en el hospital general y con diversas soluciones de vivienda con apoyo en la comunidad para personas con enfermedades mentales graves. Paralelamente, es necesaria una red de servicios de salud mental basados en la comunidad que sea eficiente. Esto implica el desarrollo prioritario de nuevas prácticas y servicios comunitarios de eficacia demostrada que protejan los derechos de las personas con enfermedades mentales.

El Plan de acción sobre salud mental¹ de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce esta prioridad. La segunda línea estratégica del plan aboga por mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud mental y uno de sus objetivos es reducir el papel de los hospitales psiquiátricos. Actualmente, la mayoría de los países de ALC están trabajando en la reorganización de los servicios de salud mental. Pero a pesar de los avances alcanzados, los hospitales psiquiátricos aún consumen la mayoría de los escasos recursos disponibles para la salud mental en numerosos países. Además, siguen siendo instituciones cerradas y con malas condiciones de vida donde los derechos humanos de las personas internadas se violan sistemáticamente.

Este documento presenta un resumen de los elementos facilitadores y de las barreras que se encontrarán durante los procesos de desinstitucionalización. Además, se identifican intervenciones útiles y de eficacia demostrada en el contexto de los países de ALC. Este trabajo se ha elaborado a partir de tres fuentes de información:

1. Revisión exploratoria de la bibliografía sobre procesos de desinstitucionalización;
2. Encuesta en línea a profesionales con experiencia en el campo de la salud mental y en los procesos de desinstitucionalización, y
3. Resultados de tres reuniones regionales de consulta con expertos.

1 Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud mental. 53.º Consejo Directivo. 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. CD53/8, Resolución CD53.R7. Washington, D.C.: OPS; 2014. Consultado el 20 de septiembre del 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28292/CD53-8-s.pdf>.

Además, se ha revisado la situación de los servicios de salud mental en ALC y se han abodado las experiencias y las lecciones aprendidas que pueden ayudar a superar el modelo de servicios de salud mental basado en el hospital psiquiátrico y a fortalecer la lucha contra el estigma, los abusos y la discriminación que sufren las personas con enfermedades mentales.

Se han identificado cuatro áreas de trabajo con sus respectivas pautas o sugerencias para la acción. Estas pueden constituir una guía operativa para los países que aborden la reestructuración de los servicios de salud mental en favor de la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica.



MENSAJES CLAVE PARA EL PROCESO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

- 1 Los servicios de salud mental basados en redes comunitarias son la mejor opción para la atención de las personas con enfermedades mentales. Sin embargo, un número importante de países siguen dedicando la mayoría de sus escasos recursos financieros a mantener los hospitales psiquiátricos, cuyos resultados son muy deficientes, además de ser ineficaces e ineficientes.
- 2 La desinstitucionalización implica desarrollar una red de servicios basados en la comunidad antes o simultáneamente.
- 3 Es crucial integrar y articular la salud mental en el sistema general de salud, sobre todo en la atención primaria de salud y en los hospitales generales, además de desarrollar servicios ambulatorios especializados y servicios residenciales comunitarios para las personas con enfermedades mentales severas que no pueden o no quieren vivir con sus familias.
- 4 Los procesos de desinstitucionalización pueden ser largos y complejos. Por tanto, requieren planificación, recursos y decisión política sostenidos en el tiempo. De lo contrario, se corre el riesgo de que esos procesos retrocedan o se estancuen.
- 5 La experiencia demuestra que hay varios caminos exitosos para la desinstitucionalización.
- 6 Es necesario promover compromisos operativos en los distintos sectores, entidades e instancias de los sistemas de salud y de otros sistemas.
- 7 La participación de los usuarios y de sus familiares asegura una base de apoyo al proceso de desinstitucionalización.
- 8 Es fundamental la sensibilización pública (de líderes comunitarios, iglesias, policía y otros), así como el trabajo con los medios de comunicación.
- 9 La reestructuración de los servicios de salud mental requiere una inversión financiera adicional.
- 10 Para iniciar o fortalecer los procesos de desinstitucionalización es vital la voluntad política, así como identificar y aprovechar las ventanas de oportunidad.



Introducción

En los servicios de salud mental ha predominado el enfoque biomédico centrado, por un lado, en la enfermedad mental más que en la persona, y por el otro, en el hospital psiquiátrico más que en el sistema de salud general. Los hospitales psiquiátricos se convierten en asilos o albergues donde se confina a las personas con enfermedades mentales durante largos períodos, en la mayoría de los casos, contra su voluntad.

El *Plan de acción sobre salud mental* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aprobado por los Estados Miembros, promueve el desarrollo de un modelo comunitario "con nuevos servicios y alternativas que ofrezcan una atención integral y continuada que permita sustituir a los hospitales psiquiátricos, progresiva y apropiadamente" (1). Así, la desinstitucionalización es un elemento clave del proceso de reestructuración de los servicios de psiquiatría.

Tres décadas después de la Declaración de Caracas (2), la desinstitucionalización no ha avanzado suficientemente en la Región, a pesar de que los representantes de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe (ALC) se comprometieron a superar el modelo de servicios psiquiátricos basado en el hospital-manicomio y a luchar contra la violación de los derechos humanos que sufren las personas con enfermedades mentales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que, pese a los esfuerzos realizados para desarrollar la atención basada en la comunidad, la atención basada en el hospital psiquiátrico sigue dominando la prestación de servicios en el mundo (3). Algunos sistemas de salud han conseguido desinstitucionalizar a las personas con enfermedades mentales y hacer una transición hacia la atención comunitaria. Sin embargo, la mayoría de los países siguen gastando la mayoría de sus escasos recursos en manejar a pocas personas con enfermedades mentales exclusivamente en instituciones de larga estancia (4), una alternativa que con frecuencia es ineficiente e inhumana.

Este documento es el resultado de un trabajo que se extendió durante algo más de dos años (2017-2019), en el que participó un numeroso grupo de expertos y profesionales, con el propósito de renovar los esfuerzos por la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en la Región.

Los objetivos del documento son:

1. Describir los elementos facilitadores y las barreras que se encuentran durante los procesos de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica.
2. Identificar las estrategias y las intervenciones que la experiencia ha demostrado que son útiles y efectivas en el contexto de ALC, con el fin de avanzar en la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica.
3. Sugerir las pautas para actuar a favor de la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en el contexto de la Región, de acuerdo con áreas de trabajo definidas.

Metodológicamente el trabajo se basó en tres fuentes de información. Se realizó una revisión bibliográfica sobre los procesos de desinstitucionalización; se dispuso de los resultados de una encuesta sobre desinstitucionalización respondida por profesionales con experiencia en el campo de la salud mental y los procesos de desinstitucionalización; y se celebraron tres reuniones con expertos internacionales. Durante este proceso, se revisó la situación de los servicios de salud mental en ALC, identificando estrategias para promover los procesos de desinstitucionalización. Se discutieron experiencias y lecciones aprendidas, que permitan superar el modelo de servicios de salud mental basado en el hospital psiquiátrico y fortalecer la lucha contra el estigma, la discriminación y los abusos sufridos por las personas con enfermedades mentales.

El producto final es este documento técnico de referencia para la acción que orienta a las autoridades de salud de los países de ALC en el camino hacia la desinstitucionalización.

El documento cuenta con un glosario en donde se detallan los criterios operativos que definen los diferentes servicios que integran la red de servicios de salud mental. El anexo 1 presenta los resultados seleccionados de la revisión exploratoria de la bibliografía. El anexo 2 muestra los resultados de las preguntas cerradas de alternativa múltiple de la encuesta aplicada a profesionales de la salud.

I. Antecedentes

En el siglo diecinueve, el manicomio se legitimó como institución especializada en la atención del enfermo mental con una función de tratamiento médico y curación, pero su eficacia era escasa. Por otro lado, conservó la función de asilo en un modelo custodial, en especial para las personas con enfermedades mentales severas de larga evolución y para quienes carecían de medios o capacidad para afrontar el regreso a su comunidad.

En general, el manicomio se caracteriza por la ausencia de tratamientos eficaces, por la segregación, por pésimas condiciones de vida, por la falta de recursos y por la masificación, entre otras particularidades. Este conjunto de condiciones tiene consecuencias muy negativas sobre los internos, que sufren un deterioro clínico y social, despersonalización y marginación. Además, el contexto del manicomio contribuye a aumentar el estigma y la discriminación hacia las personas con enfermedades mentales.

A partir de la década de 1960, en Europa y Estados Unidos de América adquirieron más fuerza diversas experiencias de reforma psiquiátrica que tuvieron influencia en ALC. La más conocida es el movimiento de la reforma psiquiátrica en Italia, pero también se desarrollaron experiencias de superación en España, Irlanda y el Reino Unido. En algunos casos, llegaron a cerrarse los hospitales psiquiátricos (5).

Entre las décadas de 1970 y 1980, muchos países de las Américas trabajaron en iniciativas dirigidas a superar la asistencia psiquiátrica centralizada en hospitales psiquiátricos y desarrollar alternativas basadas en la comunidad, sobre todo locales (6). Algunas experiencias regionales fueron pioneras en Sudamérica, como la de la provincia de Río Negro, en Argentina (7), y la de Santos, en Brasil, a finales de la década de 1980 y comienzos de la de 1990.

En noviembre de 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsó la Iniciativa de la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Latinoamérica, se alcanzó el consenso regional en este tema y se aprobó la Declaración de Caracas, que marcó un hito histórico en el continente americano (2). La Declaración se pronunció para acabar con el rol hegemónico del hospital psiquiátrico y para promover una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva, y basada en derechos humanos que era imposible alcanzar en el hospital psiquiátrico. Además, impulsó el desarrollo de servicios de salud mental descentralizados cercanos a la comunidad y relacionados con las redes de atención primaria de salud (APS).

En 1997 y en el 2001, el Consejo Directivo de la OPS abordó el tema de la salud mental y emitió distintas resoluciones en las que se instaba a los Estados Miembros a incluir la salud mental entre sus prioridades. Las conferencias regionales de salud mental celebradas en Brasilia en el 2005, en Panamá en el 2010 y Chile en el 2015 evaluaron el camino recorrido hasta entonces (1, 8, 9).

En años recientes, la OPS y la OMS han aprobado varios documentos programáticos que han sido relevantes en la reorganización de los servicios de salud mental (3, 10, 11).

Por otro lado, la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad (que incluye la discapacidad de base psicosocial), consagra que “El derecho de las personas con discapacidad a elegir dónde y con quién vivir, a hacerlo de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad” en su artículo 19 (12).

La atención en la comunidad logra una mayor efectividad terapéutica, además de ser más humana. Por otro lado, los usuarios de los servicios de salud mental prefieren vivir fuera de la institución, gozando de sus derechos como ciudadanos.

La desinstitucionalización implica que antes o paralelamente se desarrollen nuevas prácticas y servicios alternativos que han demostrado ser más eficientes, efectivos y humanos, que mantienen a las personas con enfermedades mentales en su comunidad y que protegen sus derechos. Las personas con enfermedades mentales que tienen mayores dificultades para vivir en la comunidad y que carecen de familias que puedan recibirlos podrán acceder a programas de apoyo social con mayor o menor nivel de protección como casas de medio camino, viviendas protegidas, apartamentos asistidos o “familias adoptivas”. No se trasladará a las personas internadas en los hospitales psiquiátricos hacia la comunidad sin haber habilitado antes las soluciones necesarias para recibirlos. La solución de los problemas y la satisfacción de las necesidades de las personas son partes esenciales del proceso de desinstitucionalización. Abordarlos servirá de orientación para desarrollar los servicios y las prácticas constitutivas del nuevo sistema de salud mental.

También es necesario enfatizar que hay que evitar la transinstitucionalización, es decir, el movimiento de personas desde el hospital psiquiátrico hacia otros servicios que, aunque con nuevos nombres, reproducen las dinámicas de control y vulneración de derechos presentes en el manicomio.

Hay algunos ejemplos de transinstitucionalización en la Región:

- Transferencia de una institución de la red de servicios del ministerio de salud a otro ministerio, como son los de protección o bienestar social, pero que reproducen residencias aisladas de la red de salud general y de la comunidad.
- Cambio de nombre de las instituciones sin que se haya modificado sustancialmente el modelo de atención asilar. Algunas de estas nuevas denominaciones son hospital neuropsiquiátrico, centro de salud mental, hospital escuela e instituto de salud mental, entre otros.
- Adscribir a la institución una supuesta función de rehabilitación psicosocial de base comunitaria que no cumple en realidad.

Cabe destacar que la desinstitucionalización no es un proceso aislado. Se desarrolla en el contexto de un plan nacional de salud mental y conjuntamente con otras estrategias dirigidas a reestructurar los servicios de salud mental y a implementar un modelo basado en la comunidad.

II. Por qué reimpulsar los procesos de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y El Caribe

Los informes evaluativos de los sistemas de salud mental desarrollados durante las últimas dos décadas en ALC, como el *Atlas: Recursos de salud mental en el mundo (13-16)* y el WHO-AIMS (17, 18), muestran que el desarrollo de las políticas, las leyes, los programas y los servicios de salud mental con un enfoque comunitario sigue siendo insuficiente, lo que perjudica la desinstitucionalización. Es evidente que aún se necesitan esfuerzos y recursos adicionales para alcanzar los objetivos planteados en los planes de acción de salud mental adoptados por los gobiernos.

En el informe del *Atlas de salud mental de las Américas 2017 (4)* se observa que los avances en el proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica son muy escasos:

- La mediana del número de camas para salud mental oscila entre 16,7 por 100 000 habitantes para los hospitales psiquiátricos a 2,9 por 100 000 habitantes para los servicios de psiquiatría de los hospitales generales.
- Más de dos terceras partes de los usuarios internados en hospitales psiquiátricos (74%) son egresados dentro de un año y 20% de ellos tienen una estadía mediana mayor a 5 años.
- Los servicios residenciales comunitarios están presentes en casi la mitad de los países, con una tasa mediana de 1,4 servicios por 100 000 habitantes. Pero disponen de una cantidad de camas 12 veces menor que los hospitales psiquiátricos.

La velocidad del proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica mejorará en la medida en que existan mejores condiciones para implementar planes nacionales orientados a fortalecer una red de servicios de salud mental basados en la comunidad. La persistencia de una baja actualización de las políticas de salud mental y de una asignación insuficiente de recursos humanos y financieros para salud mental son condiciones desfavorables para la desinstitucionalización. Esta situación también se recoge en el *Atlas de salud mental de las Américas 2017 (4)*:

- En el 2017, solo 46% de los países había actualizado su política y su plan de salud mental.
- La mediana del gasto anual per cápita en salud mental es de US\$ 13,8, lo que representa una diferencia significativa en comparación con los países de ingresos altos (US\$ 48 per cápita) y con los de ingresos mediano y bajo (US\$ 2,5 per cápita).
- La mediana de gasto público regional en salud mental es de solo 2% del presupuesto de salud y más de 60% de estos fondos se destinan a los hospitales psiquiátricos.
- La mediana del número de trabajadores de salud mental es de 10,3 por 100 000 habitantes. Pero existe una variación extrema entre países y profesiones, que oscila entre menos de 1 en países de bajos ingresos y 236 en el subgrupo Estados Unidos de América y Canadá.

- El índice de psiquiatras es bajo, comparado con el índice de otros profesionales de salud mental (1,39 por 100 000 habitantes), aunque es similar al promedio mundial y para el área infantil es casi inexistente. Los profesionales con mayor presencia en el sector de la salud mental son los psicólogos (5,4 por 100 000 habitantes), en especial en América del Sur, seguidos de los profesionales de la enfermería (3,87 por 100 000 habitantes), en especial en el Caribe no latino.
- Existen grandes disparidades entre países en la disponibilidad de servicios para las áreas de atención ambulatoria, infanto-juvenil y apoyo social.

En cambio, en el polo opuesto de estas condiciones desfavorables para la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica existen experiencias exitosas de desarrollo de planes nacionales y de fortalecimiento de los servicios de salud mental en la comunidad en la Región y que son fuentes de lecciones aprendidas (19). Entre otras cabe mencionar las experiencias de Belice, Brasil, Chile, Cuba, Jamaica, Panamá, Perú y República Dominicana. La Ley Nacional de Salud Mental promulgada en Argentina en el 2010 sirve como ejemplo de la protección plano jurídico-legal de los derechos de las personas con enfermedades mentales.

Aunque los recursos siguen siendo insuficientes para satisfacer la creciente carga de la enfermedad mental, su distribución es heterogénea y a menudo sigue siendo desequilibrada en favor del modelo hospitalario, que absorbe la gran mayoría del recurso humano y financiero destinado a salud mental. Esto limita un desarrollo adecuado de los servicios de salud mental basados en la comunidad. Es urgente acelerar los procesos que favorecen las condiciones para una mayor velocidad de los procesos de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en ALC, algo posible según demuestra la rica fuente de experiencias de la Región.

Deben transformarse o reestructurarse los servicios actuales con el fin de mejorar la cobertura y el acceso a la atención en salud mental, asegurando que sea parte de las políticas nacionales de cobertura universal en salud.

Para el desarrollo del modelo de salud mental basado en la comunidad son fundamentales los siguientes cuatro componentes:

1. Una red de APS con capacidad de manejar los problemas de salud mental.
2. Una red de servicios de salud mental descentralizada y cercana a la población.
3. Una comunidad informada y proactiva.
4. Unas familias de las personas con enfermedades mentales que estén comprometidas con una actitud propicia al cambio, a la recuperación y la vida en comunidad.

III. Metodología seguida para elaborar el documento

El presente documento técnico se fundamenta en los siguientes tres elementos: 1) revisión exploratoria de la bibliografía sobre procesos de desinstitucionalización, 2) encuesta en línea y 3) consulta con expertos.

a. Revisión de bibliografía sobre procesos de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica

El objetivo de la revisión fue mejorar la comprensión sobre las barreras y los facilitadores de los procesos de desinstitucionalización tal y como se han documentado en la bibliografía. Para ello, se siguió la metodología de la revisión exploratoria de la bibliografía (*scoping review*) adoptada por Arksey y O'Malley (2005), entendida como una forma de síntesis del conocimiento, para lo cual se plantea una pregunta exploratoria dirigida a mapear conceptos clave, fuentes, tipos de evidencia y vacíos en la investigación relacionada con un campo definido, mediante la búsqueda, selección y síntesis sistemática del conocimiento existente (20, 21).

La revisión bibliográfica consistió en el análisis sistemático de una amplia variedad de materiales, entre ellos investigaciones publicadas y bibliografía gris, con el fin de adquirir una mayor claridad conceptual acerca del tema. Específicamente, se incluyó:

1. El mapeo de la bibliografía relevante acorde con el período y la ubicación geográfica (Región de las Américas) y las fuentes (por ejemplo, bibliografía revisada por pares, bibliografía gris e informes de países) y el origen (por ejemplo, las ciencias de la salud o las ciencias sociales).
2. La identificación de barreras y facilitadores en los procesos de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica.

Se realizó una búsqueda sistemática para responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las barreras y los facilitadores para el proceso de desinstitucionalización de personas con un trastorno mental severo? Se incluyó la bibliografía internacional publicada hasta julio de 2019 y se excluyeron los artículos que no estuvieran escritos en español, inglés, francés, italiano o alemán. Se identificaron tres dimensiones de la pregunta de investigación: 1) desinstitucionalización, 2) trastorno mental severo y 3) barreras y facilitadores.

Se trabajó con las bases de datos Medline y se realizaron búsquedas manuales para encontrar otros artículos relevantes identificados mediante la búsqueda general. En los índices de citas de Web of Knowledge y en Scopus se identificó la bibliografía citada con mayor frecuencia en el área y se confirmó que se capturó la bibliografía clave. Se buscó bibliografía gris (para los fines de esta revisión, cualquiera no publicada comercialmente o no revisada por pares). También

se realizaron búsquedas en las web nacionales institucionales relevantes, principalmente de los ministerios de salud de todos los países de la Región, así como en las páginas web de los principales organismos internacionales y en las bases de datos de bibliografía gris (PsycExtra, OpenGrey e informe de bibliografía gris de la Academia de Medicina de Nueva York). Finalmente, los resultados se importaron a Endnote y se eliminaron los duplicados. Se incluyeron:

1. Los estudios de investigación (experimentales, cuasiexperimentales, observacionales, cualitativos) y no investigativos (guías, revisiones narrativas, documentos de políticas) que examinaran o documentaran procesos de desinstitucionalización.
2. Los artículos y resúmenes enfocados en la desinstitucionalización. Se incluyeron algunos documentos identificados en las referencias bibliográficas de los artículos encontrados, que como "bola de nieve" se evaluaron de interés. Se excluyeron los que abordaron la desinstitucionalización únicamente desde un punto de vista teórica o conceptual y los artículos de opinión.

Dos miembros del equipo realizaron una segunda revisión de las publicaciones recuperadas para garantizar la confiabilidad entre los evaluadores y asegurar unos criterios de búsqueda coherentes.

b. Encuesta en línea a profesionales con experiencia en el campo de la salud mental y los procesos de desinstitucionalización

El objetivo de la encuesta fue reunir evidencia sobre la experiencia de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en la Región y la identificación de prácticas favorecedoras del proceso. Se inspiró en una experiencia similar previa llevada a cabo por la OMS en colaboración con la Fundación Calouste Gulbenkian y documentada en 2014 (22) a través del informe Innovación en la desinstitucionalización: una encuesta de expertos (cuadro 1).

Respondieron a la encuesta 47 profesionales de 11 países de ALC con cargos directivos en el sistema de salud y cargos académicos, con experiencia en salud mental y con conocimiento sobre procesos de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica.

La edad promedio de los encuestados fue de 52 años (35-74 años), de los que 38% fueron mujeres, 32% hombres y 30% no declararon el sexo. El promedio de años de experiencia en trabajo en salud mental fue de 23,3 años (6-40 años).

La encuesta consta de una sección de preguntas abiertas y otra de preguntas cerradas. Las cerradas son de alternativa múltiple, con enunciados que proponen métodos o actividades relativas al proceso de desinstitucionalización y a la expansión de los servicios comunitarios de salud mental. En cada enunciado se pidió elegir entre cinco posibilidades de respuesta preestablecidas: dos de ellas correspondían a una valoración positiva (muy útil y bastante útil), dos a una valoración negativa (poco útil y no es útil), y una no aplicable. Se agruparon las respuestas como positivas o útiles y negativas o poco útiles.

Para fomentar que los encuestados realizaran una evaluación más espontánea se formularon tres preguntas abiertas. Se dirigieron hacia aspectos positivos (eficaces/logrados) y negativos (han fallado/no resultaron) de los métodos o actividades para implementar el proceso de desinstitucionalización y la expansión de los servicios comunitarios de salud mental.

INFORME DE LA OMS Y DE LA FUNDACIÓN CALOUSTE GULBENKIAN (2014)

La Plataforma Global de Salud Mental fue una iniciativa conjunta de la Fundación Calouste Gulbenkian con la OMS que permitió generar información para obtener orientación basada en pruebas y buenas prácticas y apoyar a los países a planificar los servicios de salud mental. En coherencia con los objetivos clave del *Plan de acción integral de la OMS sobre salud mental 2013-2020*, el tema de la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica se priorizó a través de uno de sus informes debido a la necesidad urgente de hacer un cambio radical en la forma de manejar las enfermedades mentales, alejándola de la hospitalización a largo plazo y acercándola a la atención de salud mental basada en la comunidad. A pesar de décadas de promoción de la desinstitucionalización, la atención basada en el hospital psiquiátrico todavía dominaba la prestación de servicios, consumiendo en promedio más de 70% del presupuesto total de salud mental en los países de ingresos bajos y medianos.

CONCLUSIONES DEL INFORME

Las instituciones psiquiátricas de larga duración tienden a ser ineficientes y, con frecuencia, inhumanas. Pero continúan consumiendo la mayoría de los presupuestos de salud mental en países de bajos y medianos ingresos y atienden a relativamente pocas personas. La encuesta realizada a 78 expertos en salud mental de diversos países proporcionó información sobre las innovaciones que condujeron a una desinstitucionalización exitosa en sistemas de salud mental seleccionados en todo el mundo.

El camino hacia la desinstitucionalización no es lineal: el cambio tiende a ser complejo. Un facilitador clave de la desinstitucionalización parece ser la habilidad política o la capacidad de entender la motivación de los interesados y las cambiantes demandas situacionales, así como el uso de ese conocimiento de manera estratégica.

- 1 Se deben crear servicios de salud mental comunitarios antes de dar el alta a los residentes institucionales. Se precisan esfuerzos específicos para reducir el número de camas de larga estancia, incluyendo el acceso a servicios sociales para obtener ayuda con la vivienda, el empleo y la reintegración comunitaria.
- 2 La fuerza laboral de salud debe estar implicada en el cambio. Es crucial comprometer a los psiquiatras y otros líderes de salud mental con los beneficios de la desinstitucionalización.
- 3 El apoyo político en los niveles más altos es fundamental. Desarrollar apoyos a través de los grupos de interesados ayuda a superar las resistencias y a fomentar el cambio.
- 4 Los tiempos son primordiales. Hay que aprovechar los momentos de apertura (como las situaciones de emergencia y los cambios en el liderazgo político), que ofrecen oportunidades para reunir apoyos e introducir reformas.
- 5 Se necesitan recursos financieros adicionales. Aunque la atención institucional tiende a ser ineficiente, el proceso de desinstitucionalización requiere fondos adicionales, al menos a corto plazo.

c. Opinión de expertos

Se celebraron tres reuniones de trabajo con grupos de expertos y profesionales con experiencia en los procesos de desinstitucionalización y reorganización de los servicios de salud mental:

- Primera reunión: celebrada en Washington, D.C. (Estados Unidos de América) los días 5 y 6 de diciembre del 2017. Participaron diez expertos procedentes de Brasil, Chile, Estados Unidos de América, República Dominicana y Perú, así como el equipo de la Unidad de Salud Mental de la OPS.
- Segunda reunión: celebrada en Lima (Perú) los días 12 y 13 de septiembre del 2018. Participaron representantes de los ministerios de salud de doce países: Argentina, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Jamaica, Perú, República Dominicana, y Trinidad y Tabago, así como funcionarios de la oficina de la OPS.
- Tercera reunión: celebrada en Bogotá (Colombia) los días 8 y 9 de octubre del 2019). Participaron representantes de los ministerios de salud de 19 países: Antigua and Barbuda, Argentina, Belice, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Trinidad y Tabago, y de miembros del equipo de salud mental de la OPS.

Los participantes revisaron la situación de los servicios de salud mental en ALC. Además, discutieron las experiencias y las lecciones aprendidas durante los procesos de desinstitucionalización, así como la coordinación de estrategias que permitan superar el modelo de servicios de salud mental basado en el hospital psiquiátrico, y eliminar el estigma, los abusos y la discriminación que sufren las personas con enfermedades mentales.

Las relatorías de los referidos talleres fueron la base para redactar el primer borrador de este documento, y en especial, para definir las áreas de trabajo y las recomendaciones para la acción (véase el apartado VI).

IV. Barreras y facilitadores para el proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica

A partir del análisis de los resultados de la revisión exploratoria de la bibliografía, se identificaron siete categorías de barreras y de facilitadores para implementar el proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica. La literatura seleccionada observa un mayor número de barreras en cada una de las categorías, aunque también se identifican algunos facilitadores.

La **primera categoría** se refiere al marco legal, la abogacía y las políticas. La existencia de legislación y de políticas en salud mental que sean favorables a la desinstitucionalización es un facilitador. En cambio, las barreras se asocian con la abogacía inconsistente, la inercia institucional y legal, así como con la falta de apoyo de figuras políticas clave.

El presupuesto insuficiente para salud mental es la principal barrera para la **segunda categoría** sobre recursos económicos-financiamiento. Los facilitadores para la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica son contar con los recursos económicos suficientes y destinar recursos en apoyo a familiares de usuarios de servicios de salud mental.

La **tercera categoría** agrupa las barreras asociadas a las condiciones de las organizaciones proveedoras de atención de salud mental. En esta categoría es clave disponer de suficientes recursos humanos y su nivel de formación. Las principales barreras identificadas son la falta de algunos tipos de servicios en la comunidad y de plazas de hospitalización en hospitales generales, así como las brechas en los procesos de gestión por parte de los proveedores para la articulación y dotar de calidad a la atención.

En la **cuarta categoría**, que está vinculada a la anterior, se identifica otra barrera para la desinstitucionalización: la presencia de modelos, paradigmas y prácticas de tratamiento. La falta de participación en los tratamientos de los usuarios de servicios de salud mental, la baja adherencia y la falta de efectividad y de preparación para la reinserción en la comunidad son condiciones que se oponen al modelo de salud mental en la comunidad. Cuando los paradigmas estimulan la autonomía en la atención y se observa una apropiada implementación de los servicios, se facilitan los procesos de desinstitucionalización.

La falta o debilidad de indicadores es una barrera propia de los sistemas de información, que se incluyó en una **quinta categoría**. La falta de información no solo se aplica a los proveedores de atención, sino al proceso global que implica la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica y el desarrollo de una red de servicios de salud mental basados en la comunidad.

Algunas publicaciones consideran que las características de las personas institucionalizadas son barreras. Por ejemplo, lo asocian a rasgos antisociales que fuerzan la reinstitucionalización, al deterioro social de personas institucionalizadas o a las características de los familiares que apoyan la internación. Frente a esta **sexta categoría**, se identifican facilitadores orientados a dar soporte a las familias y a la existencia de grupos de apoyo para los usuarios de servicios de salud mental.

Por último, la **séptima categoría** incluye algunos factores socioculturales. El estigma y las políticas orientadas a la seguridad se consideran una barrera para la desinstitucionalización, a diferencia de la aceptación cultural y de los movimientos de abogacía de usuarios, que son facilitadores.

En el cuadro 2 se puede ver un resumen las barreras y de los facilitadores para los procesos de desinstitucionalización que se han identificado en la bibliografía analizada. En el anexo 3 puede consultarse más información sobre el flujograma y la selección de resultados y artículos.

Cuadro 2. Barreras y facilitadores para los procesos de desinstitucionalización

Categorías	Barreras	Facilitadores
Marco legal, abogacía y políticas	<ul style="list-style-type: none"> - Abogacía inconsistente y poco definida - Inercia institucional y legal - Falta de apoyo político (de autoridades o tomadores de decisión claves para avanzar en la desinstitucionalización) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprobación de leyes de salud mental - Políticas en salud mental orientadas a la desinstitucionalización
Recursos económicos-financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Presupuesto para salud mental insuficiente e inespecífico - Presupuesto insuficiente para desarrollar alternativas comunitarias - Falta de financiamiento paralelo en proceso de transición - Mecanismos financieros rígidos - Crisis económicas globales que influyen en la toma de decisiones - Guerras o conflictos que afectan a las prioridades de financiamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos económicos suficientes para llevar a cabo la desinstitucionalización, con servicios de residencia en la comunidad y otros apoyos necesarios para la recuperación - Apoyo a familiares de usuarios
Proveedores de atención de salud mental: recursos humanos y organizacionales	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones de trabajo deficientes en los servicios públicos de salud mental - Falta de recursos humanos - Falta de capacitación - Escasa supervisión comunitaria - Falta de sistemas de atención en la comunidad - Falta de unidades de hospitalización para nuevos ingresos - Resistencia a cambios organizacionales, legales o administrativos - Fragmentación o descoordinación entre los hospitales psiquiátricos y el resto de los servicios - Falta de vigilancia de la calidad - Falta de elementos predictivos de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de equipos multidisciplinares - Disponibilidad de psicofármacos modernos
Modelos, paradigmas y prácticas de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Paradigmas que no fomentan la participación de los usuarios en el tratamiento - Tratamientos con baja adherencia - Falta de preparación para la reinserción en la comunidad - Baja efectividad del tratamiento - Programas mal diseñados 	<ul style="list-style-type: none"> - Paradigma que promueve la autonomía - Implementación apropiada de servicios
Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> - Falta o debilidad de indicadores 	
Personas institucionalizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Rasgos antisociales de las personas institucionalizadas que fuerzan la reinstitucionalización - Deterioro o impedimento social de usuarios institucionalizados - Personas institucionalizadas con rasgos que complican la desinstitucionalización - Características de los familiares que apoyan la institucionalización 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a los familiares - Psicoeducación a los familiares - Presencia de grupos de apoyo
Factores socioculturales	<ul style="list-style-type: none"> - Estigmatización de las personas con enfermedades mentales - Políticas sociales orientadas a la seguridad y al control de conductas 	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones socioculturales favorables - Movimientos de abogacía de los usuarios - Aceptación cultural

V. Medidas para avanzar en el proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica y en el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental en el contexto de América Latina y el Caribe

En la experiencia de distintos profesionales de ALC, se observa una tendencia a evaluar que una misma medida o acción puede ser útil tanto para expandir los servicios comunitarios de salud mental como para reducir la institucionalización de la atención psiquiátrica, al mismo tiempo. Según los 47 participantes de la encuesta en línea, los métodos descritos resultan útiles para ambos procesos, dada la interrelación entre ellos.

Las medidas o las acciones valoradas como útiles con mayor frecuencia (aproximadamente por 70% de los encuestados), tanto para expandir los servicios comunitarios de salud mental como para reducir la institucionalización, elegidas de entre las respuestas de alternativa múltiple de algunas preguntas, son las relacionadas con:

- La reducción de los hospitales psiquiátricos, es decir, eliminar camas, cerrar la puerta de entrada, reducir los ingresos y trasladar las personas internadas a residencias comunitarias.
- Los servicios comunitarios de salud mental, que incluye los grupos de autoayuda, la integración de la salud mental en la APS, los servicios residenciales en la comunidad, los servicios diurnos y los centros de salud mental comunitarios.
- La legislación, las políticas y los planes sobre salud mental.
- La formación de profesionales y técnicos de la salud.
- La abogacía y la educación con profesionales de la salud mental.

Las medidas o las acciones valoradas con escasa utilidad para ambos procesos (aproximadamente por 40% de los encuestados) son las relacionadas con:

- La abogacía y la educación del gobierno con organizaciones no gubernamentales (ONG) y familiares de los usuarios.
- La atención ambulatoria en hospitales generales.
- La telemedicina o ciber salud mental.
- Las clínicas móviles o los servicios de extensión.

Véase el anexo 3 para revisar el detalle de la distribución porcentual de las respuestas a cada medida o acción (preguntas cerradas de alternativas de selección múltiple) .

A partir de la experiencia acumulada de los profesionales encuestados, las respuestas a las preguntas abiertas se orientaron a describir factores positivos o sinérgicos que apoyan la implementación de la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica y que favorecen la

implementación de servicios de salud mental con base en la comunidad. También describieron los factores desfavorables o negativos en la implementación de ambos procesos. A continuación, se resumen las respuestas respetando el parafraseo utilizado por los profesionales encuestados.

Los factores que apoyan la expansión de servicios de salud mental comunitarios y reducen la institucionalización se describen como:

1. **Sostenedores esenciales:** elementos imprescindibles para el cambio porque hacen posible iniciar y mantener el proceso de desinstitucionalización.
 - a) **Aplicación de leyes y políticas:** se traducen en reglamentos, planes de salud y protocolos de atención que facilitan la implementación de servicios de salud mental comunitarios y restringen el ingreso a hospitales psiquiátricos.
 - b) **Presupuesto y recursos económicos:** mecanismos de financiación flexibles para adaptarse a oportunidades o necesidades puntuales. En particular, se señala la financiación de la rehabilitación y de la reinserción social con apoyo personalizado y multidisciplinario sostenido, con seguimiento de largo plazo, lo que implica contar con nuevos recursos.
 - c) **Voluntad política, compromiso y liderazgo:** el cambio solo se logra si existen personas comprometidas con la gestión política a favor de la desinstitucionalización. El compromiso también es indispensable en las personas que participan en la gestión del cambio.
 - d) **Asimilación del nuevo modelo comunitario de salud mental:** el nuevo paradigma debe ser asumido por la sociedad. A pesar de las ventajas del modelo comunitario, aún persisten en diversos grados los servicios de salud mental tradicionales. Se define el modelo de salud mental comunitaria como multisectorial y multidisciplinario. Además, se menciona la integración de profesionales no convencionales en salud (como antropólogos, sociólogos, educadores y actores). Se menciona la necesidad de lograr la articulación y la comunicación entre niveles para la construcción de la red de salud. Este modelo es consistente con el concepto de salud familiar.
 - e) **El nuevo paradigma de salud mental comunitaria debería concretarse en:** una valoración de la salud mental igual a las otras condiciones de salud, la inclusión del modelo comunitario en los programas de formación de los profesionales de la salud y el apoyo de las sociedades científicas y profesionales.
 - f) **Nuevos indicadores y formas de registro de usuarios de servicios de salud mental y de actividades en la atención de salud mental.**
 - g) **Formación y capacitación en el modelo comunitario (competencias técnicas y actitudinales):** debe ser transversal para los profesionales que participan en el trabajo en salud mental, así como para los técnicos y los administrativos de los tres niveles de atención. También se debe educar a la familia para que puedan reconocer los síntomas, los estados anticipatorios de las crisis, las formas de proceder durante las crisis y la utilización de la red de atención en salud. Además, capacitar a actores claves como líderes vecinales y de organizaciones comunitarias (religiosos, maestros, etc.) en la manera de entender la salud mental y de afrontar el estigma que afecta a las personas con enfermedades mentales y su reinserción en la comunidad con sus deberes y derechos.

- h) **Conciencia ciudadana:** considerar el respeto de los derechos humanos de todos los ciudadanos, generando movimientos de apoyo a los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales, lo que incluye devolverles sus derechos esenciales, como la dignidad y la libertad. Las personas con enfermedades mentales son responsabilidad de todos y no deben ser excluidos de la vida ciudadana.
2. Diversidad de servicios "vivos, presentes y cercanos" que respondan a las necesidades reales de las personas.
- a) **Centro de salud mental comunitaria:**
- **Capacidad resolutive de los problemas de salud mental:** incluye la disponibilidad de medicamentos oportuna y atingente, unos horarios de atención adaptados a la demanda de la comunidad y el desarrollo de programas específicos, como los de tratamiento asociados al uso de alcohol y drogas.
 - **Visitas de campo para identificar necesidades y problemas,** así como identificar líderes y recursos existentes en la comunidad.
 - **Atención multidisciplinaria:** participación en la atención de profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, profesionales de enfermería y terapeutas ocupacionales, entre otros.
 - **Trabajo intersectorial y con la comunidad:** coordinaciones para construir redes con los actores clave de la comunidad, como escuelas, iglesias o juntas de vecinos, entre otros.
- b) **Hospital general con unidad de salud mental y psiquiatría:** integrado en la red de servicios, coordina la continuidad de la atención con el centro de salud mental comunitario y evita la hospitalización en el hospital psiquiátrico. Ofrece atención a las urgencias psiquiátricas, hospitalización, consultas de psicología y psiquiatría, consultorías en salud mental y psiquiatría de enlace.
- c) **Supresión de nuevos ingresos en los hospitales psiquiátricos:** esta es una acción muy eficaz que obliga a desarrollar otras estrategias sin la internación, como la hospitalización de breve duración en el hospital general. La imposibilidad de nuevos ingresos debe acompañarse de acciones para el egreso de las personas internas. Los pasos descritos como efectivos son los siguientes:
- Preparación de las personas institucionalizadas para el egreso, definiendo el equipo encargado del proceso en el hospital psiquiátrico y la generación de planes de rehabilitación personalizados (con metas, seguimiento y evaluación) para la vida en la comunidad, de acuerdo con los grados de funcionalidad de las personas.
 - Reconstrucción de los vínculos con la familia.
 - Apoyo a la rehabilitación y a la reinserción laboral.
 - Articulación o creación de una red de servicios ambulatorios de salud para que el usuario y su familia sepan a quién recurrir en caso de crisis.
 - Disponibilidad de medicamentos en los servicios de salud mental comunitarios.

- Trabajo con la comunidad para apoyar la recuperación del usuario y contribuir en la integración social.
- d) **Creación y apoyo a los servicios de “cuidado intermedio”:** residencias de medio camino o residencias protegidas y hospitales de día, que hagan posible que la persona institucionalizada viva en la comunidad cuando no haya una familia que acoja. Estos servicios se consideran muy útiles, aunque a veces pueden ser difícil ponerlos en marcha por falta de financiamiento.

Por otro lado, los siguientes son elementos negativos para la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica y la expansión de los servicios comunitarios de salud mental:

1. **Contexto político, económico y social de los países:**

- a) **Leyes y políticas:** la ausencia de leyes que apoyen la desinstitucionalización y los servicios comunitarios de salud mental dificulta que los cambios perduren o que los actores involucrados cumplan con las acciones con las que se han comprometido. Falta voluntad política para crear leyes que apoyen la salud mental comunitaria.
- b) **Presupuesto reducido e inestable:** la inexistencia o la debilidad de regulaciones legales no permite garantizar los recursos económicos y humanos necesarios para instrumentar el cambio. También se menciona la demora en la liberación de los recursos planificados para los cambios o que esos se desvían para otros fines.
- c) **Estigmatización de las personas con enfermedades mentales:** la percepción de las personas con enfermedades mentales no se corresponde con la realidad. Se las ve como peligrosas, lo que dificulta su reinserción social. Los medios de comunicación hacen una publicidad negativa al magnificar con un tratamiento sensacionalista algunos episodios de violencia en los que han participado personas con enfermedades mentales, calificándolas como un peligro para la sociedad.

2. **Estancamiento u obstrucción desde el sistema de salud:**

- a) Persistencia del modelo biomédico en salud mental, es decir, centrado en la atención clínica curativa.
- b) Expectativas poco realistas de la complejidad de la desinstitucionalización.
- c) Resistencia de los gremios profesionales y los sindicatos de trabajadores de hospitales psiquiátricos a modificar prácticas instaladas e incorporar otras nuevas. No quieren perder condiciones económicas adquiridas ni desean salir a la comunidad.
- d) Escasez e inestabilidad de recursos humanos especializados en centros de atención ambulatoria dedicados a la salud mental. La rotación de los profesionales capacitados es elevada, sobre todo debido a la falta de recursos o incentivos económicos y al desgaste propio del trabajo.

- e) Centros de APS sin capacidad de respuesta para satisfacer las necesidades de atención de personas con enfermedades mentales. Los profesionales no siempre reciben el apoyo y la supervisión de especialistas. La provisión de medicamentos es irregular, lo que da lugar a la discontinuidad en los tratamientos. Al cerrar los hospitales psiquiátricos, las personas con enfermedades mentales no contaron con ninguna instancia que los recibiera y los atendiera en la comunidad.

3. **Factores o intervenciones que no funcionaron o que se implementaron con limitaciones:**

- a) El acompañamiento y el seguimiento de la implementación de las nuevas prácticas fue escaso.
- b) Las acciones de prevención y promoción en distintos ámbitos fueron limitadas, con falta de protocolos de intervención y de definición de los roles de cada actor.
- c) Aunque se observó el desarrollo de servicios en la comunidad, se mantuvieron los ingresos en los hospitales psiquiátricos.
- d) La articulación entre los distintos actores dentro del sistema de salud fue insuficiente.
- e) Falta de financiamiento para implementar servicios residenciales y de cuidado intermedio, como las residencias de medio camino o residencias comunitarias protegidas y hospitales de día. Estos servicios se consideran muy útiles para la desinstitucionalización, en especial cuando las personas internadas han perdido el contacto con la familia. Existen dificultades para prestar una atención de calidad en estos servicios residenciales, que pueden transformarse en una nueva versión a pequeña escala de los "manicomios".
- f) Las personas con enfermedades mentales severas o altos grados de pérdida de funcionalidad, o con redes familiares deterioradas afrontan más dificultades para su reinserción social y laboral. No existían apoyos específicos para este perfil de población.
- g) Hay falta de evidencia y de apoyo científico. Los cambios y las mejoras no han podido registrarse, por lo que no se cuenta con suficiente evidencia sustentada para mostrar los beneficios del cambio.

En la experiencia de los participantes de la encuesta aplicada, existe consenso en que la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica es necesaria para desarrollar un sistema de salud mental más moderno, efectivo y eficiente en ALC. Los métodos valorados como útiles y los obstáculos encontrados muestran un cierto grado de semejanza entre países.

VI. Áreas de trabajo y sugerencias para actuar en favor de la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y El Caribe

La desinstitucionalización de la atención psiquiátrica es un proceso complejo que comporta cambios en todos los niveles del sistema de salud. Al incorporar los criterios de distintos expertos, se identificaron cuatro áreas de trabajo con sus respectivas pautas o sugerencias para la acción. Estas deben constituir una guía operativa para los países que aborden la reestructuración de los servicios de salud mental.

6.1 Legislación y políticas

Una legislación apropiada ofrece un marco jurídico que protege y facilita el avance del proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica.

En algunos países, los instrumentos legales han sido poderosos catalizadores. Cuando no existe un marco jurídico o la legislación existente se implementa de manera limitada, el riesgo de resultados negativos puede aumentar. El marco legal es crucial para asegurar el respeto a los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales. La promulgación de una ley de salud mental que incorpore la prohibición de la institucionalización en hospitales psiquiátricos de estas personas es clave. Pero la inexistencia de una ley de salud mental no debe considerarse como un obstáculo infranqueable que obstaculice la desinstitucionalización, en especial si existe la voluntad política de las autoridades de gobierno. La voluntad política es un elemento esencial para impulsar reformas en el campo de la salud mental. Es imprescindible informar y motivar a los líderes y a los decisores políticos.

Estrategias para la acción

- Revisar la legislación vigente, las regulaciones, y las políticas y planes existentes, tanto del sector de la salud como de otros. Además, se debe evaluar en qué medida sustentan legalmente la expansión y reestructuración de los servicios de salud.
- Para facilitar la desinstitucionalización, utilizar los instrumentos y los acuerdos internacionales, en especial los relacionados con la discapacidad y los derechos humanos. Algunos de ellos son la Declaración de Caracas, las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS y de la OMS, la iniciativa QualityRights de la OMS, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, así como otras convenciones y declaraciones del sistema de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

- Promover la creación o la revisión de una ley de salud mental con una estrategia inclusiva, que incorpore a todos los actores claves y que refuerce el enfoque multisectorial e interinstitucional.
- Fortalecer el enfoque de derechos humanos en la legislación, en las regulaciones y en las políticas y planes de salud mental.
- Promover políticas de protección social, con la meta de garantizar el acceso a subsidios, la oferta de empleos y otras prestaciones para personas con enfermedades mentales y con discapacidad, igual que en casos con discapacidad física.
- Tratar de que los medios de comunicación social informen apropiadamente y de que la discusión sobre salud mental y desinstitucionalización se amplíe, además de afrontar el estigma y la discriminación
- Informar y sensibilizar a la comunidad y a las familias sobre la salud mental con un enfoque comunitario, abordando ángulos específicos que sean significativos para la población, por ejemplo, el de los niños institucionalizados. Es importante que quienes comunican y sus mensajes sean coherentes y estén alineados.
- Coordinarse con el sistema judicial para reducir el estigma y la discriminación de las personas con enfermedades mentales.
- Actualizar la formación de los profesionales del campo del derecho, como abogados, jueces y juristas.
- Promover la incorporación de los grupos y ONG de base comunitaria en el proceso de desinstitucionalización.

6.2 Financiamiento y asignación de recursos para reestructurar los servicios de salud mental

El financiamiento es un gran reto en el proceso de desinstitucionalización. En la mayoría de los países de ALC, el monto presupuestario asignado a la salud mental es bajo, incluso menos de 1% del presupuesto total de salud. Además, la mayor parte se asigna a los hospitales psiquiátricos. La reestructuración de los servicios de salud mental y la desinstitucionalización requieren decisiones de tipo financiero.

Aunque invertir en los servicios de salud mental basados en la comunidad produce beneficios a mediano y largo plazo, a corto plazo es necesaria una inversión inicial. Por otro lado, en ocasiones hay incentivos financieros para no reducir el número de camas en los hospitales psiquiátricos. Por ejemplo, puede que la reducción del número de camas esté asociada con una disminución del presupuesto.

Algunas barreras o limitaciones importantes son:

- Las dificultades en la asignación de fondos y de recursos para los nuevos servicios descentralizados y comunitarios, así como para los programas de seguimiento de los usuarios en la comunidad.

- Generalmente, la transferencia de los recursos financieros, materiales y humanos de los hospitales psiquiátricos a los servicios comunitarios se vuelve compleja y requiere una planificación y una gestión eficientes.
- Existen problemas con la reubicación laboral de los profesionales y de otros trabajadores de los hospitales psiquiátricos y dificultades en la asignación de recursos para algunas plazas de reubicación laboral. Los conflictos sindicales pueden llegar a detener el proceso de desinstitucionalización, pero el costo de no hacer nada es mayor.
- La primera etapa de desinstitucionalización puede suponer costos adicionales.

Estrategias para la acción

- La planificación financiera de la reestructuración de los servicios de salud mental no solo debe incluir el cálculo de los gastos inmediatos, directos y asociados, sino también el análisis del financiamiento a mediano y largo plazo, así como las fuentes de los fondos.
- Identificar claramente dónde se destinan los recursos y con qué objetivos.
- Evaluar alternativas ante las dificultades en la asignación de fondos y de recursos para los nuevos servicios descentralizados y comunitarios, así como ante el seguimiento de los usuarios en la comunidad. Por ejemplo, transferir unidades completas del hospital psiquiátrico al hospital general.
- Asegurar el control y la supervisión sistemática del uso de los recursos financieros.
- Evitar que, durante el proceso de reorganización de los servicios de salud mental, otros sectores del gobierno se apropien de los recursos que pueden quedar disponibles de manera transitoria,.
- Priorizar la reubicación laboral de los profesionales y de otros trabajadores de los hospitales psiquiátricos.
- Realizar estudios integrales que incluyan la dimensión económica de los procesos de desinstitucionalización y que incluyan:
 - un análisis comparado del impacto sanitario, social y económico del modelo basado en el hospital psiquiátrico monovalente frente al modelo comunitario, y
 - un análisis de costos por usuario de larga estancia en el hospital psiquiátrico comparado con los servicios residenciales en la comunidad.

6.3 Organización e integración efectiva de los servicios de salud mental en los sistemas de salud

El **primer nivel de atención de salud** es responsable de la promoción y de la protección integral de la salud física y mental de la población. El rol de la APS es fundamental para el buen funcionamiento de un sistema de salud mental y se recomienda su desarrollo con un

enfoque territorial. Los profesionales del nivel primario deberán garantizar a las personas con enfermedades mentales de grado leve o moderado: 1) una evaluación y un diagnóstico simplificados pero estandarizados (por ejemplo, según el Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental, mhGAP), 2) escucha y apoyo, 3) tratamiento y 4) la continuidad de cuidados. En los casos moderados y severos que necesiten intervenciones más complejas, los profesionales de la APS deberán asegurar la eficiencia de los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

Un rol fundamental de la APS también es educar a la comunidad para disminuir el estigma y la discriminación. Las enfermedades mentales y la discapacidad no deben estar asociados a estigmas o sufrir cualquier forma de violación de los derechos humanos. La estigmatización de las enfermedades mentales es una gran barrera para la desinstitucionalización. Por ejemplo, la idea de que las personas con enfermedades mentales son "violentas" o constituyen un peligro para las comunidades está muy extendida, y es una justificación para internarlas en hospitales psiquiátricos o instituciones cerradas.

Los servicios ambulatorios de salud mental conforman la **red especializada de segundo nivel** más cercana a la APS y son el vínculo con los hospitales generales. Su posición en la red de servicios es esencial para el desarrollo del modelo comunitario, ya que apoyan y contribuyen al desarrollo de capacidades de la APS. Se organizan de acuerdo con la estructura del sistema de salud.

Los hospitales generales ocupan un lugar importante en la red de servicios de salud mental. Según las necesidades de los usuarios, atienden crisis o emergencias, hospitalizaciones breves, seguimiento especializado de casos, psiquiatría de enlace y pueden actuar como equipo especializado de apoyo a la APS.

Se han llevado a cabo experiencias exitosas de soluciones residenciales para la recuperación de las personas con enfermedades mentales severas de larga duración, en especial para los egresados de los hospitales psiquiátricos con discapacidad y con dificultades para su reinserción comunitaria. Hay diversos modelos de servicios residenciales comunitarios, así como programas y servicios de rehabilitación psicosocial (en algunos casos desarrollados mediante asociaciones público-privadas) y redes específicas para la atención integral a las personas con enfermedades mentales severas de larga evolución. La territorialización de los servicios de salud mental, y un abordaje colaborativo con planes de acompañamiento y rehabilitación psicosocial son experiencias positivas que han dado buenos resultados en algunos países.

Es fundamental desarrollar una red integrada de servicios de salud mental que cubra los diferentes niveles del sistema de salud. La red integrada debe generar mecanismos para trabajar conjuntamente con los usuarios y sus familias, promoviendo el autocuidado y el papel de los agentes de la comunidad. La red se articula con la APS, los servicios especializados de salud mental, los hospitales generales y los servicios residenciales. Es importante destacar que las experiencias muestran que los modelos mixtos, en los que coexisten hospitales psiquiátricos y servicios comunitarios de salud mental, acaban impidiendo la reforma y favoreciendo la institucionalización de las personas en manicomios (3).

Estrategias para la acción

Desinstitucionalización

- Realizar una evaluación clínica, funcional y social de las personas internadas en el hospital psiquiátrico con objeto de establecer un plan terapéutico individualizado e integral que incluya su retorno a la comunidad.
- Establecer un plan de desinstitucionalización por etapas. La reducción progresiva de camas y el cierre de servicios se hará en paralelo a la apertura de alternativas extrahospitalarias que satisfagan las necesidades de los usuarios.
- Se recomienda mover en primer lugar los servicios de corta estancia, las emergencias y las consultas externas. Por lo general, estos pueden transferirse a hospitales generales y servicios ambulatorios.
- Egresar con agilidad a las personas con enfermedades mentales severas que puedan regresar de inmediato a la comunidad con apoyo y seguimiento especializado.
- Determinar cuántas personas internadas en los hospitales psiquiátricos se consideran casos complejos desde el punto de vista de la reinserción comunitaria. Para estos, posiblemente habrá que disponer de servicios residenciales.

Integración de la salud mental en la atención primaria

- Incrementar la capacidad resolutive en salud mental de la APS.
- Vincular orgánica y funcionalmente a los equipos de salud mental y a los de APS. La estrategia de consultoría especializada y la movilización de los equipos de salud mental mediante rondas periódicas a las unidades de APS permite ampliar la cobertura territorial, facilitar el acceso a los servicios de salud mental y mejorar la relación entre usuario y profesional, haciéndola más cercana y personalizada.
- Protocolizar la atención de salud mental en la APS y las derivaciones o referencias entre el primer y segundo nivel.
- Asegurar la distribución adecuada y la disponibilidad de los psicofármacos esenciales en los diferentes niveles de atención, en especial para la población de bajos ingresos.
- Incorporar a los agentes comunitarios al seguimiento de las personas con enfermedades mentales, de la misma manera que se controlan ambulatoriamente algunas enfermedades crónicas no transmisibles.
- Garantizar que haya personal especializado en salud mental que supervise los casos más complejos que atienden los profesionales de la APS.

Servicios de atención ambulatoria de salud mental

- Desarrollar una red descentralizada de servicios ambulatorios de salud mental, de modo que se alcance una cobertura especializada territorial amplia y homogénea. Cuanto más cerca estén estos servicios de la red de APS, más efectiva será la integración.
- Establecer la gestión de casos, definiendo un plan de tratamiento individualizado para cada usuario de los servicios de salud mental, con especial atención a las personas con enfermedades mentales severas y discapacidad asociada.
- Vincular territorialmente los servicios ambulatorios de salud mental con: a) las unidades de APS y b) los hospitales generales, asegurando la existencia de una red integrada y funcional de los servicios de salud mental que conecte el primer y segundo nivel de atención.

Unidades de salud mental en los hospitales generales

- Desarrollar unidades de salud mental con camas para internamiento en los hospitales generales, con igual nivel administrativo que el resto de las secciones del hospital.
- Definir las funciones de las unidades de salud mental en los hospitales generales de acuerdo con las condiciones nacionales: atención a crisis o emergencias, internamientos breves, seguimiento especializado de casos, psiquiatría de enlace y acción como equipo especializado de apoyo a la APS.
- Recurrir a todo tipo de incentivos, también financieros, para promover el uso de camas psiquiátricas en el hospital general y desincentivar su uso en el hospital psiquiátrico.
- Superar las resistencias de los gerentes y de los profesionales de salud de los hospitales generales a establecer unidades de salud mental en estos centros.
- Capacitar al personal del hospital general en salud mental, con especial foco en la atención de la urgencia.

Servicios residenciales en la comunidad

- Desarrollar modalidades de servicios residenciales comunitarios que se ajusten a las necesidades del país y de las condiciones existentes. Pueden ser casas protegidas, casas de medio camino, residencias comunitarias, centros de rehabilitación psicosocial con apoyo intersectorial y familias sustitutas. Otras alternativas son los programas de rehabilitación psicosocial desarrollados mediante asociaciones público-privadas, las redes para la atención integral a personas con enfermedades mentales severas de larga evolución y los programas de apoyo al cuidado de la familia, entre otros.
- Establecer redes territoriales que vinculen los servicios ambulatorios de salud mental en el segundo nivel, las unidades de salud mental en hospitales generales y los servicios residenciales, en un abordaje colaborativo con planes de acompañamiento y psicosocial.

6.4 Capacitación

La capacitación de los equipos de salud de todos los niveles de atención del sistema de salud debe cubrir el campo de la salud mental. También incluirá el abordaje de la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica como parte importante de la reforma y la modernización de la red de servicios de salud mental.

Estos procesos de entrenamiento tienen un doble propósito. Por un lado, deben transmitir conocimientos y elevar la capacidad resolutive del personal. Por otro, deben informar y sensibilizar para lograr un cambio de actitud progresivo hacia la enfermedad mental.

Estrategias para la acción

- Organizar procesos de capacitación en salud mental que sean integrales, continuos y sistemáticos. El público objetivo inicial y prioritario deben ser los médicos de APS. Luego hay que añadir a otros profesionales y trabajadores de la salud, incluido el personal administrativo no clínico.
- Disponer de un programa de capacitación con contenidos apropiados y basado en necesidades prácticas. Se recomienda incluir los siguientes contenidos:
 - desinstitucionalización de la atención psiquiátrica con un abordaje multisectorial;
 - modelo comunitario en salud mental;
 - protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales;
 - empoderamiento de las personas con enfermedades mentales, y
 - nociones básicas para la atención de la urgencia.
- Desarrollar o adaptar manuales de capacitación con procedimientos estándar y basados en la evidencia.
- Establecer un proceso de seguimiento y supervisión en servicio.
- La OPS y la OMS recomiendan utilizar el programa mhGAP como herramienta para capacitar a profesionales de la salud no especializados, especialmente en la APS (3).
- Los ministerios de salud y universidades en los países deben adecuar en forma permanente sus programas de estudio en el campo de la salud mental (pregrado y postgrado).

VII. Evaluar los procesos de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica

El proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica debe evaluarse. Por ello, es esencial contar con datos básicos y fiables sobre los hospitales psiquiátricos y la provisión de atención en salud mental en el contexto de la red de servicios de salud en los diferentes niveles. Esto permite elaborar un análisis de la situación en el país e identificar las prioridades, así como establecer una línea de base. El análisis debe incluir una evaluación de los apoyos disponibles cuando los usuarios salen del hospital psiquiátrico. Es necesario monitorear la situación de personas egresadas para evaluar periódicamente su bienestar psicosocial (23). Se recomienda incorporar a los familiares de los usuarios al proceso de análisis de la información disponible. Los aspectos esenciales de medición son los siguientes:

1. Cierre progresivo del hospital psiquiátrico: reducción de camas y de servicios.
2. Evaluación individualizada e integral de las personas internadas en hospitales psiquiátricos: a) condición clínica; b) grado de discapacidad, y c) funcionamiento social.
3. Identificación y cuantificación de los apoyos disponibles para los usuarios egresados del hospital psiquiátrico: a) familias receptoras; b) residencias comunitarias; c) talleres protegidos; d) programas de rehabilitación psicosocial basados en la comunidad; e) programas de empleo para personas con discapacidad, y f) programas de protección social y otros.
4. Fortalecimiento de la capacidad resolutoria en salud mental de la APS: a) número y tasa de casos con problemas de salud mental atendidos en APS, y b) remisiones al nivel secundario.
5. Expansión y fortalecimiento de la red de servicios de salud mental: a) incremento del número de servicios de salud mental ambulatorios descentralizados; b) porcentaje de cobertura de la población, y c) número y tasa de casos atendidos.
6. Capacidad de hospitalización de personas con enfermedades mentales de los hospitales generales y manejo alternativo de las crisis y las emergencias: a) número de unidades de salud mental en hospitales generales y número de camas (crecimiento), y b) número de personas con enfermedades mentales atendidas en servicios de emergencias de hospitales generales.
7. Capacidades de soluciones residenciales alternativas: para casos egresados de los hospitales psiquiátricos que no tengan posibilidad de incorporarse a la comunidad (24).
8. Programas de educación y sensibilización comunitaria: centrados en el campo de la salud mental y en la lucha contra el estigma y la discriminación (25).
9. Notificación regular del seguimiento de los casos egresados del hospital: en especial de los casos severos, evaluando periódicamente su bienestar y su estado de salud (26).
10. Disponibilidad operativa de la colaboración intersectorial: a) instancia de coordinación multisectorial funcionando regularmente, y b) programas en ejecución.

El WHO-AIMS (17) es un excelente instrumento que contiene indicadores relacionados con la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica. Entre los indicadores básicos se mencionan el número de camas psiquiátricas (total y por categoría), la categorización de las personas internadas por enfermedades mentales según sexo, edad, diagnóstico y tiempo de estancia, así como el número y el tamaño de las instituciones psiquiátricas.

VIII. Modelos para la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica y el desarrollo de los servicios de salud mental comunitarios sugeridos por referentes internacionales

El resultado del análisis obtenido a partir de la revisión exploratoria de bibliografía, de la encuesta en línea a profesionales con experiencia en procesos de reestructuración de la atención en salud mental en ALC y de los talleres con expertos coincide en que los procesos de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica son necesarios y posibles en la Región.

Una vez finalizado el proceso de análisis para construir el presente documento, algunos de los modelos de implementación de la reestructuración de los servicios de salud mental fueron relevados por algunos de los expertos. Sugirieron que estos modelos pueden ser destacados como parte de este documento técnico, dada su elevada coherencia y coincidencia con el análisis obtenido y porque consideran de manera fundamental la desinstitucionalización. Se consideró que tenerlos en cuenta puede ser una contribución para los procesos de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en ALC.

Un modelo equilibrado para la atención de las enfermedades mentales

El modelo de atención equilibrada es un enfoque basado en la evidencia, sistemático pero flexible, para planificar e implementar la atención a las personas con enfermedades mentales. Se desarrolló principalmente a partir de los trabajos de Thornicroft y Tansella (27-29) y algunos países lo consideran en sus procesos de planificación de la reestructuración de los servicios de salud mental.

La Comisión Lancet sobre salud mental global y desarrollo sostenible (2018) presentó un cuadro que describe los componentes del servicio de salud mental relevantes para los entornos de los países de bajos, medianos y altos ingresos basado en el modelo equilibrado (30). El modelo se ha adaptado para reflejar los contextos según los recursos, reconociendo las grandes desigualdades que se dan dentro de los propios países, así como entre países (cuadro 3). El modelo se ha desarrollado con énfasis en la necesidad de que exista un equilibrio entre las diferentes plataformas de prestación de servicios, adaptadas para cada configuración de recursos.

Modelo "aumentar, disminuir, mejorar, evaluar, aprender" (ADMEA)

La lógica del modelo "aumentar, disminuir, mejorar, evaluar, aprender" (ADMEA) (31) plantea que un plan para superar los hospitales psiquiátricos se basa no solo en argumentos significativos, sino también en la necesidad urgente de proporcionar a los responsables políticos, profesionales y partes interesadas, estrategias concretas y sugerencias prácticas sobre cómo estas instituciones podrían reducirse para finalmente ser abolidas y reemplazadas por un sistema de salud mental fortalecido y descentralizado, que incluye servicios residenciales para personas con enfermedades mentales severas de larga evolución, situados en la comunidad, así como camas en hospitales generales para casos agudos y servicios de salud mental basados en la comunidad. El modelo propone una organización de tres programas concretos (cuadro 4), además de las acciones de evaluación y aprendizaje de las buenas prácticas desarrolladas en el proceso.

Cuadro 3. Comisión Lancet sobre salud mental global y desarrollo sostenible (2018): Modelo equilibrado para la atención de las enfermedades mentales

Este modelo de atención equilibrada subraya la importancia de las intervenciones comunitarias e intersectoriales basadas en la evidencia (provistas fuera del marco de la atención médica), tales como oportunidades de empleo, servicios de protección infantil, medidas para mejorar la comprensión comunitaria de las enfermedades mentales y los servicios disponibles, la atención social a largo plazo y las medidas de prevención del suicidio.

En entornos de bajos recursos, la atención se centra en aumentar la capacidad del personal de APS y de salud comunitaria, así como los proveedores en otras plataformas relevantes, como las escuelas y el sistema de justicia penal. Dicho personal necesita adquirir y practicar las habilidades necesarias para identificar y atender a las personas con enfermedades mentales. Para los niños y los jóvenes, se necesita una mejor integración de la atención de salud mental en diversas plataformas que aborden sus preocupaciones, en especial en educación, protección infantil, APS, servicios de salud infantil y entornos de atención social.

En entornos de recursos medios, la provisión de servicios de salud mental debe fortalecerse en todas las plataformas comunitarias y de APS, y añadirse una amplia gama de servicios secundarios y terciarios comunitarios y hospitalarios.

En entornos de altos recursos, el modelo de atención equilibrada propone que cada una de estas cuatro plataformas (intervenciones comunitarias e intersectoriales, atención médica primaria, secundaria y terciaria) se fortalezca en términos de cobertura, grado de especialización (por ejemplo, equipos de intervención temprana para personas en el primer episodio de psicosis) y en una gama más amplia de intervenciones basadas en la evidencia, provistas de manera integrada.

Este modelo prevé una tendencia progresiva en la gama de configuraciones de recursos para los diversos componentes de las distintas plataformas. Por ejemplo, cuando las instituciones psiquiátricas de larga estancia siguen siendo una forma importante, e incluso predominante, de prestación de servicios, es prioritario un proceso estructurado de traslado de personas desde las salas de hospitalización de los hospitales psiquiátricos a hospitales generales y a entornos comunitarios.

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 Oct;392(10157):1553-1598.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30314863/>.

Cuadro 4. Modelo "aumentar, disminuir, mejorar, evaluar, aprender" (ADMEA)

El modelo ADMEA (IDEAL según el acrónimo inglés de *increasing, decreasing, enhancing, assessing, learning*) significa:

- **A**umentar la atención comunitaria para los usuarios que puedan salir del hospital psiquiátrico.
- **D**isminuir los ingresos en el hospital psiquiátrico.
- **M**ejorar la calidad de la atención y el respeto de los derechos de quienes sigan en el hospital psiquiátrico.
- **E**valuar periódicamente el proceso.
- **A**prender de otras experiencias y buenas prácticas.

Se basa en el cuestionamiento de la OMS del concepto y la práctica del hospital psiquiátrico y las grandes instituciones a partir dos argumentos principales y fundamentales:

- El argumento moral, a saber, las violaciones sistemáticas y ubicuas de los derechos humanos en las instituciones psiquiátricas.
- La rentabilidad probada de desarrollar una atención de salud mental basada en la comunidad.

El modelo se organiza en torno a:

- El establecimiento de tres programas diferentes y simultáneos (ADM).
- Una evaluación constante (E), y
- El aprendizaje por pares y de buenas prácticas (A).

Los tres programas (ADM) están asociados a tres espacios de acción virtuales dentro del hospital psiquiátrico: la puerta de salida, la puerta de entrada y el espacio interior.

El **primer programa** (aumento de la atención comunitaria para quienes pueden salir del hospital psiquiátrico) funciona con un enfoque sobre la puerta de salida y se centra en el grupo de usuarios cuyas condiciones clínicas y sociales (gravedad, síntomas, apoyo familiar, recursos comunitarios existentes) permiten un alta relativamente fácil del hospital. Este grupo de usuarios deberá identificarse a través de una cuidadosa evaluación social y clínica realizada por un grupo de profesionales (profesionales de enfermería, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, y terapeutas ocupacionales) que estarán a cargo de identificar posibles soluciones para cada usuario dentro de su comunidad (familia o soluciones independientes y protegidas), y negociar el alta con las comunidades locales, las familias, los servicios de APS.

El **segundo programa** (disminución de los ingresos en el hospital psiquiátrico) funciona con un enfoque sobre la puerta de entrada. Requiere un grupo limitado de personal bien entrenado que identifique las áreas geográficas de captación que podrían reducir significativamente los ingresos en los hospitales psiquiátricos.

Hay que destacar que, con demasiada frecuencia, la desinstitucionalización se considera exclusivamente como un proceso destinado a dar de alta a los internos en los hospitales psiquiátricos. En cambio, el factor principal que promueve la disminución progresiva del tamaño de los hospitales psiquiátricos es la reducción de admisiones más que el aumento de altas.

Continúa en la página siguiente

Continuación

Paradójicamente, si un hospital psiquiátrico deja de realizar nuevos ingresos y no altera el número de personas ingresadas, desaparecerá en veinticinco años por la muerte natural de su población. Por el contrario, incluso un hospital psiquiátrico capaz de dar de alta a un número significativo de usuarios (por ejemplo, 50%) pero que no detenga los nuevos ingresos, seguirá existiendo para siempre debido a la rotación de una nueva población de usuarios jóvenes crónicos.

En otras palabras, cuando las autoridades de salud consideran difícil dar de alta a muchas personas ingresadas crónicas, una estrategia exitosa consiste en reducir los nuevos ingresos lenta pero sistemáticamente. El objetivo principal de este programa será establecer conexiones con los servicios de salud y de salud mental ubicados en áreas geográficas donde la organización de la atención en salud mental sea relativamente rica en términos de recursos humanos y logísticos. Estas áreas podrían ser las primeras en comprometerse a reducir las admisiones en el hospital psiquiátrico. La presencia y la disponibilidad de camas para personas con episodios agudos de enfermedad mental en el hospital general sería lógicamente un factor fundamental que facilitaría la disminución progresiva de los ingresos hospitalarios en los hospitales psiquiátricos. En otras palabras, las áreas de captación equipadas con un servicio o equipo comunitario de salud mental y que tengan la posibilidad de admitir casos agudos en el hospital general estarán en la mejor posición para detener los nuevos ingresos en los antiguos asilos.

El **tercer programa** (mejora de la calidad de la atención y de los derechos de quienes permanecen en el hospital psiquiátrico) funciona en el espacio interior del hospital y requiere un grupo más amplio de personal (esencialmente, personal de enfermería, terapeutas ocupacionales y psicólogos), capaces de mejorar significativamente las condiciones de vida de los usuarios que no son candidatos a un alta rápida del hospital debido a la gravedad de su discapacidad, a su edad o al abandono social. Esto significa mejorar significativamente la protección y el respeto de los derechos humanos, mejorando diversos elementos, como el espacio individual, la privacidad y, más en general, la humanización de las instalaciones del hospital (baños, dormitorios, espacios de vida). Además, se deben desarrollar e implementar sistemáticamente actividades significativas de entretenimiento y experiencias periódicas de oportunidades de salida individuales o grupales.

Por supuesto, los tres programas evaluarse constantemente (evaluación periódica del proceso) y debe hacerlo un grupo independiente de personas (profesionales de la salud mental y del sistema de justicia, defensores de los derechos humanos, miembros de asociaciones de familias y usuarios), según un conjunto de indicadores y criterios de calidad preestablecidos (incluida la aplicación periódica del instrumento *QualityRights* de la OMS).

El personal que participa en el programa ADMEA deberá participar también en experiencias de aprendizaje (A) basadas en capacitación local ofrecida por pares (profesionales que ya pasaron por experiencias exitosas similares) y, si posible, en visitas a lugares donde se hayan implementado buenas prácticas de desinstitucionalización.

Saraceno B. Lisbon International Learning Program on Mental Health Policy and Services Organization. Module on Disability-Rehabilitation-Deinstitutionalization. Lisboa: Lisbon Institute of Global Mental Health; 2018.

IX. Mensajes clave para la acción

1. Los servicios de salud mental basados en redes comunitarias son la mejor alternativa para la atención de las personas con enfermedades mentales. Sin embargo, un número importante de países siguen gastando la mayoría de sus escasos recursos financieros en mantener hospitales psiquiátricos. Estos consumen grandes cantidades de recursos financieros, con muy malos resultados. Por tanto, son ineficaces e ineficientes.
2. La desinstitucionalización implica desarrollar antes o simultáneamente una red de servicios basados en la comunidad.
3. Es crucial integrar y articular la salud mental en el sistema general de salud, en especial en la atención primaria (APS) y en los hospitales generales. Además, es fundamental desarrollar servicios ambulatorios especializados y servicios residenciales comunitarios para las personas con enfermedades mentales severas que no pueden o no quieren vivir con sus familias.
4. Los procesos de desinstitucionalización pueden ser largos y complejos. Por esta razón, necesitan planificación, recursos y decisión política sostenida en el tiempo. De lo contrario, existe el riesgo de que se estancan o retrocedan.
5. La experiencia demuestra que hay varios caminos exitosos para la desinstitucionalización.
6. Es necesario promover compromisos operativos en las distintas entidades, sectores e instancias dentro y fuera de los sistemas de salud.
7. La participación de los usuarios y de sus familiares asegura una base de apoyo al proceso de desinstitucionalización.
8. Es fundamental la sensibilización pública (de líderes comunitarios, iglesias, policía y otros), así como el trabajo con los medios de comunicación.
9. La reestructuración de los servicios de salud mental requiere una inversión financiera adicional.
10. Para iniciar o fortalecer los procesos de desinstitucionalización es vital asegurar la voluntad política, así como identificar y aprovechar ventanas de oportunidad.



Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud mental. 53.o Consejo Directivo. 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. CD53/8, Resolución CD53.R7. Washington, D.C.: OPS; 2014. Consultado el 20 de septiembre del 2020.
Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28292/CD53-8-s.pdf>.
2. 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 31 de enero del 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 20013-2020. Ginebra: OMS; 2013. Consultado el 20 de septiembre del 2020.
Disponible en: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/.
4. Organización Panamericana de la Salud. Atlas de salud mental de las Américas 2017. Washington, D.C.: OPS; 2018. Consultado el 20 de septiembre del 2020.
Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49664?locale-attribute=es>.
5. Medeiros H, McDaid D, Knapp M, the MHEEN Group. Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities (internet). Londres, MHEEN II Policy Briefing 4, Personal Social Services Research Unit, 2008. Consultado el 28 de septiembre del 2020. Disponible en: [https://eprints.lse.ac.uk/4275/1/MHEEN_policy_briefs_4_Balanceofcare\(LSERO\).pdf](https://eprints.lse.ac.uk/4275/1/MHEEN_policy_briefs_4_Balanceofcare(LSERO).pdf).
6. Organización Panamericana de la Salud. Experiencias innovadoras en la comunidad. Washington, D.C.: OPS; 1994.
7. Cohen H, Natella G. La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2013.
8. La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. OPS/OMS 2007. Consultado el 26 de septiembre del 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/2803>.
9. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1997. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2014/07/ctecnicos1.pdf>.
10. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra: OMS; 2012. Consultado el 26 de septiembre del 2020.
Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf.
11. Organización Mundial de la Salud. WHO QualityRights Tool Kit: Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70927/3/9789241548410_eng.pdf?ua=1.
12. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo (internet). ONU; 2015. Consultado el 20 de septiembre del 2020. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html>.
13. Organización Mundial de la Salud. Atlas: Recursos de salud mental en el mundo. Ginebra: OMS; 2001. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66983/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1_spa.pdf?sequence=1.
14. Organización Mundial de la Salud. Mental Health Atlas 2005. Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/.

15. Organización Mundial de la Salud. Mental Health Atlas 2011. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/.
16. Organización Mundial de la Salud. Mental Health Atlas 2014. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/.
17. Organización Mundial de la Salud. IESM-OMS. Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (versión 2.1 en español). Ginebra: OMS; 2005. Consultado el 26 de septiembre del 2020.
Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf?ua=1.
18. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS). Washington, D.C.: OPS; 2013. Consultado el 20 de septiembre del 2020.
Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SPA-WHOAIMSREG-\(For-Web-Apr-2013\).pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SPA-WHOAIMSREG-(For-Web-Apr-2013).pdf).
19. Caldas de Almeida J, Cohen A (eds.). Innovative mental health programs in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: OPS; 2008 Consultado el 28 de septiembre del 2020. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=193&Itemid=247&lang=es.
20. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Strauss S, Tricco AC, Perrier L, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2014 Dic;67(12):1291-1294.
21. Mays N, Roberts E, Popay J. Synthesising research evidence. En: Fulop N, Allen P, Clarke A, Black N (eds.). *Methods for studying the delivery and organisation of health services*. Londres: Routledge. 2001.
22. Organización Mundial de la Salud, Calouste Gulbenkian Foundation. Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_innovation_in_deinstitutionalization/en/.
23. Gostin LO. 'Old' and 'new' institutions for persons with mental illness: treatment, punishment or preventive confinement? *Public Health*. 2008 Sep;122(9): 906-913.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18555496/> DOI: 10.1016/j.puhe.2007.11.003.
24. Krieg RG. A social contract for deinstitutionalization. *Journal of social philosophy*. 2003 Ag;34(3): 475-486. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9833.00195>.
25. Thesen J. Being a psychiatric patient in the community-reclassified as the stigmatized "other". *Scand J Public Health*. 2001 Dec; 29(4):248-255. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11775780/>.
26. Stein WM. The use of discharge risk assessment tools in general psychiatric services in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002 Dic; 9(6):713-724.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12472825/> DOI: 10.1046/j.1365-2850.2002.00495.x.
27. Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix: A Manual to Improve Services*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
28. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med* 2013; Abr;43(4): 849-863. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22785067/>.
29. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model: the case for both hospital and community-based mental healthcare. *Br J Psychiatry* 2013; Abr;202(4): 246-248.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23549938/>.
30. 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 Oct;392(10157):1553-1598.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30314863/>.
31. Saraceno B. *Lisbon Learning Program on Mental Health Policy and Services. Module on Disability-Rehabilitation-Deinstitutionalization*. Lisboa: Lisbon Institute of Global Mental Health; 2018.

Glosario

Las definiciones operativas que aparecen a continuación deben emplearse en el contexto de este documento técnico y no deben interpretarse como definiciones oficiales de la Organización Mundial de la Salud. Los términos se han adaptado a partir de los existentes en el WHO-AIMS y se refieren a los distintos servicios que conforman la red de servicios de salud mental.

Centro o unidad de APS: servicio que actúa como primer punto de contacto de la comunidad con el sistema de salud. Por lo general, los centros o unidades de atención primaria de salud proporcionan la evaluación y el tratamiento inicial a los problemas de salud más frecuentes y derivan los que requieren diagnósticos y tratamientos más especializados a los servicios con profesionales más cualificados (segundo nivel de atención).

Incluye: centros de salud, puestos rurales de salud y unidades médico-familiares. Algunos pequeños hospitales rurales o locales funcionan como un servicio de atención primaria de salud.

Establecimiento o dispositivo de salud mental para atención diurna: servicio que ofrece atención a usuarios durante el día. Por lo general, 1) están disponibles para grupos de usuarios simultáneamente (en lugar de prestar servicios a un solo individuo cada vez) 2) esperan que los usuarios se queden en los servicios después de los períodos durante los que tienen contacto directo con el personal (por ejemplo, el servicio no está simplemente basado en los usuarios que acuden a citas con el personal y se van inmediatamente después de la cita) y 3) comportan su presencia en el dispositivo durante medio día por lo menos.

Incluye: hospitales de día, centros de atención diurna, talleres de formación para personas con enfermedades mentales, casas club, centros de ayuda social, talleres de empleo o rehabilitación y firmas sociales. Se incluyen instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro y establecimientos o servicios de tratamiento diurno de salud mental exclusivos para niños y adolescentes y para otros grupos específicos, como ancianos.

Establecimiento o servicio de salud mental ambulatorio: servicio para usuarios en modalidad ambulatoria que aborda las enfermedades mentales en sus aspectos clínicos y sociales. Pueden ser unidades independientes o estar integrados en un dispositivo de salud.

Incluye: centros comunitarios de salud mental, centros de atención psicosocial, clínicas de salud mental ambulatorias, servicios ambulatorios específicos o para tratamientos especializados de personas con enfermedades mentales, departamentos de consultas externas de salud mental en hospitales generales, policlínicas de salud mental, centros especializados de ONG con atención ambulatoria de salud mental (por ejemplo, para supervivientes de violaciones o personas sin hogar). Se incluyen instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro y servicios o establecimientos de salud mental ambulatorios exclusivos para niños y adolescentes, así como para otros grupos específicos, como ancianos.

Dispositivo residencial comunitario: Un dispositivo de salud mental, no hospitalaria, ubicado en la comunidad, que brinda alojamiento a tiempo completo para personas con enfermedades mentales. Usualmente prestan servicios a *usuarios* con enfermedades mentales relativamente estables que no requieren intervenciones médicas intensivas.

Incluye: residencias comunitarias, hogares protegidos, alojamientos con diferentes grados de protección (sin personal, con personal residente o visitante, con personal diurno, con personal diurno y nocturno y hogares con personal de enfermería las 24 horas), casas de transición o de medio camino y comunidades terapéuticas. Se incluyen instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro. También se incluyen servicios residenciales comunitarios exclusivos para niños y adolescentes y para otros grupos específicos, como ancianos.

Hospital psiquiátrico: establecimiento o dispositivo especializado de base hospitalaria (monovalente) que ofrece servicios de internamiento y residenciales para personas con enfermedades mentales. La estructura funcional y el nivel de especialización médica varía considerablemente. En algunos casos solo se ofrece el servicio de custodia para largas estancias. En otros también están disponibles servicios para estancias breves y medianas, la atención de urgencias, las consultas externas, la atención especializada y otros servicios como de rehabilitación, unidades especializadas para niños y ancianos, entre otras.

Incluye: instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro, hospitales psiquiátricos exclusivos para niños y adolescentes y para otros grupos específicos, como ancianos. También incluye los hospitales psiquiátricos forenses.

Excluye: unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales.

Unidad o servicio de salud mental o psiquiatría de un hospital general: unidad de salud mental/psiquiatría que brinda atención a usuarios ingresados por enfermedades mentales, dentro de hospitales generales. Atienden a usuarios con problemas agudos y el período de hospitalización es corto por el menor tiempo posible (días o semanas): Usualmente ofrecen también servicios de emergencia, consulta externa y enlace con otros servicios o especialidades. También pueden formar parte de la red territorial de salud mental y apoyar a unidades de atención primaria de salud. Eventualmente, existen unidades de este tipo que no internan casos, solo cubren consulta externa y servicios de enlace o interconsulta, en cuyo caso deben considerarse como servicios ambulatorios de salud mental.

Incluye: establecimientos o servicios públicos y privados con y sin fines de lucro, unidades de intervención en crisis, unidades de hospitalización psiquiátrica exclusivas para niños y adolescentes que pueden estar ubicadas en hospitales generales o pediátricos, unidades de hospitalización psiquiátrica en otros servicios de base comunitaria para grupos específicos, como ancianos.

Excluye: hospitales psiquiátricos y servicios residenciales comunitarios.

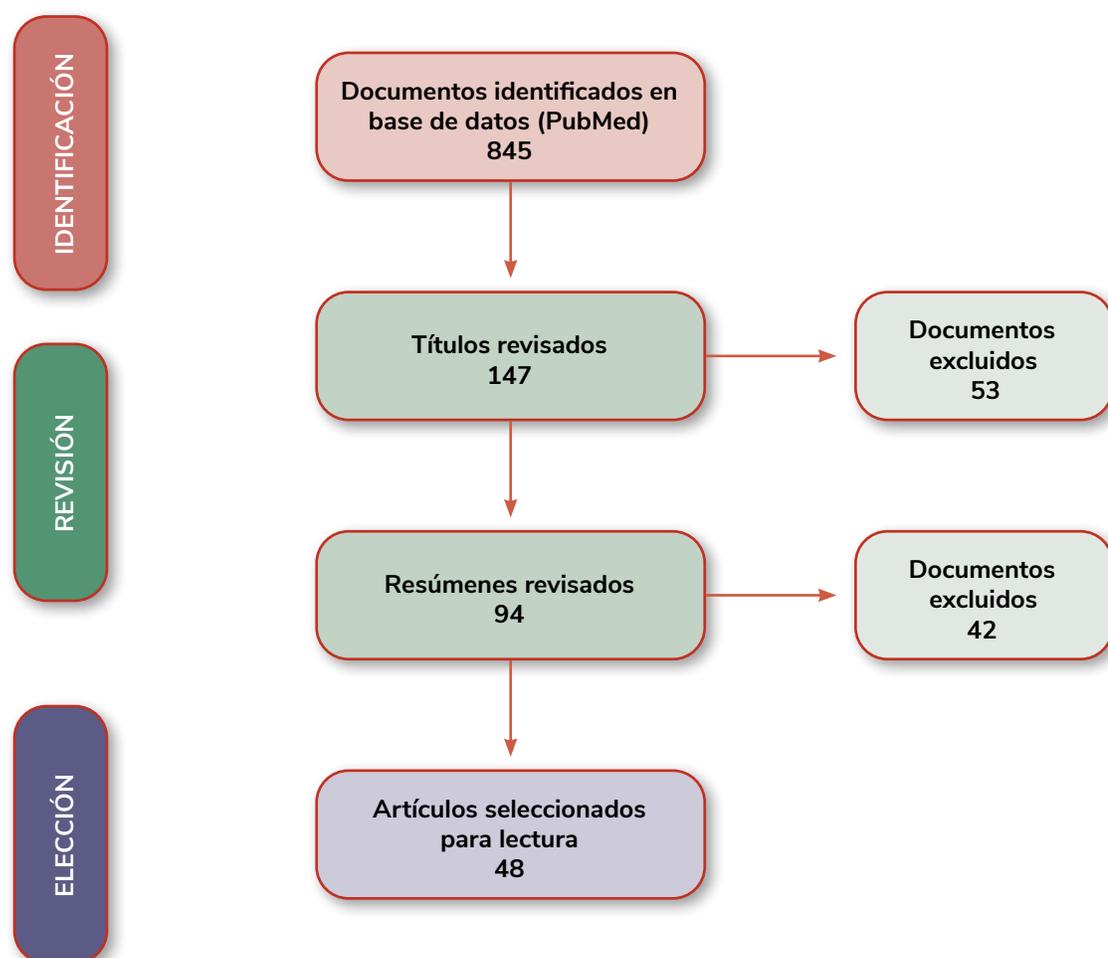
Anexo 1. Resultados seleccionados de la revisión exploratoria de la bibliografía

En el año 2019 se realizó una revisión por alcance de la bibliografía con el fin de generar una síntesis de la literatura respecto a las barreras y los facilitadores del proceso de desinstitucionalización.

En la figura A1 se muestra el flujograma de decisiones para la selección de artículos y en el cuadro A1 se listan los artículos seleccionados.

Los hallazgos de la revisión preliminar y sistemática de los artículos seleccionados se detallan en el apartado 5.1.

Figura A1. Flujograma de decisiones para la selección de artículos



Cuadro A1. Artículos seleccionados a partir de la revisión bibliográfica

Autores, año y país	Tipo	Muestra	Características de la muestra	Temáticas abordadas	Referencia completa
Fakhoury y Priebe (2002); Reino Unido	Revisión bibliográfica	–	–	Desinstitucionalización como proceso de alcance internacional	Fakhoury W, Priebe S. The process of deinstitutionalization: an international overview. <i>Current Opinion in Psychiatry</i> 2002 mar. 15(2):187-192.
Shen y Snowden (2014); Estados Unidos de América	Revisión bibliográfica	193	Países	Factores asociados a la adopción de políticas públicas en salud mental	Shen GC y Snowden LR. Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. <i>International Journal of Mental Health Systems</i> 2014 8(1):47.
Larrobla y Botega (2000); Brasil	Estudio empírico cuantitativo	10	Ministerios de salud, sociedades de psiquiatría e informantes clave	Desinstitucionalización en América Latina	Larrobla C y Botega NJ. Las políticas de asistencia psiquiátrica y desinstitucionalización en América del Sur. <i>Actas Esp Psiquiatr</i> 2000 28(1):22-30.
Barbui, Papola y Saraceno (2018); Italia	Revisión bibliográfica	8	Países	Efectos de las reformas en salud mental	Barbui C, Papola D y Saraceno B. Forty years without mental hospitals in Italy. <i>International Journal of Mental Health Systems</i> 2018 12(1):43.
Westman, Gissler y Wahlbeck (2018); Suecia	Estudio empírico cuantitativo	341 630	Personas con hospitalización o jubilación anticipada por trastornos mentales entre 1981 y 2003 en Finlandia	Efectos de las políticas en salud mental	Westman J, Gissler M y Wahlbeck K. Successful deinstitutionalization of mental health care: increased life expectancy among people with mental disorders in Finland. <i>The European Journal of Public Health</i> 2011 22(4):604-606
Bigby (2008); Australia	Estudio empírico mixto	24	Selección al azar de una muestra de 24 participantes de un grupo de 55 residentes que se mudaron a la comunidad	Cambios de residentes en entornos comunitarios	Bigby C. Known well by no-one: Trends in the informal social networks of middle-aged and older people with intellectual disability five years after moving to the community. <i>Journal of Intellectual and Developmental Disability</i> 2008 33(2):148-157.
Burrell y Trip (2011); Nueva Zelanda;	Revisión bibliográfica	–	–	Análisis posestructural	Burrell B y Trip H. Reform and community care: has deinstitutionalisation delivered for people with intellectual disability? <i>Nursing inquiry</i> 2011 18(2):174-183.

Autores, año y país	Tipo	Muestra	Características de la muestra	Temáticas abordadas	Referencia completa
Nolan, Bradley y Brimblecombe (2011); Reino Unido	Estudio empírico cualitativo	44	Usuarios de atención hospitalaria aguda y los que recibieron el alta clínica	Experiencias de usuarios	Nolan P, Bradley E y Brimblecombe N. Disengaging from acute inpatient psychiatric care: a description of service users' experiences and views. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> 2011 18(4):359-367.
Anderson, Lakin, Mangan y Prouty (1998); Estados Unidos de América	Revisión bibliográfica	-	-	Cambios de residentes en entornos comunitarios	Anderson LL, Lakin KC, Mangan TW y Prouty RW. State institutions: Thirty years of depopulation and closure. <i>Mental Retardation</i> 1998 36(6):431-443.
Nøttestad y Linaker (2001); Noruega	Estudio empírico cuantitativo	53	Personas sin conductas autole-sivas previas que las desarrollaron después de la desinstitucionalización	Cambios de residentes en entornos comunitarios	Nøttestad JA y Linaker OM. Self-injurious behaviour before and after deinstitutionalization. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> 2001 45(2):121-129.
Spreat y Conroy (2002); Estados Unidos de América	Estudio empírico cuantitativo	N1:33 N2:56 N3:38 N4:50	Personas que recibieron el alta del Centro Memorial Hissom	Familias de usuarios	Spreat S y Conroy JW. The impact of deinstitutionalization on family contact. <i>Research in Developmental Disabilities</i> 2002 23(3):202-210.
Beadle-Brown y Forrester-Jones (2003); Reino Unido	Estudio empírico cuantitativo/cohorte	250	Personas que recibieron el alta e instaladas en entornos comunitarios	Cambios de residentes en entornos comunitarios	Beadle-Brown J y Forrester-Jones R. Social impairment in the "Care in the Community" cohort: The effect of deinstitutionalization and changes over time in the community. <i>Research in Developmental Disabilities</i> 2003 24(1):33-43.
Nøttestad y Linaker (1999); Noruega	Estudio empírico cuantitativo/prospectivo Cohorte	109	Personas de entre 16 y 65 años de edad	Cambios de residentes en entornos comunitarios	Nøttestad JA y Linaker OM. Psychiatric health needs and services before and after complete deinstitutionalization of people with intellectual disability. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> 1999 43(6):523-530.
Conroy, Spreat, Yuskas, y Elks (2003); Estados Unidos de América	Estudio empírico cuantitativo	254	Personas con discapacidades del desarrollo que se mudaron de una gran institución estatal a entornos comunitarios	Cambios de residentes en entornos comunitarios, calidad de vida	Conroy J, Spreat S, Yuskas A y Elks, M. The Hissom closure outcomes study: A report on six years of movement to supported living. <i>Mental Retardation</i> 2003 41(4):263-275.

Autores, año y país	Tipo	Muestra	Características de la muestra	Temáticas abordadas	Referencia completa
Yazbeck, McVilly y Parmenter (2004); Estados Unidos de América	Estudio empírico cuantitativo	492	Estudiantes y profesionales de servicios en discapacidad	Estigma	Yazbeck M, McVilly K y Parmenter TR. Attitudes toward people with intellectual disabilities: An Australian perspective. <i>Journal of Disability Policy Studies</i> 2004 15(2): 97-111.
Duhig, Gunasekara y Patterson (2015); Australia	Estudio empírico cualitativo	13	Personas reingresadas para recibir atención hospitalaria en los 28 días posteriores al alta	Readmisión en servicios psiquiátricos	Duhig M, Gunasekara I y Patterson S. Understanding readmission to psychiatric hospital in Australia from the service users' perspective: a qualitative study. <i>Health y social care in the community</i> 2017 25(1):75-82.
Hamelin et al. (2011); Estados Unidos de América - Canadá	Estudio empírico cuantitativo	23	Estudio de los efectos de la desinstitucionalización en personas con discapacidad intelectual	Efectos de la desinstitucionalización	Hamelin JP, Frijters J, Griffiths D, Condillac R y Owen F. Meta-analysis of deinstitutionalisation adaptive behaviour outcomes: Research and clinical implications. <i>Journal of Intellectual and Developmental Disability</i> 2011 36(1):61-72.
Gostin (2008); Estados Unidos de América	Revisión bibliográfica	-	-	Derechos humanos	Gostin LO. 'Old' and 'new' institutions for persons with mental illness: Treatment, punishment or preventive confinement? <i>2008 Public Health</i> , 122(9):906-913.
Friedlander (2006); Estados Unidos de América	Revisión bibliográfica	-	-	Cambios en residentes en entornos comunitarios, calidad de vida	Friedlander R. Mental health for persons with intellectual disability in the post-deinstitutionalization era: experiences from British Columbia. <i>Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences</i> 2006 43(4):275.
Vandervooren, Miller y Reilly (2007); Canadá	Estudio empírico cuantitativo	25	Individuos con discapacidades psiquiátricas severas con un período de seguimiento de 1 año después del alta del programa	Evaluación de los resultados de una intervención comunitaria	Vandervooren J, Miller L y O'Reilly R. Outcomes in community-based residential treatment and rehabilitation for individuals with psychiatric disabilities: a retrospective study. <i>Psychiatric rehabilitation journal</i> 2007 30(3):215.

Autores, año y país	Tipo	Muestra	Características de la muestra	Temáticas abordadas	Referencia completa
Yanos (2007); Estados Unidos de América	Revisión bibliográfica	–	–	Ambiente urbano	Yanos PT. Beyond "Landscapes of Despair": the need for new research on the urban environment, sprawl, and the community integration of persons with severe mental illness. <i>Health y Place</i> 2007 13(3):672-676.
Krieg (2003); Estados Unidos de América	Revisión bibliográfica	–	–	Filosofía del derecho	Krieg RG. A social contract for deinstitutionalization. <i>Journal of social philosophy</i> 2003 34(3):475-486.
Arvidsson y Ericson (2005); Suecia	Revisión bibliográfica	–	–	Efectos de reformas en salud mental	Arvidsson H y Ericson BG. (The development of psychiatric care after the mental health care reform in Sweden. A case register study. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i> 2005 59(3):186-192.
Thesen (2001); Noruega	Estudio empírico cuantitativo	No especificado	Usuarios de salud mental y proveedores de servicios de salud	Estigma	Thesen J. Being a psychiatric patient in the community-reclassified as the stigmatized" other". <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> 2001 29(4): 248-255.
Kormann y Petronko (2004); Estados Unidos de América	Revisión bibliográfica	–	–	Capacitación de cuidadores	Kormann RJ y Petronko MR. Community inclusion of individuals with behavioral challenges: Who supports the careproviders? <i>Mental retardation</i> 2004 42(3):223-228.
O'Doherty et al (2016); Irlanda	Estudio empírico cualitativo/ focus group	40	Familiares de usuarios de los servicios de salud mental	Familias de usuarios	O'Doherty S, Linehan C, Tatlow-Golden M, Craig S, Kerr M, Lynch C y Staines A. Perspectives of family members of people with an intellectual disability to a major reconfiguration of living arrangements for people with intellectual disability in Ireland. <i>Journal of Intellectual Disabilities</i> 2016 20(2):137-151.
Simpson et al. (2014); Reino Unido	Estudio empírico cuantitativo/comparativo	46	Se reclutó a 46 usuarios del servicio para el estudio; 23 recibieron apoyo de compañeros y 23, la atención habitual	Evaluación de los resultados del dispositivo de intervención	Simpson A, Flood C, Rowe J, Quigley J, Henry S, Hall C et al. Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. <i>BMC psychiatry</i> 2014 14(1):30.

Autores, año y país	Tipo	Muestra	Características de la muestra	Temáticas abordadas	Referencia completa
Fisher, Haagen y Orkin (2005); Estados Unidos de América	Estudio empírico cualitativo	13	Directores de centros de atención	Experiencia de directores de centro de atención	Fisher K, Haagen B y Orkin, F. Acquiring medical services for individuals with mental retardation in community-based housing facilities. <i>Applied Nursing Research</i> 2005 18(3):155-159.
Stark, MacLeod, Hall, O'Brien y Pelosi (2003); Escocia	Estudio empírico cuantitativo	6776	Personas egresadas de internación psiquiátrica estadía Escocia entre 1977 y 1994	Estudio de causa de mortalidad	Stark C, MacLeod M, Hall D, O'Brien F y Pelosi A. Mortality after discharge from long-term psychiatric care in Scotland, 1977-94: a retrospective cohort study. <i>BMC Public Health</i> 2003 3(1):30.
Stein (2002); Reino Unido	Estudio empírico mixto	58	Equipos de salud	Evaluación de riesgo	Stark C, MacLeod M, Hall D, O'Brien F y Pelosi A. Mortality after discharge from long-term psychiatric care in Scotland, 1977-94: a retrospective cohort study. <i>BMC Public Health</i> 2003 3(1):30.
Goel y Keefe (2003); Estados Unidos de América	Revisión bibliográfica	-	-	Análisis crítico de política pública	Stein WM. The use of discharge risk assessment tools in general psychiatric services in the UK. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 2002 9(6):713-724

Anexo 2. Resultados de las preguntas de alternativas de selección múltiple en la encuesta aplicada a profesionales de la salud mental

Método o acción para la desinstitucionalización	Muy útil o bastante útil		Poca o ninguna utilidad		No aplicable	
	EC (%)	RI (%)	EC (%)	RI (%)	EC (%)	RI (%)
Legislación de salud mental	70,6	70,6	23,5	26,5	5,9	2,9
Políticas o planes de salud mental nacionales o regionales	91,2	76,5	8,8	23,5		
Abogacía y educación pública						
• Gobierno	55,9	50,0	41,2	47,1	2,9	2,9
• Organizaciones no gubernamentales	47,1	38,2	44,1	52,9	8,8	8,8
• Profesionales de la salud mental	85,3	70,6	11,8	26,5	2,9	2,9
• Familia	52,9	41,2	41,2	52,9	5,9	5,9
• Usuarios de servicios de salud	64,7	55,9	29,4	41,2	5,9	2,9
Atención ambulatoria en hospitales generales	52,9	50,0	41,2	47,1	5,9	2,9
Centros de salud mental comunitarios	76,5	73,5	20,6	23,5	2,9	2,9
Integración de salud mental en APS	85,3	76,5	14,7	23,5		
Salas de emergencia	64,7	55,9	29,4	41,2	5,9	2,9
Otros servicios ambulatorios	61,8	55,9	29,4	32,4	8,8	11,8
Hospitales psiquiátricos o manicomios						
• Cierre de puertas	79,4	79,4	8,8	8,8	11,8	11,8
• Reducción de ingresos por protocolos	70,6	67,6	17,6	17,6	11,8	14,7
• Eliminación de camas	88,2	85,3	5,9	8,8	5,9	5,9
• Transferencia del hospital psiquiátrico a residencia comunitaria	73,5	79,4	14,7	8,8	11,8	11,8

Método o acción para la desinstitucionalización	Muy útil o bastante útil		Poca o ninguna utilidad		No aplicable	
	EC (%)	RI (%)	EC (%)	RI (%)	EC (%)	RI (%)
Mejora del sistema de información	50,0	50,0	32,4	32,4	17,6	17,6
Formación profesional	91,2	82,4	8,8	17,6		
Empleo asistido	64,7	58,8	20,6	26,5	14,7	14,7
Psicoeducación familiar	67,6	67,6	20,6	17,6	11,8	14,7
Camas para salud mental fuera de los hospitales psiquiátricos	91,2	85,3	5,9	8,8	2,9	5,9
Servicios diurnos	79,4	76,5	11,8	14,7	8,8	8,8
Atención residencial en la comunidad	79,4	73,5	11,8	14,7	8,8	11,8
Clínicas móviles o servicios de difusión	47,1	41,2	23,5	29,4	29,4	29,4
Grupos de autoayuda y usuario	73,5	61,8	20,6	29,4	5,9	8,8
Cibersalud mental	47,1	41,2	38,2	41,2	14,7	17,6

EC: expansión de servicios comunitarios. RI: reducción de la institucionalización.

El presente documento técnico es un marco para la acción. Su objetivo es orientar el proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en el contexto de América Latina y el Caribe.

La finalidad esencial de la desinstitucionalización es limitar el papel de los hospitales psiquiátricos, incorporando camas de hospitalización aguda en el hospital general y reemplazándolos por soluciones de vivienda con apoyo en la comunidad para personas con enfermedades mentales graves. Paralelamente, se necesita una red de servicios de salud mental basados en la comunidad que sea eficiente. Esto implica el desarrollo prioritario de nuevas prácticas y servicios comunitarios de eficacia demostrada que protejan los derechos de las personas con enfermedades mentales.

Esta publicación resume qué elementos facilitadores y qué barreras encontrarán los procesos de desinstitucionalización, identificando intervenciones de utilidad y eficacia demostrada en los países de América Latina y el Caribe.

Se identifican cuatro áreas de trabajo con sus respectivas pautas o sugerencias para la acción, que deben constituir una guía operativa para los países que aborden la reestructuración de los servicios de salud mental en favor de la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica.

www.paho.org/es



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OPONA REGIONAL PARA LAS
Américas

