

Módulo  
técnico

# Redes integrales de servicios de salud mental

Promover los enfoques centrados en las personas  
y basados en los derechos

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas





Módulo  
técnico

# Redes integrales de servicios de salud mental

Promover los enfoques centrados en las personas  
y basados en los derechos

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas



**QualityRights**

Versión oficial en español de la obra original  
*Comprehensive mental health service networks: promoting person-centred and rights-based approaches*  
© Organización Mundial de la Salud, 2021  
ISBN: 978-92-4-002584-4 (versión electrónica)

Redes integrales de servicios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos  
ISBN: 978-92-75-32598-8 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12598-4 (versión impresa)

© **Organización Panamericana de la Salud, 2022**

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/)).



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

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

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

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Redes integrales de servicios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Washington, DC: OPS; 2022. (Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos). Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275325988>.

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

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

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

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

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

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

NMH/MH/2022 Diseño y maquetación por Genève Design.

Créditos de las fotos: Fotos de la portada: UN Photo/Martine Perret. Página 4: East Lille/ Nathalie Paulis. Página 18: Trieste/ Massimo

Silvano. Campinas mental health service network.

El documento acompañante de las orientaciones y los módulos técnicos están disponibles [aquí](#)

# Índice

Prefacio . . . . .	.iv
Agradecimientos . . . . .	.v
Resumen . . . . .	xiii
¿En qué consiste la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS? . . . . .	xix
Acerca de las Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental de la OMS . . . . .	xx

## 1. ■ Introducción ..... 1

## 2. ■ Redes integrales de servicios de salud mental: descripción y análisis ..... 3

<b>2.1</b>	Red de servicios comunitarios de salud mental del este de Lille (Francia) . . . . .	4
<b>2.2</b>	Red de servicios comunitarios de salud mental de Trieste (Italia). . . . .	19
<b>2.3</b>	Red de servicios comunitarios de salud mental de Brasil: Campinas . . . . .	34

## 3. ■ Avanzar del concepto a las buenas prácticas en la red integral de servicios de salud mental . 57

Referencias . . . . .	64
-----------------------	----

# Prefacio

En todo el mundo, los servicios de salud mental se esfuerzan por prestar apoyo y atención de calidad a las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales. Sin embargo, en muchos países las personas aún no tienen acceso a servicios de calidad que respondan a sus necesidades y respeten sus derechos y su dignidad. Incluso hoy en día, las personas son objeto de todo tipo de discriminación y violación de sus derechos en los entornos de atención de salud mental, lo que incluye las prácticas coercitivas, las condiciones de vida deficientes e inhumanas, situaciones de negligencia y, en algunos casos, incluso de abuso.

En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, firmada en el 2006, se reconoce el imperativo de emprender algunas reformas importantes para proteger y promover los derechos humanos en materia de salud mental. Esto se reafirma en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en los que se insta a promover la salud mental y el bienestar, con los derechos humanos como un elemento central, y en la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre la cobertura universal de salud.

Si bien en los últimos dos decenios se ha observado un aumento de la conciencia sobre la necesidad de mejorar los servicios de salud mental, en todos los países, ya sean de ingresos bajos, medianos o altos, la respuesta colectiva se ha visto limitada por marcos jurídicos y normativos obsoletos, así como por la falta de recursos.

La pandemia de la COVID-19 ha puesto de relieve, además, las deficiencias y el desfase de los sistemas y servicios de salud mental en todo el mundo. Ha sacado a la luz los efectos perjudiciales de las instituciones, la falta de redes sociales cohesivas, el aislamiento y la marginación de muchas personas con problemas de salud mental, junto con la insuficiencia y fragmentación de los servicios comunitarios de salud mental.

En todas partes, los países necesitan servicios de salud mental que rechacen las prácticas coercitivas, que apoyen a las personas para que tomen sus propias decisiones acerca de su tratamiento y atención, y que promuevan su participación e inclusión en la comunidad, abordando todas las esferas importantes de su vida —en particular las relaciones interpersonales, el trabajo, la familia, la vivienda y la educación—, en lugar de centrarse solo en reducir los síntomas.

En el *Plan de acción integral sobre salud mental 2020-2030* de la OMS se proporciona inspiración y un marco a fin de ayudar a los países a priorizar y poner en práctica en el ámbito de la salud mental un enfoque que esté centrado en las personas, basado en sus derechos y orientado a la recuperación. En las presentes orientaciones se describen las buenas prácticas que han adoptado diversos servicios de salud mental de todo el mundo, con miras a que ayuden a los países a diseñar y reformar las respuestas y los servicios basados en la comunidad desde una perspectiva de derechos humanos, promoviendo derechos fundamentales como la igualdad, la no discriminación, la capacidad jurídica, el consentimiento informado y la inclusión social. Además, se brinda una hoja de ruta para poner fin a la institucionalización y a la hospitalización y el tratamiento involuntarios, y se proporcionan medidas de acción concretas para establecer servicios de salud mental que respeten la dignidad inherente de cada persona.

Todos tienen un papel que desempeñar para lograr que los servicios de salud mental se ajusten a las normas internacionales de derechos humanos: los responsables de las políticas, los prestadores de servicios, la sociedad civil y las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales.

Estas orientaciones tienen por objeto transmitir un sentido de urgencia a los responsables de las políticas de todo el mundo y aportarles claridad, y promover la inversión en servicios de salud mental basados en la comunidad que estén en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos. Proporcionan una visión de la atención de salud mental con las normas más altas de respeto de los derechos humanos y brindan la esperanza de una vida mejor para millones de personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales y para sus familias, en todo el mundo.



**Dr Ren Minghui**

*Subdirector General*

*Cobertura Sanitaria Universal/Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles  
Organización Mundial de la Salud*

# Agradecimientos

## Dirección estratégica

*La dirección estratégica de los documentos de la OMS estuvo a cargo de:*

Keshav Desiraju, ex secretario de Salud, Nueva Delhi (India).

Julian Eaton, director de Salud Mental, CBM Global, Londres (Reino Unido)

Sarah Kline, cofundadora y directora ejecutiva interina, United for Global Mental Health, Londres (Reino Unido).

Hernan Montenegro von Mühlenbrock, coordinador de atención primaria de salud, Programa Especial de Atención Primaria de Salud, OMS, Ginebra (Suiza).

Michael Njenga, miembro del consejo ejecutivo, Foro de Discapacidad de África; director ejecutivo, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya, Nairobi (Kenya).

Simon Njuguna Kahonge, director de Salud Mental, Ministerio de Salud, Nairobi (Kenya).

Soumitra Pathare, director del Centro de Derecho y Política de Salud Mental, Indian Law Society, Pune (India).

Olga Runciman, psicóloga, propietaria de Psycovery Denmark, presidenta de la red danesa Hearing Voices, Copenhagen (Dinamarca).

Benedetto Saraceno, secretario general del Lisbon Institute Global Mental Health, CEDOC/NOVA, Facultad de Medicina, Lisboa (Portugal).

Alberto Vásquez Encalada, presidente de Sociedad y Discapacidad (SODIS), Ginebra (Suiza).

## Equipo de investigación y redacción

Michelle Funk y Natalie Drew Bold fueron las redactoras principales de los documentos y supervisaron un equipo de investigación y redacción integrado por las siguientes personas:

Patrick Bracken, psiquiatra y consultor independiente, oeste de Cork (Irlanda); Celine Cole, consultora del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, OMS, Aidlingen (Alemania); Julia Faure, consultora de Políticas, Legislación y Derechos Humanos del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, OMS, Le Chesnay (Francia); Emily McLoughlin, consultora de Políticas, Legislación y Derechos Humanos del Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias, OMS, Ginebra (Suiza); María Francesca Moro, investigadora y doctoranda del Departamento de Epidemiología de la Facultad de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia, Nueva York (Estados Unidos); Cláudia Pellegrini Braga, Fiscalía de Río de Janeiro (Brasil).

**Afiya House (Massachusetts, Estados Unidos):** Sera Davidow, directora de Wildflower Alliance (antes conocida como Western Massachusetts Recovery Learning Community), Holyoke (Estados Unidos).

**Atmiyata (Gujarat, India):** Jasmine Mala, directora de programas y becaria de investigación; Soumitra Pathare, director del Centro de Derecho y Política de Salud Mental, Indian Law Society, Pune (India).

**Clínica Aung (Rangún, Myanmar):** Radka Antalikova, investigadora principal, Thabyay Education Foundation, Rangún (Myanmar); Aung Min, profesional de salud mental y terapeuta de arte, jefa del segundo equipo de la iniciativa de salud mental de la Clínica Aung, Rangún (Myanmar); Brang Mai, consejero supervisor e investigador de evaluación (miembro del equipo) de la iniciativa de salud mental de la Clínica Aung, Centro de asesoramiento de YMCA, Rangún (Myanmar); Polly Dewhirst, consultora e instructora de trabajo social y derechos humanos, e investigadora de documentación de estudios de casos, iniciativa de salud mental de la Clínica Aung, Rangún (Myanmar); San Oo, psiquiatra consultor y terapeuta de EMDR y jefe de equipo de la iniciativa de salud mental de la Clínica Aung, Rangún (Myanmar); Shwe Ya Min Oo, psiquiatra e investigador de evaluación (miembro del equipo) de la iniciativa de salud mental de la Clínica Aung, Hospital de Salud Mental, Rangún (Myanmar).

**Unidad de BET, Hospital Blakstad de Vestre Viken Hospital Trust (Viken, Noruega):** Roar Fosse, investigador principal, Departamento de Investigación y Desarrollo, División de Salud Mental y Adicciones; Jan Hammer, asesor especial, Departamento de Psiquiatría, División Blakstad de Salud Mental y Adicciones; Didrik Heggdal, Unidad de BET, Departamento Blakstad; Peggy Lilleby, psiquiatra, Unidad de BET del Departamento

Blakstad; Arne Lillelien, consultor clínico, Unidad de BET del Departamento Blakstad; Jørgen Strand, jefe de personal y gerente, Unidad de BET del Departamento Blakstad; Inger HWilde Vik, consultora clínica, Unidad de BET del Departamento Blakstad (Vestre Viken Hospital Trust, Viken [Noruega]).

**Redes comunitarias de salud mental de Brasil, el caso de Campinas:** Sandrina Indiani, presidenta, Consejo Directivo del Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, Campinas (Brasil); Rosana Teresa Onocko Campos, catedrática, Universidad de Campinas, Campinas (Brasil); Fábio Roque Ieiri, psiquiatra del Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Ors, Campinas (Brasil); Sara Sgobin, coordinadora, área técnica de salud mental de la Secretaría Municipal de Salud, Campinas (Brasil).

**Centros de atención psicosocial (CAPS) III en Brasilândia (São Paulo, Brasil):** Carolina Ibuquerque de Siqueira, enfermera, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Jamile Caleiro Abbud, psicóloga de CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Anderson da Silva Dalcin, coordinador, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Marisa de Jesús Rocha, terapeuta ocupacional, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Debra Demiquele da Silva, auxiliar de enfermería, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Glaucia Galvão, gestión de redes y servicios, salud mental, Associação Saúde da Família, São Paulo (Brasil); Michele Goncalves Panarotte, psicóloga, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Cláudia Longhi, coordinadora, área técnica de salud mental, Secretaría de Salud Municipal, São Paulo (Brasil); Thais Helena Mourão Laranjo, gestión de redes y servicios, salud mental, Associação Saúde da Família, São Paulo (Brasil); Aline Pereira Leal, asistente social, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Iara Soares Pires Fontagnelo, terapeuta ocupacional, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Igor Manoel Rodrigues Costa, profesional de talleres, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Douglas Sherer Sakaguchi, supervisor técnico, Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo (Brasil); Davi Tavares Villagra, profesional de educación física, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil); Alessandro Uemura Vicentini, psicólogo, CAPS III, Brasilândia (São Paulo, Brasil).

**Red de servicios de salud mental del este de Lille (Francia):** Antoine Baleige, facultativo hospitalario, sector 59G21, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia); Alain Dannet, coordinador del GCS, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia); Laurent Defromont, facultativo hospitalario, jefe de unidad, sector 59G21, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia); Géry Kruhelski, enfermera jefa, sector 21, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia); Marianne Ramonet, psiquiatra, sector 21, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia); Jean-Luc Roelandt, psiquiatra, Centro Colaborador de la OMS para la investigación y la capacitación en salud mental, Establecimiento Público de Salud Mental (EPSM) Lille-Métropole, Francia; Simon Vasseur Bacle, psicólogo clínico, encargado de misión y asuntos internacionales, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia), EPSM Lille-Métropole y sector 21 (Francia).

**Friendship Bench (Zimbabue):** Dixon Chibanda, director ejecutivo; Ruth Verhey, directora de programas (Harare (Zimbabue)).

**Servicio de asistencia a la vida cotidiana Hand in Hand (Georgia):** Eka Chkonია, presidenta de la Sociedad de Psiquiatras de Georgia, profesora adjunta de la Universidad Médica Estatal de Tiflis, directora clínica del Centro de Salud Mental de Tiflis, Tiflis (Georgia); Amiran Dateshidze, fundador de la ONG Hand in Hand, Tiflis (Georgia); Giorgi Geleishvili, director del Centro de Prácticas Basadas en la Evidencia, psiquiatra del equipo comunitario de tratamiento asertivo de Tiflis, miembro particular de la Asociación Internacional de Psicología Analítica, Tiflis (Georgia); Izabela Laliashvili, gerente de la ONG Hand in Hand, Tiflis (Georgia); Tamar Shishniashvili, director de la ONG Hand in Hand, Tiflis (Georgia); Maia Shishniashvili, fundadora de la ONG Hand in Hand, Tiflis (Georgia).

**Grupos de apoyo Hearing Voices:** Gail Hornstein, profesora de psicología, Mount Holyoke College, South Hadley (Estados Unidos); Olga Runciman, psicóloga, propietaria de Psycovery Denmark, presidenta de la red danesa Hearing Voices, Copenhague (Dinamarca).

**Home Again (Chennai, India):** Vandana Gopikumar, cofundadora, administradora; Lakshmi Narasimhan, consultora de investigación; Keerthana Ram, investigadora asociada; Pallavi Rohatgi, directora ejecutiva (The Banyan, Chennai [India]); Nisha Vinayak, colíder del Centro de Acción Social e Investigación, The Banyan Academy, Chennai (India).

**Home Focus (Cork occidental, Irlanda):** Barbara Downs, instructora de capacitación en rehabilitación, equipo de Home Focus; Kathleen Harrington, gerente de área; Caroline Hayes, promotora de desarrollo y recuperación, equipo de Home Focus; Catriona Hayes, especialista en enfermería clínica y enfermera de salud mental comunitaria, equipo de Home Focus; Maura O'Donovan, auxiliar de recuperación, equipo de Home Focus; Aidan O'Mahony, instructor de capacitación en rehabilitación, equipo de Home Focus; Jason Wycherley, gerente de área (National Learning Network, Bantry [Irlanda]).



**Redes de apoyo KeyRing:** Charlie Crabtree, gerente de mercadotecnia y comunicaciones; Sarah Hatch, coordinadora de comunicaciones; Karyn Kirkpatrick, gerente general; Frank Steeples, jefe de garantía de la calidad; Mike Wright, gerente general adjunto (KeyRing Living Support Networks, Londres [Reino Unido]).

**Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH (Heidenheim, Alemania):** Martín Zinkler, director clínico, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Heidenheim (Alemania).

**Link House (Bristol, Reino Unido):** Carol Metters, ex gerente general; Sarah O'Leary, gerente general (Missing Link Mental Health Services Bristol [Reino Unido]).

**Grupo de ayuda mutua Mind Empowerment, USP (Kenya):** Elizabeth Kamundia, subdirectora de la Dirección de Investigación, Promoción y Extensión de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya, Nairobi (Kenya); Michael Njenga, miembro del consejo ejecutivo, Foro de Discapacidad de África, y gerente general, Usuarios y Sobrevivientes de Psiquiatría en Kenya, Nairobi (Kenya).

**Naya Daur (Bengala occidental, India):** Mrinmoyee Bose, coordinadora de programas; Sarbani Das Roy, directora y cofundadora; Gunjan Khemka, subdirector; Priyal Kothari, directora de programas; Srikumar Mukherjee, psiquiatra y cofundador; Abir Mukherjee, psiquiatra; Laboni Roy, subdirectora (Iswar Sankalpa, Kolkata, Bengala Occidental [India]).

**Open Dialogue Crisis Service (Laponia, Finlandia):** Brigitta Alakare, exjefa de psiquiatra; Tomi Bergström, psicólogo, PhD, Hospital Keropudas; Marika Biro, enfermera y terapeuta familiar, enfermera en jefe, Hospital Keropudas; Anni Haase, psicóloga, instructora en psicoterapia; Mia Kurtti, enfermera, MSc, instructora en familia y psicoterapia; Elina Löhönen, psicóloga, instructora en familia y psicoterapia; Hannele Mäkiölitervo, licenciada en ciencias sociales, trabajadora de ayuda entre pares, unidad de psiquiatría; Tiina Puotiniemi, directora, unidad de psiquiatría y adicciones; Jyri Taskila, psiquiatra, instructor en familia y psicoterapia; Juha Timonen, enfermero y terapeuta familiar, Hospital Keropudas; Kari Valtanen, médico psiquiatra, instructor en familia y psicoterapia; Jouni Petäjäniemi, enfermero en jefe, consultorio de crisis del Hospital Keropudas y servicios ambulatorios de la ciudad de Tornio (distrito de atención de salud de Laponia occidental, Laponia [Finlandia]).

**Peer Support South East Ontario (Ontario, Canadá):** Todd Buchanan, profesor, gerente de negocios y operaciones del Loyalist College, Peer Support South East Ontario (PSSEO), Ontario (Canadá); Deborah Cuttriss Sherman, apoyo de pares para la transición después del alta, Providence Care, Ontario (Canadá); Cheryl Forchuk, cátedra Beryl y Richard Ivey para la investigación en envejecimiento, salud mental, rehabilitación y recuperación, Parkwood Institute Research/Lawson Health Research Institute, Western University, Londres, Ontario (Canadá); Donna Stratton, coordinadora del modelo de alta de transición, Peer Support South East Ontario, Ontario (Canadá).

**Ómbudsman de las personas (Suecia):** Ann Bengtsson, responsable de programas, Consejo Nacional de Salud y Bienestar (Socialstyrelsen), Estocolmo (Suecia); Camilla Bogarve, gerente general, ómbudsman de Escania (Suecia); Ulrika Fritz, presidente, Asociación Profesional de Ómbudsman de las Personas de Suecia (YPOS), Suecia.

**Phoenix Clubhouse, Región Administrativa Especial (RAE) de Hong Kong (República Popular China):** Phyllis Chan, coordinadora clínica (salud mental), Hong Kong West Cluster, jefa de servicio del Departamento de Psiquiatría, Queen Mary Hospital, profesora adjunta clínica honoraria del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina Li Ka Shing Faculty de la Universidad de Hong Kong, RAE de Hong Kong (República Popular China); Anita Chan, terapeuta ocupacional principal del Departamento de Terapia Ocupacional, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); June Chao, gerente del Departamento de Terapia Ocupacional, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Bianca Cheung, miembro del personal de Phoenix Clubhouse, Phoenix Clubhouse/Departamento de Terapia Ocupacional de Clubhouse, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Eileen Chui, consultora del Departamento de Psiquiatría, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Joel D. Corcoran, director ejecutivo, Clubhouse International, Nueva York, (Estados Unidos); Enzo Lee, miembro del personal de Phoenix Clubhouse, Phoenix Clubhouse/Departamento de Terapia Ocupacional de Clubhouse, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Francez Leung, directora de Phoenix Clubhouse, terapeuta ocupacional, Phoenix Clubhouse/Departamento de Terapia Ocupacional, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Eric Wong, miembro del personal de Phoenix Clubhouse, Phoenix Clubhouse/Departamento de Terapia Ocupacional de Clubhouse, Queen Mary Hospital, RAE de Hong Kong (República Popular China); Mimi Wong, miembro del personal de Phoenix Clubhouse, RAE de Hong Kong, República Popular China; Eva Yau, miembro honoraria de Friends of Phoenix Clubhouse,

miembro de la facultad de Clubhouse International, directora fundadora de Phoenix Clubhouse, RAE de Hong Kong (República Popular China).

**Shared Lives (sudeste de Gales, Reino Unido):** Emma Jenkins, gerente de Shared Lives for Mental Health Crisis, South East Wales Shared Lives Scheme, Caerphilly CBC (Reino Unido); Martín Thomas, gerente comercial, South East Wales Shared Lives Scheme, Caerphilly CBC (Reino Unido); Benna Waites, directora conjunta de psicología, asesoramiento y terapias de arte, salud mental y discapacidades de aprendizaje, Aneurina Bevan University Health Board (Reino Unido); Rachel White, gerente del equipo de tratamiento domiciliario, dirección de salud mental de adultos, Aneurina Bevan University Health Board (Reino Unido).

**Soteria (Berna, Suiza):** Clare Christine, directora gerente de Soteria Berne, Berna (Suiza); Walter Gekle, director médico, Soteria Berne, médico jefe y director adjunto, Centro de Rehabilitación Psiquiátrica, Servicios Psiquiátricos Universitarios, Berna (Suiza).

**Red de servicios comunitarios de salud mental de Trieste (Italia):** Tommaso Bonavigo, psiquiatra, Centro Comunitario de Salud Mental 3, Domio, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Mario Colucci, psiquiatra, director del Centro Comunitario de Salud Mental 3, Domio, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Elisabetta Pascolo Fabrici, directora del Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Serena Goljevscek, psiquiatra del Centro Comunitario de Salud Mental 3: Domio, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Roberto Mezzina, International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), Italia, exdirector del Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Alessandro Saullo, psiquiatra del Centro Comunitario de Salud Mental de Gorizia, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Daniela Speh, enfermera especializada, coordinadora de capacitación, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación, Oficina Corporativa de Capacitación y Desarrollo de ASUGI, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Marco Visintin, psicólogo del Centro Comunitario de Salud Mental de Gorizia, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia).

**Tupu Ake (sur de Auckland, Nueva Zelandia):** Janice McGill, jefa de desarrollo de servicios de pares; Ross Phillips, gerente de operaciones comerciales (Pathways, Auckland [Nueva Zelandia]).

## Redes de salud mental de Bosnia y Herzegovina, Líbano y Perú

**Bosnia y Herzegovina:** Dzenita Hrelja, directora de proyectos de salud mental, Asociación XY, Sarajevo (Bosnia y Herzegovina).

**Líbano:** Rabih El Chammay, director; Nayla Geagea, asesora de legislación y derechos humanos; Racha Abi Hana, coordinadora de desarrollo de servicios, programa nacional de salud mental del Ministerio de Salud Pública de Líbano; Thurayya Zreik, coordinadora del proyecto Calidad y Derechos (QualityRights) de Líbano.

**Perú:** Yuri Cutipé, director de salud mental del Ministerio de Salud, Lima (Perú).

## Revisión técnica y contribuciones por escrito

María Paula Acuña González, expasante de la OMS (Irlanda); Christine Ajulu, Foro de promoción de los derechos humanos (Kenya); John Allan, área de salud mental, alcohol y otras drogas, Clinical Excellence Queensland, Queensland Health (Australia); Jacqueline Aloo, Ministerio de Salud (Kenya); Caroline Amissah, Autoridad de Salud Mental (Ghana); Sunday Anaba, BasicNeeds (Ghana); Naomi Anyango, hospital docente y de referencia Mathari (Kenya); Aung Min, iniciativa de salud mental de la Clínica Aung (Myanmar); Antoine Baleige, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Shantha Barriga, división de derechos relacionados con la discapacidad, Human Rights Watch (Bélgica); Peter Bartlett, Facultad de Derecho e Instituto

de Salud Mental de la Universidad de Nottingham (Reino Unido); Marie Baudel, laboratorio de derecho y cambio social, Universidad de Nantes (Francia); Frank Bellivier, Ministerio de Salud (Francia); Alison Brabban, Tees, Esk & Wear Valleys NHS Foundation Trust (Reino Unido); Jonas Bull, Mental Health Europe (Bélgica); Peter Bullimore, National Paranoia Network (Reino Unido); Raluca Bunea, Open Society Foundations (Alemania); Miroslav Cangár, Consejo Asesor de Trabajo Social (Eslovaquia); Mauro Giovanni Carta, Departamento de Ciencias Médicas y Salud Pública de la Universidad de Cagliari (Italia); Marika Cencelli, Mental Health, NHS England (Reino Unido); Vincent Cheng, Hearing Voices (Hong Kong); Dixon Chibanda, Friendship Bench (Zimbabwe); Amanda B. Clinton, Asociación Estadounidense de Psicología (Estados Unidos); Jarrod Clyne, International Disability Alliance (Suiza); Joel D. Corcoran, Clubhouse International (Estados Unidos); Alain Dannet, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Bhargavi Davar, Transforming Communities for Inclusion – Asia-Pacific (TCI-AP) (India); asesor Liron David, Enosh – Asociación Israelí de Salud Mental (Israel); Sera Davidow, Wildflower Alliance (antes conocida como Western Massachusetts Recovery Learning Community) (Estados Unidos); Larry Davidson, programa para la recuperación y la salud comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale (Estados Unidos); Gabriela B. de Luca, Open Society Foundations (Estados Unidos); Laurent Defromont, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Keshav Desiraju, exsecretario de salud (India); Julian Eaton, CBM Global (Reino Unido); Marie Fallon-Kund, Mental Health Europe (Bélgica); Julia Faure, consultora de la OMS (Francia); Silvana Galderisi, Universidad de Campania; Luigi Vanvitelli (Italia); Rosemary Gathara, Basic Needs Basic Rights Kenya (Kenya); Walter Gekle, Soteria Berne (Suiza); Piers Gooding, Melbourne Social Equity Institute de la Universidad de Melbourne (Australia); Ugne Grigaite, ONG Mental Health Perspectives (Lituania); Ahmed Hankir, Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencias, King's College de Londres (Reino Unido); Sarah Harrison, International Medical Corps (Turquía); Akiko Hart, National Survivor User Network (Reino Unido); Hee-Kyung Yun, Centro Colaborador de la OMS para la Rehabilitación Psicosocial y la Salud Mental Comunitaria, Hospital Mental Yong-In (República de Corea); Helen Herrman, Orygen y Centro de Salud Mental Juvenil, Universidad de Melbourne (Australia); Mathew Jackman, Global Mental Health Peer Network (Australia); Florence Jaguga, hospital docente y de referencia Moi (Kenya); Jazmín Kalha, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Olga Kalina, European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry (Dinamarca); Elizabeth Kamundia, Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya (Kenya); Clement Kemboi Cheptoo, Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya (Kenya); Tim Kendall, Salud Mental, NHS England (Reino Unido); Judith Klein, INclude-The Mental Health Initiative (Estados Unidos); Sarah Kline, United for Global Mental Health (Reino Unido); Humphrey Kofie, Sociedad de Salud Mental de Ghana (Ghana); Martijn Kole, Lister Utrecht Enik Recovery Center (Países Bajos); Géry Kruhelski, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Kimberly Lacroix, Bapu Trust for Research on Mind and Disclosure (India); Rae Lamb, Te Pou o te Whakaaro Nui (Nueva Zelanda); Marc Laporta, Centro de Investigación del Hospital Douglas, Centro Colaborador de la OPS/OMS para Referencia e Investigación sobre Salud Mental, Montreal (Canadá); Tuncho Levav, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad de Haifa (Israel); Konstantina Leventi, The European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (Bélgica); Long Jiang, Shanghai Mental Health Centre, Universidad de Shanghai Jiao Tong, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación en Salud Mental (China); Florence Wangechi Maina, Medical Training College de Kenya, Mathari Campus (Kenya); Felicia Mburu, Validity Foundation (Kenya); Peter McGovern, Modum Bad (Noruega); David McGrath, David McGrath Consulting (Australia); Roberto Mezzina, International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), Italia, exdirector del Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia del Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación: Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Trieste (Italia); Matilda Mghoi, División de Salud Mental del Ministerio de Salud (Kenya); Jean-Dominique Michel, Pro Mente Sana (Suiza); Tina Minkowitz, Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry (Estados Unidos); Faraaz Mohamed, Open Society Foundations (Estados Unidos); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (Reino Unido); María Francesca Moro, Departamento de Epidemiología de la Facultad de Salud Pública de Mailman, Universidad de Columbia (Estados Unidos); Marina Morrow, Realizing Human Rights and Equity in Community Based Mental Health Services, Universidad de York (Canadá); Joy Muhia, QualityRights Kenya, División de Salud Mental del Ministerio de Salud (Kenya); Elizabeth Mutunga, Alzheimer and Dementia Organization (Kenya); NA-Rae Jeong, Centro Colaborador de la OMS para la Rehabilitación Psicosocial y la Salud Mental Comunitaria, Hospital Mental Yong-In (República de Corea); Lawrence Nderi, Hospital Nacional Académico y de Referencia Mathari (Kenya); Mary Nettle, consultora de usuarios de salud mental (Reino Unido); Simon Njuguna Kahonge, Ministerio de Salud (Kenya); Akwasi Owusu Osei, Autoridad de Salud Mental (Ghana); Cláudia Pellegrini Braga, fiscalía de Río de Janeiro (Brasil); Sifiso Owen Phakathi, Dirección de Salud Mental y Política de Consumo de Sustancias Psicoactivas del Departamento de Salud (Sudáfrica); Phillips de Ross, Pathways (Nueva Zelanda); Dainius Puras, Instituto

de Vigilancia de los Derechos Humanos/Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Vilnius (Lituania); Gerard Quinn, Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (Irlanda); Marianne Ramonet, Centro Colaborador de la OMS, Lille (Francia); Julie Repper, Nottinghamshire Healthcare Trust, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Pina Ridente, psiquiatra, Italia; Jean-Luc Roelandt, Centro Colaborador de la OMS para la investigación y la capacitación en salud mental, Establecimiento Público de Salud Mental (EPSM) Lille-Métropole (Francia); Grace Ryan, Centre for Global Mental Health, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (Reino Unido); San Oo, iniciativa de salud mental de la Clínica Aung (Myanmar); Benedetto Saraceno, Lisbon Institute of Global Mental Health, CEDOC/NUEVA, Facultad de Medicina (Portugal); Natalie Schuck, Departamento de Estudios Legales Transfronterizos, Global Health Law Groningen Research Centre de la Universidad de Groninga (Países Bajos); Seongsu Kim, Centro de Respuesta de Crisis de Salud Mental, Nuevo Hospital Psiquiátrico Provincial Gyeonggi (República de Corea); Dudu Shiba, Directorate of Mental Health and Substance Abuse Policy, del Departamento de Salud (Sudáfrica); Mike Slade, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Nottingham (Reino Unido); Alexander Smith, WARP/Counseling Service del Condado de Addison (Estados Unidos); Gregory Smith, Mountaintop, Pensilvania (Estados Unidos); Daniela Speh, Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación, Oficina Corporativa de Capacitación y Desarrollo ASUGI, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (Italia); Ellie Stake, Charity Chy -Sawel (Reino Unido); Peter Stastny, International Network Towards Alternatives and Recovery (INTAR)/Community Access NYC (Estados Unidos); Sladjana Strkalj Ivezic, Centro Comunitario de Rehabilitación de Hospital Psiquiátrico Universitario Vrapce (Croacia); Charlene Sunkel, Global Mental Health Peer Network (Sudáfrica); Sauli Suominen, Finnish Personal Ombudsman Association (Finlandia); Orest Suvalo, Instituto de Salud Mental de la Universidad Católica Ucraniana (Ucrania); Kate Swaffer, Dementia Alliance International, Alzheimer's Disease Internacional (Australia); Tae-Young Hwang, Centro Colaborador de la OMS para la Rehabilitación Psicosocial y la Salud Mental Comunitaria, Hospital Mental Yong-In (República de Corea); Bliss Christian Takyi, St. Joseph Catholic Hospital, Nkwanta (Ghana); Katelyn Tenbensen, Alfred Health (Australia); Luc Thibaud, defensor de usuarios (Francia); Tin Oo, Ministerio de Salud y Deporte, Departamento de Salud Mental de la Universidad de Medicina (Myanmar); Facultad de Ciencias Sociales del Departamento de Trabajo Social y Administración Social, Universidad de Hong Kong (Hong Kong); Gabriel Twose, Oficina de los Asuntos Internacionales de la American Psychological Association (Estados Unidos); Roberto Tykanori Kinoshita, Universidad Federal de São Paulo (Brasil); Katrin Uerpmann, Dirección General de Derechos Humanos y Estado de Derecho de la Unidad de Bioética, Consejo de Europa (Francia); Carmen Valle Trabadelo, grupo de referencia del Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) (Dinamarca); Alberto Vásquez Encalada, Sociedad y Discapacidad (SODIS), Suiza; Simon Vasseur Bacle, Centro Colaborador de la OMS (Lille, Francia), Establecimiento Público de Salud Mental (EPSM) Lille-Métropole (Francia); Ruth Verhey, Friendship Bench (Zimbabue); Lakshmi Vijayakumar, Society for Nutrition, Education & Health Action, Servicios Voluntarios de Salud (India); Benna Waites, psicología, asesoramiento y terapias de arte, Aneurin Bevan University Health Board (Reino Unido); Ian Walker, salud mental, ENT y programa UKOT Programme, División de Salud Pública Mundial, Public Health England (Reino Unido); Petr Winkler, Departamento de Salud Mental Pública, Instituto Nacional de Salud Mental (República Checa); Stephanie Wooley, European Network of (Ex) Users and Survivors of Psychiatry (Francia); Alexandre Willschleger, Salud Mental, Hôpitaux Universitaires Genève (Suiza); Peter Badimark Yaro, BasicNeeds Ghana (Ghana); Yifeng Xu, Centro de Salud Mental de Shanghai, Universidad Jiao Tong de Shanghai, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación en Salud Mental (China); Luk Zelderloo, The European Association of Service Providers for Persons with Disabilities, Zero Project (Bélgica); Maximilien Zimmerman, Fédération Handicap International – Humanity & Inclusion (Bélgica); Martin Zinkler, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Heidenheim (Alemania).



## Contribuciones de la Sede, de las oficinas regionales y de las oficinas de país de la OMS

Nazneen Anwar (OMS/SEARO); Sebnem Avsar Kurnaz (OMS/Turquía); Florence Baingana (OMS/AFRO); Fatima Batool (OMS/Sede); Andrea Bruni (OMS/AMRO); Kenneth Carswell (OMS/Sede); Vanessa Cavallera (OMS/Sede); Claudina Cayetano (OMS/AMRO); Daniel Hugh Chisholm (OMS/EURO); Neerja Chowdhary (OMS/Sede); Alarcos Cieza (OMS/Sede); Catarina Magalhães Dahl (OMS/AMRO); Tarun Dua (OMS/Sede); Alexandra Fleischmann (OMS/Sede); Stéfanie Freil (OMS/Sede); Brandon Gray (OMS/Sede); Fahmy Hanna (OMS/Sede); Mathew Jowett (OMS/Sede); Tara Mona Kessaram (OMS/Indonesia); Dévora Kestel (OMS/Sede); Kavitha Kolappa (OMS/Sede); Jason Ligot (OMS/WPRO); Aiysha Malik (OMS/Sede); María del Carmen Martínez Viciano (OMS/AMRO); Hernan Montenegro von Mühlenbrock (OMS/Sede); Melita Murko (OMS/EURO); Brian Ogallo (OMS/Sudán); Sally-ann Ohene (OMS/Ghana); Renato Oliveira E Souza (OMS/AMRO); Khalid Saeed (OMS/EMRO); Giovanni Sala (OMS/Sede); Alison Schafer (OMS/Sede); Nicoline Schiess (OMS/sede); Katrin Seeher (OMS/sede); Chiara Servili (OMS/Sede); Julie Storr (OMS/Sede); Shams B. Syed (OMS/Sede); Mark Van Ommeren (OMS/Sede); Martín Vandendyck (OMS/WPRO); Jazmine Vergara (OMS/Filipinas); Edwina Zoghbi (OMS/Líbano).

## Apoyo administrativo, editorial y de otro tipo brindado por la OMS

Apoyo administrativo: Patricia Robertson, asistente del jefe de la Unidad de Política, Derecho y Derechos Humanos del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, OMS, Ginebra (Suiza).

Edición de las orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: Alexandra Lang Lucini (Suiza).

Edición de los módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: Tatum Anderson (Reino Unido) y Alexandra Lang Lucini (Suiza).

Redacción de los resúmenes iniciales de los 25 servicios de buenas prácticas: Elaine Fletcher, Global Policy Reporting Association (Suiza); Tatum Anderson (Reino Unido).

Diseño gráfico: Jillian Reichenbach-Ott, Genève Design (Suiza).

Otro tipo de apoyo: Casey Chu, Facultad de Salud Pública de Yale (Estados Unidos); April Jakubec Duggal, Universidad de Massachusetts (Estados Unidos); Adrienne W.Y. Li, Instituto de Rehabilitación de Toronto, University Health Network (Canadá); Izabella Zant, EmblemHealth (Estados Unidos).

## Agradecimientos especiales

**Clínica Aung (Rangún, Myanmar)** desea agradecer a las personas que participaron en el estudio para evaluar su iniciativa de salud mental, a los usuarios de los servicios y sus familias, y a las redes y asociaciones de particulares y entidades del ámbito nacional e internacional. Además, agradece a los trabajadores de apoyo entre pares y al grupo de apoyo entre pares de su iniciativa de salud mental por la promoción y las iniciativas de coordinación para las personas con discapacidad psicosocial e intelectual.

**Red servicios de salud mental del este de Lille (Francia)** desea reconocer el apoyo prestado por las siguientes personas: Bernard Derosier, Eugène Regnier, Gérard Duchéne (q.e.p.d.), Claude Ethuin (q.e.p.d.), Jacques Bossard, Françoise Dal, Alain Rabary, O. Verriest, M. Février, Raghnia Chabane y Vincent Demassiet.

**Unidad de BET, Hospital Blakstad, Vestre Viken Hospital Trust (Viken, Noruega)** desea agradecer a Øystein Saksvi (q.e.p.d.) por su mentoría, inspiración y contribución importante a la Unidad de BET.

**Shared Lives (Gales sudoriental, Reino Unido)** desea reconocer a las siguientes personas por su contribución decisiva al desarrollo de su servicio: Jamie Harrison, Annie Llewellyn Davies, Diane Maddocks, Alison Minett, Perry Attwell, Charles Parish, Katie Benson, Chris O'Connor, Rosemary Brown, Ian Thomas, Gill Barratt, Angela Fry, Martin Price, Kevin Arundel, Susie Gurner, Rhiannon Davies, Sarah Bees y el Newport Crisis Team y la Newport In-patient Unit, Aneurin Bevan University Health Board (ABUHB); y, además, Kieran Day, Rhian Hughes y Charlotte Thomas-Johnson, por su labor en la evaluación.

**Peer Support South East Ontario (Ontario, Canadá)** desea reconocer el apoyo prestado por Server Cloud Canada, Kingston (Ontario, Canadá) a su sitio web para los datos estadísticos necesarios para su servicio (<https://www.servercloudcanada.com>).

# Resumen

A lo largo del último decenio, la salud mental ha merecido una creciente atención de los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las organizaciones multilaterales, en particular las Naciones Unidas y el Banco Mundial. Dada la mayor sensibilización sobre la importancia de que la atención y los servicios proporcionados se centren en las personas, se basen en los derechos humanos y estén orientados a la recuperación, los servicios de salud mental de todo el mundo tratan de mejorar la calidad de la atención y el apoyo que prestan.

Sin embargo, a menudo los servicios afrontan importantes restricciones de recursos, operan en marcos jurídicos y regulatorios obsoletos, y adolecen de una arraigada y excesiva dependencia del modelo biomédico, en el que la atención se centra predominantemente en el diagnóstico, la medicación y la reducción de los síntomas, mientras que se pasa por alto toda la gama de determinantes sociales que afectan a la salud mental de las personas, que obstaculizan el progreso hacia la plena realización de un enfoque basado en los derechos humanos. Como consecuencia, en todo el mundo, muchas personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales ven violados sus derechos humanos, en particular en los servicios de atención donde se carece de la asistencia y el apoyo adecuados.

Para apoyar a los países en sus esfuerzos por adaptar los sistemas y servicios de salud mental a las normas internacionales de derechos humanos, en particular la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en las *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos* de la OMS se insta a centrar la atención en la ampliación de los servicios de salud mental basados en la comunidad que promueven unos servicios de salud centrados en las personas, orientados a la recuperación y basados en los derechos humanos. Se ofrecen ejemplos reales de buenas prácticas en los servicios de salud mental en diversos contextos de todo el mundo y se describen los vínculos necesarios con los sectores de la vivienda, la educación, el empleo y la protección social, para velar por que las personas con problemas de salud mental se incluyan en la comunidad y puedan llevar una vida plena y satisfactoria. Las orientaciones también presentan ejemplos de redes integrales, integradas, regionales y nacionales de servicios y apoyos en materia de salud mental basados en la comunidad. Por último, se presentan recomendaciones y medidas de acción específicas para que los países y las regiones desarrollen servicios comunitarios de salud mental respetuosos de los derechos humanos de la población y centrados en la recuperación.

Este amplio documento de orientación va acompañado de un conjunto de siete módulos técnicos de apoyo que contienen descripciones detalladas de los servicios de salud mental abordados:

1. **Servicios de salud mental en momentos de crisis**
2. **Servicios de salud mental hospitalarios**
3. **Centros de salud mental comunitarios**
4. **Servicios de salud mental de apoyo entre pares**
5. **Servicios de salud mental de alcance comunitario**
6. **Asistencia a la vida cotidiana en materia de salud mental**
7. **Redes integrales de servicios de salud mental**

## Mensajes clave de estas orientaciones

- Muchas personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales reciben una atención de mala calidad y sufren violaciones de sus derechos humanos; ello exige que se introduzcan cambios profundos en los sistemas de salud mental y en la prestación de servicios.
- En muchas partes del mundo existen ejemplos de buenas prácticas, servicios comunitarios de salud mental que están centrados en la persona, orientados a la recuperación y que se adhieren a las normas de los derechos humanos.
- En muchos casos, estas buenas prácticas y los servicios de salud mental basados en la comunidad tienen unos costos de prestación de servicios menores que los servicios convencionales comparables.
- Se requieren cambios importantes en el sector social para apoyar el acceso a la educación, el empleo, la vivienda y las prestaciones sociales de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales.
- Es esencial ampliar las redes de servicios de salud mental integrados y basados en la comunidad para lograr los cambios que se exigen en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Las recomendaciones y las medidas concretas presentadas en estas orientaciones proporcionan una hoja de ruta clara para que los países logren estos objetivos.

## Introducción

En informes provenientes de todas partes del mundo se pone de relieve la necesidad de afrontar la discriminación y promover los derechos humanos en el contexto de la atención de salud mental. Esto incluye suprimir el uso de prácticas coercitivas tales como el ingreso forzoso y el tratamiento forzoso, o la restricción o reclusión manual, física o química, y corregir los desequilibrios de poder que existen entre el personal de salud y las personas que utilizan los servicios. Se requieren soluciones sectoriales, no solo en los países de ingreso bajo sino también en los países de ingreso mediano y alto.

En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se reconocen esos problemas y se exige la introducción de reformas importantes y la promoción de los derechos humanos, una necesidad fuertemente reforzada por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Se establece la necesidad de introducir un cambio de paradigma fundamental en el campo de la salud mental, que prevea el replanteamiento de las políticas, las leyes, los sistemas, los servicios y las prácticas en los diferentes sectores que afectan negativamente a las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales.

Desde la adopción de la Convención en el 2006, un número cada vez mayor de países tratan de reformar sus leyes y políticas con el fin de promover los derechos a la inclusión comunitaria, la dignidad, la

autonomía, el empoderamiento y la recuperación. Sin embargo, hasta la fecha, pocos países han establecido los marcos normativos y legislativos necesarios para afrontar los cambios de gran alcance exigidos por el marco internacional de derechos humanos. En muchos casos, las políticas y las leyes existentes perpetúan la atención basada en el internamiento en instituciones, el aislamiento y las prácticas de tratamiento coercitivas y nocivas.

Proporcionar servicios de salud mental basados en la comunidad que se adhieran a los principios de los derechos humanos descritos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en particular los derechos fundamentales a la igualdad, la no discriminación, la participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad, y el respeto de la dignidad inherente y la autonomía individual de las personas, exigirá que los países modifiquen considerablemente sus prácticas. La introducción de esos cambios puede ser problemática en contextos en los que se están invirtiendo recursos humanos y financieros insuficientes en la salud mental.

En las presentes orientaciones se presentan diversas opciones para que, según proceda, los países consideren y adopten medidas de mejora de sus sistemas y servicios de salud mental. Se presenta un menú de opciones de buenas prácticas ancladas en los sistemas de salud basados en la comunidad, así como una vía para mejorar los servicios de atención de salud mental que sean innovadores y estén basados en los derechos. Son muchos los problemas que obstaculizan la realización de este enfoque dentro de las limitaciones que afrontan muchos servicios. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, los ejemplos de servicios de salud mental que se presentan en esta guía son una prueba concreta de que sí es factible.

### Ejemplos de servicios comunitarios de salud mental con buenas prácticas

En muchos países, la atención comunitaria de salud mental abarca una variedad de servicios, desde servicios en momentos de crisis, de alcance comunitario, de apoyo entre pares o de atención hospitalaria, hasta servicios de asistencia a la vida cotidiana o centros comunitarios de salud mental. Los ejemplos presentados en estas orientaciones abarcan diversos contextos, por ejemplo, desde el servicio de alcance comunitario en el ámbito de la salud mental Atmiyata, en India, hasta el servicio comunitario de salud mental de la Clínica Aung, en Myanmar, o el Banco de la Amistad, en Zimbabwe, todos los cuales hacen uso de agentes de salud comunitarios y de los sistemas de atención primaria de salud. Otros ejemplos son los servicios hospitalarios tales como la unidad de BET, en Noruega, que está fuertemente centrada en la recuperación, y servicios de momentos de crisis como el de Tupu Ake, en Nueva Zelanda. En las presentes orientaciones también se mencionan servicios de apoyo a la vida cotidiana bien establecidos, como las redes KeyRing Living Support Networks, en el Reino Unido, o los servicios de apoyo entre pares como los grupos de usuarios y personas sobrevivientes de la psiquiatría, en Kenya, y los grupos de Hearing Voices, de ámbito mundial.

Si bien cada uno de esos servicios es único en sí mismo, lo más importante es que todos ellos promueven para los sistemas y servicios de salud mental un enfoque orientado a la recuperación centrado en la persona y basado en los derechos. Ninguno de ellos es perfecto, pero estos ejemplos proporcionan inspiración y esperanza, ya que quienes los han establecido han dado pasos concretos en una dirección positiva hacia la adaptación a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En cada descripción de un servicio de salud mental se presentan los principios fundamentales subyacentes al servicio, incluido su compromiso de respeto de la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la inclusión en la comunidad, la participación y el enfoque orientado a la recuperación.



Es importante destacar que cada servicio presentado tiene un método de evaluación de los servicios, lo que es fundamental para la evaluación continua de la calidad, los resultados y la costo-eficacia. Para cada caso se presentan los costos del servicio, que se comparan con los de los servicios regionales o nacionales comparables.

Estos ejemplos de servicios de salud mental con buenas prácticas serán útiles para quienes deseen establecer un nuevo servicio de salud mental o reconfigurar un servicio existente. Las descripciones detalladas de los servicios que figuran en los módulos técnicos contienen información práctica sobre los problemas que afrontan los servicios a medida que evolucionan, y las soluciones desarrolladas para remediarlos. Estas estrategias o enfoques se pueden replicar, transferir o ampliar al desarrollar servicios en otros contextos. En las orientaciones se presentan medidas prácticas y recomendaciones para establecer o transformar servicios de salud mental de buenas prácticas que puedan funcionar con éxito en una amplia gama de marcos jurídicos, al tiempo que protegen los derechos humanos, evitan la coerción y promueven la capacidad jurídica.

## También se requieren cambios importantes en el sector social

En un contexto más general, los determinantes sociales críticos que afectan a la salud mental de las personas, como la violencia, la discriminación, la pobreza, la exclusión, el aislamiento, la inseguridad laboral o el desempleo, así como la falta de acceso a la vivienda, las redes de seguridad social y los servicios de salud, son factores que a menudo se pasan por alto o se excluyen del discurso y la práctica de la salud mental. En realidad, por causa de su discapacidad, las personas con algún problema de salud mental o discapacidad psicosocial a menudo se enfrentan a obstáculos desproporcionados para acceder a la educación, el empleo, la vivienda y las prestaciones sociales, que son derechos humanos fundamentales. Como consecuencia, un número importante de ellas vive en la pobreza.

Por esta razón, es importante desarrollar servicios de salud mental que intervengan en estos importantes problemas de la vida y garanticen que las personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales también puedan acceder a los servicios de que dispone la población general.

Sin embargo, por muy bien que se presten los servicios de salud mental, por sí solos son insuficientes para atender las necesidades de todas las personas, en particular de las que viven en la pobreza, o carecen de vivienda, educación o de medios para generar un ingreso. Por esta razón, es esencial garantizar que los servicios de salud mental y los servicios del sector social intervengan y colaboren de una manera muy práctica y provechosa para proporcionar apoyo holístico.

En muchos países ya se están realizando grandes progresos para diversificar e integrar los servicios de salud mental en la comunidad general. Este enfoque requiere una participación activa y la coordinación con diversos servicios y agentes comunitarios, en particular las instituciones de protección social, de salud y judiciales, las autoridades regionales y municipales, junto con iniciativas culturales, deportivas y de otros tipos. Para que esa colaboración pueda darse es necesario introducir cambios significativos en la estrategia, las políticas y el sistema no solo del sector de la salud, sino también del sector social.

### Ampliación de las redes de servicios de salud mental

Estas orientaciones demuestran que la ampliación de las redes de servicios de salud mental que interactúan con los servicios del sector social es fundamental para proporcionar un enfoque holístico que abarque toda la gama de servicios y funciones de salud mental.

En varios lugares del mundo, distintos países, regiones o ciudades se han desarrollado redes de servicios de salud mental que abordan los mencionados determinantes sociales de la salud y los problemas conexos que afrontan diariamente las personas con problemas de salud mental y psicosociales.

Algunos de los ejemplos presentados son redes bien establecidas, estructuradas y evaluadas que han remodelado y reorganizado profundamente el sistema de salud mental; otras son redes en transición, que han alcanzado hitos significativos.

Las redes bien establecidas han ejemplificado un compromiso político robusto y sostenido con la reforma del sistema de atención de la salud mental a lo largo de decenios, a fin de adoptar un enfoque basado en los derechos humanos y la recuperación. La base de su éxito es la adopción de nuevas políticas y leyes, junto con un aumento en la asignación de recursos destinados a los servicios basados en la comunidad. Por ejemplo, las redes de salud mental basadas en la comunidad de Brasil ofrecen un ejemplo de aplicación nacional de servicios a gran escala, anclados en los derechos humanos y los principios de recuperación. La red francesa de Lille oriental demuestra además que la atención hospitalaria se puede sustituir por intervenciones diversificadas y basadas en la comunidad con una inversión comparable a la de los servicios de salud mental más convencionales. Por último, la red de Trieste (Italia) de servicios comunitarios de salud mental también se basa en un enfoque de la atención y el apoyo basados en los derechos humanos, y hace un fuerte hincapié en la desinstitucionalización. En estas redes se plasma el desarrollo de servicios de salud mental basados en la comunidad que están fuertemente integrados y conectados con múltiples agentes comunitarios de diversos sectores, en particular los sectores social, judicial, de la salud, del empleo y otros.

Más recientemente, países como Bosnia y Herzegovina, Líbano, Perú y otros están actuando de manera concertada para ampliar rápidamente las redes emergentes y ofrecer a mayor escala servicios basados en la comunidad, orientados a los derechos y centrados en la recuperación. Un aspecto clave de muchas de estas redes emergentes es el objetivo de sacar los servicios de salud mental de los hospitales psiquiátricos y llevarlos a entornos locales, con el fin de garantizar la plena participación e inclusión en la comunidad de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. Si bien se requiere más tiempo y un esfuerzo sostenido, ya se están materializando cambios importantes. Estas redes ofrecen ejemplos inspiradores de lo que se puede lograr con voluntad política, determinación y un fuerte planteamiento basado en los derechos humanos que sustente las medidas relativas a la salud mental.

## Recomendaciones clave

En todo el mundo, en los sistemas de salud de países de ingreso bajo, mediano y alto se reconoce cada vez con más claridad la necesidad de proporcionar servicios de salud mental orientados a la recuperación, centrados en la persona y de alta calidad que protejan y promuevan los derechos humanos de la población. Los gobiernos, los profesionales de la salud y de la asistencia social, las ONG, las organizaciones de personas con discapacidad y otros actores y colectivos interesados de la sociedad civil pueden dar pasos importantes en pro de la mejora de la salud y el bienestar de su población adoptando medidas decisivas para introducir y ampliar los servicios con buenas prácticas y apoyos en materia de salud mental en los sistemas sociales generales, al tiempo que protegen y promueven los derechos humanos.

En las presentes orientaciones figuran recomendaciones clave para los países y las organizaciones, con medidas y cambios específicos necesarios en materia de políticas y estrategias de salud mental, reformas legislativas, prestación de servicios, financiación, desarrollo de la fuerza de trabajo, intervenciones psicosociales y psicológicas, fármacos psicotrópicos, sistemas de información, participación de la sociedad civil y la comunidad, e investigaciones.

Los países necesitan imperiosamente esforzarse en adaptar sus marcos jurídicos a lo que se establece en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. También es necesario introducir cambios significativos en cuestiones de política, de estrategia y de sistema. Mediante la creación de políticas conjuntas y con una fuerte colaboración entre el sector de la salud y el sector social, los países podrán abordar mejor los determinantes clave de la salud mental. Muchos países han utilizado con éxito la introducción de cambios en el financiamiento, las políticas y la legislación a modo de poderosa palanca para la reforma del sistema de salud mental. Colocar los enfoques de derechos humanos y recuperación en el primer plano de estas reformas del sistema tiene el potencial de aportar importantes beneficios sociales, económicos y políticos a los gobiernos y las comunidades.

A fin de integrar con éxito un enfoque en materia de salud mental centrado en la persona, orientado a la recuperación y basado en los derechos, los países deben cambiar y ampliar las mentalidades, corregir las actitudes estigmatizadoras y eliminar las prácticas coercitivas. A ese respecto, es fundamental que los sistemas y servicios de salud mental amplíen su enfoque más allá del modelo biomédico para incluir también un enfoque más holístico que considere todos los aspectos de la vida de las personas. Sin embargo, la práctica actual en todo el mundo coloca los fármacos psicotrópicos en el centro de las respuestas terapéuticas, cuando es necesario también explorar las intervenciones psicosociales y psicológicas y el apoyo entre pares, que deberían ofrecerse en el contexto de un enfoque centrado en la persona, la recuperación y los derechos. Estos cambios requerirán modificaciones importantes de los conocimientos, las competencias y las aptitudes de la fuerza de trabajo de la salud y los servicios sociales.

En términos más generales, también se requieren esfuerzos para crear sociedades y comunidades inclusivas donde se acepte la diversidad y se respeten y promuevan los derechos humanos de todas las personas. Cambiar las actitudes negativas y las prácticas discriminatorias es esencial no solo en el marco de los entornos de salud y asistencia social, sino también dentro de la comunidad en su conjunto. Las campañas de sensibilización sobre los derechos de las personas con experiencia propia son fundamentales a este respecto, y los grupos de la sociedad civil pueden desempeñar un papel estratégico clave en la promoción.

Además, dado que en los últimos decenios las investigaciones sobre salud mental han estado dominadas por el paradigma biomédico, son escasas las investigaciones en las que, en materia de salud mental, se examinan los enfoques basados en los derechos humanos. Es necesario que a escala mundial aumente significativamente el número de estudios que examinen los enfoques basados en los derechos, evalúen los costos comparativos de la prestación de servicios y evalúen los resultados en términos de recuperación en comparación con los enfoques de base biomédica. Esa reorientación de las prioridades de investigación creará una base sólida para un enfoque de los sistemas y servicios de salud mental y protección social verdaderamente basado en los derechos.

Por último, el desarrollo de un programa de derechos humanos y un enfoque orientado a la recuperación no pueden lograrse sin la participación activa de las personas con problemas mentales y discapacidades psicosociales. Las personas con experiencia propia no solo son expertas sino también asociados necesarios abogar por el respeto de sus derechos, pero también para el desarrollo de servicios y oportunidades que respondan mejor a sus necesidades reales.

Los países con un compromiso político fuerte y sostenido con el desarrollo continuo de servicios de salud mental basados en la comunidad que respeten los derechos humanos y adopten un enfoque orientado a la recuperación mejorarán enormemente no solo la vida de las personas con problemas mentales y discapacidades psicosociales, sino también la de sus familias, las comunidades y el conjunto de la sociedad.





## ¿En qué consiste la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS?

La iniciativa Calidad y Derechos (QualityRights) de la OMS tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención y el apoyo prestados en los servicios sociales y de salud mental, así como promover los derechos humanos de las personas con discapacidades psicosociales, intelectuales o cognitivas en todo el mundo. Calidad y Derechos aplica un enfoque participativo para lograr los siguientes objetivos:

1

### Crear capacidad para combatir el estigma y la discriminación, y promover los derechos humanos y la recuperación.

- [Módulos de capacitación presencial de Calidad y Derechos de la OMS](#) [en inglés]
- Curso en línea de Calidad y Derechos de la OMS sobre salud mental y discapacidad: eliminar el estigma y promover los derechos humanos

2

### Mejorar la calidad de la atención y la situación de los derechos humanos en los servicios sociales y de salud mental.

- [Instrumento de Calidad y Derechos Calidad y Derechos de la OMS](#)
- [Módulo de Calidad y Derechos de la OMS sobre la transformación de los servicios y la promoción de los derechos](#) [en inglés]

3

### Crear servicios basados en la comunidad y orientados hacia la recuperación que respeten y promuevan los derechos humanos.

- [Orientaciones y módulos técnicos de la OMS sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos](#)
- [Módulo de orientación de Calidad y Derechos de la OMS sobre sesiones individuales de apoyo entre pares por y para las personas con experiencia propia](#) [en inglés]
- [Módulo de orientación de Calidad y Derechos de la OMS sobre sesiones grupales de apoyo entre pares por y para personas con experiencia propia](#) [en inglés]
- [Módulo de autoayuda de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS sobre salud mental y bienestar orientados a la recuperación y centrados en la persona](#) [en inglés]

4

### Apoyar el desarrollo de un movimiento de la sociedad civil para llevar a cabo actividades de promoción e influir en la formulación de políticas.

- [Módulo de orientación de Calidad y Derechos de la OMS sobre la promoción de la causa en el área de la salud mental, la discapacidad y los derechos humanos](#) [en inglés]
- [Módulo de orientación de Calidad y Derechos de la OMS sobre organizaciones de la sociedad civil que promueven los derechos humanos relativos a la salud mental y esferas conexas](#) [en inglés]

5

### Reformar las políticas y legislación nacionales de conformidad con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otras normas internacionales de derechos humanos.

- Las orientaciones de la OMS están en fase de elaboración.

Para más información, consulte el sitio web de la iniciativa [Calidad y Derechos de la OMS](#).

# Acerca de las Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental de la OMS

La finalidad de estos documentos es proporcionar información y orientación a todas las partes interesadas que deseen establecer o transformar sus sistemas y servicios de salud mental. En estas orientaciones se brinda información exhaustiva sobre los elementos que contribuyen al establecimiento de servicios con buenas prácticas que cumplan las normas internacionales de derechos humanos y que promuevan un enfoque orientado a la recuperación y centrado en las personas. Este enfoque se refiere a los servicios de salud mental que funcionan sin coerción, que responden a las necesidades de las personas, apoyan la recuperación y promueven la autonomía y la inclusión, e incluyen a las personas con experiencia propia en el diseño, la prestación y el seguimiento de los servicios.

Hay muchos servicios en países de todo el mundo que funcionan dentro de un marco de recuperación y que se rigen por los principios de los derechos humanos, pero siguen siendo minoritarios y desconocidos para muchas partes interesadas, incluidos los responsables de las políticas, los profesionales de la salud y los usuarios.

Los servicios que se describen en estos documentos no cuentan con el respaldo formal de la OMS, pero han sido seleccionados porque constituyen ejemplos concretos de lo que se ha logrado en contextos muy diferentes en todo el mundo. No son los únicos que funcionan conforme a una agenda de recuperación y derechos humanos, pero se han seleccionado también porque han sido evaluados e ilustran la amplia gama de servicios que pueden implementarse.

Demostrar que hay tipos innovadores de servicios que son eficaces es fundamental para apoyar a los responsables de las políticas y otros actores clave en la creación de servicios nuevos o la transformación de los servicios existentes para ajustarlos a las normas de derechos humanos y convertirlos en una pieza integral de la cobertura universal de salud.

Este documento también tiene como objetivo destacar el hecho de que un servicio de salud mental, aunque produzca buenos resultados, no es suficiente por sí solo para satisfacer todas las necesidades de apoyo de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. Para esto, es esencial que diferentes tipos de servicios de salud mental basados en la comunidad colaboren a fin de satisfacer todas las distintas necesidades que las personas pueden tener, como el apoyo en momentos de crisis, el tratamiento y la atención continua, la vida en la comunidad y la inclusión.

Además, los servicios de salud mental deben interactuar con otros sectores, entre ellos los de protección social, vivienda, empleo y educación, para asegurarse de que las personas que reciben apoyo tengan derecho a la plena inclusión en su comunidad.

Las orientaciones y los módulos técnicos de la OMS comprenden un conjunto de documentos que incluyen:

- ***Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos.*** Este documento integral contiene una descripción detallada de los enfoques centrados en las personas y basados en la recuperación y los derechos

humanos en materia de salud mental. En él se proporcionan ejemplos resumidos de buenas prácticas de todo el mundo que promueven los derechos humanos y la recuperación, y se describen los pasos necesarios para avanzar hacia la prestación de servicios holísticos que tengan en cuenta aspectos de la vivienda, la educación, el empleo y las prestaciones sociales. También se brindan ejemplos de redes integrales e integradas de servicios y apoyo, y se formulan pautas y medidas de acción para introducir, integrar y ampliar los servicios de salud mental con buenas prácticas dentro de los sistemas de salud y de asistencia social en los países a fin de promover la cobertura universal de salud y proteger y promover los derechos humanos.

- ***Siete módulos técnicos complementarios sobre los servicios comunitarios de salud mental y la promoción de enfoques centrados en las personas y basados en los derechos.*** Cada uno de los módulos técnicos se centra en una categoría específica de servicios de salud mental y se vincula con el documento de orientación general. Los diferentes tipos de servicios abordados son los servicios de salud mental en momentos de crisis, los servicios de salud mental hospitalarios, los centros de salud mental comunitarios, los servicios de salud mental de apoyo entre pares, los servicios de salud mental de alcance comunitario, la asistencia a la vida cotidiana en materia de salud mental y las redes de servicios de salud mental. En cada módulo se presentan ejemplos detallados de las buenas prácticas en cada tipo de servicios que se describen a fondo para aportar un conocimiento integral del servicio, la manera en que funciona y la manera en que se respetan las normas de derechos humanos. En la descripción de cada servicio también se indican los retos que este afronta, las soluciones que se han encontrado y las consideraciones clave para la implementación en diferentes contextos. Por último, al final de cada módulo técnico, toda la información y las enseñanzas obtenidas de los servicios descritos se transforman en orientación práctica y en una serie de medidas de acción para avanzar desde el concepto hasta la ejecución de un servicio piloto o demostrativo.

En concreto, en los módulos técnicos:

- se presentan en detalle varios servicios de salud mental de diferentes países que prestan servicios y apoyo de acuerdo con las normas internacionales de derechos humanos y los principios de la recuperación;
- se detallan cómo funcionan los servicios con buenas prácticas a fin de respetar las normas internacionales de derechos humanos en relación con la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la inclusión comunitaria, la participación y el enfoque orientado a la recuperación;
- se describen los resultados positivos que pueden lograrse para las personas que utilizan los servicios de salud mental que siguen las buenas prácticas;
- se comparan los costos de los servicios de salud mental que siguen las buenas prácticas frente a los servicios tradicionales;
- se analizan los retos que surgen en la puesta en marcha y el funcionamiento los servicios, así como las soluciones aplicadas para superarlos; y
- se presentan varias medidas de acción para implantar un servicio con buenas prácticas, centrado en la persona y en el respeto y la promoción de los derechos humanos y la recuperación, y que sea pertinente para el contexto local social y económico.

Es importante reconocer que ningún servicio encaja perfecta y exclusivamente en una categoría, ya que todos ellos realizan una multitud de funciones variadas. Esto se refleja en las categorías presentadas al comienzo de cada descripción.

Estos documentos se centran específicamente en servicios para las personas adultas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. No incluyen servicios específicamente diseñados para las personas con discapacidades cognitivas o físicas, enfermedades neurológicas o por consumo perjudicial de sustancias psicoactivas, ni cubren servicios sumamente especializados, por ejemplo, los relativos a los trastornos alimentarios. Otras esferas no abarcadas incluyen las intervenciones por internet, los servicios telefónicos (como líneas telefónicas de asistencia), los programas de prevención, promoción e intervención temprana, los servicios con instrumentos específicos (por ejemplo, voluntades anticipadas), la capacitación y la defensa de la causa. En estos documentos de orientación tampoco se abordan los servicios prestados en entornos de salud no especializados, aunque muchas de las enseñanzas extraídas de los servicios descritos en el presente documento también son válidas para dichos entornos.

### Cómo usar los documentos

Las *Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos* es el documento de referencia principal para todas las partes interesadas. Los lectores que estén interesados en una categoría de servicio de salud mental en particular pueden consultar el módulo técnico correspondiente, en el que se proporcionan más detalles y orientación específica para establecer un nuevo servicio en el contexto local. Sin embargo, cada módulo técnico debe leerse junto con el documento más amplio de orientación sobre los servicios comunitarios de salud mental, que proporciona el grado de detalle necesario para integrar también los servicios en los sistemas del sector social y de salud de un país.

Estos documentos están dirigidos a:

- los ministerios pertinentes (incluidos los de salud y protección social) y los responsables de las políticas;
- los gerentes de servicios sociales, de salud general y de salud mental;
- los profesionales de la salud mental y de otras áreas y servicios comunitarios como medicina, enfermería, psiquiatría, psicología, ayuda entre pares, terapia ocupacional, asistencia social, acompañamiento comunitario, asistencia personal o curanderos tradicionales y religiosos;
- las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales;
- las personas que utilizan o han utilizado anteriormente los servicios sociales y de salud mental;
- las organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras entidades que trabajan en el área de la salud mental, los derechos humanos u otros ámbitos pertinentes como las organizaciones de personas con discapacidad, las organizaciones de usuarios y personas sobrevivientes de la psiquiatría, las organizaciones de defensa de la causa y las asociaciones de curanderos tradicionales y religiosos;
- las familias, las personas que prestan apoyo y otras personas que brindan cuidados; y
- otras organizaciones e interesados directos pertinentes como defensores, abogados y organizaciones de asistencia jurídica, académicos, estudiantes universitarios y líderes comunitarios y espirituales.

## Nota sobre la terminología

A lo largo de estas orientaciones y de los módulos técnicos que las acompañan, se utilizan los términos “personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales”, así como también “personas que utilizan servicios de salud mental” o “usuarios de los servicios”.

Reconocemos que el lenguaje y la terminología reflejan conceptos cambiantes sobre la discapacidad y que algunas personas usarán distintos términos en diferentes contextos y en diferentes épocas. Las personas deben poder elegir el vocabulario y las expresiones que deseen para describir su experiencia, situación o malestar psicológico. Por ejemplo, en el ámbito de la salud mental, algunas personas usan términos como “personas con diagnóstico psiquiátrico”, “personas con trastornos mentales” o “enfermedades mentales”, “personas con trastornos de salud mental”, “consumidores”, “usuarios de los servicios” o “personas sobrevivientes de la psiquiatría”. Otras consideran que algunos de estos términos son estigmatizantes, o usan diferentes expresiones para referirse a sus emociones, experiencias o malestar psicológico.

Por otro lado, se incorpora el término “discapacidad psicosocial” para incluir a las personas que han recibido un diagnóstico relacionado con la salud mental o que se identifican con este término. Es importante usar el término “discapacidad” en este contexto porque subraya los obstáculos que dificultan la participación plena y efectiva en la sociedad de las personas con deficiencias reales o percibidas, así como la protección que se les confiere en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El término “problema de salud mental” se usa de una manera similar al término “problema de salud física”. Una persona con un problema de salud mental puede o no haber recibido un diagnóstico formal, pero que se identifica con la experiencia presente o pasada de problemas de salud mental. El término ha sido adoptado en este documento de orientación para procurar que el personal de salud, de salud mental, de asistencia social y de otro tipo que trabaja en los servicios de salud mental, que quizás no esté familiarizado con el término “discapacidad psicosocial”, comprenda sin embargo que los valores, los derechos y los principios descritos en los documentos se aplican a las personas a las que atienden.

No todas las personas que se identifican con los términos anteriores sufren estigma, discriminación o violaciones de los derechos humanos. Hay usuarios de los servicios de salud mental que no tienen problemas de salud mental, mientras que algunas personas con problemas de salud mental tal vez no afronten restricciones ni obstáculos que dificulten su participación plena en la sociedad.

La terminología empleada en este documento de orientación se ha elegido en aras de la inclusión. Identificarse con ciertas expresiones o conceptos es una decisión personal, pero los derechos humanos se siguen aplicando a todos, en todas partes. Por encima de todo, un diagnóstico o una discapacidad nunca debe definir a una persona. Todos somos personas, cada una con su bagaje social, personalidad y autonomía, y sus sueños, objetivos y aspiraciones, así como con sus relaciones con los demás.





**1.**

# **Introducción**

En varios lugares del mundo, distintos países, regiones o ciudades se han desarrollado redes de servicios de salud mental que abordan los determinantes sociales de la salud y los problemas conexos que afrontan en su día a día las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales. Lo más destacable es que estas redes están esforzándose por ir un paso más allá para repensar y remodelar las relaciones entre los servicios y las personas que acuden a ellos en busca de ayuda. En algunos casos, estas redes se han inspirado explícitamente en una agenda de derechos humanos y han trabajado para implantar servicios orientados a la recuperación. Si bien su principal actividad es la atención a la salud mental, también reconocen la importancia de incidir sobre los determinantes sociales y de colaborar activamente con otros sectores como vivienda, educación y empleo. Muchas están tratando, además, de generar las condiciones propicias para entablar verdaderas colaboraciones con las personas con experiencia propia, para garantizar que sus conocimientos y requisitos sean parte integral de los servicios prestados. En este módulo se reseñan varios ejemplos de redes de salud mental; algunas redes, bien consolidadas, estructuradas y evaluadas, han reformado y reorganizado profundamente el sistema de salud mental, mientras que otras se hallan en fase de transición y ya han alcanzado hitos significativos.

Destacar a estas redes no implica que en todos los servicios se cumplan siempre las normas de derechos humanos; no es así en ningún lugar del mundo. No obstante, sí son ejemplos inspiradores de lo que se puede lograr con voluntad política, determinación y un fuerte planteamiento basado en los derechos humanos que sustente las acciones relativas a la salud mental. Los ejemplos son la prueba fehaciente de que los responsables de las políticas, los planificadores y los prestadores pueden crear una oferta singular de servicios que resulte útil y atractiva para las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, y que reporte buenos resultados, protegiendo y promoviendo los derechos humanos.

Las redes de servicios descritas en este módulo técnico se eligieron teniendo en cuenta las prácticas óptimas que conoce la Organización Mundial de la Salud. El proceso de selección se basó en los cinco criterios relativos a los derechos humanos y la recuperación: el respeto de la capacidad jurídica, la supresión de las prácticas coercitivas, la participación, la inclusión en la comunidad y el enfoque orientado a la recuperación. Los servicios descritos en el presente módulo técnico no deben interpretarse como las mejores prácticas posibles, sino que ilustran y demuestran el enorme potencial que tienen los servicios de salud mental basados en la comunidad para promover el enfoque de la recuperación centrado en la persona, con pleno respeto por sus derechos.

La prestación de servicios basados en la comunidad que se adhieren a los principios de derechos humanos conlleva cambios considerables en la práctica de todos los países y sienta normas muy estrictas en contextos en los que no se invierten suficientes recursos humanos y económicos en salud mental. Algunos países de ingresos bajos quizá supongan que los ejemplos procedentes de países de ingresos altos no son adecuados o útiles para ellos, y lo mismo puede ocurrir a los países de ingresos altos cuando vean los ejemplos de países de ingresos bajos. Los nuevos tipos de servicios y prácticas también pueden plantear dudas, dificultades e inquietudes a todas las partes interesadas, ya sean responsables de las políticas, profesionales, familias y cuidadores o las personas que recurren a los servicios de salud mental. No es intención de esta guía sugerir que se reproduzcan estos servicios en su totalidad, sino adoptar y aprender de los principios y las prácticas que sean relevantes y extrapolables al contexto propio en la prestación de servicios de salud mental comunitarios que estén centrados en la persona y promueven los derechos humanos y la recuperación.

# 2.

**Redes integrales de  
servicios de salud mental:  
descripción y análisis**

2.1

# Red de servicios comunitarios de salud mental del este de Lille (Francia)





## Contexto

En Francia, el sistema de atención a la salud mental está sectorizado; en total hay cerca de 850 sectores que ofrecen servicios para personas adultas, correspondientes a áreas de afluencia de aproximadamente 70.000 habitantes. El sector del este de Lille se encuentra en la región de Alta Francia y atiende solo a personas adultas, en una zona de 88.000 habitantes que engloba seis municipios suburbanos. La zona padece de una tasa de desempleo relativamente alta (15,6%), en comparación con el promedio nacional (11,1%) (1), y tiene la esperanza de vida más baja de Francia. Es sabido, también, que el sistema de salud en esta zona está “infradotado” (1). El Establecimiento Público de Salud Mental (EPSM) Lille-Métropole, en Armentières, a 25 km al oeste de Lille, se encarga de la gestión administrativa del servicio en el día a día, y también es responsable de otros nueve sectores y de un servicio de atención infantojuvenil con cobertura en todos estos sectores.

Desde la década de 1970, el servicio de salud mental del este de Lille ha sido objeto de reformas importantes y ha promovido el concepto de psiquiatría ciudadana (*psychiatrie citoyenne*), cuyos elementos esenciales son el respeto de los derechos humanos de los usuarios y su empoderamiento.

La primera fase clave de estas reformas tuvo lugar entre los años 1970 y 1995, durante los cuales se produjo un viraje en la asignación de recursos, desde las instituciones hacia el ámbito comunitario. En los años 70, el servicio comprendía principalmente seis pabellones de internamiento, con sede en el hospital psiquiátrico de Armentières, en el que se alojaban más de 300 residentes permanentes, y el 98% del presupuesto estaba dedicado a su hospitalización. En 1977 se creó un órgano supervisor, la Asociación Médico-Psico-Social (AMPS), para facilitar la desinstitucionalización. Este órgano reagrupó a la gerencia de los servicios de salud mental, los profesionales y los responsables de las políticas de los seis municipios del este de Lille, así como otros colectivos interesados en desarrollar servicios en el sector.

Desde el principio se vio que la reforma no debía limitarse a reducir el uso del hospital psiquiátrico, sino que también requeriría la inclusión de la población general, con un trabajo pedagógico y una política de integración. En la siguiente fase de reformas (1980-2010), se desarrollaron los servicios de salud mental basados en la comunidad, integrando el área de salud mental en los servicios sociales, culturales y de salud de los municipios del sector del este de Lille. También hubo un movimiento hacia una mayor participación de las personas con experiencia propia, las familias, los grupos profesionales y los cargos políticos en las decisiones del servicio de salud mental.

La siguiente fase, del 2005 al 2014, estuvo marcada por la creación de un gran equipo móvil de cuidados intensivos. A partir del 2011, se puso énfasis en promover la denominada “democracia en salud”, en la que todos los interesados del campo de la salud mental (especialmente las personas con experiencia propia) aunarían fuerzas para formular y llevar a la práctica las políticas con un espíritu de diálogo y colaboración. Finalmente, a partir del 2014, lo principal fue introducir la filosofía de la recuperación en la esencia del servicio.

Desde el 2006 se han adoptado medidas importantes para mantener estos logros, entre las que cabe citar la sustitución de la AMPS, en el 2010, por un consejo local de salud mental (1), en línea con los cambios operados en el resto de Francia (2). En el este de Lille, este consejo local se denomina Asociación Intermunicipal para la Salud, la Salud Mental y la Ciudadanía (AISSMC), y constituye un foro en el que pueden reunirse, debatir y hacer planes todos los interesados directos de los seis municipios.

Está presidido por los alcaldes de los municipios y codirigido por el servicio de salud mental del este de Lille. Además de responsables de las políticas, gerentes y profesionales, el consejo también está integrado por personas con experiencia propia, familias y cuidadores, residentes, servicios sociales y de salud, médicos generales, arrendadores sociales y personal de los centros comunitarios y del departamento de justicia. Todos los años se celebra una asamblea general.

Las actividades de la Asociación AISSMC se organizan en torno a cuatro polos:

- prevención: reuniones sobre temas de salud mental, promoción de la actividad física, diagnóstico precoz del cáncer y coordinación de situaciones complejas;
- acciones culturales: promoción de acciones culturales y contra el estigma, que gestiona un fondo de arte contemporáneo en el que se mezclan obras de personas con y sin problema de salud mental;
- vivienda: asignación, mantenimiento y planificación de vivienda para personas con problemas de salud mental en los municipios;
- el contrato local de salud: un sistema nacional cuyo objetivo es definir y coordinar las acciones de salud mental en los territorios, en torno a la realidad regional, con la participación destacada de los cargos políticos en las negociaciones.

### Descripción del servicio

La red de atención a la salud mental del sector del este de Lille se ha ido construyendo en el curso de 40 años de reorganizaciones y reformas. El compromiso del jefe del sector y del equipo demuestra que es posible pasar de la atención en régimen de internamiento a intervenciones diversificadas de carácter ambulatorio, en la comunidad, para personas con problemas de salud mental o discapacidades psicosociales, intelectuales y cognitivas, con un presupuesto parecido y un mismo perfil epidemiológico que otros sectores de salud mental de Francia. Las reformas han sido posibles gracias a la participación de los municipios, otros interesados directos, las personas directamente afectadas y sus cuidadores. El consejo local de salud mental (la AISSMC) es la base de las acciones para promover los derechos y la información sobre la salud mental en el este de Lille. En la actualidad ya se han constituido 230 consejos de este tipo en todo el territorio francés.

El concepto de “psiquiatría ciudadana” impregna toda la red de salud mental del este de Lille y se basa en cinco preceptos (3):

- los derechos humanos son inalienables, y la presencia de un problema mental jamás puede impedir a una persona ejercer estos derechos y garantizar que se respeten; hay que dejar de confundir justicia con psiquiatría, cárcel con hospital, reclusión con atención;
- es la sociedad, y, por lo tanto, los servicios de salud mental, la que debe adaptarse a las necesidades de las personas, y no al revés;
- es necesario clausurar las instituciones médico-sociales que apartan a los residentes de su comunidad;
- es necesario luchar contra el estigma y la discriminación por razón del problema de salud mental, derribando los estereotipos sobre peligrosidad e incapacidad.

Erigiéndose sobre estos valores, el servicio del este de Lille colabora con otros actores, incluidos los usuarios y sus familias, las ONG, los cargos políticos municipales y otras instancias que intervienen en el campo de la salud mental. Trabajando en concierto con estos actores, los diversos elementos del sistema de salud mental del este de Lille se interrelacionan conformando una red coherente.

## Elementos de la red de servicios de salud mental

### ***Servicios médico-psicológicos de proximidad***

Los servicios médico-psicológicos de proximidad representan el primer punto de contacto con el sistema de salud mental y ofrecen atención y apoyo integrales. Están ubicados en dos servicios ambulatorios especiales del establecimiento público de salud mental, integrados en otros 12 centros relacionados con la salud. La persona es derivada al servicio médico-psicológico de proximidad por su médico general, y allí puede consultar a varios profesionales: enfermería, psiquiatría, psicología, terapia psicomotriz,<sup>a</sup> educación social, mediación entre pares y entrenamiento deportivo adaptado.

Al llegar al servicio médico-psicológico de proximidad, en las 48 horas siguientes a la derivación, se realiza una evaluación inicial de las necesidades psicológicas y físicas de la persona, a cargo del equipo de enfermería. Esta evaluación pasa a analizarse en un equipo multidisciplinario que se reúne dos veces por semana y que presenta unas propuestas de atención y planifica los pasos a seguir. Las propuestas se remiten siempre al médico general que cursó la derivación, en aras de la continuidad del proceso asistencial y de la colaboración efectiva. No hay listas de espera y todos los profesionales que trabajan en el centro también tienen tiempo asignado para consultas a domicilio. Las consultas del equipo de los servicios médico-psicológicos de proximidad se llevan a cabo en diversos lugares de la comunidad, por lo que es un servicio muy accesible; por ejemplo, se realizan en una piscina y en un centro municipal de acción social para jóvenes de 16 a 25 años (que pueden acceder directamente, sin la derivación de un médico general).

### ***Equipo móvil: cuidados intensivos integrados en la ciudad (SIIC)***

El equipo móvil de atención a las crisis y tratamiento domiciliario, conocido como SIIC (siglas francesas de *soins intensifs intégrés dans la cité*), es el más grande de Francia, por número de personas tratadas. Gestiona crisis y brinda cuidados intensivos en el domicilio, con una capacidad máxima de 15 personas en un mismo momento. Se trata de un equipo multidisciplinario compuesto por un gerente, enfermeros en turno de día y de noche, psicólogos, educadores especiales, un psiquiatra, un psicomotricista y un mediador de salud par, disponible las 24 horas del día. Por término medio, el servicio de atención dura 12 días; la mayoría de las intervenciones son de unos pocos días, pero algunas duran semanas. En el 2018, 253 personas fueron atendidas en el domicilio y se practicaron 640 intervenciones de crisis en el domicilio, evitando la hospitalización. La razón de profesionales a jornada completa por personas atendidas es de 0,96 (casi un profesional por persona) (4). Todos los profesionales del servicio están sensibilizados sobre el enfoque orientado a la recuperación, la gestión de situaciones de crisis sin coerción y los derechos humanos de los usuarios.

### ***La clínica Jérôme Bosch***

Si bien toda la red está estructurada para prevenir las hospitalizaciones, en los casos en que resulta necesario, se puede programar un internamiento a tiempo completo en la clínica Jérôme Bosch, que cuenta con 10 camas y se encuentra junto al Hospital Universitario de Lille. Su equipo multidisciplinario está formado por un gerente, enfermeros de turno de día y de noche, un animador sociocultural, un psicólogo y técnicos de servicios hospitalarios que se encargan del mantenimiento y la higiene.

a La terapia psicomotriz utiliza la conciencia corporal y las actividades físicas como principales elementos de su método terapéutico. Se utiliza mucho en varios países europeos, entre ellos Francia.

Existen procesos para evitar la hospitalización y especialmente el ingreso forzoso. En el 2018 se realizaron 341 ingresos, de un total de 222 personas (algunas tuvieron más de un episodio de atención hospitalaria). En un mismo momento hay, por término medio, siete personas ingresadas en la clínica y la duración media de la estancia es de siete días (servicio de información médica, EPSM Lille-Métropole, comunicación personal, 2020).

Cuando una persona ingresa en la clínica, se la informa sobre sus derechos y obligaciones, tanto oralmente como por escrito, y se le da la opción de nombrar a una persona de confianza como acompañante. La organización y la arquitectura de la clínica están pensadas para amparar la intimidad de los internos. Todas las habitaciones son individuales y cada persona dispone de una llave para cerrar su habitación y una caja fuerte en la que pueden depositar sus pertenencias. Los internos pueden entrar y salir libremente de sus habitaciones, a voluntad.

La clínica depende de la estrecha red de apoyo de la persona, con el fin de ayudar con la negociación, la seguridad y la prevención de conflictos. El régimen de visitas es abierto (5) y hay dos habitaciones con una cama supletoria para los acompañantes, que pueden pernoctar en la clínica.

Una cuestión prioritaria es la disponibilidad de los profesionales en la clínica: la proporción de empleados a jornada completa con respecto a las camas de hospital es de 3,1:1. Durante el día hay un mínimo de tres enfermeros; y durante la noche, dos. También hay un auxiliar de enfermería y una animadora en la sala de actividades, que ofrece actividades lúdicas y artísticas. Los domingos se invita a otros profesionales externos al servicio, como un artista o un entrenador deportivo. También hay educadores especializados, disponibles todos los días, para tratar los problemas sociales o administrativos que puede tener el usuario. Los mediadores de salud pares que contrata el establecimiento público de salud mental acuden cada semana para ofrecer acompañamiento a las personas ingresadas. Estos mediadores han recibido una capacitación específica y cuentan con un título reconocido a nivel nacional.

Durante su hospitalización, se definen junto con la persona los objetivos de su proceso asistencial. En las 24 horas siguientes al ingreso, se efectúa una consulta con un médico general para valorar los problemas de salud física que pueda tener. Cabe destacar que los asistentes sociales y los educadores especializados participan desde el principio para ayudar a cubrir las necesidades del individuo en cuanto a vivienda y protección de otros derechos humanos, pero también en cuestiones prácticas, como el cuidado de las mascotas. Un aspecto importante de la filosofía del servicio es que la hospitalización nunca debe aislar a una persona del resto del sistema ambulatorio; todos los equipos ambulatorios visitan a las personas que se encuentran en el hospital. El equipo multidisciplinario se reúne a diario para planificar la atención.

Todos los profesionales de la salud del sector reciben capacitación específica para prevenir los conflictos y la violencia. El servicio también cuenta con una empresa externa de seguridad para situaciones en las que hay riesgo de violencia. Estos agentes de seguridad pueden intervenir a petición del personal del hospital, pero de lo contrario no interfieren en la atención ofrecida a las personas. Su función es ayudar a crear un clima de no violencia, aportando una sensación de tranquilidad y protección a los profesionales y a los usuarios.

Además de los planes generales para la gestión de crisis en el ámbito ambulatorio, también se acuerdan planes específicos para evitar toda intervención no consensuada. El servicio no dispone de un área de aislamiento como tal y nunca se practica la reclusión. Aunque es muy poco frecuente el uso de contenciones, sean del tipo que sean, las intervenciones coercitivas no están totalmente

prohibidas y pueden aplicarse contenciones físicas, en circunstancias excepcionales, durante un tiempo limitado. La clínica controla el uso de las contenciones y documenta todos estos incidentes, así como la duración de cada uno. Entre el 2011 y el 2019 se aplicaron contenciones físicas a una media de 1,77 personas por año, pero desde el 2017 solo se han aplicado a una persona por año (servicio de información médica, establecimiento público de salud mental de Lille-Métropole, comunicación personal, 2020). El servicio se ha marcado el objetivo interno de reducir estos incidentes a cero.

Las contenciones químicas, que también son muy esporádicas, han recibido especial atención en los últimos tiempos. En efecto, en el 2019 se documentaron nueve casos de inyección forzosa de neurolépticos. El uso de contenciones se considera un incidente muy negativo en la atención y posteriormente se investiga para garantizar un proceso continuo de mejora de las prácticas y reducir su aplicación, proceso en el que se invita a participar a los usuarios y sus familias.

El servicio concede especial importancia a la continuidad asistencial cuando el paciente sale del hospital. En ese momento, se notifica el alta a las familias y a las personas de confianza. Por su parte, el usuario tiene la opción de cumplimentar un cuestionario de alta, con ayuda si es necesario (véase el apartado “Evaluación del servicio”, a continuación). También se entrega al usuario un informe de alta, con una copia para su médico general.

### ***Familias de acogida terapéutica***

Otra alternativa a la hospitalización es alojarse con una familia de acogida. El objetivo de este servicio es acoger al usuario como miembro de una familia en lugar de someterlo a una relación paciente-cuidador de corte clásico. Por este motivo, la capacitación de las familias de acogida no está dedicada a la asistencia clínica, sino que se las enseña a prestar ayuda a una persona con un problema mental o discapacidad psicosocial dentro del marco de la recuperación y del respeto a los derechos humanos. También se las capacita para evitar toda forma de maltrato en la casa, ayudar en caso de agitación y prevenir las crisis, así como para saber hospedar a una persona como miembro de la familia.

En el 2018, recurrieron al servicio de familia de acogida 42 personas, y la duración media de las estancias fue de 32 días (4). Contando todas las familias participantes, se ofrecían siete plazas a la vez. En el 2019 se redujo la disponibilidad de plazas, ya que solo participaron dos familias, que ofrecieron cuatro plazas en total. Las familias de acogida reciben capacitación y ayuda económica del establecimiento público de salud mental. Durante todo el período de acogida se hacen labores de supervisión y se mantienen reuniones por separado con todos los involucrados. Una o dos veces al año se organizan reuniones de apoyo entre pares para las familias de acogida, en las que pueden comentar entre ellas los problemas que enfrentan.

### ***Centro intersectorial de terapia familiar y sistémica***

El centro intersectorial de terapia familiar y sistémica (Don Jackson) es un centro especializado de consultas externas que ofrece intervenciones psicoterapéuticas para familias y parejas. A lo largo de 30 años, han utilizado estos servicios un total de 667 parejas y 506 familias. En el centro han ejercido terapeutas con diferentes perfiles profesionales, pero todos reciben capacitación adicional sobre el enfoque sistémico a la terapia familiar y de pareja durante un período de cuatro años. Con esto se ha generado una perspectiva común, multidisciplinaria y holística desde la cual se plantea la terapia y el apoyo.



### **HabiCité**

HabiCité es un equipo de tratamiento comunitario intensivo (*assertive community treatment*) (6) que ofrece asistencia constante a 80 personas con discapacidades psíquicas. Está compuesto por enfermeros, educadores sociales, mediadores pares, psicólogos y un gerente, con una proporción de 1:8 entre profesionales y usuarios (7). Este servicio acompaña a la persona en su proyecto de recuperación individual, permitiéndole seguir en su casa y su comunidad. Además, ofrece varias opciones de vivienda compartida; actualmente hay 13 apartamentos en los que pueden alojarse hasta 26 personas. En los últimos tiempos, se ha democratizado el acceso a este sistema, al incluir a representantes de la comunidad en el procedimiento, incluidos cargos políticos, expertos por experiencia propia y otros colaboradores del área social. Además, el servicio se rige ahora por una filosofía de “vivienda primero”, lo cual significa que debe facilitarse un acceso incondicional a la vivienda y un apoyo incondicional para que funcione (8).

### **Frontière\$**

Frontière\$ es otro elemento de la red de servicios de salud mental, dedicado a reforzar la inclusión social y el bienestar general de los usuarios mediante actividades físicas, artísticas, culturales, creativas y profesionales. El equipo de *Frontière\$* está formado por una enfermera, un médico general, un terapeuta ocupacional, educadores especializados, un artista, un entrenador de deportes adaptados, un psicólogo, educadores psicomotores y cinco personas externas que organizan las actividades terapéuticas y apoyan a las personas fuera del entorno de los servicios, a través de sus conexiones con asociaciones y otros organismos municipales. El equipo también cuenta con mediadores de salud pares, que actualmente están recibiendo capacitación y que continuarán trabajando con *Frontière\$*.

Uno de sus servicios son las actividades de inclusión en espacios públicos de ocio en el entorno urbano, con apoyo individualizado y continuo para personas que están pasando por una crisis de salud mental; es el servicio de actividades de inserción y cuidados integrados en la ciudad (*service d'activités d'insertion et de soins intégrés à la cite*, SAISIC).

Además, su sistema Sagacité ofrece apoyo a quienes desean asistir a actividades con personas ajenas al servicio de salud mental, también en los espacios públicos de ocio y cultura de la ciudad. Este apoyo puede estar muy centrado en actividades específicas o prestarse en forma de una orientación intensiva. Por otro lado, se ofrecen grupos de apoyo mutuo a las personas que tienen un proyecto o un interés común.

Por último, este servicio ofrece apoyo para facilitar el acceso y la conservación de empleo mediante colaboraciones con entidades y otras partes interesadas de la localidad. Un terapeuta ocupacional ayuda a definir planes profesionales o de retorno al empleo para los usuarios, mientras que un psicólogo ayuda con la motivación y la evaluación de las competencias laborales.

### **Coordinación de la red y conexiones entre servicios**

Todos los servicios de salud mental de la red del este de Lille están conectados y trabajan juntos, lo que permite a los beneficiarios disfrutar de uno o más servicios: por ejemplo, los usuarios de HabiCité también pueden participar del programa *Frontière\$*. En el 2018 se atendió, en total, a 3.513 personas (servicio de información médica, establecimiento público de salud mental de Lille-Métropole, datos no publicados, 2018), y el 75% de los profesionales empleados por el servicio de salud mental del este de Lille trabajaban en equipos móviles y otras funciones comunitarias. Este apoyo intensivo fue suficiente

para mantener el número de camas de hospitalización en 10; la ocupación diaria media actual es de siete camas (servicio de información médica, establecimiento público de salud mental de Lille-Métropole, comunicación personal, 2020).

Todos los servicios de salud mental del este de Lille funcionan en red, a fin de abrir una vía de atención coherente para cada individuo, y están conectados a través de una intranet. Todos los profesionales de salud que integran la red tienen acceso a los datos sobre los usuarios guardados en la intranet,<sup>b</sup> garantizando la continuidad y posibilitando la coordinación entre los diferentes nodos del servicio (9). Por ejemplo, en el equipo móvil de cuidados intensivos integrados en la ciudad, la intranet permite consultar rápidamente los antecedentes médicos y psicosociales, derivando a la persona al médico, psicólogo o equipo de enfermería que mejor conozca. Se utiliza una misma historia para la atención ambulatoria y hospitalaria, a fin de evitar la pérdida de información.

## Principios y valores básicos de la red comunitaria de salud mental

### *Respeto de la capacidad jurídica*

El servicio tiene el compromiso de promover el respeto por la capacidad jurídica al respaldar iniciativas y procedimientos que maximicen la toma de decisiones independiente y con apoyo. Sin embargo, los internamientos y tratamientos forzados sí están permitidos.

De las 222 personas hospitalizadas en el este de Lille entre el 2013 y el 2019, el promedio de internamientos obligatorios es de 86,4 personas por año (39%), lo que equivale a una media de 101,6 personas por cada 100.000 habitantes al año. Esta tasa elevada se explica porque en Francia, en general, está muy extendido el uso de estas medidas: en el 2018 hubo 82.000 internamientos obligatorios en todo el país, equivalentes a 122,6 por cada 100.000 habitantes (10). La duración media de la estancia en el este de Lille es de 57 días, bastante próxima a la media de la región de Alta Francia. La mayoría de los ingresos obligatorios no los dicta el personal del sector del este de Lille, sino los psiquiatras de los hospitales generales, cuando atienden a las personas que acuden a las urgencias de estos hospitales por una crisis. Los ingresos se organizan directamente con la clínica Jérôme Bosch, por lo que no interviene el equipo móvil del este de Lille. El servicio del este de Lille no tiene autoridad para evitar este mecanismo, pero una vez que el paciente es ingresado en la clínica, en seguida se hacen planes para darle el alta y la estancia pasa a ser voluntaria tan pronto como lo permite la legislación. La duración media de la estancia es de solo siete días. Uno de los grandes obstáculos es que la ley francesa exige, en algunos casos, que la persona deje de presentar el trastorno mental antes de que se pueda levantar la medida. Para el 2020 se ha planteado el objetivo de lograr una tasa de cero hospitalizaciones no consentidas que duren más de 72 horas.

Para reforzar el respeto por la capacidad jurídica, la Comisión de Usuarios, una dependencia del establecimiento público de salud mental de Lille-Métropole encargada de las relaciones entre usuarios y profesionales, organiza tres sesiones de orientación jurídica al mes, en las que se facilita a las personas acceso a abogados externos e independientes, así como orientación por parte de representantes

<sup>b</sup> En Francia, los datos de salud están sujetos a estrictos reglamentos en materia de acceso y almacenamiento. Se conservan en servidores seguros, autorizados para alojar datos de salud, y únicamente pueden consultarlos el equipo de atención médica y el titular, previa solicitud. El acceso a los expedientes médicos se halla bajo estricto control de una institución externa, la Comisión de Acceso a los Documentos Administrativos. Como norma general, el usuario puede consultar su historia cuando se reúne con los profesionales.

de los usuarios y sus familias. Todo internamiento obligatorio está sujeto a revisión judicial, según lo dispuesto por la ley, el 12.º día, y el usuario del servicio cuenta con asistencia jurídica gratuita.

La red del este de Lille también utiliza voluntades anticipadas como parte de los planes generales de recuperación, para discernir y respetar la voluntad y las preferencias de las personas que utilizan los servicios. Estos planes de crisis genéricos se inspiran en el plan de acción para la recuperación del bienestar (WRAP, por sus siglas en inglés) (11) y difieren de los planes más específicos que se utilizan en la clínica Jérôme Bosch, en los que se consignan los desencadenantes que pueden alterar al usuario y se enumeran las intervenciones profesionales que el usuario encuentra útiles. Este tipo de plan se utiliza para prever y prevenir situaciones de conflicto, y así evitar las intervenciones coercitivas. Las voluntades anticipadas se integran con la herramienta en línea, Cariatides, para que sean fáciles de usar para la persona y puedan modificarse y verificarse fácilmente a lo largo del proceso asistencial. El objetivo para el año 2018 fue garantizar que se ofreciera la posibilidad de elaborar un plan anticipado a todas las personas atendidas por los servicios del equipo móvil de cuidados intensivos integrados en la ciudad. En el 2018, alrededor de 300 personas prepararon un plan anticipado, con prioridad para las que tuvieran riesgo alto de suicidio.

### ***Alternativas a las prácticas coercitivas***

Todas las personas que trabajan en el servicio reciben capacitación en técnicas de desescalada, el enfoque de la recuperación y el respeto de los derechos de los pacientes, lo que ayuda a evitar y gestionar las situaciones de conflicto. Si bien se hacen grandes esfuerzos para atender a las personas fuera del hospital, y existen varias alternativas concretas a la hospitalización, a veces se producen ingresos y tratamientos no consentidos. En la clínica Jérôme Bosch, se reduce al mínimo la tasa de intervenciones forzosas mediante los planes de prevención de crisis. A pesar de que no tienen reconocimiento legal en la legislación francesa, el servicio tiene el firme compromiso de respetar el plan de prevención de una persona. En todos los casos, después de una crisis se invita a la persona a revisar el plan con el equipo profesional para mejorarlo de cara a una futura ocasión.

Si una persona se niega a tomar la medicación que le han recetado en el hospital, se respetan sus deseos. Siempre hay un psiquiatra disponible para ajustar la receta según lo necesario; ellos son los únicos facultados para tomar decisiones con respecto a la medicación. Si los prestadores estiman que un determinado tratamiento sería beneficioso, negocian con la persona que no desea recibir tratamiento (reiteradamente, si es necesario) a fin de llegar a un consentimiento informado. Sin embargo, sigue habiendo tratamiento forzoso en la clínica, a pesar de que se hace todo lo posible por evitarlo.

La contravención del consentimiento, y en particular el uso de contenciones físicas o químicas (inyección forzosa de medicamentos), se considera un fracaso asistencial; el servicio posteriormente analiza todos estos episodios. Se lleva la cuenta de toda administración forzosa de fármacos, y los usuarios y sus familias participan en el análisis y la evaluación de estos incidentes. En el 2019 hubo 11 administraciones no consentidas (en dos ocasiones, se administraron medicamentos de acción prolongada; nueve casos fueron una administración puntual) (servicio de información médica, establecimiento público de salud mental de Lille-Métropole, comunicación personal, 2020). Ni en el hospital ni en los demás servicios del este de Lille se aplica nunca la reclusión.

## Inclusión en la comunidad

La inclusión en la comunidad es la piedra angular y la filosofía elemental de la red. Las iniciativas como Habicité, *Frontière\$*, las familias de acogida terapéutica y el servicio médico-psicológico de proximidad son ejemplos de atención especializada para promover la inclusión.

También se ofrecen a los usuarios varios grupos de apoyo para promover su inclusión y ciudadanía. Los temas tratados por los grupos corresponden a las necesidades que señalan los usuarios, como por ejemplo: cómo moverse en transporte público, cómo acceder a las actividades, cómo proteger los derechos y cómo gestionar la alimentación para “comer mejor y sentirse mejor” (particularmente en relación con los efectos de la medicación). Estos grupos estructurados tienen un número definido de sesiones y unos objetivos, y los dirigen diversos profesionales. Según normativa nacional, requieren la presencia de profesionales, pero se está intentando que estén menos “dominados por profesionales” y que incidan más en el apoyo y empoderamiento mutuo entre iguales.

Las acciones realizadas en el entorno público urbano también incluyen actividades terapéuticas y de inclusión social, canalizadas a través del servicio *Frontière\$*, con una iniciativa llamada *hors-les-murs* (“extramuros”), es decir, fuera de las instalaciones del servicio. El sector del este de Lille mantiene muchas colaboraciones con servicios deportivos, culturales y sociales para garantizar la participación de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales en la vida de la colectividad. El objetivo es tomar los deseos y motivaciones de la persona como punto de partida, para respaldar su participación desde la Administración, a fin de que pueda participar en actividades de su comunidad y, si es necesario, ayudarla a asistir a la actividad, pero abandonando esta función en cuanto sea posible.

A lo largo de los años, el servicio del este de Lille ha establecido vínculos activos con muchos servicios y organizaciones, como responsables de las políticas, instituciones sociales, centros culturales, grupos de usuarios y familias, y varios asociados de salud a nivel municipal (médicos generales, farmacéuticos y personal privado de enfermería, etc.). Utiliza estos vínculos para ayudar a los usuarios a recuperar su lugar en la comunidad (1).

## Participación

En el 2008 se pusieron en marcha dos grupos de autoayuda (*groupes d'entraide mutuelle*), lo cual marcó el comienzo de la participación real de personas con experiencia propia en la organización del servicio. Estos grupos los financió el Ministerio de Salud y eran independientes del sector del este de Lille. Su objetivo era promover el apoyo entre pares en la vida cotidiana, el ocio y las actividades sociales. Posteriormente, los grupos se vincularon al sector en calidad de asociaciones locales y nacionales de usuarios y cuidadores.

La creación del consejo local de salud mental en el 2010 (como se ha explicado anteriormente) realzó aún más la participación de las personas con experiencia propia, junto con sus familias y cuidadores. En el 2012, se contrató a dos mediadores de salud pares (*médiateurs de santé pairs*) como parte de la plantilla profesional de salud mental, que ahora se ha ampliado para incluir a un total de cinco de estas figuras. También en el 2012, se constituyó un grupo de trabajo dedicado a la participación de las personas con experiencia propia, que engloba a profesionales, mediadores pares y asociaciones de usuarios. Este paso conllevó varias innovaciones: un foro para usuarios, en forma de taller comunitario para hablar de salud mental y de la organización del servicio, herramientas de comunicación, una

hoja de sugerencias y una declaración sobre la recuperación, redactada y firmada por todos los interesados directos.

En el 2015, los usuarios del servicio eligieron a cuatro representantes que participan directamente en las reuniones de gestión, en la respuesta a las sugerencias y los reclamos y la organización del foro de usuarios. En este momento hay seis representantes que actúan como portavoces de los usuarios del este de Lille, recopilando opiniones y comentarios sobre los diferentes servicios de la red mediante foros trimestrales de usuarios y buzones de sugerencias. También participan en la investigación y revisión de los formularios de incidentes adversos, en los que se analiza el uso de intervenciones coercitivas, y participan en las reuniones del comité directivo del sector, las reuniones de gestión y los grupos de trabajo. Estos representantes reciben capacitación sobre derechos humanos y el enfoque orientado a la recuperación y se reúnen mensualmente con los profesionales del sector para hablar de las cuestiones y reclamos que deba atender el servicio. Uno de los portavoces ha seguido la capacitación de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS (4). También se recopilan sistemáticamente las opiniones de los usuarios en el hospital, mediante los cuestionarios de egreso, que se cumplimentan en el momento del alta, y los cuestionarios de satisfacción (12), que rellenan las personas que utilizan toda la cartera de servicios. En todos los servicios hay buzones de sugerencias, donde se pueden depositar quejas o comentarios anónimos. Este avance ha recibido el reconocimiento del premio “Derechos de los Usuarios” de la Agencia Regional de Salud y ha contado con dos subvenciones que se destinaron a la capacitación de los portavoces y la elaboración de las herramientas de comunicación.

En el 2017 se realizó un programa de capacitación llamado “expertos por experiencia”, dirigido por personas con experiencia propia o miembros de organizaciones de usuarios y cuidadores. Proporciona capacitación para profesionales del servicio sobre cuestiones como el escuchar voces, los trastornos alimentarios o el agotamiento emocional en el trabajo. Estas sesiones tienen lugar todos los meses y pretenden informar a los profesionales sobre lo que es útil (o no útil) desde la perspectiva del usuario (véase el apartado siguiente).

Al nivel institucional del establecimiento público de salud mental, la Comisión de Usuarios de Servicios supervisa el respeto por los derechos y representa los intereses de los usuarios en los órganos decisorios de los servicios.

### ***Enfoque de recuperación***

La red del este de Lille cuenta con un grupo directivo específico dedicado a la recuperación y a la promoción de instrumentos orientados a la recuperación. Desde el 2014, todos los servicios se guían expresamente por este paradigma. En el sector del este de Lille, todos los profesionales han recibido capacitación al respecto, mediante charlas y talleres impartidos por expertos en prácticas fundamentadas en la recuperación, inclusive algunas personas con experiencia propia e invitados externos. La capacitación se lleva a cabo todos los años, en grupos de 20 a 30 personas, para que puedan seguirla todos los integrantes del servicio.

En el sector de la salud mental del este de Lille se exploran constantemente nuevas formas de respaldar el enfoque orientado a la recuperación. Por ejemplo, una de las primeras herramientas que se utilizó era el llamado *Baromètre*, una plataforma en línea basada en la recuperación cuyo objetivo es garantizar que la atención no se limite a la medicación, sino que también tenga en cuenta la calidad de vida general de la persona, su entramado social, sus logros y sus puntos fuertes. La persona puede trabajar —junto con un acompañante, si lo desea— para marcarse objetivos concretos que contribuyan a su



recuperación, asegurando que se haga un seguimiento constante de su progreso. Esta herramienta se utiliza para alentar a las personas a elaborar un plan anticipado y un plan de recuperación, formalizados en su historia clínica electrónica. El servicio busca además promover el empoderamiento de maneras distintas; por ejemplo, cada mes se llevan a cabo sesiones de capacitación dirigidas al equipo profesional, a cargo de personas con experiencia directa. Todas estas herramientas tienen el mismo objetivo: mantenerse lo más cerca posible de las necesidades que las personas manifiestan y, cuando sea necesario, ayudarlas a articular sus propios deseos y tomar sus propias decisiones sobre su proceso asistencial.

## Evaluación del servicio

La red de servicios del sector del este de Lille mantiene estadísticas de auditoría detalladas en relación con sus actividades, con objetivos anuales que se verifican mensualmente con indicadores bien definidos y medibles. Un logro importante ha sido la disminución constante de la tasa anual de internamientos hospitalarios entre el 2002 y el 2018 (pasando de 497 a 341), que contrasta con el aumento considerable de personas que recibieron atención (de 1.677 a 3.518 usuarios). Además, la duración de la estancia en la unidad de internamiento disminuyó de 26 días a siete días en el mismo período (servicio de información médica, establecimiento público de salud mental de Lille-Métropole, datos inéditos, 2018).

En el 2018, cumplieron el cuestionario de egreso 34 personas de las 222 que recibieron el alta de la clínica Jérôme Bosch. En una escala del 1 al 10, el índice de satisfacción medio es de 8,06 (desviación estándar, 1,94), y el 79,4% afirmaban que se sentían mejor, o mucho mejor, que en el momento del ingreso (servicio de información médica, EPSM Lille-Métropole, datos inéditos, 2018).

En los centros locales del servicio médico-psicológico de proximidad también se realiza un seguimiento de los indicadores de eficiencia, que indica que al 80% de las personas se les realiza la evaluación inicial en las 48 horas posteriores al contacto. La calidad de cumplimentación de las historias alcanzó entre el 80 y 100% en el 2018, lo que demuestra que el seguimiento es preciso y confiable (servicio de información médica, establecimiento público de salud mental de Lille-Métropole, datos inéditos, 2018).

En septiembre del 2018, un equipo independiente compuesto por ocho personas (una psiquiatra, una directora de calidad, un antiguo director de hospital, dos abogados, una psicóloga, una representante de la asociación de familias y un usuario) llevó a cabo la evaluación de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS en todos los servicios del sector del este de Lille.<sup>c</sup> El equipo constató que se cumplían plenamente tres temas: 1) derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible; 2) protección contra los tratos coercitivos, la violencia y el abuso; y 3) derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Los dos temas restantes se cumplieron parcialmente: 4) derecho a un nivel de vida adecuado; y 5) derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y a la libertad personal y la seguridad de la persona (4). Se consideró que el marco jurídico vigente era un obstáculo importante para el pleno cumplimiento de estos dos temas.

El sector del este de Lille ha cambiado espectacularmente en cuatro decenios. Los resultados de eficiencia señalan que la red está bien administrada y organizada y que hace un uso eficaz de los

c Estos son los resultados relativos a los cinco temas principales, que se dividen en 25 estándares y 116 criterios. Los resultados íntegros y las recomendaciones formuladas pueden consultarse en la plataforma QualityRights: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/QualityRights-59G21-report-2019.docx>.

recursos. El número de usuarios nuevos en el sector ha aumentado constantemente en las últimas décadas, en paralelo a la disminución de las hospitalizaciones, lo cual demuestra una capacidad real para proporcionar alternativas asistenciales en el ámbito extrahospitalario. Los costos del servicio no son más altos que en otras regiones de Francia e incluso son más bajos que el costo de los servicios de salud mental en los sectores circundantes.

El sector del este de Lille ha sido reconocido por el gobierno francés y se está utilizando como modelo de desarrollo de las políticas de salud mental en el país. Por ejemplo, la Hoja de Ruta de Salud Mental y Psiquiatría (*Feuille de Route Santé Mentale et Psychiatrie*), publicada en el 2018 (13), expresa nítidamente el objetivo del gobierno de integrar a las personas con experiencia propia en la atención a la salud mental, promover el enfoque orientado a la recuperación en los servicios y facilitar la inclusión en la comunidad de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, intelectuales o cognitivas. En abril del 2019, se nombró a un delegado interministerial encargado de llevar a la práctica la hoja de ruta y, al mismo tiempo, se incrementó sustancialmente el presupuesto nacional para la salud mental (14). El sector del este de Lille también se menciona positivamente en un informe parlamentario reciente (15). Este reconocimiento nacional demuestra que el trabajo del este de Lille se está convirtiendo en política nacional.

### ***Costos y comparaciones de costos***

El servicio está totalmente subvencionado por el Estado, y los usuarios de los servicios de salud mental están completamente cubiertos por el sistema nacional de atención médica.

El costo medio por usuario disminuyó constantemente entre el 2013 y el 2017, pasando de €3.131 (aprox. US\$ 3.684) en el 2013 a €2.915 (aprox. US\$ 3.430)<sup>d</sup> en el 2017 (4). Estas cifras incluyen los costos asociados a todo el proceso asistencial, desde las consultas iniciales hasta las hospitalizaciones. Globalmente, Francia destina a la hospitalización el 61% del gasto en atención a la salud mental; en cambio, en el este de Lille la hospitalización representa solo el 28,5% del gasto (4). El costo total en el este de Lille es el más bajo de toda la zona del establecimiento público de salud mental.

## Dificultades y soluciones

### ***Vencer las actitudes arraigadas de estigma y discriminación***

Uno de los obstáculos encontrados a la hora de poner en marcha la red fue el estigma asociado a las personas con problemas de salud mental (tanto entre los profesionales como en la sociedad en general), por el cual se consideraban aceptables las prácticas coercitivas y las deficiencias en la atención. Las personas con problemas de salud mental no eran consideradas personas con los mismos derechos que las demás, sino como impedidos para tomar decisiones por sí mismos.

Para comenzar a derribar estas actitudes generalizadas, se hacía necesario involucrar activamente a la comunidad general en materia de salud mental y derechos de los usuarios, a fin de superar el estigma, por ejemplo invitando a los políticos y miembros de la comunidad a visitar los hospitales psiquiátricos.

<sup>d</sup> Tasa de cambio de marzo del 2021.

Prosiguiendo con esta labor, el sector del este de Lille desarrolló la filosofía de la “psiquiatría ciudadana”, que hace hincapié en las necesidades individuales, sociales y culturales de las personas con problemas de salud mental y su capacidad de disfrutar de los mismos derechos humanos que los demás ciudadanos. Otro aspecto que ha ayudado a transformar las ideas arraigadas es la ampliación del alcance de la red, más allá de la salud, para que la intervención incluya áreas de trabajo social, educación y vivienda. La participación sistemática de los usuarios y las personas con experiencia propia también es un aspecto crítico que ha ayudado a modificar paulatinamente las percepciones y actuaciones.

### ***Trabajar dentro de los límites de un marco legislativo obsoleto***

Otra dificultad a la que se enfrenta la red de servicios del este de Lille es la legislación nacional que permite las prácticas coercitivas y que menoscaba los esfuerzos del equipo de salud mental para prevenirlas. La coerción se ve como “lo fácil”, no como algo que hay que evitar a toda costa. En consecuencia, la red ha topado con especial resistencia al cambio cultural dentro de los propios servicios de salud mental, en relación con prácticas coercitivas como el aislamiento, las contenciones y el tratamiento forzoso.

Afortunadamente, la sectorización de los servicios en Francia permitió al servicio local de salud mental de Lille dedicar sus finanzas a las alternativas al régimen de hospitalización. La red del este de Lille ha descubierto que crear un sistema en el que el usuario se siente escuchado de verdad contrarresta la inercia a las intervenciones coercitivas. Ofrecer a los equipos profesionales capacitación a cargo de personas con experiencia directa también les ayuda a comprender plenamente la importancia de la agenda de los derechos humanos y la recuperación. Finalmente, tomarse el tiempo de analizar en detalle todos los casos en los que haya habido coerción reduce la probabilidad de que se repitan tales incidentes.

### ***Mantener la comunicación abierta entre los servicios***

Al estar descentralizada, la red también se enfrenta a la dificultad cotidiana de mantener abierto un diálogo permanente entre los servicios, en el que las nociones de la recuperación y los derechos humanos sean fundamentales para todas las partes. Una acción importante para afrontar esta dificultad es impartir capacitación continua a los profesionales y otros interesados directos, sobre la recuperación y los enfoques basados en los derechos en el área de la salud mental. Otro aspecto clave ha sido la creación de los consejos locales de salud (la AISSMC). La estructura de consultas repartidas por la comunidad implica a diversos grupos —usuarios, familias, profesionales de salud mental, servicios sociales, responsables de las políticas, artistas, otros ciudadanos, médicos generales, policía, departamento de justicia y sector educativo—, con el fin de mejorar la comunicación y generar aceptación. Otra innovación que fomenta la comunicación intersectorial ha sido la introducción de foros trimestrales de usuarios, en los que se recopilan las opiniones y los comentarios de los usuarios de todos los servicios de la red.

### Consideraciones clave para diferentes contextos

Las cuestiones clave que hay que tener en cuenta a la hora de establecer o ampliar este servicio en otros contextos son las siguientes:

- trabajar para erradicar la coerción y los internamientos, siempre que sea posible, avanzando hacia un modelo de “atención incondicional”, caracterizada por la disponibilidad y flexibilidad en el trabajo, según los objetivos de la propia persona;
- involucrar sistemáticamente a los usuarios y las personas con experiencia propia en el desarrollo de servicios nuevos y en las iniciativas de investigación y evaluación;
- apoyar a las personas con experiencia propia, para que tengan una categoría “profesional” dentro del servicio, y ayudarlas a desarrollar las habilidades de representación, para que puedan hablar en nombre de los demás;
- evitar la obcecación clínica y tratar de dilucidar, en su lugar, todas las necesidades personales, sociales y culturales de la persona (vivienda, educación, empleo, etc.), mientras se trabaja con otros interesados directos de la comunidad para resolver estos problemas;
- resulta muy útil evaluar el servicio con las herramientas de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS, que es la herramienta de evaluación más completa, realizada por y para todos los actores involucrados;
- valorar el sentimiento de orgullo que experimenta el personal cuando es capaz de brindar una atención que realmente responda a las necesidades y demandas de los usuarios;
- valorar los resultados de la evaluación a nivel de “todo el sistema”, incluidos los niveles de prácticas coercitivas, las cifras de suicidio, las tasas de personas atendidas fuera del hospital y los costos del servicio.

### Información adicional y recursos:

#### Sitio web:

[https://www.epsm-lille-metropole.fr/recherche?field\\_tags=All&search\\_api\\_fulltext=G21](https://www.epsm-lille-metropole.fr/recherche?field_tags=All&search_api_fulltext=G21)

#### Videos:

¿Qué son las semanas de información sobre la salud mental (SISM)? (abril del 2014) [en francés]. [https://youtu.be/D7\\_1SQSiNb4](https://youtu.be/D7_1SQSiNb4)

#### Contactos:

Jean-Luc Roelandt, psiquiatra, Centro Colaborador de la OMS para la investigación y la capacitación en salud mental, establecimiento público de salud mental de Lille-Métropole (Francia).

Correo electrónico: [jroelandt@epsm-lm.fr](mailto:jroelandt@epsm-lm.fr)

Simon Vasseur Bacle, psicólogo clínico, encargado de Misión y Asuntos Internacionales, Centro Colaborador de la OMS (Lille), establecimiento público de salud mental de Lille-Métropole y sector 21 (Francia).

Correo electrónico: [svasseurbacle@epsm-lille-metropole.fr](mailto:svasseurbacle@epsm-lille-metropole.fr)



2.2

# Red de servicios comunitarios de salud mental de Trieste

(Italia)





### Contexto

La ciudad de Trieste, con una población aproximada de 236.000 habitantes (16), es la capital de la región autónoma de Friul-Venecia Julia, en el noreste de Italia. En la década de 1970 se inició en Trieste una profunda transformación de los servicios de salud mental (17), con el cierre del antiguo hospital psiquiátrico de San Giovanni, donde se alojaban 1.200 personas. Históricamente, las reformas se encuadran en un movimiento social en pos de los derechos humanos en toda la sociedad italiana. En Trieste, la libertad y los derechos humanos se colocaron entre las preocupaciones capitales de los servicios de salud mental, incluida la reubicación de los residentes de instituciones para que viviesen en la comunidad. La institución psiquiátrica fue reemplazada por una red de servicios comunitarios, lo cual comportó cambios importantes en la asignación y el gasto presupuestarios (17-21).

Hoy en día, promover la ciudadanía de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales sigue siendo una característica esencial y un principio central del servicio de salud mental. Para evitar la fragmentación, todos los servicios están coordinados por el Departamento de Salud Mental, responsable de los presupuestos, la planificación y la prestación de servicios (22). En el 2020, una agencia de atención médica de reciente fundación, la Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, pasó a ser la entidad legal responsable en Trieste y en el territorio vecino de Gorizia.<sup>e</sup> Aunque ambas áreas geográficas siguen los mismos métodos de trabajo, la reseña del servicio que figura a continuación está dedicada a Trieste, ya que se desarrolló con anterioridad al establecimiento de la organización general, en el 2020.

### Descripción de la red de servicios de salud mental

El sistema comunitario de Trieste ha llevado adelante un planteamiento de “toda la persona, todo el sistema, toda la comunidad” en la atención a la salud mental, que pone gran énfasis en trabajar con la comunidad en general para ofrecer un sistema de asistencia plenamente integrado con puertas abiertas y sin restricciones. En la medida de lo posible, se presta atención a las personas en sus domicilios y localidades, para que puedan mantener los vínculos con su comunidad. Se concede primacía a los derechos humanos (incluidas las acciones para promover la inclusión social) y la participación en la comunidad, a fin de evitar el internamiento en instituciones y garantizar que las personas vivan su vida en su comunidad. Esto se ha logrado gracias al compromiso activo y la colaboración con los servicios de salud y bienestar, las autoridades judiciales, las instituciones culturales, las administraciones regionales y municipales y otras organizaciones comunitarias, a fin de mejorar el capital social de la ciudad. La extensa colaboración con pares, personal, pasantes, voluntarios, familiares y redes sociales también ha favorecido un enfoque de “toda la vida”. El Departamento de Salud Mental coordina estas colaboraciones, guiándose por principios operativos clave:

<sup>e</sup> Gorizia es una ciudad de 140.000 habitantes, contando la zona de Monfalcone. En el hospital psiquiátrico de Gorizia se introdujeron las primeras reformas en Italia, en 1961, dirigidas por Franco Basaglia, que se trasladó a Trieste en los años 70.

- responsabilidad por la salud mental de la comunidad,
- participación activa y capacidad de respuesta (sin listas de espera),
- gran accesibilidad del servicio,
- continuidad asistencial,
- respuesta rápida a las crisis en la comunidad,
- atención integral,
- trabajo en equipo y participación de todos los interesados directos (23).

## Elementos de la red de servicios de salud mental

### *Centros de salud mental*

Los centros de salud mental son el principal punto de entrada al sistema. Hay cuatro centros de salud mental en el territorio de Trieste,<sup>f</sup> que conforman el núcleo del servicio. Cada uno cubre un área de afluencia de entre 50.000 y 70.000 habitantes. Cada centro de salud mental cuenta con un equipo de 20 a 22 enfermeros y trabajadores de apoyo, además de asistentes sociales, psicólogos, especialistas en rehabilitación y psiquiatras. Dos miembros del personal cubren el turno de noche.

Los equipos de los centros son multidisciplinarios y trabajan de forma flexible y móvil. El personal se implica en la atención prestada, colaborando en la coordinación de los servicios y fomentando la recuperación al conectar a las personas con las diferentes iniciativas, servicios y oportunidades en la comunidad. Su objetivo global no es solo proporcionar tratamiento y atención en un marco de derechos humanos, sino también promover la integración y la inclusión social (24).

Cada centro de salud mental dispone de seis camas (a excepción del de Monfalcone, que tiene ocho), están abiertos las 24 horas del día y aceptan todas las derivaciones. A las personas que pernoctan se las llama “huéspedes”, en lugar de “pacientes” (24), y se les aconseja que sigan realizando las actividades que ya habían emprendido en la comunidad. Pueden recibir las visitas que deseen, de manera informal. Los centros de salud mental también realizan actividades de alcance comunitario para las personas que requieren atención continua y ayuda en períodos prolongados. El equipo desempeña cerca del 50% de su trabajo en los centros, y el otro 50% en la comunidad.

Entre las 8:00 a.m. y las 8:00 p.m., los centros de salud mental atienden sin cita previa. Se da una respuesta rápida a toda persona que acude al centro o llama por teléfono, generalmente en cuestión de una o dos horas. El personal sigue un sistema de rotación, por lo que siempre hay un miembro del equipo disponible. No hay listas de espera.

Una jornada típica comienza con una reunión, a las 8:00 a.m., en la que el equipo organiza la agenda del día, con las actividades programadas, así como las nuevas prioridades que hayan surgido. Se dedica un tiempo a los huéspedes alojados en el servicio. Las actividades diarias comprenden visitas ambulatorias, administración de medicamentos, contactos y charlas informales, reuniones grupales y almuerzo y cena juntos. Hay una reunión matutina con los huéspedes (para información, orientación, consuelo y posible autorrevelación). Los miembros del personal que no participan en las actividades internas del centro de salud mental realizan las visitas programadas a los domicilios, para prestar apoyo o acompañar a las

<sup>f</sup> Hay otros dos centros de salud mental en el área de Gorizia (uno en Gorizia y uno en Monfalcone).

personas al centro de salud mental durante el día. A algunas personas se las acompaña a visitas médicas, y a otras, por ejemplo, en actividades cotidianas, como ir a cobrar la pensión, al banco, a la comisaría de policía, al trabajo, etc. Tras el cambio de turno, el personal de la tarde puede reorganizar las actividades si surgen nuevas prioridades.

El objetivo principal es crear y mantener un ambiente terapéutico, pero informal y agradable; los conceptos de “hacer con” y “estar con” son los principios rectores de las interacciones entre el personal y los huéspedes. La admisión se valora según los problemas particulares del usuario, no según el diagnóstico, y se utilizan discursos en primera persona para comprender su historia vital y sus circunstancias. Si un usuario, o su cuidador, considera que un problema es urgente, se trata como una prioridad. Las formalidades se mantienen al mínimo. El primer contacto con la persona suele darse en la comunidad, la mayoría de las veces en su propia casa. En este caso, se le asigna puntualmente un asistente de referencia y se establece un contacto con la familia y con la red social de la persona. El equipo también actúa como mediador para resolver los conflictos que surjan en el entorno de la persona, siempre que sea posible, pero se respeta en todo momento su autonomía.

La rápida respuesta a las crisis en la comunidad comporta que haya muy pocos ingresos hospitalarios en Trieste. La persona que está sufriendo una crisis, si no puede recibir atención en casa, puede alojarse durante una estancia corta en el centro de salud mental. Gracias a la oferta de apoyo y atención continua, y un énfasis en la charla y la toma de decisiones conjuntas, en general se evitan las intervenciones no consentidas. Además, siempre se ofrece seguimiento y apoyo a largo plazo.

Los centros de salud mental prestan los siguientes servicios (25):

- alojamiento y atención nocturna;
- alojamiento diurno;
- servicio ambulatorio;
- tratamiento a domicilio;
- intervención ante las crisis en el domicilio, en la comunidad o en el centro de salud mental;
- terapia individual y grupal;
- medicación;
- apoyo psicosocial y trabajo con el entorno social;
- rehabilitación psicosocial;
- apoyo para viviendas compartidas;
- apoyo para acceder a la educación, las actividades culturales, la formación profesional y las prácticas laborales;
- actividades sociales, de autoayuda y de ocio.

## ***Unidad y servicios de psiquiatría del hospital general***

Un segundo punto de entrada al sistema es la unidad de salud mental del hospital general de Trieste (Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Cura), que tiene seis camas. Esta unidad cubre el territorio de Trieste y Gorizia, de aproximadamente 375.000 habitantes, y se utiliza sobre todo para urgencias nocturnas. Las personas suelen permanecer ingresadas menos de 24 horas y son remitidas al centro de salud mental de su área lo más rápido posible, para que su proceso asistencial prosiga en el ámbito comunitario. El equipo hospitalario consta de dos psiquiatras, uno de los cuales es la directora de la unidad, y 16 enfermeros. El equipo del Servicio Psiquiátrico también sirve de enlace con el hospital general; la mayor parte de su trabajo se realiza en el servicio de urgencias.

## ***Servicios e iniciativas para la inclusión en la comunidad***

La red de Trieste posee un amplio abanico de servicios de rehabilitación y apoyo residencial que funcionan en colaboración con diversas organizaciones sin fines de lucro, como cooperativas sociales, asociaciones de voluntarios y promoción social, incluidas las de pares y cuidadores. En conjunto, proporcionan una gama de intervenciones destinadas a garantizar que las personas puedan vivir su vida en libertad y con un sentido de dignidad. Los servicios de rehabilitación y apoyo residencial interactúan y colaboran con las cooperativas sociales para garantizar el acceso a la vivienda asistida, incluida la casa de recuperación de Trieste y otros formatos de alojamiento, lo cual se lleva a cabo a través del presupuesto individual de salud. El objetivo de estos programas es garantizar la plena inclusión y participación en su comunidad de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales.

### **Presupuesto individual de salud**

El presupuesto individual de salud (*budget individuale di salute*) está diseñado para personas con necesidades complejas, así como para las personas jóvenes que más puedan beneficiarse de un programa altamente personalizado. Aborda factores sociales y otros problemas que pueden afectar significativamente a la persona. Se elabora un plan, en el que se consignan los objetivos que se ha marcado la persona, analizándolo y consensuándolo con ella y, a veces, con su familia. En todo caso, la familia solo interviene con el permiso de la persona.

El financiamiento del presupuesto individual se obtiene de los presupuestos de salud mental y, a veces, de los de bienestar. Varias cooperativas contribuyen a la planificación y prestación. Por lo general, se cubren las áreas de vivienda, educación, capacitación, empleo y relaciones sociales (26). El programa se extiende en Trieste a cerca de 160 personas al año. Estos “presupuestos individuales” permiten realizar algunos de los programas que se detallan a continuación.

### **Alojamiento asistido**

El alojamiento asistido se articula en un conjunto de pequeños apartamentos, cada uno con capacidad para cinco personas, o en el propio domicilio de la persona. Estos planes proporcionan alojamiento para 42 personas en un mismo momento, y para cerca de 100 personas al año. El personal aportado por las cooperativas sociales ofrece una asistencia flexible, según sea necesario, a veces incluso a jornada completa. Estos equipos trabajan en colaboración con los centros de salud mental para garantizar la continuidad de la atención y el tratamiento y la vida independiente.

La casa de recuperación de Trieste abrió en el 2015 y es un proyecto residencial ejecutado a través del presupuesto de salud como colaboración entre el Departamento de Salud Mental de Trieste y una

cooperativa social. En ella pueden alojarse entre cuatro y seis personas, generalmente por un período de seis meses. Está pensado para personas de entre 18 y 35 años que han tenido un contacto significativo con el servicio de salud mental y que están interesadas en proseguir su proceso de recuperación. Sus principios operativos esenciales son los siguientes:

1. democracia, autodeterminación y emancipación (“nada sobre mí sin mí”);
2. enfoques basados en activos y puntos fuertes;
3. una persona, una vida;
4. reconocimiento del experto por experiencia propia;
5. reuniones trialógicas;<sup>g</sup>
6. un entorno de aprendizaje compartido (27).

### Empresas sociales (cooperativas)

El servicio de salud mental colabora con unas 15 cooperativas sociales (28-32) en Trieste. Algunas se encargan de gestionar los servicios sociosanitarios y educativos. Trabajan en estrecha colaboración con los equipos de los centros de salud mental y se encargan, por ejemplo, de los citados programas de alojamiento asistido. Otras cooperativas llevan a cabo actividades diversas (agrícolas, industriales, comerciales y de servicios) y están dirigidas principalmente a mantener las oportunidades de empleo de los usuarios. En estas cooperativas sociales, al menos el 30% de los trabajadores deben ser “personas desfavorecidas”, que reciben un trato igualitario (33, 34).

Las cooperativas ofrecen oportunidades de empleo y formación profesional, y dan trabajo a cerca de 800 personas en Trieste. En el 2018, se concedieron subvenciones laborales a 292 aprendices (35). Con los años, el trabajo ha ido abarcando actividades como limpieza, mantenimiento, transporte, restauración, *catering*, hostelería, gestión de un club de playa, jardinería, artesanías, producción de fotografía, video y radio, informática, impresión serigráfica, administración y servicios personales (23).

Un ejemplo es el Hotel Tritone de Trieste, instalado en una villa con vistas al mar y gestionado en su totalidad por una cooperativa social, integrada principalmente por los usuarios de los servicios del Departamento de Salud Mental. Otro es Il Posto delle Fragole, un concurrido restaurante gestionado por usuarios de los servicios de salud mental. Los cafés de la Ópera de Trieste, la emisora de radio pública, un balneario histórico y todos los museos y jardines públicos emplean al menos a un tercio de su personal a través de un contrato con las cooperativas sociales de usuarios de servicios de salud mental (30, 32, 36, 37).

Además de los servicios básicos descritos anteriormente, Trieste también tiene varios programas específicos desarrollados junto con los otros equipos del distrito de salud de la principal agencia de atención médica (Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina).

g Los “trialógicos” son reuniones entre el usuario, el profesional y su familia y acompañantes, cuyo objetivo es mantener una charla abierta sobre los problemas de salud mental, sus consecuencias y las formas de avanzar (véase: <https://www.intervoiceline.org/tag/trialogical-approach>).



Estos programas son:

- un servicio para niños, niñas y adolescentes que incluye atención en momentos de crisis, en un centro de día con grupos terapéuticos, psicoeducación, actividades sociales y visitas domiciliarias;
- un servicio de intervención rápida en psicosis de adolescentes y jóvenes;
- un servicio para jóvenes con trastornos alimentarios;
- atención coordinada a las personas con discapacidades físicas además de las psicosociales;
- coordinación de la atención a las personas mayores que necesitan asistencia domiciliaria y en las residencias geriátricas (personas con deficiencias cognitivas y demencia);
- ayuda a los médicos de familia en la atención a las personas con malestar psicológico o a las que se les ha diagnosticado un problema de salud mental;
- mejora de la atención a las personas con problemas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas (coordinada a través de planes conjuntos de atención personalizada);
- trabajo en cárceles y tribunales en relación con las personas juzgadas o condenadas;
- trabajo con las familias (programa psicoeducativo con 10 reuniones o módulos, grupos de autoayuda y un curso de capacitación para una asociación de cuidadores).

### Otras actividades realizadas a través de los servicios de rehabilitación y apoyo residencial

A través de los servicios de rehabilitación y apoyo residencial se organizan otras actividades en varios lugares, con el objetivo de promover la participación social. Estas actividades las dirigen asociaciones de voluntarios, incluidas las organizaciones de usuarios y cuidadores, y están dedicadas a áreas determinadas, como por ejemplo: bienestar; salud física y deporte; participación social; autoayuda y ayuda entre pares; expresión artística; e iniciativas contra el estigma, programas de género, incluidos los de índole cultural, y capacitación e inserción laboral. Las actividades se organizan en espacios sociales de la ciudad y en formato de clubes. Cuatro de las actividades de tipo club, incluido un gimnasio, las provee el Departamento de Salud Mental, y en ellas colaboran las asociaciones, mientras que otras cuatro actividades las dirigen directamente las asociaciones. Los presupuestos individuales de salud se pueden utilizar para organizar un programa de actividades muy personalizado, a fin de satisfacer las necesidades particulares de cada usuario.

## Principios y valores fundamentales del servicio

### *Respeto de la capacidad jurídica*

Desde que comenzaron las reformas en la década de 1970, en Trieste ha primado la promoción de la autonomía, la independencia y el respeto por la capacidad de la persona para tomar sus propias decisiones. Este planteamiento se refleja en el énfasis en los “derechos de ciudadanía” (23). Hay un compromiso expreso con el derecho al consentimiento informado, así como otros compromisos formulados en una declaración de derechos, introducida por el servicio en 1995. Los empleados del Departamento de Salud Mental no llevan uniforme y procuran allanar las barreras y jerarquías entre ellos y las personas a las que atienden. Todos los servicios tienen una política de puertas abiertas, y los usuarios pueden entrar y salir sin impedimentos físicos como cerraduras, llaves o códigos.

Los servicios de Trieste y Gorizia utilizan el concepto de “hospitalidad”. Esto significa que se insta al usuario a mantenerse conectado con su vida normal mientras se encuentra en el centro de salud mental, en la medida de lo posible, y que también puede participar en las actividades cotidianas que se realizan en el centro, si lo desea. Durante el día, en el centro de salud mental están presentes los profesionales del equipo, además de trabajadores de las cooperativas, voluntarios, cuidadores y pares acompañantes, y el “huésped” puede socializar e interactuar con ellos tanto como desee. Los “huéspedes” que están pasando por una crisis y se alojan en uno de los centros de salud mental saben que tienen derecho a marcharse cuando lo deseen y que pueden salir a pasear o a tomar un café. Aunque no hay reglas especiales sobre este particular, se les pide que indiquen al personal adónde van y a qué hora regresarán. El personal negocia con la persona si puede salir sola o si necesita la ayuda activa de los profesionales o de un familiar, un voluntario o un par.

Se recalca la importancia de hablar de todas las decisiones que se toman; el plan de atención se ajusta a diario, según las necesidades, los deseos y las preferencias de la persona. Ahora bien, si un huésped que está pasando por una crisis grave desea irse y abandonar todas las formas de asistencia, el personal negocia y busca acordar un plan en torno a su seguridad. Como último recurso, después de varios intentos y ofertas alternativas, se puede llegar a solicitar un dictamen jurídico de tratamiento forzoso.

Los usuarios habituales del servicio se administran su propia medicación, siempre que sea posible; algunos recogen la medicación en el centro y la toman en casa. Pueden asistir, junto con cuidadores o acompañantes si lo desean, a coloquios y cursos de capacitación relacionados con los tratamientos. Además, se explican a fondo las acciones y los efectos secundarios de los medicamentos. También se ofrece información por escrito en folletos. Así, se ayuda a las personas a tomar decisiones informadas sobre la medicación y las demás intervenciones (38).

Los planes de atención personalizados se desarrollan con la participación activa de la persona y de su entorno. Además de las intervenciones clínicas, estos planes responden a las circunstancias individuales de la vida de la persona y pueden cubrir todas las necesidades pertinentes, desde la situación habitacional —incluidas las reparaciones domésticas, el mantenimiento, la limpieza o la búsqueda de una vivienda más adecuada— hasta la economía personal, como la necesidad de ayudas económicas en efectivo, el uso de la caja fuerte del centro, la gestión diaria temporal del dinero o ayuda para no perder un alquiler. El plan personalizado también cubre aspectos relacionados con la higiene, como lavado de ropa, aseo personal y peluquería, así como actividades significativas, educación, formación profesional, oportunidades de empleo (como tareas sencillas en el centro de salud mental o contratos en una cooperativa de trabajo o en el mercado laboral abierto) y ocio (talleres de teatro, arte, música y costura, gimnasio, excursiones, viajes, fiestas, cine y teatro) (24).

También cubren las formas más adecuadas de evitar la recaída y los deseos de la persona para un momento de crisis, incluido el lugar donde prefiere ser atendida llegado el caso. Por lo general, se recomienda a la persona que se mantenga en contacto con el servicio y llame por teléfono inmediatamente cuando lo necesite (p. ej., si le ocurre algo que la angustia). En los planes también se indica la medicación que la persona acepta tomar.

En general no se utilizan voluntades anticipadas formales (39). Además, si se estima que la persona tiene alterada la capacidad de decidir, se aplica lo dispuesto en la Ley 6/2004 sobre capacidad de obrar, por lo que un juez tutelar puede nombrarle un administrador de apoyo (o representante legal: generalmente, una persona de confianza, un pariente o un amigo). La institución de esta figura no

equivale al apoyo para la toma de decisiones, ya que puede asumir una función de tutela y tomar decisiones en nombre del tutelado.

### ***Alternativas a las prácticas coercitivas***

El servicio procura evitar el internamiento en instituciones en todas sus formas (hospitalización en centro psiquiátrico, encarcelamiento, unidades medicolegales y residencias geriátricas) y las intervenciones coercitivas y obligatorias. Sin embargo, en ocasiones se recurre al tratamiento no consentido (*trattamento sanitario obbligatorio*) según lo previsto en la legislación italiana.

En su gran mayoría, los tratamientos y prestaciones son voluntarios y la duración media de la estancia en el centro de salud mental o en el Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Cura es corta (media de 13,8 días en el primero y 1,7 días en el segundo (40). Sin embargo, en los centros de salud mental, la “hospitalidad” extendida a los huéspedes es informal y flexible, y a veces se prolonga semanas o meses si es necesario, hasta que se encuentra otra solución u otro alojamiento. Se sigue un régimen explícito de “puertas abiertas, sin restricciones” tanto en los centros de salud mental como en el Servicio Psiquiátrico (16, 23, 41), y el personal está capacitado en técnicas de diálogo, estrategias de desescalada y apoyo personal a los huéspedes en situación de angustia, para evitar la confrontación y la coacción. En la desescalada se utilizan todos los espacios del centro de salud mental: cocina, jardín y habitaciones personales; no se ha aplicado la reclusión desde que se clausuró el hospital psiquiátrico.

En el 2019, la tasa de tratamientos obligatorios impuestos en Trieste fue de 8,11 por cada 100.000 habitantes (42), en comparación con los 15 por cada 100.000 del conjunto de Italia, en el 2017 (43). Cabe señalar que Italia tiene la tasa más baja de internamientos forzados de todos los países estudiados en Europa (44). En las situaciones en las que se aplica un tratamiento obligatorio por ley, cuando fracasan todos los intentos de proporcionar atención con consentimiento, la medida deben solicitarla dos psiquiatras y debe recibir el visto bueno del alcalde, que es la autoridad máxima de la ciudad, responsable de la salud pública. El internamiento obligatorio dura inicialmente siete días. Como particularidad de Trieste (y su región), suelen producirse en los centros de salud mental, donde rige el principio de “puertas abiertas”. El tratamiento obligatorio puede prorrogarse varias veces por períodos de siete días, pero también puede retirarse después de unos días (33) si se consigue el consentimiento de la persona para recibir asistencia.

Cuando una persona recibe tratamiento obligatorio, se despliega más personal en el centro de salud mental, de modo que siempre haya dos o tres profesionales disponibles (principalmente del equipo, pero también asistentes de las cooperativas sociales, pares, cuidadores o voluntarios) para satisfacer sus necesidades en un momento de crisis. Por lo tanto, se practica una atención próxima e individualizada (de uno a uno). También puede involucrarse la familia, para que la persona conserve la mayor conexión posible con su vida cotidiana. De hecho, la persona puede seguir saliendo, previa negociación, pero debe ir siempre acompañada si sigue tratamiento obligatorio. El servicio busca responder a las necesidades de la persona, en lugar de actuar en calidad de tutor.

En muy pocos casos interviene la policía para ayudar a gestionar una situación, lo cual es requisito legal cuando se considera que hay un riesgo inmediato y es preciso proteger la seguridad y la salud. Italia clausuró los hospitales psiquiátricos judiciales en el 2015 (41), aunque en Trieste no se había enviado a nadie a estos centros desde hacía 40 años. Los han sustituido las “residencias para la ejecución de medidas de seguridad” (45). En la región de Friul-Venecia Julia, se decidió ubicar dos

camas de seguridad en tres emplazamientos (provincias de Trieste, Udine y Pordenone), en lugar de tener una única unidad. Sin embargo, desde el 2015, solo una persona de Trieste ha tenido que ser alojada en una instalación de este tipo.

### ***Inclusión en la comunidad***

El servicio de Trieste ha logrado una importante integración de la salud mental con otros servicios ubicados en la comunidad, incluidos los de vivienda, empleo y educación. El Departamento de Salud Mental trabaja en estrecha colaboración con todos los servicios de salud y bienestar y financia directamente diversas entidades sin ánimo de lucro de carácter independiente, como empresas sociales, cooperativas y asociaciones de voluntarios. Aun durante una crisis, se alienta activamente a los usuarios alojados en el centro de salud mental a mantener sus actividades habituales en el seno de la comunidad. Para las personas con necesidades complejas, se puede recurrir al plan personalizado, que tiene aparejado un presupuesto individual de salud y que permite actuar con creatividad, contribuyendo a la autonomía y la inclusión en la comunidad.

Mediante los programas desarrollados en la comunidad, los usuarios disfrutan de oportunidades de participar en diversas actividades: deporte, ocio, bienestar, talleres de redacción, cine, museos y otros actos culturales. Las asociaciones y entidades culturales organizan diferentes cursos educativos y de capacitación: idiomas, autocuidado, identidad social y varios aspectos de la vida en sociedad. Con estas actividades, las personas pueden establecer relaciones recíprocas y asumir nuevos roles sociales. Esto también se consigue con los programas de capacitación e inserción laboral, así como con el trabajo en las cooperativas sociales.

### ***Participación***

Las reformas en Trieste siempre han tenido en cuenta el empoderamiento de las personas beneficiarias, y los usuarios participan de la planificación, la prestación y la evaluación de los servicios (23). En los centros de salud mental se fomentan las reuniones de apoyo entre pares, que tienen lugar regularmente. Los facilitadores de estos grupos, que son personas que han pasado por situaciones similares a las de los usuarios, reciben una remuneración por su trabajo.

El organismo gestor de salud cuenta con una oficina encargada de recibir los comentarios y reclamos de los usuarios; además, también pueden pedir reunirse con el director del Servicio de Salud Mental. Por otro lado, existe un comité participativo que representa a los usuarios del servicio y a los cuidadores, junto con sus asociaciones, y un representante de las cooperativas sociales.

### ***Enfoque de recuperación***

La red de servicios de Trieste trata de responder a las necesidades holísticas de la persona (con un enfoque de “toda la vida”), en lugar de prestar atención solo al diagnóstico, y procura promover la libertad como un principio terapéutico, evitando particularmente el régimen asilar y el encierro. La autonomía personal, la ciudadanía y los derechos humanos son elementos básicos de la visión de “toda la persona, todo el sistema, toda la comunidad” que se aplica en Trieste (46).

Los planes personalizados de atención elaborados con los usuarios incorporan objetivos explícitos de recuperación y permiten explorar las aspiraciones personales como base para un programa individual o un “proyecto vital”. Los usuarios pueden recibir ayuda con el dinero, trabajo, capacitación, educación, vivienda, actividades y relaciones, según resulte necesario.

El enfoque orientado a la recuperación que sigue la red de salud mental de Trieste se basa en los siguientes ideales:

- Holismo: los servicios están centrados en valores y principios, y no en clasificaciones nosológicas y técnicas de intervención. Los servicios intentan responder a “toda la persona” y sus diversas necesidades, y no solo a su etiqueta diagnóstica.
- Orientación a toda la vida y todo el sistema: la atención incide en cuestiones contextuales y los servicios buscan comprometerse con la familia y el entorno social de la persona, siempre que resulte apropiado. Se dedica mucho esfuerzo a promover la inclusión social y la participación cultural.
- Derechos como base: se presta atención a la ciudadanía, la participación y los derechos civiles (tanto legales como sociales), como el derecho a un trabajo socialmente significativo (33).

En el último decenio se ha hecho un esfuerzo constante para incorporar una filosofía manifiesta de la recuperación en todos los aspectos del servicio. Un grupo de investigación en recuperación redactó una *Carta de la recuperación* en el 2014 (47), a partir de los grupos de opinión mantenidos en los cuatro centros de salud mental de Trieste, en los que participaron alrededor de 100 personas, la mayoría de ellas expertas por experiencia propia (48).

## Evaluación del servicio

Desde que se emprendieron las reformas en la década de 1970, los cambios en Trieste han sido sustanciales. Entre 1971 y el 2018 (49) la oferta de camas se redujo de 1.160 a 219 (40), mientras que, en el mismo lapso de tiempo, el número de personas atendidas por el servicio ha aumentado de 1.160 a 4.800 (35).<sup>h</sup> La tasa de suicidios también ha disminuido, pasando de 25 por cada 100.000 habitantes en el período 1971-1994, a 13 por 100.000 en el 2015 (46). Las personas sometidas a tratamiento obligatorio se redujeron de 150 en 1971 a 18 en el 2019, cifra equivalente a 8,11 por cada 100.000 habitantes (40). En 1977 había 15 personas ingresadas en los hospitales psiquiátricos judiciales de Trieste (49), mientras que, desde el 2006, ya no queda ninguna (46).

Con varios estudios, se ha evaluado la red de salud mental de Trieste y la transición de un régimen de aislamiento a la atención prestada en la comunidad. En el primer estudio de seguimiento realizado después de la ley de reforma (entre 1983 y 1987), se indicaba que 20 pacientes diagnosticados de esquizofrenia en Trieste y Arezzo evolucionaban mejor que los pacientes de otros 18 centros italianos (50). Además, en un estudio de 27 “usuarios de alta prioridad”<sup>i</sup> se observó que, a los cinco años, la tasa de recuperación social era alta. También se constata una reducción significativa de los síntomas, de alrededor del 20%, y una marcada mejoría de la función social (la puntuación aumentó en un 50%). Nueve personas obtuvieron un empleo competitivo, 12 lograron vivir de forma independiente y las necesidades desatendidas se redujeron del 75% al 25%. También se redujeron en un 70% los días de ingreso, y solo una persona abandonó los servicios (51).

A lo largo de los años, otros estudios también han demostrado resultados importantes para los servicios de Trieste. Una encuesta nacional, realizada en 13 centros, señala que la atención a las crisis prestada

<sup>h</sup> Sin contar las estancias reducidas.

<sup>i</sup> Las personas estudiadas fueron seleccionadas por el equipo. Cada una tenía al menos seis de las características siguientes: gran carga familiar; ausencia de una red social; aislamiento; abandono frecuente de los servicios; ineficacia reiterada de los tratamientos previos; episodios de tratamiento obligatorio; riesgo inminente de exclusión social grave; riesgo inminente de delincuencia; consumo de sustancias psicotrópicas ilícitas.

por los centros de salud mental abiertos las 24 horas comporta una resolución más rápida de los episodios, previene ulteriores recaídas y mejora la situación clínica y social al cabo de dos años (52-54). Estos hallazgos recalcan la importancia de la integralidad del servicio, la continuidad y flexibilidad asistencial y las relaciones terapéuticas cimentadas en la confianza. Asimismo, entre 1984 y el 2005 se redujeron en un 50% las consultas a urgencias en el hospital general (24). El cumplimiento terapéutico de los antipsicóticos fue del 75% (55); este cumplimiento se atribuye al carácter integral de la asistencia, marcada por el desarrollo de las relaciones terapéuticas de calidad, la participación en las redes sociales y la atención a los factores contextuales asociados con la filosofía de “toda la persona, todo el sistema, toda la comunidad” (38, 55).

También se ha estudiado la red de servicios de Trieste mediante investigación cualitativa, analizando las historias de recuperación desde un punto de vista narrativo (56). Un grupo internacional de investigadores pone de relieve las importantes interconexiones entre la recuperación, la inclusión social y la ciudadanía vivida (57-61). En los primeros años de la reforma se describieron altas tasas de satisfacción de los usuarios (62), en tanto que una encuesta realizada para una tesina universitaria describe un nivel de satisfacción del 83% con el trabajo de los centros de salud mental (Zanello LE, Universidad de Trieste, trabajo inédito, 2006).

### ***Costos y comparaciones de costos***

El presupuesto del servicio de salud mental está fuertemente ponderado hacia las intervenciones comunitarias (94%) y solo una pequeña proporción se destina al Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Cura (6%). Se calcula que el costo anual del servicio de Trieste, en el 2018, fue de €80 per cápita (23) (US\$ 94),<sup>j</sup> lo cual suma €16,7 millones (US\$ 19,6 millones). En el 2019, el costo estimado del Departamento de Salud Mental equivale al 37% del costo del antiguo hospital psiquiátrico (35). Esta cifra representa un 4% del presupuesto total de atención médica en Trieste.

El servicio lo paga el sistema nacional de salud, financiado con fondos públicos. El presupuesto regional, asignado al órgano gestor de salud se transfiere al Departamento de Salud Mental, con arreglo al histórico de gastos. Esta transferencia se negocia según los objetivos fijados y acordados.

Como en toda Italia, existen servicios médicos privados al que se puede acceder mediante una póliza de seguros o pago directo. También se ofrece asistencia gratuita por parte de prestadores privados acreditados, cuyo costo es reembolsado luego por el servicio nacional de salud. Sin embargo, toda la atención privada en Trieste es de tipo ambulatorio (consultas externas, psicoterapia, farmacoterapia), y no hay hospitales privados.

<sup>j</sup> Tasa de cambio de marzo del 2021.



## Dificultades y soluciones

### *Superar el legado de la institucionalización*

Desde los primeros años de la década de los 70, las reformas del servicio de salud mental de Trieste han venido impulsadas por el deseo de superar el legado de la institucionalización (19). Uno de los obstáculos de la desinstitucionalización era la mentalidad prevaleciente de apartar de la vista al enfermo, para hacer como si no existiese. Este ambiente propiciaba la preponderancia del hospital psiquiátrico, perpetuando los desequilibrios de poder asociados, las vulneraciones de los derechos humanos y la exclusión social.

Desde el principio, fue muy importante en Trieste el respaldo político de las autoridades locales y regionales. También fue muy influyente (63) la alianza de profesionales, gestores, usuarios, acompañantes y cuidadores, así como los diversos actores externos a la institución (voluntarios, artistas, ciudadanos activos, familias, intelectuales, grupos sin fines de lucro), además del empoderamiento de los usuarios y la implicación de las familias (64). La creación de un equipo multiprofesional, con tareas compartidas, y la importancia concedida a la flexibilidad de roles y aportes también influyeron de forma relevante en la plantilla profesional, a los cuales se sumó la inversión en un enfoque integral, que sirviera para superar la resistencia al cambio, y en capacitación, motivación y desarrollo profesional del personal (23).

Además, Trieste incorporó una vertiente social, cubriendo las necesidades personales y cotidianas (p. ej., vivienda, ingresos, educación, inclusión social, etc.) y abordando los determinantes sociales de la salud mental. Algunos de los factores más importantes, sin embargo, son el trabajo activo para prevenir los internamientos; la adopción de un enfoque centrado en la persona, que integre salud y esfera social (36); y la implantación de un modelo organizativo definido, articulado en una red de servicios cuyo principal punto de referencia sean los centros de salud mental abiertos las 24 horas, dotados de muy pocas camas y gestionados por un único equipo multiprofesional.

Desde su designación en 1973 como centro piloto de la OMS para la desinstitucionalización (18), Trieste ha seguido innovando y creciendo, y ha sido enormemente influyente en todo el mundo (16, 65-68). Ha establecido vínculos con países y servicios de todos los continentes y recibe la visita de unas 1.000 personas cada año, que acuden a la ciudad para conocer cómo funciona la red (23). En efecto, la comisión parlamentaria sobre el estado del sistema nacional de salud italiano (69) y la Unión Nacional de Asociaciones por la Salud Mental señalan que es un modelo que toda Italia debe adoptar (41).

### **Transformar la cultura institucional y las relaciones de poder**

La psiquiatría se sostenía sobre un sistema de jerarquías. Trabajar para superar la cultura institucional requería desafiar estas jerarquías y sus relaciones de poder. Fue posible avanzar con esfuerzos persistentes para democratizar el mundo de la salud mental, ampliando los debates y los procesos decisorios para incluir a todos los interesados. Al principio, en un intento de lograr este cambio, se llevaron a cabo asambleas diarias en el hospital psiquiátrico. Hacer partícipes a las familias de los usuarios y a la comunidad general también ayudó a contrarrestar las fuerzas de la exclusión social que habían sustentado la posición central del hospital psiquiátrico. Finalmente, habilitar los mecanismos para que se escuchara a los usuarios y se actuase en consecuencia generó oportunidades para que estos recuperasen la autoridad e independencia en el marco de su proceso asistencial.

### Desafiar la ideología nosocéntrica

La ideología nosocéntrica silenciaba la voz de los usuarios e implicaba que se prestase poca atención a sus necesidades personales, sociales y culturales. Resultó sumamente importante establecer nuevas formas de liderazgo colectivo y nuevas prácticas, destinadas a apoyar a las personas para que llevaran una vida plena en la comunidad. También se avanzó mediante el desarrollo de asociaciones y cooperativas sociales para fomentar una nueva visión de la “persona completa”, en lugar de limitarse al modelo biomédico y a una ideología estrecha centrada en la enfermedad.

### Mantener los logros alcanzados

La red de salud mental de Trieste se enfrenta al peligro constante de caer en nuevas formas de internamiento en instituciones, o simplemente a la “inercia” de los servicios. Además, siempre existe el riesgo de que surja el paternalismo, e incluso diferentes formas de maltrato. Ser conscientes de los problemas y comprometerse en resolverlos ayuda a prevenir estos riesgos.

### Ayudar al personal en épocas de cambio

Sin la fácil dependencia de los modelos clínicos, el personal de Trieste se vio en la tesitura de tener que aprovechar sus recursos personales para relacionarse con los usuarios. Esta situación a veces ha provocado agotamiento y conflicto, porque se trata de una nueva forma de trabajar, menos protocolizada y más incierta. Una de las soluciones encontradas fue crear una cultura de “compartir la carga”, de modo que ningún miembro del personal asumiese solo toda la preocupación y angustia por una persona o una familia en particular. Otra solución consistió en el esfuerzo por implantar una democracia verdadera dentro de la organización, para que tanto usuarios como profesionales sintiesen que se los escuchaba y que se tenían en cuenta sus inquietudes.

## Consideraciones clave para diferentes contextos

Las cuestiones clave que hay que tener en cuenta a la hora de establecer o ampliar este servicio en otros contextos son las siguientes:

- fomentar el pensamiento crítico y la reflexión dentro del servicio, como ingrediente vital para crear y mantener el efecto positivo;
- pasar de la concepción clínica de los problemas de salud mental a una filosofía de “toda la persona, toda la vida”;
- invertir fuertemente en capacitación y desarrollo del personal;
- crear oportunidades para que profesionales, usuarios, familias y la comunidad en general puedan reunirse y debatir su visión del servicio;
- reconocer que las variables clínicas (determinadas con escalas psicométricas) no son tan importantes como la evolución relativa a la ciudadanía de los usuarios, como por ejemplo los niveles de coerción aplicados por los servicios;
- evaluar las redes de servicios con técnicas y medidas que reflejen el funcionamiento general y los resultados de la red, no solo los servicios e intervenciones individuales.

## Información adicional y recursos:

### Sitio web:

[www.triestementalhealth.org](http://www.triestementalhealth.org)

### Videos:

BBC News, “Trieste’s mental health revolution: ‘It’s the best place to get sick’” [en inglés].

<https://www.youtube.com/watch?v=5v0jki3GaBw&feature=youtu.be>

Episodio 8: Experiencia directa en Trieste, un sistema de salud mental sin hospitales psiquiátricos, con Marilena y Arturo [en inglés].

<https://www.spreaker.com/user/apospodcast/episode-8-lived-experience-in-trieste-a->

Roberto Mezzina, 2013 [en inglés]. <https://youtu.be/UnMSHQDrByI>

### Contactos:

Elisabetta Pascolo Fabrici, directora del Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para investigación y capacitación - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Italia.

Correo electrónico: [elisabetta.pascolofabrizi@asugi.sanita.fvg.it](mailto:elisabetta.pascolofabrizi@asugi.sanita.fvg.it)

Roberto Mezzina, psiquiatra, antiguo director del Departamento de Salud Mental de Trieste y Gorizia, Centro Colaborador de la OMS para investigación y capacitación - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), Italia.

Correo electrónico: [romezzin@gmail.com](mailto:romezzin@gmail.com); [who.cc@asuits.sanita.fvg.it](mailto:who.cc@asuits.sanita.fvg.it)

2.3

# Red de servicios comunitarios de salud mental de Brasil:

Campinas



## Contexto

Brasil es una república federal, el quinto país más extenso del mundo, compuesto por 27 unidades federativas y 5.570 municipios; con más de 211 millones de habitantes, es el sexto país más poblado del mundo (70). Se trata de un país de ingresos medios-altos, pero con altos niveles de desigualdad social (71). La atención médica universal es un derecho constitucional, proporcionado por el Sistema Único de Salud (SUS). La red de salud mental de Brasil está canalizada a través del SUS.

La red actual de salud mental, en Brasil, trasluce la importante reforma psiquiátrica que se ha desarrollado en el país desde finales de la década de 1970. Originada como un movimiento de la sociedad civil, la reforma psiquiátrica se plasma en el abandono progresivo de la atención institucional y la adopción de un modelo de atención en la comunidad. Como sustento de este modelo, ha ido articulándose un marco jurídico propicio, con reglamentos para los servicios y políticas de salud mental basadas en los derechos. Las estructuras y prácticas institucionales han sido sustituidas por una red de servicios ubicada en la comunidad, mediante la reorientación gradual de los recursos (72, 73). En el 2002, los hospitales psiquiátricos acaparaban casi el 80% de los recursos financieros federales asignados a la salud mental, mientras que los servicios comunitarios apenas se llevaban el 20% restante. En el 2013, a la inversa, casi el 80% del presupuesto de salud mental se invertía ya en servicios basados en la comunidad, mientras que el 20% se destinaba a gastos hospitalarios (74).

Sin embargo, en el 2017, los hospitales psiquiátricos volvieron a ser incluidos formalmente en la red de salud mental (a raíz de una modificación de la política nacional de salud mental, introducida en el 2016), con lo que decreció la inversión del gobierno federal en servicios comunitarios (75, 76). Aun así, por la autonomía que existe a nivel municipal y estatal en la ejecución de políticas públicas, así como por la solidez adquirida por la reforma psiquiátrica en las instituciones, el ordenamiento jurídico, el sistema financiero y la sociedad civil, el cambio no provocó el cese automático de los servicios comunitarios ni paralizó el cierre de hospitales psiquiátricos en todos los municipios (77).

Todos los servicios comunitarios del país siguen los principios rectores de la red de salud mental de Brasil:

- promoción de la equidad;
- garantía de acceso abierto a los servicios;
- servicios de calidad, impulsados por los derechos, que ofrezcan una atención integral en torno a un plan de recuperación centrado en la persona y en la contribución multiprofesional;
- atención y acciones centradas en la persona y en sus necesidades;
- respeto de los derechos humanos;
- promoción de la autonomía, la inclusión y participación social, los derechos de ciudadanía y la libertad de la persona;
- enfoque basado en la comunidad, con participación de personas expertas por experiencia propia;
- lucha contra el estigma y los prejuicios;
- acciones conjuntas con otros sectores, como vivienda, trabajo, educación y cultura, y diseño de estrategias de desarrollo de capacidades (78).

La red comunitaria de salud mental se extiende a todas las regiones de Brasil; lo que varía es la forma en que se materializa cada elemento de la red y lo que experimentan las personas. A fin de describir la red, se toma un ejemplo de buena práctica de una red local (municipal), para ofrecer información



práctica de cómo funciona. Se eligió el municipio de Campinas por las siguientes razones: porque su red de salud mental es plenamente comunitaria, tras clausurarse el hospital psiquiátrico de la ciudad en el 2017; porque no deriva a nadie a los hospitales psiquiátricos de fuera del municipio, por ejemplo, a los hospitales regionales; porque cuenta con una amplia red integrada de servicios que funcionan bien a nivel local; y porque se dispone de datos de evaluación.

### El municipio de Campinas

Campinas tiene una población aproximada de 1,2 millones de habitantes. En el 2010, el 30% tenían ingresos mensuales por debajo de la mitad del salario mínimo nacional. El 39% tenían un empleo formal, y un 72% tenían entre 15 y 64 años (79).

Cuando comenzó la transformación de la red de salud mental de Campinas en 1990, en el municipio había 1.200 camas de psiquiatría, repartidas en cinco hospitales. El primer paso en este proceso fue la desinstitucionalización del hospital psiquiátrico, el sanatorio Dr. Cândido Ferreira. A partir de la década del 2000, comienzan a implantarse los servicios sustitutivos como los descritos en este documento y, paralelamente, se procede al cierre progresivo y acordado de las camas de los hospitales psiquiátricos y a la atención sin internamiento de las personas que residían allí. En el 2017, se cerró finalmente el sanatorio Dr. Cândido Ferreira.

### Descripción de la red de servicios de salud mental de Brasil, con ejemplos de Campinas

Los servicios que se describen a continuación colaboran para prestar una atención y un apoyo continuos, desde la comunidad, a fin de cubrir las necesidades tanto del individuo como de la comunidad. Los foros de salud mental de Campinas son una oportunidad para que los profesionales de los servicios comunitarios, los usuarios y las familias se junten a debatir y buscar soluciones a los problemas relacionados con los servicios y las necesidades regionales. La red de salud mental está vinculada con la red general de salud, además de otros sectores y servicios pertinentes (p. ej., empleo, cultura, deporte) a través de los centros de salud mental comunitarios.

### Elementos de la red de servicios de salud mental

#### *Centros comunitarios de salud mental*

Los centros de salud mental comunitarios, denominados centros de atención psicosocial (CAPS), se hallan en la base de la red comunitaria de salud mental. Los CAPS ofrecen una atención continua, individualizada e integral a personas con trastornos mentales graves o persistentes y discapacidades psicosociales, incluso en situaciones difíciles y crisis, desde la misma comunidad donde viven. Siguen un modelo centrado en los derechos y en la persona. Sus objetivos principales son proporcionar atención psicosocial, promover la autonomía, corregir los desequilibrios de poder e incrementar la participación social. Como principio, los CAPS no remiten a los usuarios a hospitales psiquiátricos. Los CAPS actúan dentro de los límites del propio centro, pero también en la comunidad.

El número y el tipo de CAPS que hay en una región depende de la población y de las necesidades particulares de esa región. Los CAPS se clasifican según la zona de afluencia y la población atendida. Los CAPS I atienden a la población adulta en zonas de afluencia de más de 15.000 habitantes, mientras que los CAPS II, en zonas de más de 70.000. Los CAPS III atienden a personas adultas,



así como a niños, niñas y adolescentes, en zonas de afluencia cuya población supera los 150.000 habitantes,<sup>k</sup> y están abiertos las 24 horas, todos los días de la semana, con la posibilidad de pernoctar en ellos si es necesario. Los CAPSi atienden a niños, niñas y adolescentes, mientras que los CAPSad se especializan en problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Existen configuraciones alternativas: por ejemplo, aunque los CAPS I y los CAPS II atienden principalmente a personas adultas, también admiten a niños, niñas y adolescentes para garantizar el acceso al apoyo comunitario donde no existen centros CAPSi. También se pueden combinar diferentes tipos de CAPS, conforme a lo que necesite la comunidad. Por ejemplo, en diciembre del 2017 se estableció legalmente un nuevo tipo de CAPS: el CAPSad IV, especializado en consumo de sustancias psicoactivas en zonas de más de 500.000 habitantes.

La plantilla de un CAPS varía según el tipo de centro que sea, las necesidades de la población, el horario de apertura y las demandas específicas. Cada tipo de CAPS debe tener una plantilla mínima, estipulada por ley, según se indica a continuación, aunque el municipio tiene potestad para financiar una plantilla más amplia. Las necesidades de personal se refieren a varias categorías profesionales. Los trabajadores con estudios universitarios son psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, pedagogos, educadores físicos, fonoatras, etc., en función de lo que necesiten los usuarios del servicio. Los profesionales de nivel medio son técnicos o auxiliares de enfermería, técnicos administrativos, educadores y “artesanos”.

Las plantillas mínimas que debe tener cada CAPS son las siguientes: CAPS I: un profesional médico con capacitación en salud mental, un profesional de enfermería, tres profesionales con estudios universitarios y cuatro profesionales de nivel medio.

CAPS II: un profesional de psiquiatría, un profesional de enfermería con capacitación en salud mental, cuatro profesionales con estudios universitarios y seis profesionales de nivel medio.

CAPS III: dos profesionales de psiquiatría, un profesional de enfermería con capacitación en salud mental, cinco profesionales con estudios universitarios y ocho profesionales de nivel medio. El turno de noche deben cubrirlo tres técnicos de enfermería, bajo la supervisión del profesional de enfermería, y un profesional de nivel medio.

CAPSad: un profesional de psiquiatría; un profesional de enfermería con capacitación en salud mental; un profesional de medicina clínica responsable del diagnóstico, la evaluación y la vigilancia de las complicaciones clínicas; cuatro profesionales con estudios universitarios y seis profesionales de nivel medio.

CAPSi: un profesional de psiquiatría, un profesional de neurología o pediatría con capacitación en salud mental, un profesional de enfermería, cuatro profesionales con estudios universitarios y cinco profesionales de nivel medio.

De todas las modalidades de CAPS, el CAPS III se considera un nodo estratégico clave en una red de salud mental. Como funciona las 24 horas y cuenta con un dormitorio, si la red dispone de un CAPS III puede proporcionar atención ininterrumpida a sus usuarios en todo momento, pero también colaborar con otros CAPS de la red cuyos usuarios puedan beneficiarse de una atención continua (diurna y nocturna). En los municipios pequeños que no tienen un CAPS III, los usuarios pueden acudir al CAPS III de otra

<sup>k</sup> Puede consultarse una descripción más detallada de un CAPS III en esta misma serie de orientaciones, en el ejemplo del CAPS III de Brasilândia, reseñado en el módulo técnico Centros de salud mental comunitarios: Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos.

localidad o región. Los dormitorios CAPS III no están concebidos como camas de psiquiatría clásica ni se utilizan como tales. Se puede acceder a ellos como centro de respiro, para apartarse un tiempo de situaciones difíciles, durante momentos complicados y crisis, o en cualquier otra situación en la que la persona sienta que puede hacerle bien una ayuda adicional y constante (78). La persona puede quedarse hasta 14 días consecutivos, durante los cuales el CAPS la apoya proactivamente para que resuelva lo que la llevó a solicitar alojamiento. Los dormitorios están pensados para proporcionar un ambiente parecido al de una casa. No hay reglas ni requisitos para recurrir a este servicio.

### ***Principios operativos***

Todos los servicios de los CAPS se rigen por tres principios:

1. *Puertas abiertas.* Para acceder a un CAPS, basta entrar sin cita previa, y se realizará con la persona un primer encuentro sobre el uso del centro. Las personas también pueden venir referidas por otro servicio o recibir una visita a domicilio. La estructura física del CAPS pretende servir como un lugar acogedor y cómodo, que propicie la participación activa y la interacción, y donde las personas se sientan a gusto (80). En los CAPS no hay ingresos no consentidos ni se obliga a nadie a utilizar el servicio. No se deniega a nadie el acceso al centro, aunque esté pasando por un momento de crisis o dificultad. Tampoco hace falta tener un diagnóstico psiquiátrico explícito.
2. *Compromiso extenso con la comunidad.* Para los CAPS, hallarse inmersos en la comunidad no significa simplemente estar enclavados en el entorno urbano, sino contraer un compromiso pleno con la comunidad y adquirir un conocimiento profundo de esta, así como de las personas que viven en ella. Los miembros del equipo hablan con los habitantes de su localidad para comprender la dinámica social y mapear los problemas que más afectan su vida y su salud mental, a fin de comprender mejor las posibles necesidades psicosociales. También buscan y activan recursos comunitarios y entablan asociaciones con personas y servicios para llevar a cabo iniciativas de atención a la salud mental. Los CAPS también establecen un diálogo con la comunidad, sobre temas como la promoción de los derechos de las personas con discapacidades psicosociales y las iniciativas para reducir el estigma y los prejuicios.
3. *Desinstitucionalización.* Como los CAPS fueron diseñados para reemplazar los hospitales psiquiátricos y otras estructuras de internamiento (81), tienen la capacidad y la responsabilidad de atender las crisis y otras situaciones complejas, ofreciendo asistencia y apoyo desde la propia comunidad. Los CAPS interpretan que esta responsabilidad requiere de algo más que actuar como alternativa física a los servicios tradicionales, por lo que también deben desinstitucionalizar los servicios, los procedimientos y las actitudes. A nivel individual, esto se materializa en un apoyo terapéutico basado en el reconocimiento de los derechos humanos de la persona, el respeto a las diferentes formas de vida, la validación y el empoderamiento del usuario y el respeto por el conocimiento que tiene el usuario de sí mismo y su proceso de recuperación. A nivel del servicio, no hay puertas cerradas y los usuarios pueden entrar o salir de cualquier sala del centro en cualquier momento. En los CAPS no hay ingresos obligatorios y nunca se recurre a la reclusión. El uso de contenciones contraviene los principios rectores del modelo de los CAPS.

### ***Prácticas operativas***

Si bien cada CAPS puede definir su forma de trabajar para satisfacer mejor las necesidades de los usuarios y de la comunidad, hay importantes puntos en común en las prácticas operativas de todos los CAPS (80).

## Desarrollo de un plan de recuperación centrado en la persona

- Todos los usuarios elaboran, junto con un miembro del equipo, un plan exhaustivo de recuperación centrado en la persona, que se denomina “proyecto terapéutico singular”. Este plan incluye la historia personal, los deseos y necesidades, las relaciones sociales, el contexto de su vida actual, los problemas, sus puntos fuertes y sus objetivos. Se anima a la persona a reflexionar sobre el futuro y asumir riesgos. También se presta especial atención a la promoción y disfrute de sus derechos. El plan también define estrategias de atención con responsabilidades compartidas. Se considera que el proyecto terapéutico singular es una estrategia que empodera a las personas para que asuman su propio proceso de recuperación (18). El proyecto se somete a una revisión y actualización continua. Todas las actividades del CAPS reflejan el proyecto terapéutico singular de sus usuarios (82).

## Acciones de empoderamiento

- Los CAPS buscan reconocer y corregir los desequilibrios de poder dentro del servicio (p. ej., los miembros del equipo reconocen las diferencias de poder en las relaciones e intentan redistribuirlo).
- El personal crea oportunidades positivas para el diálogo, la negociación y el ejercicio de los derechos. Por ejemplo, los usuarios reciben ayuda práctica para relacionarse con la comunidad y participar en ella (como ir a hacer la compra en el mercado), para administrar sus finanzas y para mediar en conflictos.
- Los CAPS celebran asambleas periódicas en las que participan los usuarios, las familias y el personal. Estas asambleas representan una oportunidad para participar en coloquios sobre la vida cotidiana y las actividades del centro, así como sobre problemáticas más generales que afectan a los usuarios, como la pobreza y el estigma. En ellas, todos participan en pie de igualdad y todos son responsables de lo que se debate y se decide.
- Se alienta a los usuarios a participar en los consejos de gestión, en congresos sobre salud mental y en foros de servicios de salud mental.

## Reuniones centradas en las necesidades, entre los miembros del equipo y los usuarios del CAPS

- En la primera consulta, llamada *acolhimento* (“acogida”), se intenta generar una dinámica positiva y se atienden las necesidades de la persona en ese momento concreto. El miembro del equipo de acogida explica el servicio y emprende, junto con el usuario, el proceso para definir si el centro es el recurso adecuado para él. Los miembros del equipo escuchan para comprender las necesidades y deseos de la persona, su historia, su red social y de apoyo y su estado de salud mental general. La información recabada en la primera reunión queda documentada, y el usuario puede consultar dicha información en todo momento. No se utilizan escalas estandarizadas de salud mental ni herramientas de evaluación.
- Todas las sesiones individuales posteriores (incluidas las actividades terapéuticas) siguen el mismo enfoque; los miembros del equipo escuchan activamente y reconocen las necesidades de la persona en cada momento, sin prestar atención a su diagnóstico psiquiátrico, su historia personal o lo hablado anteriormente.

## Actividades colectivas

- Los CAPS realizan actividades colectivas como parte de sus servicios, tanto en el mismo centro como en el entorno urbano. Estas actividades representan la oportunidad de socializar y construir relaciones y promueven la convivencia y el sentimiento de pertenencia. Cada CAPS define las actividades que llevará a cabo en función del proyecto terapéutico singular de los usuarios y de los

recursos disponibles en el CAPS y en la comunidad. Hay actividades de autocuidado, arte, teatro, danza, actividades sociales, cocina y jardinería, entre otros.

- Algunas actividades grupales no se limitan a los usuarios inscritos del CAPS, sino que admiten una participación más amplia. Estas actividades aportan más oportunidades para socializar, incrementar la participación de la comunidad y reducir el estigma.

### Visitas domiciliarias

- Se puede hacer visitas domiciliarias tanto para una primera reunión sobre el posible uso del CAPS como para necesidades posteriores. Esto garantiza que las personas que tienen dificultades para llegar o acceder al centro puedan recibir apoyo igualmente.

### Apoyo familiar

- Los CAPS desarrollan estrategias de atención individual y colectiva para las familias de los usuarios, con el objetivo de determinar y satisfacer sus demandas, ayudándolas en su función y su corresponsabilidad en el cuidado.

### Espacio donde estar y participar

- El CAPS ofrece la posibilidad de que los usuarios pasen el día o la noche (en el caso de los CAPS III) en el servicio. Los usuarios pueden participar en las actividades que se llevan a cabo, dar su opinión sobre las prácticas del servicio y, junto con los demás, remodelarlas. Tienen la oportunidad de estar con otras personas y entablar poco a poco nuevas relaciones sociales, que genera un sentido de pertenencia y un espacio para estar y participar.

### Atención en momentos de crisis

- Se admite a personas que estén pasando por una crisis aguda, ofreciéndoles apoyo, y no hay ingresos forzosos ni imposiciones. Aunque esté pasando una crisis, nunca se deriva a la persona a un servicio que utilice prácticas coercitivas.
- En un CAPS, las crisis se entienden como momentos de la vida y la recuperación de la persona, en los que necesita apoyo en función de los deseos, las necesidades y las preferencias que ha manifestado. La atención prestada sigue los principios del diálogo abierto (para más información, véase Servicios de salud mental en momentos de crisis: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos).
- Siempre hay miembros del equipo disponibles para escuchar a las personas, comprenderlas e interceder en posibles conflictos. La atención se puede prestar en el propio centro, en el domicilio o en espacios públicos.

### Rehabilitación psicosocial

- La rehabilitación psicosocial es uno de los aspectos y actividades más importantes del CAPS. Estas actividades reflejan las necesidades particulares y la historia biográfica de cada persona, así como su proyecto terapéutico singular. Por ejemplo, los miembros del equipo pueden acompañar a la persona para ayudarla en su quehacer cotidiano, mediando en relaciones o conflictos con la familia o su entorno, o bien proponer actividades individuales o colectivas que contribuyan a su recuperación.
- Una pieza central de la rehabilitación psicosocial es garantizar una ciudadanía activa. Esto puede consistir, por ejemplo, en acompañar a la persona y orientarla a la hora de hacer trámites burocráticos, para que pueda tener la documentación en regla y ser reconocida formalmente como ciudadano, o crear oportunidades para que pueda estudiar o trabajar, reforzando su participación social.

- La rehabilitación psicosocial también implica crear y desarrollar iniciativas con recursos comunitarios. Hay estrategias de rehabilitación en las áreas de vivienda, vida social y trabajo, generando oportunidades para facilitar la participación social de la persona y mejorar su autonomía.
- Otro de los objetivos es construir nuevos espacios sociales de pertenencia para los usuarios del CAPS, desde los que pueden adquirir un mayor reconocimiento por parte de la sociedad y asumir un papel ciudadano activo.

### Coordinación y cohesión de la red

- Los CAPS colaboran con otros servicios de salud mental y general, como los centros residenciales terapéuticos, los centros de atención primaria, los servicios de urgencias y los hospitales, además de otras redes e instituciones. El objetivo es promover la cogestión y corresponsabilidad de los distintos servicios y redes para que ejerzan su función en el proyecto terapéutico singular de cada usuario.
- Como nodo estratégico dentro la red de salud mental, el CAPS también diseña y pone en práctica estrategias para crear vínculos y alianzas con otros servicios de las redes de salud, educación, justicia y asistencia social, así como con recursos comunitarios, con el objetivo de promover y garantizar los derechos.

### Un día y una noche típicos en un CAPS III de Campinas

En promedio, por un CAPS III de Campinas pasan a diario 60 personas (usuarios del servicio y miembros del equipo). Hay un ambiente animado y se realizan diversas actividades para promover el bienestar, el autocuidado, los intercambios sociales y el fortalecimiento de las relaciones entre los usuarios, el equipo profesional y la comunidad. En general, el CAPS III cuenta con profesionales dedicados a garantizar que el día en el centro fluya, colaborando en la organización de las comidas para los usuarios, escuchando y atendiendo imprevistos, proponiendo actividades y generando oportunidades de intercambio social. Los usuarios del CAPS van y vienen durante el día. Es frecuente que durante el día vayan al centro, por ejemplo, a ver una película, charlar, conocer gente, hacer una tarta, jugar, leer el diario en compañía o regar las plantas.

Por otro lado, el CAPS III también realiza actividades en el entorno urbano. Los miembros del equipo profesional se desplazan a otros servicios comunitarios, como el núcleo de atención a la salud de la familia y los servicios residenciales, para brindar apoyo a los equipos de salud familiar y visitar y ayudar a los residentes. También salen con los usuarios del CAPS III para acompañarlos en sus ocupaciones, poniendo en práctica las actividades de rehabilitación psicosocial y acciones en la comunidad. Por ejemplo, un usuario y un miembro del equipo pueden tomar el transporte público juntos para ir a algún lugar (lo cual implica planificar el destino, separar la cantidad de dinero justa para el boleto y tomar el autobús de la línea correspondiente) o dar un paseo por el vecindario (lo cual implica salir de casa, conocer las inmediaciones, aproximarse a otras personas y relacionarse con ellas, etc.). Los miembros del equipo también ayudan al usuario a participar en otros servicios municipales, como los centros de convivencia y los centros culturales, y promueven actividades para generar trabajo e ingresos.

Por la noche, los usuarios cuentan con ayuda de los profesionales y se realizan actividades para satisfacer las necesidades de las personas que se encuentran en el servicio en ese momento. Se genera un ambiente acogedor que permite a las personas pasar por una crisis en un ambiente de seguridad y protección. La duración media de las estancias en un CAPS III de Campinas es de 6,7 días (en el 2020).

Mientras que los CAPS prestan un servicio clave y estratégico dentro de la red comunitaria de salud mental en Brasil, hay otros servicios de la red que desempeñan funciones complementarias igualmente esenciales.

### ***Centros comunitarios de salud***

Los centros comunitarios de salud (o unidades básicas de salud) constituyen el primer punto de ingreso al sistema de salud pública brasileño (83). Las unidades básicas de salud prestan asistencia básica en las áreas de medicina general, pediatría, ginecología, enfermería y odontología. Los equipos de salud de la familia, ubicados dentro de la unidad básica de salud, actúan como vínculo importante entre la unidad y la comunidad. Una de las principales responsabilidades de estos equipos es garantizar que cada familia en su área de afluencia esté inscrita en su respectiva unidad básica de salud, monitorear la salud general y las condiciones de vida de cada familia y proporcionar atención médica. Están integrados por la figura clave de los agentes comunitarios de salud, profesionales de nivel básico que conocen la comunidad en la que trabajan, sus habitantes y sus dinámicas y problemas particulares.

### **Las unidades básicas de salud en Campinas**

En Campinas hay 66 unidades básicas de salud (aprox. una por cada 20.000 habitantes). Todas ellas están vinculadas con un CAPS, del cual reciben asistencia.

La plantilla típica de una unidad básica de salud de Campinas varía, pero como requisitos mínimos debe estar compuesta por un coordinador, un equipo médico (con especialistas en pediatría, ginecología y obstetricia), personal de enfermería, un profesional de odontología, auxiliares de enfermería y de odontología y personal administrativo. Alrededor de un tercio de las unidades básicas de salud cuentan con profesionales de salud mental, es decir, psiquiatras, psicólogos y terapeutas ocupacionales.

Una unidad básica de salud pequeña en Campinas tiene entre 16 y 20 empleados, además del personal administrativo; una unidad básica de salud mediana está integrada por unos 47 profesionales, además del personal administrativo; y las unidades básicas de salud grandes tienen 84 profesionales, más el personal administrativo.

Todas las unidades básicas de salud de Campinas cuentan con un equipo de salud para la familia; además, en el municipio hay otros 146 de estos equipos. Como mínimo, un equipo de salud para la familia está integrado por un profesional médico, un profesional de enfermería, dos técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud. La mayoría cuentan, asimismo, con otros profesionales, como pediatras, ginecólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, asistentes sociales, odontólogos y auxiliares de odontología.

### ***Núcleo de atención a la salud de la familia***

Los núcleos de atención a la salud de la familia son equipos multidisciplinarios de expertos que prestan asistencia general directamente a los equipos de salud para la familia en las unidades básicas de salud. Estos equipos no son específicos del área de salud mental, pero tienen experiencia en salud mental. Los equipos de estos núcleos de atención generalmente comprenden un asistente social, un psicólogo, un terapeuta ocupacional, un nutricionista, un profesional de educación física, un farmacéutico, un fisioterapeuta y un fonoiatra, además de un médico.



Su cometido consiste en analizar casos clínicos, realizar interconsultas con los equipos de salud para la familia y la unidad básica de salud, colaborar en el proyecto terapéutico singular y desempeñar actividades de prevención y promoción de la salud. También participan en el desarrollo de capacidades de los profesionales de las unidades básicas de salud, en sus áreas de especialidad, y prestan atención y apoyo a personas con necesidades de salud mental menos graves o complejas. Cuando el núcleo de atención a la salud de la familia consigue que estas necesidades queden cubiertas en la unidad básica de salud, el CAPS de la región puede dedicarse a las personas que tienen necesidades más complejas. Esto ayuda a evitar el exceso de demanda de los CAPS. Los núcleos de atención a la salud de la familia siguen los mismos principios de derechos humanos que los CAPS y se vinculan e implican con estos en la medida en que resulta necesario. No aplican ni defienden la reclusión, las contenciones ni ninguna otra práctica coercitiva.

Estos núcleos de atención son especialmente importantes en los municipios de menos de 15.000 habitantes. Estos municipios, que representan alrededor del 60% de los municipios brasileños y contienen el 12% de la población total del país, no son lo suficientemente grandes para tener un CAPS. Por lo tanto, dentro de estos municipios, las acciones de los centros comunitarios de salud a nivel de atención primaria son la principal estrategia de atención y apoyo a las necesidades de salud mental de la población (73).

### Los núcleos de atención a la salud de la familia de Campinas

Campinas tiene cinco núcleos de atención, cuyas plantillas reflejan las necesidades y particularidades de los servicios y las comunidades con los que trabajan. Todos los núcleos de atención de Campinas están integrados, como mínimo, por un psiquiatra, un psicólogo y un terapeuta ocupacional, además de otros profesionales según sea necesario.

### *Equipos de consulta en la calle*

Los equipos de consulta en la calle (*equipes de consultório na rua*) forman parte de la unidad básica de salud y trabajan con las personas sin hogar. Ofrecen apoyo, atención médica y protección contra los riesgos a los que está expuesta esta población (violencia urbana, falta de ingresos, ausencia de una red de apoyo social, consumo de drogas, etc.), y emprenden acciones para proteger y promover sus derechos. Estos equipos ofrecen atención de salud mental a las personas en situación de indigencia en general, pero también a las que tienen problemas de salud mental, discapacidades psicosociales y problemas asociados con el consumo de sustancias psicoactivas. Los equipos de consulta en la calle trazan un mapa de las áreas o regiones frecuentadas por las personas sin hogar que pueden beneficiarse del servicio, se desplazan directamente a estas áreas para ofrecerles ayuda y gestionan derivaciones a los servicios sociales y de salud.

Los equipos de consulta en la calle mantienen un diálogo constante y establecen colaboraciones con las unidades básicas de salud, los equipos de salud de la familia y los CAPS, para atender mejor las necesidades de la población y los usuarios (78). Los servicios intercambian información relevante sobre la persona y su proceso de recuperación, y señalan las acciones o los apoyos que necesita para cubrir sus necesidades. Estos equipos también ayudan a facilitar el acceso a los CAPS, incluso a las personas que consumen sustancias psicoactivas. Los equipos constan de entre cuatro y siete integrantes; pueden ser un enfermero, un psicólogo, un asistente social, un terapeuta ocupacional, un médico, un agente social con experiencia propia, un auxiliar de enfermería y un técnico de odontología; en los equipos más grandes también hay un médico. Los equipos de consulta en la calle no derivan a nadie a los hospitales psiquiátricos ni a otros servicios donde puedan aplicarse coacciones, contenciones o aislamientos.

### Los equipos de consulta en la calle de Campinas

En Campinas hay dos equipos de consulta en la calle, que atendieron a cerca de 476 personas por mes en el 2020. Normalmente en Campinas estos equipos están compuestos por:

- 1,75 profesionales médicos (equivalente a 70 horas, ejercidas por un psiquiatra y tres médicos)
- 2 profesionales de enfermería
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 psicólogo
- 1 asistente social
- 3 profesionales de reducción de daños
- 3 técnicos de enfermería
- 1 auxiliar administrativo
- 2 conductores
- 1 coordinador

Los equipos de consulta en la calle se reúnen al comienzo de la jornada para planificar la agenda de actividades. Prestan un servicio de alcance comunitario en áreas de la ciudad que han mapeado previamente como zonas donde viven personas en situación de vulnerabilidad, generalmente plazas públicas. Cada día, el equipo acude hasta estas zonas e instala una carpa desde la que realizan las consultas (p. ej., revisiones de enfermería y evaluaciones de asistencia social, derivación a otros servicios y actividades sociales). En paralelo a la atención médica que se brinda a la población indigente de Campinas, también se ofrecen actividades culturales como música y capoeira (un arte marcial originario de Brasil, con elementos de danza). Una vez evaluada por el equipo de consulta en la calle, la persona puede pasar a la red de atención primaria o a un CAPS, donde se pueden determinar sus necesidades de salud mental o los problemas que tenga con el uso de sustancias psicoactivas. A partir de ese momento, los servicios trabajan en estrecha colaboración, de manera coordinada, para atender las necesidades de esa persona y ayudarla.

En Campinas, los equipos de consulta en la calle también trabajan muy de cerca con mujeres que viven en situación de indigencia y están embarazadas. Este trabajo consiste en determinar cuáles de ellas necesitan ayuda, hacer un seguimiento de la atención prenatal y derivarlas a refugios y hospitales de maternidad. En el 2020, los equipos de consulta en la calle atendieron en Campinas a 100 mujeres embarazadas en situación de indigencia, permitiendo que el bebé se quedara con ellas o con la familia, es decir, que no pasase a custodia de las autoridades. La relación del equipo de consulta en la calle con la red global, especialmente en lo que concierne a la asistencia social y la seguridad pública, es crucial en la atención a esta población. De todas las personas que atiende al mes, en promedio, el servicio de consulta en la calle acompaña a 20 personas a los CAPS para personas adultas y a 65 a los CAPSad. Tanto los CAPS como los equipos de consulta en la calle son responsables de la atención dispensada a esta población.

## ***Servicios residenciales terapéuticos***

Los servicios residenciales terapéuticos son casas localizadas en el espacio urbano, diseñadas para personas que han estado ingresadas en hospitales de custodia o tratamiento psiquiátrico durante períodos prolongados (al menos dos años seguidos). Para las personas que carecen de familia o red de apoyo, o que no tienen posibilidad de regresar al hogar familiar, el servicio residencial terapéutico representa una opción para vivir de forma independiente en la comunidad. Este servicio se encuadra en la estrategia de desinstitucionalización del proceso de reforma psiquiátrica brasileña.

En un servicio residencial terapéutico pueden convivir hasta diez residentes; hay casas solo para mujeres, casas solo para hombres y casas mixtas (81). Cada residencia cuenta con cinco cuidadores por turno de trabajo y un técnico de enfermería. Los residentes del servicio residencial terapéutico también son usuarios del CAPS. Tomando el proyecto terapéutico singular como referencia, se realiza una rehabilitación psicosocial en estrecha colaboración entre el usuario, el servicio residencial terapéutico y el CAPS, con el objetivo de promover la autonomía, la inclusión social y los derechos. Una persona puede vivir indefinidamente en un servicio residencial terapéutico. Este servicio se considera el hogar de la persona, y no un servicio de salud o un servicio social, ni está sujeto a actividades regulatorias o inspecciones. Por principio, en el servicio residencial terapéutico no se aplican reclusiones, coacciones ni contenciones.

### **Los servicios residenciales terapéuticos en Campinas**

Campinas cuenta con 20 servicios residenciales terapéuticos, con una capacidad total de 160 plazas. Actualmente, en estos servicios residenciales de Campinas viven 139 personas.

La plantilla típica de un servicio residencial terapéutico de Campinas está compuesta por un asistente de vivienda, un monitor y un técnico de enfermería, en función de las particularidades de los residentes. Cada casa tiene su propia configuración, también de acuerdo con las necesidades de los residentes.

En el día a día de un servicio residencial terapéutico, los residentes participan en diversas actividades en la ciudad (ocio, religión, actividades en el CAPS) o se quedan en casa, ocupándose de sus cosas o recibiendo visitas. Cada semana, en el servicio residencial terapéutico se celebra una reunión en la que los residentes deciden el menú semanal. Salen a comprar los productos de alimentación, acompañados de los cuidadores si es necesario, y también hacen las tareas domésticas, aunque en las viviendas donde residen personas con trastornos clínicos más graves y mayor grado de dependencia hay un equipo de limpieza.

Las casas de los servicios residenciales terapéuticos están ubicadas en diferentes barrios de Campinas. Todas están vinculadas con un CAPS III y mantienen un diálogo y una colaboración continua con los servicios de los CAPS. Un miembro del equipo del CAPS acude al servicio residencial terapéutico todos los días, para ver cómo se desenvuelve la vida diaria, por ejemplo, para verificar si se han efectuado las compras necesarias, si alguien necesita artículos personales y si todos los residentes se encuentran bien. La vinculación de los servicios residenciales terapéuticos con los CAPS es particularmente importante, ya que los mismos profesionales que prestan atención en el CAPS también participan en el proceso de rehabilitación psicosocial en la comunidad. Esto, a su vez, facilita el desarrollo general y la supervisión del plan terapéutico singular de la persona, tanto a nivel del servicio como de la comunidad. No obstante, cada residente del servicio residencial terapéutico participa en la red de servicios de salud mental de la comunidad conforme a sus deseos y necesidades.

### ***Programa de vuelta a casa***

El programa de vuelta a casa (*de volta para casa*) es una estrategia de desinstitucionalización que consiste en una prestación económica directa para personas que han recibido el alta después de un internamiento psiquiátrico prolongado (dos años seguidos o más) (84). El objetivo es promover la rehabilitación psicosocial fortaleciendo el poder contractual de la persona, asegurando que tenga un ingreso suficiente para poder tomar decisiones, por ejemplo, qué comprar y adónde ir. El monto mensual ofrecido mediante este programa a nivel federal en el 2020 era de 412 reales (aprox. US\$ 72).<sup>1</sup>

### **El programa de vuelta a casa en Campinas**

En Campinas, 139 personas son beneficiarias actualmente del programa de vuelta a casa, que tiene un costo de 57.268 reales por mes (aprox. US\$ 10.070).<sup>1</sup>

### ***Camas de salud mental en hospitales generales***

Las camas de salud mental en los hospitales generales (*leitos de saúde mental em hospitais gerais*) prestan asistencia médica a personas con problemas de salud mental, discapacidades psicosociales y problemas y necesidades asociados con el consumo de sustancias psicoactivas. El acceso a estas camas se coordina a través de un sistema centralizado de gestión. El ingreso se determina atendiendo a criterios clínicos y las hospitalizaciones deben ser de corta duración (es decir, hasta que la estabilidad clínica de la persona permita darle el alta). Para acceder a una cama, debe solicitarlo un servicio de la red de salud mental, como un CAPS; así se asegura que únicamente ocupen una cama aquellas personas que tengan una necesidad específica, evitando la ocupación inadecuada de plazas hospitalarias y las hospitalizaciones innecesarias. Los CAPS pueden solicitar el ingreso, por ejemplo, cuando un usuario tiene comorbilidades, dificultades o necesidades asociadas con su salud general que requieren atención especializada. En algunas regiones, las camas de salud mental de los hospitales generales también actúan como barrera contra los internamientos en hospitales psiquiátricos.

Pueden ser camas cercadas, reservadas por el hospital para casos con necesidades de salud mental, o pueden estar incluidas en una unidad o pabellón de salud mental. El número de camas de salud mental que tiene un hospital general no puede exceder el 15% del total de camas, hasta un máximo de 25 camas. Asimismo, cada hospital general tiene un mínimo de cuatro camas de salud mental.

Como parte de la red de salud mental en Brasil, estas camas siguen los mismos principios que los servicios descritos anteriormente. Sin embargo, a la fecha de redacción de este informe, no había datos de evaluación sobre la aplicación de prácticas coercitivas en estos servicios. Se tiene noticia de que en ciertos casos se imponen medidas coercitivas (contenciones mecánicas y químicas), pero estas prácticas varían de un hospital a otro. Otro problema es la integración efectiva con los demás nodos de la red para garantizar la continuidad asistencial de la persona en todos los servicios.

### **Las camas de salud mental en los hospitales generales de Campinas**

En los dos hospitales generales de Campinas hay 36 camas de salud mental. Uno es el Complejo Hospitalario Prefecto Edvaldo Orsi, que cuenta con 20 camas, y el otro, el Hospital de Clínicas de la Universidad de Campinas (UNICAMP), que cuenta con 14 camas. En ambos hospitales, las camas de salud mental están ubicadas en un pabellón especial.

<sup>1</sup> Tasa de cambio de marzo del 2021.

Para ilustrar el equipo profesional de uno de estos pabellones, podemos detallar el del Complejo Hospitalario Prefecto Edvaldo Orsi:

- 1 psiquiatra (coordinador del servicio, dirección médica)
- 1 supervisor médico
- 1 supervisor de enfermería
- 1 psiquiatra de guardia
- 1 enfermero
- 5 técnicos de enfermería
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 psicólogo
- 1 asistente social.

En Campinas, generalmente se recurre a la hospitalización para prestar apoyo a una persona durante una situación de crisis, en función de la gravedad y de las particularidades. También se puede derivar a una persona a una de estas camas para apartarla de su entorno o por la concurrencia de comorbilidades clínicas que requieran atención psiquiátrica y otras especialidades médicas. Estas camas también se pueden utilizar con fines de diagnóstico (más frecuente en el caso de los usuarios de los CAPSad) o de protección, especialmente para menores vulnerables. También se puede valorar el ingreso cuando el CAPS y el hospital general estiman que puede ser beneficioso para la persona; por ejemplo, el hospital puede ser un lugar más apropiado para algunas personas que el ambiente de actividad y ajetreo propio de los CAPS, además de servir como alternativa si no hay plazas libres para pernoctar en un CAPS III.

Si se ingresa a una persona en una cama de salud mental de un hospital general de Campinas, el equipo del hospital y el equipo del servicio de referencia de esa persona (p. ej., un CAPS) se coordinan para dar continuidad a su proyecto terapéutico singular. Comentan el plan de recuperación del usuario y los ajustes que sean necesarios durante el ingreso. Es frecuente y se fomenta que la persona ingresada reciba la visita de profesionales externos al hospital, por ejemplo, de los CAPS.

La colaboración entre los servicios y los miembros del equipo es continua durante todo el período de hospitalización. El equipo del hospital general también acude al CAPS para asistir a reuniones y analizar estrategias comunes, a fin de atender mejor a los usuarios.

La atención prestada por el hospital general se rige por los mismos principios que la red de salud mental y los CAPS. En una situación de crisis, se recurre al diálogo y también a la farmacoterapia, pero solo con el consentimiento del paciente. La red indica, sin embargo, que en circunstancias extremas todavía se utilizan contenciones, algo que es importante que cambie.

Las camas de salud mental de los hospitales generales constituyen un recurso valioso dentro de la red de Campinas, no solo porque prestan un apoyo adicional a las personas que están pasando por una crisis, sino también porque tienen la capacidad de vincularse y trabajar con todos los servicios municipales de salud mental.

### ***Servicios de urgencias y emergencias***

Los servicios de atención a las urgencias y emergencias asociados a la red de salud mental forman parte de la red general de emergencias: servicios móviles de emergencias, unidades de atención de emergencias (servicios independientes especializados) y unidades hospitalarias de urgencias. En general, los servicios de urgencias y emergencias trabajan junto con los CAPS cuando acude una persona con necesidades de salud mental. A su llegada, el servicio de emergencias se pone en contacto con el CAPS de esa persona. Una vez que se realiza el contacto, el CAPS tiene la responsabilidad compartida de la atención de la persona, por ejemplo, para analizar sus necesidades, hacer un seguimiento de la actuación del servicio de emergencias, reanudar el proyecto terapéutico singular de la persona en la comunidad cuando le den el alta, etc.

### ***Otros servicios de la red de salud mental***

Las unidades de acogida (*unidade de acolhimento*) son servicios residenciales de ámbito comunitario, diseñados para colaborar con los CAPS en la atención a personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, o cuando se requiere una presencia y un seguimiento más intenso durante un período acotado. Este servicio no se describe con más detalle, ya que la atención al consumo de sustancias psicoactivas queda fuera del ámbito de este documento.

### ***Iniciativas en red***

Uno de los puntos fuertes de la red brasileña, aparte de la concertación de servicios para satisfacer las necesidades cambiantes de la comunidad, es la gama de iniciativas en red, que resultan transformadoras para la persona y para la sociedad. Dichas iniciativas han sido fundamentales para ampliar la percepción y la implicación con la salud mental y la discapacidad psicosocial a nivel comunitario.

### **Centros de convivencia**

Los centros de convivencia son centros comunitarios abiertos a todos los ciudadanos, en los que se fomenta especialmente la participación de personas con discapacidades psicosociales o cognitivas, las persona mayores y niños, niñas y adolescentes con vulnerabilidades sociales. El objetivo principal de los centros de convivencia es la mediación y la promoción de oportunidades de convivencia, estimulando la inclusión social y la pertenencia. Aunque estos centros se consideran parte de la política nacional de salud mental, actualmente solo existen en algunas regiones de Brasil. Se financian a nivel estatal y municipal.

#### **Los centros de convivencia de Campinas**

En Campinas hay cinco centros de convivencia, cada uno con una capacidad de entre 120 y 300 personas por mes. La plantilla típica en un centro de convivencia de Campinas está compuesta por dos profesionales (psicólogo, terapeuta ocupacional, jefe de grupo, educador físico o enfermero), un monitor, un asistente de limpieza y un coordinador.

Los centros de convivencia de Campinas se fundaron como parte de la política local pública, antes de que fueran reconocidos a nivel nacional, y se financian a nivel local. Suelen estar ubicados en parques públicos o zonas verdes y engloban salud, deporte, cultura, educación y medio ambiente desde la perspectiva de la rehabilitación psicosocial, la prevención y la promoción de la salud.



Las actividades de los centros de convivencia reflejan dos grandes temas que pueden contribuir a la inclusión y autonomía de sus usuarios: convivencia (actividades grupales, reuniones públicas, promoción de la comprensión y la tolerancia de las diferencias entre las personas) y cooperación (con instituciones públicas y la sociedad civil). Por ejemplo, se realiza un programa de alfabetización para personas jóvenes y adultas, en colaboración con el sector educativo, en el que pueden participar tanto los usuarios de los CAPS como los residentes de los servicios residenciales terapéuticos.

Cada centro de convivencia publica su propio calendario de actividades todos los meses. Hay clases de alfabetización, guitarra, inglés, capoeira, zumba, pintura y manualidades, jardinería, un taller de cine, cocina, etc. Todas las actividades son gratuitas, están abiertas a la comunidad y a menudo dependen de la participación activa de voluntarios.

Los centros de convivencia también están vinculados directamente con los servicios de salud mental. Por ejemplo, si un CAPS considera que el centro de convivencia puede mejorar el proyecto terapéutico singular de un usuario (es decir, que puede hacerle bien participar en una actividad del centro), se puede hacer una derivación. Del mismo modo, el centro de convivencia también puede ver si alguien que asiste a sus actividades podría beneficiarse de un CAPS y facilitarle la derivación.

### Servicios e iniciativas de trabajo y generación de renta

Las iniciativas de trabajo y generación de renta tienen por objeto garantizar el derecho al empleo y proporcionar capacitación y cualificaciones para la inserción laboral. Estas iniciativas promueven la inclusión social y la autonomía, empoderando a la persona y mejorando sus condiciones de vida. También son una estrategia de rehabilitación psicosocial para fortalecer el protagonismo de los usuarios de la red de salud mental. Algunas de las iniciativas, según las regiones, son de cocina, artesanía, corte y confección, agricultura, reciclaje, estampación, prestación de servicios, ventas, etc. Estas iniciativas adoptan una perspectiva de economía solidaria (85).

### Los servicios e iniciativas de trabajo y generación de renta en Campinas

Campinas cuenta con dos servicios enfocados a la economía solidaria y la generación de trabajo y renta: la Casa de Talleres (*Casa das Oficinas*) y el Centro de Talleres y Trabajo (*Núcleo das Oficinas e Trabalho*). Ambos servicios realizan actividades orientadas a garantizar el derecho al empleo y promover la autonomía, la inclusión social a través del trabajo y la participación en asociaciones sociales y cooperativas. Ofrecen actividades de capacitación colectiva y participativa y de generación de ingresos y trabajo, en diversas áreas. Hay otra entidad que se dedica a la comercialización de productos, el Almacén de Talleres (*Armazém das Oficinas*).

La **Casa de Talleres** cuenta con un coordinador, un psicólogo, un terapeuta ocupacional, monitores, un asistente administrativo y un asistente de limpieza. Desarrolla siete iniciativas de trabajo y generación de renta en áreas de cocina, papelería y costura (*Gira Mundo*), artesanía, impresión, panadería y mosaicos. Cerca de 50 personas acceden a este servicio por mes.

El **Centro de Talleres y Trabajo** cuenta con un coordinador y asistentes administrativos. Cada una de las iniciativas tiene adscrito su propio coordinador, que puede ser un terapeuta ocupacional, un psicólogo, un asistente social o un arquitecto, además de monitores. La organización desarrolla 12 iniciativas de trabajo y generación de renta en las siguientes áreas: reciclaje de papel, carpintería, cerrajería, mosaicos, eventos, agricultura, cocina y restauración, impresión, vidrio pintado, vidriería religiosa, costura, baldosas hidráulicas y cerámicas. Cerca de 300 personas acceden a este servicio por mes.

Se accede a estos servicios por derivación de uno de los centros de salud mental del municipio, por ejemplo, de un CAPS. Primero se informa a la persona de todos los proyectos y talleres, para que elija la iniciativa o actividad que más le interesa. Todos los participantes reciben una remuneración por la elaboración y venta de los productos. El valor total de las ventas se reparte entre los participantes según la evaluación del desempeño de cada uno. Esta evaluación mensual la realiza un grupo integrado por el coordinador del servicio, un monitor del proyecto y el propio participante, y se tienen en cuenta criterios como la asistencia, la puntualidad, la responsabilidad, la iniciativa y la creatividad.

La red de Campinas señala que, a pesar de todo, siguen siendo pocas las personas que consiguen acceder al mercado laboral formal. Se ha abierto una vía de empleo alternativa directamente con el Servicio de Salud Dr. Cândido Ferreira, a través de la cual se había dado empleo, hasta septiembre del 2020, a 34 personas.

### Iniciativas culturales en Campinas

La red de salud mental de Campinas también cuenta con una serie de proyectos colectivos y colaborativos en los que participan usuarios, profesionales y familias de diferentes CAPS, servicios residenciales terapéuticos, centros de convivencia, entre otros. Algunos ejemplos son: Rádio Maluco Beleza, una emisora radiofónica que reúne a usuarios de la red de salud mental, familias, proyectos sociales, profesionales y otras personas de la comunidad, emitiendo las 24 horas del día, con diversos programas sobre temas diferentes; *Jornal Candura*, una revista bimestral que recoge noticias y sucesos relacionados con los servicios de salud mental y que trata temas de inclusión social y ciudadanía; y el Coletivo de Esportes, la iniciativa deportiva que organiza la InterCAPS, un torneo de fútbol en el que compiten los CAPS de la ciudad de Campinas y su región, y que se celebra anualmente el 18 de mayo, día elegido a nivel nacional por el movimiento social para celebrar la reforma psiquiátrica y exigir avances. El Coletivo de Esportes también es responsable de la Copa de la Inserción (*Copa da Inserção*), un campeonato de fútbol semanal entre los CAPS de Campinas. Esta iniciativa promueve reuniones semanales entre los empleados, los usuarios de los servicios y las familias, con actividades deportivas en los servicios de salud mental y en espacios públicos.

## Principios y valores fundamentales del servicio

### *Respeto de la capacidad jurídica*

En Brasil, el respeto por la capacidad jurídica de los usuarios está integrado en los principios de la red comunitaria de salud mental. Este principio se refleja a nivel del servicio, ya que es la persona quien dirige su propio plan de recuperación, no se aplican ingresos ni tratamientos obligatorios, se corrigen proactivamente los desequilibrios de poder y se presta apoyo a los usuarios para que ejerzan y disfruten de su capacidad jurídica, tanto dentro del servicio como en su comunidad. El programa de vuelta a casa y los servicios residenciales terapéuticos ayudan a las personas que han estado internadas a volver a ejercer su capacidad jurídica en sociedad, en un proceso dirigido por ellas mismas.

### *Alternativas a las prácticas coercitivas*

Las medidas coercitivas son contrarias a los principios de la red comunitaria de salud mental de Brasil. En lugar de aplicar medidas de ese tipo, se prima la negociación y la mediación en situaciones conflictivas y difíciles. Para subsanar los desequilibrios de poder, y reconociendo que son los usuarios quienes mejor conocen sus experiencias, necesidades, deseos, preferencias y planes de recuperación

autodirigidos, se establece con ellos un diálogo permanente y una relación de confianza, en detrimento de las prácticas coercitivas. En el 2020 no se han comunicado casos de prácticas coercitivas en los núcleos de atención a la salud de la familia, las unidades básicas de salud, los servicios residenciales terapéuticos ni los equipos de consulta en la calle. En los CAPS muy rara vez se aplican medidas coercitivas, consideradas inaceptables tanto por parte del servicio como de los miembros del equipo. Sin embargo, el uso de prácticas coercitivas (contenciones físicas y químicas) en los hospitales generales es variable. Se trata de un área que requiere atención constante y esfuerzos para cambiar. Con todo, la red de Brasil ilustra el éxito del modelo de construcción de relaciones para prevenir las prácticas coercitivas.

### ***Inclusión en la comunidad***

A nivel individual, la persona recibe el apoyo de la red para participar en su comunidad conforme a sus necesidades y preferencias, guiada por su plan terapéutico singular. Se le ofrece una atención proporcionada que se adapta a sus necesidades, por ejemplo, a través de los servicios residenciales terapéuticos. La red de salud mental es activa en la comunidad, reflejando la naturaleza colectiva de la inclusión. En efecto, gracias a las acciones colectivas con los habitantes de la comunidad, se generan posibilidades de inclusión social y, en el proceso, la comunidad y sus relaciones se transforman. Las actividades de los CAPS y los centros de convivencia, o las iniciativas culturales abiertas al público, promueven la inclusión social, la diversidad y la reducción del estigma. La colaboración entre servicios y la atención continua prestada por los diferentes nodos de la red potencian el acceso y la inclusión de las personas en la comunidad, en áreas como salud, salud mental, empleo, deporte y cultura.

### ***Participación***

En la red se utilizan activamente estrategias de diálogo colectivo, como las asambleas de los CAPS. Los usuarios participan en el diseño e implementación de la red de servicios, incluidas las prácticas de la red y los servicios. Este diálogo tiene lugar a diario, con intercambios sociales dentro de los servicios, en estructuras formales como los foros de salud mental y a través de la organización civil, en el movimiento social para la reforma psiquiátrica.

### ***Enfoque de recuperación***

Los principios de la red comunitaria de salud mental se ajustan al enfoque orientado a la recuperación: promoción de la autonomía, participación social, inclusión social e igualdad de derechos. Acorde a este paradigma es el uso del plan terapéutico singular en todos los servicios, puesto que se alienta a la persona a que sea ella quien defina sus expectativas, metas y aspiraciones y que tome las riendas de su propio proceso de recuperación. El trabajo de cada servicio y la estructura de la red, en particular las iniciativas de cooperación entre redes, propician un enfoque integral y holístico que incluye elementos esenciales de la recuperación, como participación social, empleo, educación, cultura y deporte.

## **Evaluación del servicio**

Por el tamaño y la complejidad de la red brasileña, la siguiente descripción no abarca todos los estudios relacionados con la red comunitaria de salud mental de Brasil. Esta sección recoge datos de evaluación de la red de salud mental de diferentes municipios y regiones brasileñas (divididos en estudios de la red general y estudios de los CAPS). También se presenta el estudio relativo al municipio de Campinas. Los datos revisados para este documento avalan la oferta de servicios y la atención de alta calidad que ofrece la red al individuo y a la comunidad.

### ***Red comunitaria de salud mental de Brasil***

Varios estudios han evaluado la red comunitaria de salud mental de Brasil. En el 2015 se realizó una revisión sistemática de los estudios sobre los servicios de salud mental en Brasil, en la que se pone de manifiesto la satisfacción con los servicios desplegados en sustitución del internamiento en instituciones (p. ej., los CAPS), en cuanto a la postura acogedora y humanizadora, la ruptura con el aislamiento social, el establecimiento de vínculos, la mejora de las condiciones clínicas, la calidad de vida y el auxilio en relación con los problemas de salud mental (86). También se constatan mejoras en la autoconfianza, la salud emocional, la calidad del sueño y la capacidad de soportar situaciones difíciles. Cuando se comparan los hospitales psiquiátricos tradicionales con los servicios y estrategias comunitarios de salud mental que los reemplazaron, se observa que los modelos comunitarios son más efectivos y eficientes. Un estudio del 2019 demuestra que la ampliación de la cobertura de los CAPS y los centros de atención primaria se correlaciona con una disminución de las tasas de hospitalización psiquiátrica (87). En un estudio de los CAPS II vinculados con los equipos de atención primaria, se observa una mayor calidad asistencial en la gestión de las crisis en la comunidad, ya que se evita la escalada y la imposición de medidas coercitivas como las intervenciones policiales, el uso de la fuerza física, la remisión forzosa a los servicios de urgencias y la hospitalización (88). También se ha observado que la función del núcleo de atención a la salud de la familia es útil para atender las necesidades de salud mental leves y moderadas, evitando el exceso de demanda de servicios especializados como los CAPS, en municipios que tienen políticas y prácticas claras para apoyar esta práctica (89, 90). La implantación de los equipos núcleo de atención a la salud de la familia en un área rural hizo que creciera la implicación individual en las actividades propuestas por los servicios de salud y que se atendieran de manera más integral las necesidades de salud (91). Por su parte, se ha visto que los servicios residenciales como el servicio residencial terapéutico ayudan a las personas que han pasado por internamientos de larga duración a recobrar su sentido de poder y su autonomía, a fin de establecer relaciones e incrementar su participación social (92, 93). En la misma línea, hay estudios que respaldan la función de las prestaciones económicas como el programa de vuelta a casa, para fomentar la reincorporación de las personas y su vida en la comunidad después de largos períodos de hospitalización (91, 94). Sin embargo, también se han detectado dificultades, como la integración de los servicios, la efectividad de las acciones de salud mental realizadas por la red para colaborar con los centros de salud comunitarios (unidades básicas de salud) y el desarrollo de capacidades de los cuidadores de los servicios residenciales terapéuticos, para atender las demandas y necesidades complejas de los residentes (90, 95). En estos estudios se destaca el grado de variación que puede haber en la red por lo que atañe al trabajo conjunto, destinado a satisfacer las necesidades de las comunidades y la importancia de integrarse en una infraestructura en red.

### ***CAPS***

Los estudios señalan altos niveles de satisfacción tanto por parte de los usuarios de los CAPS como de las familias. Midiendo el nivel de satisfacción (en una escala del 1 al 5), un estudio del 2018 presenta una media de 4,6. Las preguntas que consiguen porcentajes más altos de satisfacción son las relacionadas con la competencia profesional, la primera sesión de acogida, la atención prestada y el trato recibido en términos de respeto y dignidad (96). También se ha observado que los CAPS favorecen la autonomía de las personas, la corresponsabilidad en su recuperación y su protagonismo (97, 98). Los familiares también se declararon satisfechos con el servicio, la calidad asistencial y el apoyo recibido (99, 100).

En un estudio del 2010, realizado con una cohorte prospectiva de 1.888 usuarios de CAPS, se observa que las prácticas de estos centros son efectivas para ayudar a los usuarios en situaciones de

crisis y sufrimiento psíquico (101). Después de asistir a los CAPS, el 24% de los usuarios refirieron una ausencia de crisis, el 60% tenían crisis con menor frecuencia y el 70% con menor intensidad. Además, cuanto mayor era el tiempo de asistencia a los CAPS, mayor era el tiempo transcurrido desde la última internación psiquiátrica. Se ha constatado, asimismo, que la existencia de los CAPS reduce el riesgo de suicidio en un 14% (102). En un estudio transversal del 2018, en el que se entrevistó a 917 usuarios de CAPS de cuatro municipios, los resultados indican que “en todos los municipios, menos de 10% de los usuarios estuvieron internados en instituciones psiquiátricas después de iniciar el tratamiento en los CAPS” (103).

### La red comunitaria de salud mental de Campinas

Se han realizado estudios que demuestran la eficacia de la red de Campinas, tanto a nivel del sistema como del individuo. Entre los usuarios de los CAPS III de la ciudad de Campinas se observó una reducción en la incidencia de las crisis, el consumo de medicamentos y el número de internaciones psiquiátricas. Los usuarios no intensivos consumieron menos medicación. Tanto los usuarios como los familiares manifestaron altos niveles de confianza en el servicio en un momento de crisis y en términos de rehabilitación psicosocial (104). Algunas acciones específicas de los CAPS también reciben valoraciones positivas, en particular la disponibilidad y confianza en el alojamiento nocturno de los CAPS III y la asignación de un “terapeuta de referencia” a todos los usuarios de los CAPS (105, 106). En un estudio transversal, el 95% de los usuarios de CAPS entrevistados afirmaron que no habían tenido ningún ingreso psiquiátrico después de comenzar a asistir al CAPS; el 73% indicaron que acudían al CAPS en una situación de crisis, mientras que ninguno había acudido a un hospital psiquiátrico. Este estudio avala la premisa de la red comunitaria en Campinas como reemplazo de los hospitales psiquiátricos (103). También se ha comprobado la importancia de la integración positiva entre la red de salud mental y la red de salud general, ya que les permite compartir conocimientos y experiencias y favorece la continuidad asistencial (107).

### Costos y comparaciones de costos

La red de salud mental forma parte de una red de servicios de salud más amplia y está canalizada dentro del Sistema Único de Salud (SUS). Este sistema universal de salud se financia a nivel federal, estatal y municipal, sustentado con un sistema tributario público. La población no tiene que hacer ningún desembolso directo para acceder y utilizar cualquiera de los servicios de la red.

### Costos de la red de Campinas

El presupuesto anual de salud en Campinas ascendió en el 2019 a unos 1.200 millones de reales (aprox. US\$ 213 millones).<sup>m</sup> El 6,6% de este presupuesto total, equivalente a 80 millones de reales (aprox. US\$ 14 millones) se destinó a la red comunitaria de salud mental. (Esta cifra no incluye los costos de las camas de salud mental en los hospitales generales, ni los costos de las unidades básicas de salud no relacionados con la salud mental).

Así, el costo aproximado per cápita, en Campinas, es de 67 reales (US\$ 12) por año (en una población aproximada de 1,2 millones).

<sup>m</sup> Tasa de cambio de marzo del 2021.

### Dificultades y soluciones

#### ***Ampliar una cobertura de salud deficiente***

Uno de los primeros obstáculos para establecer la red comunitaria de salud mental en Campinas fue la inexistencia de un sistema público de salud para mejorar la cobertura de la salud general, incluida la salud mental. Los primeros pasos para superar esta carencia se dieron en la década de 1980, cuando Brasil reconoció y consagró la salud (y la salud mental) como derecho constitucional, instaurando el Sistema Universal de Salud (SUS) en 1988.

#### ***Replantear la primacía del modelo biomédico y los hospitales psiquiátricos***

Uno de los mayores obstáculos a la hora de desplegar la red comunitaria en Campinas era el predominio del modelo biomédico y de hospitales psiquiátricos, que conllevaba violaciones de derechos humanos, exclusión social y negación del poder de las personas con problemas de salud mental. La adopción de una política nacional de salud mental —basada en los derechos humanos, centrada en los principios de la desinstitucionalización y la libertad primero y encaminada a promover la continuidad asistencial en la comunidad a todos los niveles del sistema de salud— fue el arranque del proceso de desinstitucionalización.

Se buscaron otras soluciones a varios niveles: se publicitaron y promovieron las experiencias de desinstitucionalización, como los logros derivados del cierre de los hospitales psiquiátricos y el desarrollo de servicios de ámbito comunitario; se instauró un programa para evaluar continuamente los progresos realizados en la reducción de los hospitales psiquiátricos y la ampliación de los servicios comunitarios; y, además, como instrumento poderoso para impulsar las reformas, se fue reorientando el financiamiento de los hospitales psiquiátricos hacia los servicios comunitarios, de forma gradual y por fases. Por último, el diálogo franco y la articulación de experiencias de otros países ayudaron a modificar las mentalidades imperantes y señalar posibles rumbos hacia adelante.

#### ***Vencer la resistencia política a la desinstitucionalización***

Otro obstáculo importante fue la resistencia de la clase política local a la desinstitucionalización y la clausura de camas psiquiátricas. Otros sectores y sistemas, como la judicatura, también mantenían actitudes y líneas de actuación que favorecían el internamiento en instituciones.

Uno de los factores que más ayudaron a superar este obstáculo fue la promulgación de leyes para garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental y establecer reglamentos para brindar los servicios de salud mental en el ámbito comunitario.

La resistencia política también se superó gracias a la celebración de conferencias a nivel nacional y municipal, pensadas para propiciar el debate sobre la política de salud mental y la desinstitucionalización y democratizar la toma de decisiones entre los usuarios, los familiares y el personal de la red de salud mental. La red se ha negociado y debatido entre los interesados directos a todos los niveles del sistema de salud mental, lo cual ha generado aceptación y compromiso. Por último, los movimientos de la sociedad civil siguen activos impulsando el avance de la red.



### *Paliar el desconocimiento de los profesionales sobre los derechos humanos*

Un problema persistente es el desconocimiento y la incomprensión de los derechos humanos por parte de los profesionales que van incorporándose a los servicios de salud mental. El diálogo continuo con todos los grupos interesados, incluidos los de otros sectores, para resolver dudas y ofrecer ayuda práctica ante dificultades de nivel local, ha contribuido a mejorar la comprensión de los derechos humanos en el contexto de la salud mental. Otra solución eficaz ha sido organizar estancias profesionales en los CAPS para personas en períodos de prácticas, mediante programas académicos y residencias, reforzando la multidisciplinariedad.

### Consideraciones clave para diferentes contextos

Las cuestiones clave que hay que tener en cuenta a la hora de establecer o ampliar este servicio en otros contextos son las siguientes:

- implicarse continuamente en todos los niveles del sistema, en particular con las personas que acceden a los servicios de salud mental, sus familias y los movimientos de la sociedad civil, para determinar cuáles son los servicios de la red que necesitan y desean;
- adoptar un enfoque centrado en toda la persona, para satisfacer todas sus necesidades (p. ej., mentales, físicas, laborales, educativas, de inclusión en la comunidad, etc.);
- valorar ofrecer unos servicios escalonados para satisfacer las distintas necesidades de salud mental en un entorno apropiado (centros de salud primaria con el apoyo de núcleos de atención a la salud de la familia capaces de atender necesidades de baja complejidad, CAPS que atiendan necesidades complejas);
- establecer un ente coordinador (los CAPS y las unidades básicas de salud en el contexto brasileño) que dirija la red de salud mental en cada área.

## Información adicional y recursos:

### Sitios web:

<https://www.gov.br/saude/pt-br>

<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/>

### Videos:

*Morar em Liberdade: Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira* - FIOCRUZ [en portugués] / *Living in Freedom: Portraits of the Brazilian Psychiatric Reform* - FIOCRUZ [en inglés]. [https://www.youtube.com/channel/UCD2xLN\\_GleJRWqOs8yWLDPQ/videos](https://www.youtube.com/channel/UCD2xLN_GleJRWqOs8yWLDPQ/videos)

*Memórias da reforma psiquiátrica no Brasil* - FIOCRUZ [en portugués] / *Memories of psychiatric reform in Brazil* - FIOCRUZ [en inglés]. <http://laps.ensp.fiocruz.br/>

Rádio 'Maluco Beleza', Campinas [en portugués] / Radio 'Maluco Beleza' – Campinas [en inglés]. [https://www.youtube.com/watch?v=ujRDWeL\\_cnM](https://www.youtube.com/watch?v=ujRDWeL_cnM)

### Contacto:

Coordinación del Área de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas (Brasil).

Correo electrónico: [saudemental@saude.gov.br](mailto:saudemental@saude.gov.br)

Coordinación del Área Técnica de Salud Mental, Secretaría Municipal de Salud, Campinas (Brasil).

Correo electrónico: [dptosauade@campinas.sp.gov.br](mailto:dptosauade@campinas.sp.gov.br)

Servicio de Salud Dr. Cândido Ferreira, Campinas (Brasil).

Correo electrónico: [contato@candido.org.br](mailto:contato@candido.org.br)

# 3.

**Avanzar del concepto a las  
buenas prácticas en la red  
integral de servicios de  
salud mental**

El objetivo de este apartado es proporcionar una serie de pasos y recomendaciones prácticas que faciliten los procesos de conceptualizar y planificar el establecimiento o la transformación de una red de servicios, así como la realización de pruebas piloto que apunten a tal fin. No debe entenderse como un plan integral y exhaustivo, ya que en este proceso intervienen muchos factores contextuales, como los de carácter sociocultural, económico y político. Pueden consultarse más detalles sobre la integración del servicio en los sectores social y de salud en la sección de medidas y pasos de las *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*.

### Pasos para establecer o transformar una red de servicios

- **Constituir un grupo de interesados directos** cuya experiencia sea crucial para establecer o transformar la red de servicios en su contexto social, político y económico. A título no limitativo, pueden ser:
  - » responsables de las políticas y gerentes de los sectores social y de salud, personas directamente afectadas y sus organizaciones, profesionales de la salud general y de la salud mental, así como las organizaciones asociadas, juristas, políticos, ONG, entidades de personas con discapacidad, académicos, científicos y guardianes de la comunidad como jefes locales, curanderos tradicionales, líderes espirituales, cuidadores y familiares.
- **Dar a todos los interesados la oportunidad de revisar y comentar a fondo las redes y los servicios** descritos en todos los módulos técnicos, para formarse una idea cabal de las redes y los servicios que siguen prácticas óptimas. Se trata de una oportunidad para definir los valores, los principios y las características que les gustaría ver incorporados a la red, atendiendo al contexto social, político y económico.
- **Contactar con la dirección o los profesionales de la red o los servicios** que interesan para obtener información y orientación psicológica sobre la creación o transformación de una red en su contexto y para comprender los matices de la red. Hay que plantear preguntas concretas sobre cómo funcionan estos servicios y la red, teniendo en cuenta el contexto local en el que se desarrollarían. Se puede hacer con una visita al servicio o red de servicios, o por videoconferencia.
- **Impartir capacitación y educación sobre salud mental, derechos humanos y recuperación** a los grupos que serán más relevantes para establecer o transformar la red y los servicios particulares, con los materiales de capacitación presencial de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>) y la plataforma de capacitación electrónica. Es imprescindible modificar las actitudes y la mentalidad de los interesados para reducir la resistencia al cambio y desarrollar actitudes y prácticas acordes con el enfoque de la salud mental basado en los derechos humanos.
- **Analizar y consensuar las funciones y responsabilidades del sector social y del sector salud** necesarias para satisfacer plenamente las demandas asistenciales de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales, según se definió en las reuniones con los interesados directos: áreas de vivienda, empleo, educación y servicios de salud generales, no solo de salud mental, entre otras.

## Preguntas concretas para establecer o transformar una red de servicios:

- ¿Qué carencias deben ser subsanadas en la red de servicios? (Puede ser, por ejemplo, la disponibilidad de servicios de respuesta a las crisis, centros comunitarios de salud mental, servicios hospitalarios, servicios de alcance comunitario, servicios de apoyo entre pares y servicios de vida asistida, o sus modos de proceder en lo que concierne al respeto de los derechos y la promoción de la recuperación).
- ¿Qué servicios comunitarios de salud mental se van a transformar en la red de servicios? (Véanse los servicios reseñados en los otros seis módulos técnicos).
- ¿Qué servicios comunitarios de salud mental hay que crear para cubrir las carencias prestacionales actuales? (Véanse, por ejemplo, los servicios reseñados en los otros seis módulos técnicos).
- ¿Existen oportunidades para incorporar estas reformas en las políticas y estrategias que se están desarrollando en las áreas de salud mental, salud general, discapacidad y otras áreas conexas?
- ¿Qué tratamientos e intervenciones se canalizarán en la red y dentro de cada categoría de servicios incluida en la red? Pueden ser, por ejemplo:
  - » intervenciones explícitamente relacionadas con la inclusión en la comunidad (véase la sección sobre inclusión en la comunidad, a continuación);
  - » evaluación de las necesidades de apoyo y diagnóstico, con el consentimiento de la persona;
  - » terapia orientada a la atención de los traumas;
  - » planes de recuperación centrados en la persona;
  - » psicoterapia, p. ej., terapia cognitivo-conductual;
  - » resolución de problemas y activación conductual o programación de actividades;
  - » orientación psicológica o terapias de apoyo individual y grupal;
  - » psicofármacos y otra medicación (incluida la prescripción de farmacoterapia, así como ayuda para dejar la medicación correctamente);
  - » diálogo y reuniones con familiares, amigos y acompañantes (con el consentimiento del usuario);
  - » apoyo de transición para las personas que regresan a su hogar y comunidad;
  - » teléfono de atención a las crisis;
  - » apoyo entre pares;
  - » otros.
- ¿Cómo se hará la evaluación, el abordaje o la derivación de las personas que tengan problemas de salud física?
- ¿Qué recursos humanos se necesitarán (p. ej., profesionales de la medicina, incluida la psiquiatría y la medicina general, entre otros, así como de la psicología y de la enfermería, asistentes sociales, trabajadores de apoyo entre pares, terapeutas ocupacionales, trabajadores de alcance comunitario, agentes comunitarios o trabajadores legos (no profesionales), personal

administrativo, etc.)? ¿Qué habilidades y capacitaciones necesitarán para brindar un servicio de calidad y basado en la evidencia, en línea con los derechos humanos?

- ¿Qué interrelación habrá entre todos los servicios y prestaciones de la red? ¿Y con otros servicios y recursos de la comunidad? ¿Cómo serán los sistemas de derivación en uno y otro sentido?
- ¿Cuál será el mecanismo general de coordinación de la red de servicios?
- ¿Qué mecanismos o foros se necesitarán para sustentar el funcionamiento de la red, en particular la integración de los servicios y la continuidad de los principios y valores entre los servicios de la red?
- ¿Qué estrategias y capacitación se prevé adoptar para hacer realidad la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la participación, la inclusión en la comunidad y la orientación a la recuperación?<sup>n</sup>

### ■ Capacidad jurídica

- ¿Cómo se garantizará que haya mecanismos de apoyo a la toma de decisiones, en todos los servicios incluidos en la red, para que las decisiones se ajusten a la voluntad y las preferencias de la persona?
- ¿Cómo se garantizará que todos los servicios de la red sigan el mismo enfoque de derechos humanos para el consentimiento informado de los usuarios en relación con las decisiones relativas a su tratamiento?
- ¿Cómo garantizará la red de servicios que las personas:
  - » sean capaces de tomar decisiones informadas y elijan entre las opciones de tratamiento y atención?
  - » reciban toda la información esencial sobre la medicación y otros tratamientos, incluida su eficacia y los posibles efectos negativos?
- ¿Cómo se garantizará que se habilitan los procesos oportunos para apoyar sistemáticamente a las personas a fin de que elaboren un plan anticipado?
- ¿Cómo se garantizará que se habilitan los procesos oportunos para respetar el plan anticipado de cada persona?
- ¿Qué mecanismos se implantarán para garantizar que las personas puedan presentar un reclamo en caso necesario?
- ¿Cómo se facilitará el acceso a los servicios de orientación psicológica y representación legal que necesiten los usuarios (p. ej., asistencia jurídica gratuita)?

<sup>n</sup> Para más información, véase el apartado 1.3 de *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*.



### ■ Prácticas no coercitivas

- ¿Cómo se garantizará la capacitación sistemática de todo el personal, en toda la red de servicios, sobre las respuestas no coercitivas y la desescalada de conflictos y situaciones de tensión?
- ¿Cómo se apoyará a las personas para que preparen un plan individualizado a fin de explorar y responder a las sensibilidades y signos de malestar psicológico?
- ¿Cómo se generará una cultura del “sí” y de “se puede”, en la que se haga todo lo posible para responder a las peticiones de los usuarios, en toda la red de servicios, con un “sí” en lugar de un “no”?
- ¿Cómo incorporará la red de servicios salas de confort y equipos de respuesta que trabajen en consonancia con los principios de derechos humanos?
- ¿Cómo incorporará la red de servicios respuestas basadas en los derechos humanos y la recuperación, desde el ámbito comunitario, para las personas que sufran una crisis o estén pasando por situaciones difíciles?

### ■ Participación

- ¿Cómo participarán las personas con experiencia propia del equipo del servicio y de la red de servicios? ¿Serán parte del personal, voluntarios o consultores?
- ¿Cómo estarán representadas en la toma de decisiones de alto nivel en los diferentes servicios y también a nivel de la red?
- ¿Cómo se recopilarán sistemáticamente los comentarios de los usuarios y se integrarán en los servicios de la red?
- ¿Cómo vincularán los servicios de la red a los usuarios con las redes de pares en la comunidad?

### ■ Inclusión en la comunidad

- ¿Cómo se apoyará a las personas para que encuentren trabajo y obtengan ingresos? Por ejemplo, ¿con un programa de transición al empleo, un programa de empleo asistido o mediante empleo independiente, según sea el caso?
- ¿Cómo se facilitará el acceso a los servicios de vivienda?
- ¿Cómo se facilitará la educación asistida y la ayuda para acceder a oportunidades y recursos educativos en la comunidad, a fin de que la persona siga formándose?
- ¿Cómo se facilitará el acceso a las prestaciones de protección social?
- ¿Cómo se facilitará el acceso a actividades, iniciativas y programas sociales, culturales y recreativos?
- ¿Cómo se fomentará, desde la red de servicios, la desinstitucionalización y el regreso de las personas a la comunidad, incluidas las que hayan estado internadas durante períodos prolongados?

### ■ Recuperación

- ¿Cómo garantizará la red de servicios que se contemple a la persona en el contexto de toda su vida y sus experiencias? ¿Cómo se garantizará que la atención y el apoyo no se centren únicamente en el tratamiento, el diagnóstico y el alivio sintomático?
- ¿Cómo se garantizará que las cinco dimensiones de la recuperación sean componentes integrales de la red de servicios? Estas dimensiones son 1) conexión; 2) esperanza y optimismo; 3) identidad; 4) significado y propósito; y 5) autoempoderamiento.
- ¿Cómo se apoyará a los usuarios de toda la red de servicios para que elaboren un plan de recuperación con el fin de reflexionar y documentar sus esperanzas, objetivos, estrategias ante situaciones de dificultad, gestión del malestar psicológico, estrategias para mantenerse bien, etc.?
- ¿Cómo se apoyará a los usuarios de toda la red de servicios para que revisen y actualicen el plan de recuperación de forma regular?
- ¿Se ofrecerán actividades de capacitación y apoyo a otros colectivos interesados y a la comunidad en relación con el enfoque de derechos humanos en salud mental?
  - » ¿Se impartirá capacitación y apoyo a las organizaciones de la comunidad, incluidos los grupos de la sociedad civil?
  - » ¿Se impartirá capacitación y apoyo al personal de otros servicios sociales y de salud, incluidos los servicios de salud no especializados?
- Sensibilización y promoción de la causa
  - » ¿Se realizarán actividades de sensibilización sobre salud mental y derechos humanos, por ejemplo, con las familias, las escuelas, las empresas, las organizaciones locales y otros entornos comunitarios?
  - » ¿Realizará la red de servicios acciones reivindicativas sobre salud mental en pro de los derechos de las personas con problemas de salud mental y discapacidades psicosociales? ¿Se generarán oportunidades positivas para que participen en la comunidad, con el objetivo último de crear una comunidad en la que puedan vivir de forma autónoma? Esto incluye acciones para reducir el estigma en torno a la salud mental y generar oportunidades positivas para la comunidad.
- ¿Qué acciones emprenderá la red de servicios para comprender la dinámica social de la comunidad local y mapear los problemas que más afectan a la vida y la salud mental de la población (p. ej., violencia policial, narcotráfico, dificultades económicas)?

- **Preparar una propuesta o ficha conceptual** que describa los problemas del proceso, detallando los pasos para configurar la red de servicios, la visión y el funcionamiento de la red, según la cartera de servicios que se ofertará. Habrá que incluir lo siguiente:
  - » recursos humanos, capacitación y supervisión;
  - » relación del servicio con otros servicios sociales y de salud mental de ámbito local;
  - » estrategias para garantizar que se respetan los principios de derechos humanos concernientes a la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas, la inclusión en la comunidad y la participación, junto con el enfoque orientado a la recuperación;
  - » detalles sobre el seguimiento y la evaluación del servicio;
  - » costos del servicio, incluida una comparativa con los servicios que ya están en funcionamiento.
- **Obtener los recursos financieros necesarios** para establecer o transformar la red de servicios, explorando todas las posibilidades, como los sectores públicos de bienestar social y salud, los organismos de seguros de salud, las ONG, los donantes privados, etc.
- **Recurrir a mecanismos de financiamiento** para promover la transformación o creación de la red de servicios que se rija por las prácticas óptimas, se adhiera al enfoque basado en los derechos humanos y sea sostenible.
- **Establecer y poner en marcha la red de servicios** con arreglo a los requisitos administrativos, financieros y jurídicos.
- **Monitorear y evaluar de manera continua los diferentes servicios que componen la red, publicando estudios** que incorporen variables de satisfacción de los usuarios, calidad de vida, criterios de inclusión comunitaria (empleo, educación, generación de ingresos, vivienda, protección social), recuperación, reducción de síntomas, evaluación de la calidad y situación de los derechos humanos (p. ej., con el instrumento de evaluación de la iniciativa Calidad y Derechos) y tasas de prácticas coercitivas (tratamiento forzoso, contenciones mecánicas, químicas y físicas).
- **Entablar un diálogo y una comunicación continua con las partes interesadas** y el público mediante la celebración de foros y audiencias con estos grupos, para permitir que expresen abiertamente sus puntos de vista, sus ideas y sus inquietudes sobre la red de servicios, en términos generales, y sobre cada uno de los servicios que la componen en particular, así como para responder a sus dudas.
- **Abogar por la red de servicios y promoverlos ante todos los interesados** (políticos, responsables de las políticas, organismos de seguros de salud, medios de comunicación, personas directamente afectadas, familias, ONG, entidades de discapacidad y la comunidad en general). Esto también implica una labor de promoción activa a través de los medios tradicionales y las redes sociales. Subrayar en público los éxitos del servicio puede ser una buena estrategia para sumar apoyos.
- **Implementar las estrategias y los sistemas** necesarios para garantizar la sostenibilidad de la red de servicios.

## Referencias

1. Roelandt JL, Daumerie N, Defromont L, Caria A, Bastow P, Kishore J. Community mental health service: an experience from the East Lille, France. *J Mental Health Hum Behav*. 2014; 19: 10-8.
2. Les Conseils Locaux de Santé Mentale. En: Centre National de Ressources et d'Appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale [sitio web]. Lille: Centre National de Ressources et d'Appui aux Conseils Locaux de Santé Mentale; s.f. (<http://clsm-ccoms.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale>, consultado el 29 de marzo del 2021).
3. *Un Service de Santé Mentale au Cœur de la Cité. Du parcours du soin au parcours de rétablissement*. Lille: EPSM Lille-Métropole; 2016 (<https://www.epsm-lille-metropole.fr/sites/default/files/2021-02/SECTEUR%20COEUR%20CITE%20Pr%C3%A9sentation%20du%20p%C3%B4le%20V2016.pdf>, consultado el 2 de febrero del 2021).
4. Projet du Pôle de Santé Mentale des villes de Mons en Baroeul, Hellemmes, Lezennes, Ronchin, Faches Thumesnil, Lesquin (V9). Lille: Secteur 59g21, EPSM Lille-Métropole; 2020 (<https://www.epsm-lille-metropole.fr/sites/default/files/2021-02/Projet%20de%20pôle%20V9%20DEF.pdf>, consultado el 6 de febrero del 2021).
5. Defromont L, Groulez C, François G, Dekerf B. "Zéro isolement", une pratique de soins orientée vers le rétablissement. *Soins Psychiatrie*. 2017; 38: 23-5. doi: 10.1016/j.spsy.2017.03.006.
6. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*. 1980; 37: 392-7. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780170034003.
7. Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry*. 1998; 68: 216-32. doi: 10.1037/h0080331.
8. Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing First for people with severe mental illness who are homeless: a review of the research and findings from the At Home-Chez soi demonstration project. *Can J Psychiatry*. 2015; 60: 467-74. doi: 10.1177/070674371506001102.
9. Roelandt J. Santé mentale: relever les défis, trouver des solutions: et en France? *L'information psychiatrique*. 2006; 82: 343-7. doi: 10.3917/inpsy.8204.0343.
10. Psychiatrie Chiffres Clés, 2018. Agence technique de l'Information sur l'hospitalisation; 2019 (consultado el 29 de marzo del 2021).
11. WRAP is.... En: Advocates for Human Potential [sitio web]. Sudbury: Advocates for Human Potential; 2018 (consultado el 25 de febrero del 2020).
12. Fiche de satisfaction et de suggestion. Lille: EPSM Lille-Métropole; s.f. (<https://extra.epsm-lille-metropole.fr/SurveyServer/s/EPsm/59G21/porteparole.htm>, consultado el 2 de abril del 2021).
13. *Feuille de route: santé mentale et psychiatrie*. París: Ministerio de Solidaridad y Salud; 2018 (consultado el 15 de enero del 2021).
14. Le Comité de pilotage de la psychiatrie reprend ces travaux. Le délégué ministériel à la santé mentale et la psychiatrie entame un tour de France des régions. En: Ministerio de Solidaridad y Salud [sitio web]. París: Ministerio de Solidaridad y Salud; 2019 (<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/le-comite-de-pilotage-de-la-psychiatrie-reprend-ces-travaux-le-delegue>, consultado el 15 de enero del 2021).
15. Rapport d'Information, déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale, et présenté par, président M. Brahim Hammouche, Rapporteuses Mmes. Caroline Fiat et Martine Wonner, Députés. Assemblée Nationale, Constitution du 4 octobre 1958, Quinzième Législature, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 septembre 2019. París: Comisión de Asuntos Sociales; 2019 ([https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b2249\\_rapport-information](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b2249_rapport-information), consultado el 15 de enero del 2021).

16. Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey F. Alternatives to coercion in mental health settings: a literature review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, Universidad de Melbourne; 2018 ([https://socialequity.unimelb.edu.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf](https://socialequity.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf), consultado el 15 de enero del 2021).
17. Gallio G, Giannichedda MG, De Leonardis O, Mauri D. *La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste*. Mauri D (ed.). Milán: Feltrinelli; 1983.
18. Bennett DH. The changing pattern of mental health care in Trieste. *Int J Ment Health*. 1985; 14: 7-92. doi: 10.1080/00207411.1985.11448989.
19. De Leonardis O, Mauri D, Rotelli F. Deinstitutionalization, another way: the Italian mental health reform. *Health Promot*. 1986; 2: 151-65. doi: 10.1093/heapro/1.2.151.
20. Dell'Acqua G, Cogliati Dezza MG. The end of the mental hospital: a review of the psychiatric experience in Trieste. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1986; 316: 45-69. doi: 10.1111/j.1600-0447.1985.tb08512.x.
21. Dell'Acqua G. Trieste: history of a transformation. En: Toresini L, Mezzina R (eds.). *Beyond the walls: Deinstitutionalisation in the European best practices in mental health*. Meran: Alfabeta; 2010: pp. 424-47.
22. Lora A. An overview of the mental health system in Italy. *Ann Ist Super Sanita*. 2009; 45: 5-16.
23. Mezzina R. Community mental health care in Trieste and beyond: an "Open Door-No Restraint" system of care for recovery and citizenship. *J Nerv Ment Dis*. 2014; 202: 440-5. doi: 10.1097/nmd.0000000000000142.
24. Mezzina R, Johnson S. Home treatment and "hospitality" within a comprehensive community mental health centre. En: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G (eds.). *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008: 251-66.
25. Dell'Acqua G, Mezzina R. Approaching mental distress. En: Ramon S, Giannichedda MG (eds.). *Psychiatry in transition: The British and Italian experiences*. Londres: Pluto Press; 1988: 60-71.
26. Ridente P, Mezzina R. From residential facilities to supported housing: the personal health budget model as a form of coproduction. *Int J Ment Health*. 2016; 45: 59-70. doi: 10.1080/00207411.2016.1146510.
27. Casadio R, Marin I, Thomé T, Mezzina R, Baker P, Jenkins J et al. The Recovery House in Trieste: rational, participants, intervention as the "work". *Int J Ther Communities*. 2018; 39: 149-61. doi: 10.1108/TC-01-2018-0003.
28. Rotelli F, Mezzina R, De Leonardis O, Goergen R, Evaristo P. *Is rehabilitation a social enterprise? Initiative of support to people disabled by mental illness*. Ginebra: OMS; 1994 ([http://www.triestesalutementale.it/english/doc/rotelli-et-al\\_xxxx\\_rehabilitation.pdf](http://www.triestesalutementale.it/english/doc/rotelli-et-al_xxxx_rehabilitation.pdf), consultado el 22 de enero del 2021).
29. Davidson L, Mezzina R, Rowe M, Thompson K. A life in the community: Italian mental health reform and recovery. *J Ment Health*. 2010; 19: 436-43. doi: 10.3109/09638231003728158.
30. Warner R, Mandiberg J. An update of affirmative businesses or social firms for people with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2006; 57: 1488-92. doi: 10.1176/ps.2006.57.10.1488.
31. Warner R. Psychiatric rehabilitation methods. En: McQuiston HL, Sowers WE, Ranz JM, Maus Feldman J (eds.). *Handbook of Community Psychiatry*. Nueva York: Springer; 2012: pp. 223-32.
32. Leff J, Warner R. *Social inclusion of people with mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
33. Muusse C, van Rooijen S. *Freedom First. A study of the experiences with community-based mental health care in Trieste, Italy, and its significance for the Netherlands*. Utrecht: Trimbos-Instituut; 2015.

34. Del Giudice G. *Formazione e inserimento lavorativo. Pratiche di abilitazione ed emancipazione nella salute mentale*. Trieste: Asterio; 2000.
35. *I servizi di salute mentale territoriali dell'ASUI di Trieste, anno 2018*. Trieste: Departamento de Salud Mental; 2019.
36. Portacolone E, Segal SP, Mezzina R, Scheper-Hughes N, Okin RL. A tale of two cities: the exploration of the Trieste public psychiatry model in San Francisco. *Cult Med Psychiatry*. 2015; 39: 680-97. doi: 10.1007/s11013-015-9458-3.
37. Warner R. *Recovery from schizophrenia. Psychiatry and political economy*. Londres/Nueva York: Brunner-Routledge; 2005.
38. Speth D, Casadio R, Mezzina R. Farmaci e complessità: fattori di contesto e aderenza al programma terapeutico nei servizi territoriali. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*. 2018; 16.
39. Di Paolo M, Gori F, Papi L, Turillazzi E. A review and analysis of new Italian law 219/2017: 'provisions for informed consent and advance directives treatment'. *BMC Med Ethics*. 2019; 20: Article 17. doi: 10.1186/s12910-019-0353-2.
40. Sistema informativo, Departamento de Salud Mental [base de datos en línea]. Trieste: Departamento de Salud Mental.
41. Mezzina R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its success and continuing need. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018; 27: 336-45. doi: 10.1017/S2045796018000070.
42. *Piano regionale salute mentale infanzia, adolescenza ed età adulta anni 2018-2020*. Región Autónoma de Friul-Venecia Julia; 2018 ([http://mtom.regione.fvg.it/storage/2018\\_122/Allegato%201%20alla%20Delibera%20122-2018.pdf](http://mtom.regione.fvg.it/storage/2018_122/Allegato%201%20alla%20Delibera%20122-2018.pdf), consultado el 31 de enero del 2021).
43. *La salute mentale nelle regioni, analisi dei trend 2015-2017*. L'Aquila: SIEP - Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica; 2019 ([https://siep.it/wp-content/uploads/2019/11/QEP\\_volume-5\\_def.pdf](https://siep.it/wp-content/uploads/2019/11/QEP_volume-5_def.pdf), consultado el 15 de enero del 2021).
44. Rains LS, Zenina T, Casanova Dias M, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6: 403-17. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30090-2.
45. Corleone F. *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*. Milán: Franco Corleone; 2017 ([https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/upload/2a\\_relazione\\_semestrale\\_commissario\\_OPG\\_febbraio\\_2017.pdf](https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/upload/2a_relazione_semestrale_commissario_OPG_febbraio_2017.pdf), consultado el 22 de enero del 2021).
46. Mezzina R. Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors: Trieste, Italy. *L'information psychiatrique*. 2016; 92: 747-54. doi: 10.1684/ipe.2016.1546.
47. "La carta della recovery". *I Servizi di Salute Mentale e la Guarigione*. Grupo de investigación y recuperación de usuarios y profesionales de los cuatro centros de salud mental adscritos al Departamento de Salud Mental de Trieste: Trieste; 2014 (<http://www.news-forumsalutementale.it/public/Carta-Recovery-2014.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
48. La carta della Recovery. En: Forum Salute Mentale [sitio web]. 2017 (<http://www.news-forumsalutementale.it/la-carta-della-recovery/>, consultado el 2 de abril del 2021).
49. Dell'Acqua G. *Trieste twenty years after: from the criticism of psychiatric institutions to institutions of mental health*. Trieste: Departamento de Salud Mental; 1995 ([http://www.triestesalutementale.it/english/doc/dellacqua\\_1995\\_trieste20yearsafter.pdf](http://www.triestesalutementale.it/english/doc/dellacqua_1995_trieste20yearsafter.pdf), consultado el 15 de enero del 2021).
50. Kemali D, Maj M, Carpinello B, Giurazza RD, Impagnatiello M, Lojacono D et al. Patterns of care in Italian psychiatric services and psycho-social outcome of schizophrenic patients. A three-year prospective study. *Psychiatry Psychobiol*. 1989; 4: 23-31. doi: 10.1017/S0767399X00004090.
51. Fasci A, Botter V, Pascolo-Fabrizi E, Wolf K, Mezzina R. Il progetto di cura personalizzato orientato alla recovery. Studio di follow up a 5 anni su persone con bisogni complessi a Trieste. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*. 2018; 16.



52. Mezzina R, Vidoni D, Miceli M, Crusiz C, Accetta A, Interlandi G. *Crisi psichiatrica e sistemi sanitari. Una ricerca italiana*. Trieste: Asterios; 2005.
53. Mezzina R, Vidoni D, Miceli M, Crusiz C, Accetta A, Interlandi G. Gli interventi territoriali a 24 ore dalla crisi sono basati sull'evidenza? Indicazioni da uno studio multicentrico longitudinale. *Psichiatria di Comunità*. 2005; 4: 200-16.
54. Mezzina R, Vidoni D. Beyond the mental hospital: crisis and continuity of care in Trieste. *Int J Soc Psychiatry*. 1995; 41: 1-20. doi: 10.1177/002076409504100101.
55. Palcic S, Broussard P, Pettinelli A, Giraldi T, Martinis E, Furina C et al. Studio comparative sull'utilizzo dei farmaci antipsicotici nel territorio dell'ASS n.1 "Triestina". *G Ital Farm Clin*. 2011; 25.
56. Marin I, Bon S. *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*. Merano: Edizioni Alphabeta; 2018.
57. Mezzina R, Borg M, Marin I, Sells D, Topor A, Davidson L. From participation to citizenship: how to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2006; 9: 39-61. doi: 10.1080/15487760500339428.
58. Mezzina R, Davidson L, Borg M, Marin I, Topor A, Sells D. The social nature of recovery: discussion and implications for practice. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2006; 9: 63-80. doi: 10.1080/15487760500339436.
59. Borg M, Sells D, Topor A, Mezzina R, Marin I, Davidson L. What makes a house a home: the role of material resources in recovery from severe mental illness. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2005; 8: 243-56. doi: 10.1080/15487760500339394.
60. Sells D, Borg M, Marin I, Mezzina R, Topor A, Davidson L. Arenas of recovery for persons with severe mental illness. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2006; 9: 3-16. doi: 10.1080/15487760500339402.
61. Marin I, Mezzina R. Percorsi soggettivi di guarigione. Studio pilota sui fattori di recovery in salute mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria*. 2006; 130: 129-52. doi: 10.1400/67147.
62. Vicente B, Vielma M, Jenner FA, Mezzina R, Lliapas I. Users' satisfaction with mental health services. *Int J Soc Psychiatry*. 1993; 39: 121-30. doi: 10.1177/002076409303900205.
63. Innovative practices 2015 on independent living and political participation. De-institutionalisation and community living since 1980. En: Zero Project [sitio web]. Viena: Zero Project; 2015 (<https://zeroproject.org/practice/mental-health-department-whocc-italytrieste>, consultado el 7 de abril del 2021).
64. Mezzina R, Mazzuia P, Vidoni D, Impagnatiello M. Networking consumers participation in a community mental health service: mutual support groups, citizenship, coping strategies. *Int J Soc Psychiatry*. 1992; 38: 68-73. doi: 10.1177/002076409203800110.
65. Rosen A, O'Halloran P, Mezzina R. International trends in community mental health services. En: McQuiston HL, Sowers WE, Ranz JM, Maus Feldman J (eds.). *Handbook of Community Psychiatry*. Nueva York: Springer; 2012: pp. 389-404.
66. Rosen A, O'Halloran P, Mezzina R, Thompson KS. International trends in community-oriented mental health services. En: Mpofu E (ed.). *Community-oriented health services practices across disciplines*. Nueva York: Springer; 2014: pp. 315-43.
67. Carulla LS, Tibaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, Munizza C. Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain. An investigation using the European Service Mapping Schedule. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40: 149-59. doi: 10.1007/s00127-005-0860-y.
68. Caldas De Almeida JM, Killaspy H. *Long-term mental health care for people with severe mental disorders*. Unión Europea; 2011 ([https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/healthcare\\_mental\\_disorders\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf), consultado el 22 de enero del 2021).

69. Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'Efficacia e l'Efficienza del Servizio Sanitario Nazionale. Relazione finale sull'attività della Commissione, approvata nella seduta del 30 gennaio 2013. Senato de la República Italiana; 2013 (<http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/698049.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
70. Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística [sitio web]. Río de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística; s.f. (<https://www.ibge.gov.br>, consultado el 22 de enero del 2021).
71. *País estagnado: um retrato das desigualdades brasileiras*. São Paulo: OXFAM; 2018 (<https://www.oxfam.org.br/um-retrato-das-desigualdades-brasileiras/pais-estagnado>, consultado el 22 de enero del 2021).
72. Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Coordinación General de Salud Mental. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Brasília: Ministerio de Salud; 2015 ([https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf), consultado el 22 de enero del 2021).
73. Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Coordinación General de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas. *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*. Brasília: Ministerio de Salud; 2016 (<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat-rio-Gest-o-2011-2015---.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
74. Brasil. Ministerio de Salud. *Saúde Mental em Dados – 12. Informativo eletrônico*. Brasília; 2015 ([https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf), consultado el 22 de enero del 2021).
75. Almeida JMC. Mental health policy in Brazil: what's at stake in the changes currently under way. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35. doi: 10.1590/0102-311x00129519.
76. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab educ saúde*. 2020; 18. doi: 10.1590/1981-7746-sol00285.
77. *Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final*. Fiocruz, Fundação Calouste Gulbenkian, OMS y Ministerio de Salud de Brasil; 2015 (<http://www.nuppsam.org/page60.php>, consultado el 22 de enero del 2021).
78. Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Coordinación General de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas. *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*. Brasília: Ministerio de Salud; 2016 (<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat-rio-Gest-o-2011-2015---.pdf>, consultado el 4 de enero del 2021).
79. Campinas. En: Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística [sitio web]. Río de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística; s.f. (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>, consultado el 31 de enero del 2021).
80. Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas. *Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios*. Brasília: Ministerio de Salud; 2013 ([http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf), consultado el 22 de enero del 2021).
81. Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministerio de Salud; 2004 (<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>, consultado el 22 de enero del 2021).
82. Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Núcleo Técnico de la Política Nacional de Humanización. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministerio de Salud; 2008 ([http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf), consultado el 4 de enero del 2021).

83. Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Departamento de Atención Básica. *Diretrizes do núcleo de atención a la salud de la familia: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministerio de Salud; 2010 ([https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf), consultado el 22 de enero del 2021).
84. Brasil. Ministerio de Salud. *Manual do programa 'De Volta para Casa'*. Brasília: Ministerio de Salud; 2003 ([http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual\\_PVC.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf), consultado el 22 de enero del 2021).
85. Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud. Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*. Brasília: Ministerio de Salud, 2005.
86. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet*. 2015; 20: 3243-53. doi: 10.1590/1413-812320152010.14612014.
87. Miliauskas CR, Faus D, Junkes L, Rodrigues RB, Junger W. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019; 24: 1935-44. doi: 10.1590/1413-81232018245.18862017.
88. Lima M, Dimenstein M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20: 625-35. doi: 10.1590/1807-57622015.0389.
89. Trapé TL, Campos RO, Da Gama CAP. Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian national health system. *Int J Health Sci*. 2015; 3. doi: 10.15640/ijhs.v3n3a5.
90. Amaral CE, Onocko-Campos R, de Oliveira PRS, Pereira MB, Ricci EC, Pequeno ML et al. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. *Int J Ment Health Syst*. 2018; 12: 65. doi: 10.1186/s13033-018-0237-8.
91. Guerrero AVP, Bessoni E, Cardoso AJC, Vaz BC, Braga-Campos FC, Badaró MIM. O Programa de Volta para Casa na vida cotidiana dos seus beneficiários. *Saude soc*. 2019; 28: 11-20. doi: 10.1590/s0104-12902019190435.
92. Andréa MP, Badaró MMI. Vivências de cuidado em saúde de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e170950. doi: 10.1590/interface.170950.
93. Furtado JP, de Tugny A, Baltazar AP, Kapp S, Generoso CM, Campos FCB. Modos de morar de pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma avaliação interdisciplinar. *Cien Saude Colet*. 2013; 18: 3683-93. doi: 10.1590/S1413-81232013001200024.
94. Bessoni E, Capistrano A, Silva G, Koosah J, Cruz K, Lucena M. Narrativas e sentidos do Programa de Volta para Casa: voltamos, e daí? *Saude soc*. 2019; 28: 40-53. doi: 10.1590/s0104-12902019190429.
95. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e180617. doi: 10.1590/Interface.180617.
96. Ruas CM, Silva SN, Lima MG. Avaliação de serviços de saúde mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. *Cien Saude Colet*. 2018; 23: 3799-810. doi: 10.1590/1413-812320182311.25722016.
97. Franzmann UT, Kantorski LP, Jardim VMR, Treichel CAS, Oliveira MMO, Pavani FM. Fatores associados à percepção de melhora por usuários de centros de atenção psicossocial do sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017; 33: e00085216. doi: 10.1590/0102-311X00085216.
98. Pitta AM, Coutinho DM, Rocha CCM. Direitos humanos nos centros de atenção psicossocial do nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights - WHO. *Saúde Debate*. 2015; 39: 760-71. doi: 10.1590/0103-1104201510600030016.

99. Pinho LB, Kantorski LP, Wetzel C, Schwartz E, Lange C, Zillmer JGV. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 30: 354-60. doi: 10.1590/S1020-49892011001000009.
100. Resende KIDS, Bandeira M, Oliveira DCR. Avaliação da satisfação dos pacientes, familiares e profissionais com um serviço de saúde mental. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2016; 24: 245-53. doi: 10.1590/1982-43272664201612.
101. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, da Silva RA, Gonçalves H, Silva SM. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26: 807-15. doi: 10.1590/S0102-311X2010000400022.
102. Brasil. Ministério de Salud. *Ministério da Saúde atualiza dados sobre suicídio*. Brasília: Ministério de Salud; 2018 (<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/20/Coletiva-suicidio.pdf>, consultado el 4 de febrero del 2021).
103. Onocko-Campos RT, Amaral CEM, Saraceno B, Oliveira BDC, Treichel CAS, Delgado PGG. Atuação dos centros de atenção psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42: e113. doi: 10.26633/RPSP.2018.113.
104. Campos RTO, Furtado RP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Pegolo da Gama CA. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43: 16-22. doi: 10.1590/S0034-89102009000800004.
105. Surjurs LTLS, Campos RTO. A avaliação dos usuários sobre os centros de atenção psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Rev Latinoam Psicopat Fund*. 2011; 14: 122-33.
106. Lilian M, Onocko CRT. Análise do trabalho de referência em centros de atenção psicossocial. *Rev Saúde Pública*. 2020; 42: 907-13. doi: 10.1590/S0034-89102008005000051.
107. Bigatão M, Pereira MB, Campos RTO. Ressignificando um castelo: um olhar sobre ações de saúde em rede. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2019; 39: e185242. doi: 10.1590/1982-3703003185242.



