

53.º CONSEJO DIRECTIVO

66.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014

Punto 4.6 del orden del día

CD53/8, Rev. 1
3 de octubre del 2014
Original: español

PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL

Introducción

1. La prevalencia de los trastornos mentales y por uso de sustancias psicoactivas es alta en todo el mundo y ellos contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos destinados por los países para afrontar esta carga son insuficientes, están distribuidos desigualmente y, en ocasiones, son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que, en muchos países, es superior al 70%. El estigma, la exclusión social y la discriminación que rodean a las personas con trastornos mentales agravan la situación (1, 2).

2. *No hay salud sin salud mental.* Este mensaje expresa claramente la necesidad de un abordaje integral de la salud y enfatiza los vínculos entre lo físico y lo psicosocial en el proceso de la salud y la enfermedad. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales. Por otra parte, las enfermedades, ya sean transmisibles o no transmisibles, aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales. La depresión, por ejemplo, es una condición co-mórbida frecuente que complica la búsqueda de ayuda, la adherencia al tratamiento e influye en el pronóstico. Hay evidencias de que la depresión predispone al infarto de miocardio y a la diabetes, que a su vez aumentan la probabilidad de sufrir depresión. Muchos factores de riesgo, tales como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o el estrés, son comunes a los trastornos mentales y a otras enfermedades no transmisibles. La atención y el tratamiento coordinados de los trastornos mentales y otras condiciones físicas pueden mejorar los resultados para ambos, lo cual resulta muy importante, especialmente, en la atención primaria, donde es posible desarrollar modelos integrados de atención (2, 3, 4).

3. La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe la salud mental como un “estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés

normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (4).

4. En el 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 (4). También en el 2013, el Consejo Directivo de la OPS adoptó su Plan estratégico 2014-2019 (5). En razón de lo anterior, a nivel regional, se ha decidido revisar el Plan de acción sobre salud mental, adoptado en el 2009, para actualizarlo y alinearlo con el Plan estratégico de la OPS y con el Plan de acción integral sobre salud mental de la OMS (2, 4).

Antecedentes

5. La Declaración de Caracas (1990) marcó un hito histórico en las Américas y destacó que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva, basada en la comunidad y en el ejercicio de los derechos humanos (6, 7).

6. En 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la OPS abordó el tema de la salud mental y emitió resoluciones en las que se instaba a los Estados Miembros a incluir la salud mental entre sus prioridades (8, 9). Las conferencias regionales de salud mental celebradas en Brasilia, en el 2005, y en Panamá, en el 2010, evaluaron el camino recorrido (10, 11, 12). En el 2007, los países de la Región aprobaron la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (13).

7. En años recientes, se han aprobado los siguientes documentos programáticos de gran relevancia:

- a) Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés), OMS, 2008; Guía de intervención del mhGAP (mhGAP-IG), OMS, 2010 (14, 15).
- b) Estrategia y Plan de acción sobre salud mental, OPS, 2011; Estrategia y Plan de acción sobre epilepsia, OPS, 2009 (2, 16).
- c) Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, OMS, 2011; Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol, OPS, 2010 (17, 18).
- d) Estrategia sobre uso de sustancias y salud pública, OPS, 2011; Plan de acción sobre uso de sustancias psicoactivas y salud pública, OPS, 2010 (19, 20).
- e) Declaración política sobre las enfermedades no transmisibles (ENT), ONU, 2011; Marco mundial de vigilancia integral, OMS, 2013; Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, OPS, 2013 (21, 22, 23).
- f) Plan estratégico 2014-2019, OPS (5).
- g) Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, OMS (4).

- h) Reunión regional de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares, auspiciada por la OPS y el Gobierno de Brasil, de la que emanó el Consenso de Brasilia, 2013 (24).

Análisis de situación

8. El análisis de situación realizado como base para la formulación de la Estrategia Regional de Salud Mental aprobada en el 2009 aún resulta válido en sus consideraciones fundamentales (2). Una revisión reciente de varios estudios epidemiológicos ejecutados en la Región muestra una prevalencia de 12 meses para todos los trastornos mentales de entre 18,7% y 24,2%. Las tasas medianas de prevalencia de 12 meses en la población adulta en algunos trastornos son: psicosis no afectiva 1,0%; depresión mayor 5,2%; y abuso/dependencia del alcohol 4,6% (25, 26).

9. En términos de carga y prevalencia, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres. Entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio (2, 26, 27).

10. Los trastornos debidos al uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, como las drogas ilícitas o los psicotrópicos de prescripción médica, son un problema creciente en términos epidemiológicos y con gran impacto social; sin embargo la brecha de tratamiento es muy alta (18, 26), y no se dispone de los servicios adecuados para afrontar esta situación.

11. La transición demográfica que está viviendo la Región es un reto que deben afrontar los servicios de salud mental. Los trastornos mentales y neurológicos en los adultos mayores, como la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y la depresión, contribuyen significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles. En las Américas, la prevalencia de demencia en los adultos mayores (más de 60 años) oscila entre 6,46 % y 8,48%. Las proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada 20 años (28).

12. La disponibilidad de datos en materia de servicios de salud mental ha proporcionado una mejor comprensión de la magnitud de la brecha de tratamiento. Para los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en adultos, graves y moderados, la mediana de la brecha de tratamiento es de 73,5% en la Región de las Américas, 47,2% en América del Norte y 77,9% en América Latina y el Caribe (ALC). La brecha para la esquizofrenia en ALC es de 56,9%, para la depresión es de 73,9% y para el alcohol es de 85,1% (25).

13. En las Américas, 65.000 personas mueren por suicidio cada año. La tasa de suicidio ajustada según la edad, por 100.000 habitantes, es de 7,3 (11,5 hombres y 3,0 mujeres). El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de 20 a 24 años, y la cuarta en los grupos de edad de 10 a 19 y 25 a 44. La población de más de 70 años presenta la

tasa más alta (12,4 por 100.000 habitantes). La asfixia, armas de fuego y el envenenamiento (el uso de plaguicidas, en particular) son los métodos más comúnmente utilizados. En ALC la tasa ajustada según la edad es de 5,2 (8,4 hombres y 2,1 mujeres). Las tasas de mortalidad por suicidio en hombres continúan siendo superiores a las observadas en las mujeres (razón hombre-mujer de 3.8); sin embargo, el intento de suicidio se notifica con mayor frecuencia en las mujeres (29).

14. En nuestra Región la violencia constituye un importante problema sociosanitario. La violencia contra las mujeres afecta a 1 de cada 3 mujeres, lo que da lugar a múltiples consecuencias para la salud, que van desde la depresión hasta la muerte, incluyendo el suicidio (30). La violencia contra los niños crea ciclos intergeneracionales de violencia contra las mujeres y las niñas, lo cual conduce a las mismas consecuencias. El castigo físico de los niños y las niñas es un fenómeno frecuente en muchas partes de América Latina y el Caribe. Por ejemplo, según encuestas nacionales realizadas en algunos países, más de un tercio de las mujeres y al menos la mitad de los hombres informaron que habían sido golpeados en la infancia (31).

Políticas, planes, legislación y organización de servicios

15. Treinta y cuatro países y territorios de América Latina y el Caribe (ALC) han implementado el Instrumento de evaluación de los sistemas de salud mental de la OMS (WHO-AIMS, por sus siglas en inglés) (32, 33). De acuerdo con este estudio, en ALC sólo seis países y territorios no cuentan con políticas y planes de salud mental. Por el contrario, sólo ocho países tienen leyes específicas de salud mental actualizadas. Con respecto a la asignación presupuestaria, 73% de los países destina entre 1 y 5% del presupuesto de salud a la salud mental. Por otro lado, de los veintisiete países con hospitales psiquiátricos, veinte destinan más del 50% del presupuesto de salud mental a dichas instituciones; y catorce de esos veinte destinan más del 80% (33).

16. La organización de los servicios de salud mental no es homogénea en ALC. Algunos países han puesto en práctica experiencias innovadoras basadas en la comunidad. Muchos otros aún tienen un sistema altamente centralizado, donde la respuesta a los problemas de la población con trastornos mentales y debidos al alcohol y otras sustancias está concentrada en los hospitales psiquiátricos, con un desarrollo escaso o nulo de los servicios de atención a nivel primario y secundario. En ALC el 86,6% de las camas psiquiátricas se encuentran en hospitales psiquiátricos, un 10,6% en hospitales generales, y solamente un 2,7% en residencias comunitarias (33).

17. El papel de la atención primaria en el ámbito de la salud mental es limitado, aunque la situación está cambiando gradualmente. En los últimos tres años, mediante el uso de las Guías de Intervención del mhGAP, 15 países están capacitando al personal de atención primaria.

18. En lo referente a los recursos humanos, hay una gran disparidad entre los países. Se observa que, donde el hospital psiquiátrico es la base del sistema, la mayor parte de los recursos disponibles se encuentran concentrados allí. En América Latina y el Caribe,

existe una mediana de 2,1 psiquiatras, 6,0 enfermeras o enfermeros y 4,2 psicólogos o psicólogos por 100.000 habitantes (33).

19. El WHO-AIMS puso en evidencia el déficit de información sobre salud mental. En muchos países los datos son de difícil acceso y a veces inexistentes, y los sistemas de información en salud no incluyen indicadores de salud mental.

20. La Estrategia y plan de acción sobre salud mental adoptado por la OPS en el 2009 se implementó durante el período 2010-2013 con resultados positivos y muestra que en muchos países se han logrado avances sustanciales; no obstante, queda aún un importante camino por recorrer. Entre los avances que vale la pena mencionar se encuentran: *a)* varios países han continuado con procesos sostenibles de reducción de las camas en hospitales psiquiátricos, mediante alternativas de servicios ambulatorios descentralizados; *b)* en los últimos 3 años se ha trabajado en la integración del componente de salud mental en la atención primaria de salud; y *c)* algunos países han elaborado y aprobado leyes de salud mental que incorporan los instrumentos internacionales de derechos humanos.

21. Por otro lado, el gran reto que hoy enfrentamos es la brecha de tratamiento. Derribar las barreras de acceso a los servicios dentro de una política de cobertura universal es la clave, y esto pasa por la integración de la salud mental en los servicios generales de salud.

Plan de acción (2015-2020)

22. El Plan de acción recoge la experiencia alcanzada en nuestro continente y expresa el compromiso de los gobiernos. Se delimita un período de 6 años para su ejecución (2015-2020). El Plan se basa en una visión general de la Región; sin embargo, persisten diferencias marcadas entre los países y aun dentro de un mismo país. Por esta razón, debe existir flexibilidad en la implementación, en particular para adaptar los resultados e indicadores propuestos según sea necesario y acomodarlos a las especificidades de los países y los contextos culturales. Asimismo, en los países federados se debe tomar en consideración la responsabilidad jurisdiccional compartida entre los gobiernos nacionales y subnacionales.

23. *Visión:* Una región en la que se valore, promueva y proteja la salud mental, se prevengan los trastornos mentales y por uso de sustancias y donde las personas con estos trastornos puedan ejercer sus derechos humanos, además de acceder a una atención tanto de salud como social, que sea oportuna y de alta calidad, para alcanzar los más altos niveles posibles de salud y contribuir al bienestar de las familias y las comunidades.

24. *Fin:* Promover el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales y por uso de sustancias, ofrecer atención, intensificar la rehabilitación, enfatizar la recuperación y promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias para reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad.

Líneas estratégicas de acción

25. Este documento se alinea con el Plan estratégico de la OPS 2014-2019 y el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 de la OMS, con especial atención a los resultados, indicadores y metas que son coincidentes. El Plan consta de las siguientes líneas estratégicas de acción, para guiar a los Estados Miembros, tomando en cuenta sus contextos y prioridades nacionales:

- a) Formular e implementar políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental y promoción de la salud mental para lograr una gobernanza apropiada y eficaz.
- b) Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y de atención a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, a fin de proporcionar en el ámbito comunitario una atención integral y de calidad.
- c) Elaborar e implementar programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental, y de atención a los problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias, con particular atención al ciclo de vida.
- d) Fortalecer los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones.

26. El Plan de Acción se fundamenta en cuatro enfoques transversales, de acuerdo a los criterios del Plan Estratégico de la OPS: género, equidad, etnicidad y derechos humanos. Así mismo se consideran las dimensiones ambiental, biológica, socio-económica, cultural y de sistemas de salud. Las desigualdades de género —en interacción con otros determinantes sociales de la salud— explican las diferencias en las exposiciones a riesgos y en los resultados de salud mental de mujeres y hombres. Desde esta perspectiva, la atención en salud mental debe llevarse a la práctica teniendo en cuenta las condiciones de vida y las necesidades específicas de acuerdo al género.

27. La perspectiva de etnicidad implica un abordaje intercultural en los servicios de salud mental. Es preciso contar con personal que conozca, respete e integre en su trabajo los conocimientos, las creencias culturales y religiosas, así como el idioma de los diversos pueblos. El ejercicio de los derechos humanos es fundamental para responder a la carga de enfermedades mentales en un marco de respeto a la dignidad humana. En la actualidad se dispone de un conjunto de instrumentos internacionales pertinentes en materia de derechos humanos (2, 34).

Línea estratégica de acción 1: Formular e implementar políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental y promoción de la salud mental para lograr una gobernanza apropiada y eficaz.

28. El diseño y la ejecución de políticas, planes y leyes nacionales en el campo de la salud mental y la promoción de la salud mental basados en datos científicos y en consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos es un desafío que requiere de un esfuerzo conjunto del sector público con otras instancias claves. El

liderazgo y el compromiso de los gobiernos y de los trabajadores de la salud son esenciales para formular planes de salud mental integrados en las políticas públicas y facilitar la organización de un modelo de servicios basado en la comunidad y sustentado en la evidencia científica, que promueva y proteja los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias, así como de sus familiares (2, 4).

29. La sociedad civil desempeña un papel fundamental en la preparación e implementación de los planes y leyes, en particular a través de las asociaciones de usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares, grupos de apoyo de pares, de apoyo social, la integración y participación de la comunidad, así como la promoción de servicios eficaces y apropiados. En el primer año de la implementación del Plan se establecerá una línea de base para medir el progreso del papel de la sociedad civil.

30. La legislación sobre salud mental y sobre derechos humanos proporciona un marco jurídico para promover y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias (2, 4, 34). La salud mental, tanto si se aborda en una pieza legislativa independiente (ley) como si está integrada en otras leyes sobre salud y capacidad, debe codificar los principios, valores y objetivos fundamentales de los instrumentos internacionales de derechos humanos y estar acorde con los mejores estándares técnicos de nivel internacional.

31. Un problema esencial es la insuficiencia de recursos humanos y financieros dedicados a la salud mental y su inequitativa distribución, especialmente cuando se compara con la carga que representan los trastornos mentales y por uso de sustancias. Por otro lado, la estructura del gasto, en muchos casos, muestra que una elevada proporción del presupuesto de salud mental se destina a los grandes hospitales psiquiátricos (ver análisis de situación). Los datos anteriores ilustran la necesidad no solo de aumentar el presupuesto en términos absolutos, sino también de evaluar la reorientación de los recursos destinados a los hospitales psiquiátricos hacia sistemas ambulatorios y basados en la comunidad. El gasto debe dirigirse de manera coherente a satisfacer las necesidades de salud mental de la población.

Objetivo 1.1. Formular e implementar políticas o planes nacionales sobre salud mental y promoción de la salud mental alineados con los planes regional y mundial de salud mental.*

Indicador:

1.1.1 Número de países que tienen una política o plan nacional sobre salud mental en línea con los planes regional y mundial de salud mental.

Línea de base (2013): 22. ** Meta (2020): 30.

Objetivo 1.2. Formular leyes nacionales sobre salud mental acordes con los instrumentos internacionales de derechos humanos.*

* Resultado e indicador coincidentes con el Plan estratégico de la OPS 2014-2019 (5).

** Datos de línea de base tomados del WHO-AIMS regional (Informe de evaluación de los sistemas de

Indicador:

- 1.2.1 Número de países que disponen de leyes nacionales sobre salud mental acordes con los instrumentos internacionales de derechos humanos.
Línea de base (2013): 8. ** Meta (2020): 18.

Línea estratégica de acción 2: Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y de atención a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, a fin de proporcionar una atención integral y de calidad en el ámbito comunitario.

32. Un modelo comunitario de salud mental se basa en principios básicos adoptados y adaptados por cada país para organizar la prestación de servicios. Entre sus ejes fundamentales están la descentralización, la inserción del componente de salud mental en la atención primaria de salud y en los hospitales generales, la existencia de una red de servicios, la participación social, la coordinación intersectorial, y el abordaje de derechos humanos. También supone la prestación de servicios de una manera apropiada culturalmente, así como la equidad y no discriminación por razones de género, raza o etnia, orientación sexual, clase social u otras condiciones (2, 4).

33. Una tarea todavía no concluida en la Región es la reestructuración de los servicios de salud mental. El desarrollo de un modelo comunitario implica planificar nuevos servicios y alternativas que ofrezcan una atención integral y continuada que permita sustituir a los hospitales psiquiátricos, progresiva y apropiadamente; así como preservar la disponibilidad de atención hospitalaria temporal para las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias que lo requieran. Los hospitales psiquiátricos, en muchos países, aún consumen gran parte de los recursos dedicados a la salud mental, por lo que una estrategia recomendable es utilizar los recursos de los mismos para establecer servicios especializados en hospitales generales y en la comunidad. (35).

34. En el plan mundial de salud mental, la OMS ha definido la recuperación como “la aparición o reaparición de la esperanza, la aceptación de las capacidades y discapacidades propias, el despliegue de una vida activa, la autonomía personal, la identidad social, la asignación de un significado y una finalidad a la vida, y un sentido positivo de sí mismo. Recuperación no es sinónimo de curación. Aquella está vinculada con situaciones internas de las personas que se consideran en recuperación —esperanza, mejoría, autonomía y vinculación— y situaciones externas que la facilitan: el respeto de los derechos humanos, la existencia de una cultura que propicia la mejoría y los servicios de apoyo a la recuperación” (4).

35. Los servicios comunitarios de salud mental deben ser integrales, e incluir la rehabilitación psicosocial, permitiendo la reinserción social de las personas con trastornos mentales. Además, estos servicios deben basar su enfoque en la recuperación, con énfasis en el apoyo que las personas con trastornos mentales necesitan para alcanzar sus

salud mental) (33). Además, estas líneas de base serán revisadas en el 2015 para su actualización.

propias aspiraciones y metas. Entre otras tareas, estos servicios deben “escuchar y atender las

opiniones de los afectados sobre sus trastornos y lo que les ayuda a recuperarse; trabajar con ellos en pie de igualdad en lo que se refiere a su atención; ofrecer alternativas con respecto a los tratamientos y a los prestadores de la atención, y recurrir al trabajo y el apoyo de personas en situación similar, que se infunden mutuamente aliento y comparten un sentimiento de pertenencia, además de conocimientos técnicos. Además se necesita un planteamiento multisectorial en el que los servicios presten apoyo a las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida y, según proceda, faciliten su acceso a derechos humanos básicos como el empleo (incluidos programas de retorno al trabajo), la vivienda o las oportunidades educativas, y su participación en las actividades de la comunidad, los programas y otras actividades significativas” (4).

36. Un abordaje integral de los trastornos mentales que combine intervenciones psicosociales y farmacológicas es el más eficaz. La disponibilidad de psicofármacos esenciales en los servicios ambulatorios comunitarios y en la atención primaria de salud resulta crucial (36).

37. La evaluación sistemática de los servicios de salud mental garantiza que se preste una atención de calidad y que se respeten los derechos humanos de los usuarios y sus familiares. El programa *Calidad y Derechos* de la OMS ofrece instrumentos y una metodología que ha comenzado a adaptarse e implementarse en la Región (37).

38. Los servicios deben responder a las necesidades de los grupos vulnerables, en especial los desfavorecidos socioeconómicamente, los enfermos mentales sin hogar, los afectados por el VIH/SIDA, las mujeres y niños y niñas víctimas de la violencia, los sobrevivientes de la violencia, las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (LGBT), los pueblos indígenas, los migrantes y desplazados, las personas privadas de libertad o los grupos minoritarios en el contexto nacional. El término “grupo vulnerable” se usa en este Plan para referirse a individuos o conjunto de personas que han adquirido esa vulnerabilidad debido a la exposición a situaciones y condiciones específicas del medio (no por supuestas debilidades intrínsecas ni falta de capacidad). El término “grupo vulnerable” debe ser aplicado en cada país de acuerdo al contexto y características propias.

39. La exposición a eventos vitales adversos, como desastres naturales o provocados por el hombre, conflictos armados, disturbios, violencia familiar continua y migraciones o desplazamientos forzados tienen consecuencias para la salud física y mental, por lo que al planificar la respuesta del sector de la salud y de otros sectores se debe asegurar la disponibilidad de servicios de salud mental y de apoyo psicosocial.

40. La disponibilidad del número adecuado de trabajadores de salud mental competentes y su distribución equitativa es fundamental para la expansión de los servicios. La formación profesional (pregrado) y la educación continua (posgrado) deben reflejar las políticas de integración de la salud mental en los servicios generales de salud,

incluida la atención primaria de salud. Los profesionales especializados deberán facilitar la capacitación, el apoyo y la supervisión del personal no especializado; por ejemplo, para que identifiquen a las personas con problemas de salud mental y atenderlas o referirlas al servicio más apropiado, si está disponible. Apoyar y capacitar a los familiares y cuidadores de personas con trastornos mentales contribuirá también a aumentar la capacidad de respuesta de los servicios de salud mental.

41. Al planificar la expansión de los servicios de salud mental, es esencial asegurar el acceso equitativo a una asistencia integral y eficiente, que permita la promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción social. Para esto se deben emprender esfuerzos para estudiar y maximizar el uso de telemodalidades (como telefonía móvil, vínculos a videos, Internet) a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud mental en comunidades de difícil acceso y desatendidas.

42. El aumento y descentralización de los servicios de salud mental posibilita una reducción gradual del número de camas en los hospitales psiquiátricos, los cuales ofrecen fundamentalmente servicios de custodia. Resulta esencial el establecimiento de servicios especializados en la comunidad (ambulatorios y en hospitales generales). La integración del componente de salud mental en la atención primaria de salud y otros escenarios de atención de salud (por ejemplo, departamentos de emergencia, sistema de justicia penal, clínicas de salud en las escuelas) es esencial para el desarrollo de la prestación equitativa de servicios, además de ser una estrategia crucial para reducir la brecha de tratamiento de los trastornos mentales.

Objetivo 2.1. Incrementar la cobertura de servicios de salud mental de tipo ambulatorio.⁺

Indicador:

2.1.1 Número de países que han incrementado el índice de personas atendidas en dispositivos ambulatorios de salud mental por encima del promedio regional (975/100.000 habitantes).

Línea de base (2013): 19.⁺⁺ Meta (2020): 30.

Objetivo 2.2. Reducir el papel de los hospitales psiquiátricos.

Indicador:

2.2.1 Número de países donde los hospitales psiquiátricos han reducido el número de camas, al menos, en un 15%.

Línea de base (2013): 0. Meta (2020): 10.

Objetivo 2.3. Integrar el componente de salud mental en la atención primaria.⁺

⁺ Resultado e indicador coincidentes con el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019.

⁺⁺Datos de línea de base tomados del WHO-AIMS regional (Informe de evaluación de los sistemas de salud mental) (32).

Indicador:

2.3.1 Número de países que han integrado el componente de salud mental en la atención primaria.

Línea de base (2013): 15.⁺⁺⁺ Meta (2020): 25.

Línea estratégica de acción 3: Elaborar e implementar programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental y para la atención de los problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias, con particular atención al ciclo de vida.

43. En el campo de la promoción y prevención en los sistemas y servicios de salud mental, el papel de otros sectores es crucial puesto que los problemas de salud mental y por uso de sustancias reciben la influencia de los determinantes sociales y económicos. Por ejemplo, el nivel de ingresos, la situación laboral, el nivel educativo, la cohesión familiar, la discriminación, las violaciones de derechos humanos o la exposición a episodios vitales difíciles como la violencia sexual o el maltrato y abandono infantiles (4).

44. Las primeras etapas de la vida son propicias para trabajar en la promoción y prevención ya que hasta un 50% de los trastornos mentales que afectan a los adultos comienzan antes de los 14 años de edad. También en el adulto mayor hay posibilidades de intervenir preventivamente para mejorar la calidad de vida, facilitar la integración social y reducir o evitar discapacidades (2, 4).

45. Las intervenciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales deben incluir el apoyo a las leyes o regulaciones contra la discriminación y desarrollar campañas informativas contra la estigmatización y las violaciones de derechos humanos (4).

46. Es importante que los programas de promoción y prevención se concentren en intervenciones basadas en datos probatorios y adecuadas al contexto en que se utilizan. Entre las acciones que pueden incluir estos programas se mencionan: cultivo de los recursos psicológicos del individuo en las etapas formativas de la vida, detección precoz y atención de los problemas afectivos o de conducta en la infancia y la adolescencia, promoción de condiciones saludables de vida, fortalecimiento de redes comunitarias de protección contra la violencia, así como la protección social de las poblaciones en situación de pobreza (4).

47. Entre las intervenciones para prevenir el suicidio, se encuentran la reducción del acceso a medios letales (en particular armas de fuego, puentes sin protección apropiada, plaguicidas y medicamentos o drogas), una práctica informativa responsable por parte de los medios de comunicación, así como el reconocimiento y tratamiento precoces de trastornos mentales como la depresión. Resulta esencial la identificación de personas en

⁺⁺⁺ Informe Unidad Técnica de Salud Mental y Uso de Sustancias.

riesgo, el monitoreo de aquellos con ideas y tentativas anteriores de suicidio y la atención inmediata de los que intentan suicidarse.

48. La tendencia del índice del suicidio ha permanecido estable en las Américas en el período de 20 años comprendido entre 1990 y 2009. En América del Norte (Estados Unidos y Canadá) se notifica una ligera disminución de las tasas, mientras que en ALC se observó un ligero incremento. Esto puede explicarse porque los países norteamericanos disponen de registros confiables y ejecutan programas para afrontar esta problemática. En ALC, por el contrario, hay muchos países con evidentes subregistros, por lo que al mejorar los sistemas de información y los registros se prevé un aumento de las tasas. Sobre la base de este estudio de tendencias se pronostica una tasa de mortalidad por suicidio que se mantendrá estable, a pesar de que muchos países mejorarán sus registros y ejecutarán programas de prevención de la conducta suicida (28).

Objetivo 3.1. Implementar programas de promoción y prevención en el campo de la salud mental.

Indicador:

3.1.1 Número de países con programas multisectoriales operativos de promoción y prevención en materia de salud mental.¹
Línea de base (2013): 20.[§] Meta (2020): 25.

Objetivo 3.2. Implementar programas de prevención del suicidio.

Indicador:

3.2.1 Número anual de muertes por suicidio por 100.000 habitantes.^{§§}
No hay aumento de la tasa regional de suicidio en el 2020 comparada con el 2013.
Línea de base: 7,3 x 100.000 habitantes.^{§§§}

Indicador:

3.2.2 Número de países que desarrollan e implementan programas nacionales para la prevención del suicidio.
Línea de base (2013): 6.[♦] Meta (2020): 20.

¹ Una respuesta integral y coordinada para la promoción de la salud mental requiere alianzas entre múltiples sectores públicos, tales como salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social y otros, así como con el sector privado, según proceda en función de la situación nacional (4). Corresponde al sector salud liderar y coordinar estos esfuerzos.

§ Línea de base obtenida de la evaluación del Plan estratégico de la OPS 2008-2014 (SO3, RER 3.5, Indicador 3.5.2). Será necesario revisar la línea de base durante el 2015 para verificar la implementación real de estos programas y si los mismos reúnen los requisitos técnicos básicos.

§§ Indicador y meta coincidentes con indicador de impacto del Plan estratégico de la OPS 2014-2019.

§§§ Ver párrafo 45. Informe Regional de Suicidio, OPS 2014.

♦ Línea de base obtenida de la información disponible en la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OPS. Será necesario revisar la línea de base durante el 2015 para verificar la factibilidad de implementación de estos programas.

Línea estratégica de acción 4: Fortalecer los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones.

49. Los sistemas de información de salud deben recoger y notificar con regularidad los datos sobre la prestación de los servicios de salud mental, que deben estar desglosados al menos por género, edad, raza o etnia y diagnóstico; así como de acuerdo a la orientación sexual (cuando esto sea posible). Estos datos se deben utilizar para evaluar e informar de forma rutinaria a las autoridades y como base para la mejora y expansión de los servicios. El conjunto básico de indicadores sugeridos como parte del Plan de acción de la OMS será revisado, para su adaptación y aplicación gradual por los países de la Región.

50. La evaluación del WHO-AIMS muestra la situación en ALC, según el tipo de dispositivo, con sistemas de información en funcionamiento y que informan regularmente en 66% de los hospitales psiquiátricos y en 62% de los dispositivos ambulatorios. La mayoría de la información disponible proviene de los hospitales psiquiátricos, y se refiere al número de camas e ingresos según sexo, edad y diagnósticos, con muy poca información de otros parámetros como internamientos involuntarios. La información de los servicios ambulatorios es más inestable; ocasionalmente se notifica el número de consultas o de contactos, pero casi nunca hay registro de casos (33).

51. Las investigaciones científicas existentes y la generación de datos están limitadas a algunos países. Con el fin de suministrar evidencia científica para las intervenciones de promoción, así como de prevención y tratamiento de los trastornos mentales y por uso de sustancias, la investigación debe abarcar una gama de actividades como el descubrimiento, la evaluación, el tratamiento y los ensayos clínicos, así como la prestación de servicios, teniendo en cuenta las prioridades nacionales.

Objetivo 4.1. Fortalecer los sistemas de información, integrando un conjunto básico de indicadores de salud mental que sean compilados de forma sistemática y notificados anualmente.

Indicador:

4.1.1 Número de países con un conjunto básico de indicadores de salud mental acordados y compilados de forma sistemática y notificados anualmente.
Línea de base (2013): 21.* Meta (2020): 30.

Seguimiento, análisis y evaluación

52. Este plan de acción contribuye al logro de las metas de la Categoría 2 del Plan estratégico de la OPS. El seguimiento y la evaluación de este Plan se alinearán con el

* Línea de base obtenida de la evaluación del Plan Estratégico de la OPS 2008-2014 (SO3, RER 3.3, Indicador 3.3.2. Será necesario revisar la línea de base durante el 2015 para verificar la situación actual de los sistema de información de salud y si los datos referidos a salud mental reúnen los requisitos mínimos del conjunto de indicadores básicos planteados por la OPS/OMS.

marco de la gerencia basada en resultados de la Organización, así como con sus procesos de evaluación del desempeño. Se prepararán informes de progreso basados en la información disponible al final de cada bienio. Se harán evaluaciones de medio término y de final del Plan con el fin de determinar las fortalezas y debilidades de su ejecución general, así como los factores causales de los éxitos y los fracasos, y las acciones futuras.

53. Las fuentes para la información necesaria son: *a)* base de datos de mortalidad de la OPS/OMS; *b)* informes WHO-AIMS de los países actualizados cada cinco años; *c)* otros informes de los países, relacionados con los indicadores de este plan, solicitados a los Ministerios de Salud; *d)* informes de la Unidad Regional de Salud Mental y Uso de Sustancias; y *e)* compilación de investigaciones.

Implicaciones financieras

54. Se estima que el costo de la ejecución del *Plan* para el período de 6 años (2015-2020) será de \$13.880.080,00. La brecha estimada es de 39% del total presupuestado. El personal fijo que conforma actualmente la Unidad es suficiente para cubrir la implementación del Plan de acción en el sexenio; la brecha financiera se plantea esencialmente en gastos de operación para la cooperación técnica con los países y en contrataciones temporales necesarias para el apoyo de expertos en actividades específicas. Será importante forjar alianzas e identificar donantes que apoyen el plan. De igual manera, se espera que los Estados Miembros prioricen el tema y asignen recursos para mejorar sus programas y servicios de salud mental basados en la comunidad. Será relevante la cooperación entre países y el intercambio de experiencias, para lo cual será necesario movilizar recursos financieros.

Intervención del Consejo Directivo

55. Se solicita al Consejo Directivo que examine este Plan de acción sobre salud mental que incluye un proyecto de resolución (anexo A), y formule las observaciones y recomendaciones pertinentes.

Anexos

Referencias

1. Saraceno B, Freeman M, Funk M. Public mental health. In: Oxford Textbook of Public Health, 5th ed. Nueva York: Oxford University Press; 2009, p. 1081-1100.
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OPS. 61.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009

- (documento CD49/11 y resolución CD49.R17) [consultados el 5 de diciembre del 2013]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf
[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20(Esp.).pdf)
3. Prince, M. et al. Global Mental Health 1. No health without mental health. In *The Lancet*, Global Mental Health [Internet]. *The Lancet* 2007 Sep 8; 370(9590):859-877 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61238-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61238-0/fulltext)
 4. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
 5. Organización Panamericana de la Salud. Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 52.º Consejo directivo de la OPS, 65.ª Sesión del comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2013 (Documento oficial 345) [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es
 6. González Uzcatégui R, Levav I. (eds.) Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación: memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica / Restructuration of psychiatric care: conceptual basis and implementation guidelines: annals of the Regional Conference on Restructuring of Psychiatric Care. Washington (DC): OPS; 1991 (documento HPA/MND 1.91).
 7. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas [Internet]. Adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud. Washington (DC): OPS; 1990 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf
 8. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental [Internet]. 40.º Consejo Directivo de la OPS, 49.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 22 al 23 de septiembre de 1997; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 1997 (resolución CD40.R19) [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://www1.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_40.htm

9. Organización Panamericana de la Salud. Salud mental [Internet]. 43.^{er} Consejo Directivo de la OPS, 53.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 24 al 28 de septiembre del 2001; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2001 (resolución CD43.R10) [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
<http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd43.r10-s.pdf>
10. Rodríguez J, González R. (eds.) La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas [Internet]. Washington (DC): OPS; 2007 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20salud%20mental.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud de la República Federativa del Brasil; Organización Mundial de la Salud. Principios de Brasilia [Internet]. Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas; del 7 al 9 de noviembre del 2005; Brasilia (Brasil). Washington (DC): OPS; 2006 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf
12. Organización Panamericana de la Salud. Consenso de Panamá [Internet]. Conferencia Regional de Salud Mental; del 7 al 8 de octubre del 2010; Ciudad de Panamá (Panamá). Washington (DC): OPS; 2010 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>
13. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 [Internet]. Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá; 3 de junio del 2007; Panamá. Washington (DC): OPS; 2007 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1976%3Ahealth-agenda-for-the-americas20082017&catid=1546%3Akmckey-paho-publications&lang=es
14. Organización Mundial de la Salud. mhGAP: programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias [Internet]. OMS: Ginebra; 2008 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=326&Itemid=259
15. Organización Mundial de la Salud, Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud

- no especializada [Internet]. OMS: Ginebra; 2011 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf
16. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia [Internet]. Washington (DC): OPS; 2011 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
<http://www.paho.org/hq/dmdocuments/epilepsia%20doc.pdf>
 17. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
 18. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2011 (documento CD51/8, Rev. 1) [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723&Itemid=4139&lang=es
 19. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (documento CD50/18, Rev. 1; y resolución CD50.R2) [consultados el 31 de enero del 2014]. Disponibles en:
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-s.pdf>
<http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/cd50.r2-s.pdf>
 20. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. 51.º Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2011; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2011 (documento CD51/9) [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14584&itemid=
 21. Naciones Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [Internet]. 66.º período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 3.ª sesión plenaria; 19 de septiembre del 2011; Nueva York (Estados Unidos). Nueva York: ONU; 2011 (documento A/RES/66/2) [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:

- <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/458/97/PDF/N1145897.pdf?OpenElement>
22. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: reunión oficial de Estados Miembros para ultimar los trabajos relativos al marco mundial de vigilancia integral, incluidos un conjunto de indicadores y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles: Informe de la Directora General [Internet]. 66.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 20 al 28 de mayo del 2013; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2013 (documento A66/8) [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-sp.pdf
23. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [Internet]. 52.º Consejo directivo de la OPS, 65.^a Sesión del comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2013 (Documento CD52/7, Rev. 1) [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22841&Itemid=270&lang=es
24. Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud del Brasil. Consenso de Brasilia [Internet]. Primera Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y sus Familiares del 15 al 17 de octubre del 2013; Brasilia (Brasil). Brasilia: OPS-Ministerio de Salud; 2013 [consultado el 15 de abril del 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1167&Itemid=353&lang=es
25. Kohn, R. La brecha de tratamiento en la Región de las Américas [Internet]. Washington (DC); 2013 (documento técnico) [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23177&Itemid=270&lang=es
26. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2009 (Publicación Científica y Técnica No.632) [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>

27. World Health Organization. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature [Internet]. Ginebra: OMS; 2009 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241563567/en/>
28. Organización Mundial de la Salud; Alzheimer's Disease International. Demencia: una prioridad de salud pública [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf
29. Organización Panamericana de la Salud. Informe regional sobre la mortalidad por suicidio. Washington (DC): OPS. Por publicarse en el 2014.
30. World Health Organization; United Nations Population Fund. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
31. Speizer, I.S., et al. (2008) Dimensions of child punishment in two Central American countries: Guatemala and El Salvador = Dimensiones del castigo infantil de dos países de América Central : Guatemala y El Salvador [Internet]. *Rev Panam Salud Publica* 2008. 23(4): p. 247-256 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000400004&lng=en&nrm=iso
32. World Health Organization. World Health Organization assessment instrument for mental health systems [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 (WHO AIMS Version 2.2.) [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/AIMS_WHO_2_2.pdf.
33. Organización Panamericana de la Salud WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington (DC): OPS; 2013 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21321&Itemid=270&lang=es
34. Organización Panamericana de la Salud. La salud y los derechos humanos: documento conceptual [Internet]. (CD50/12). 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS 2010 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-s.pdf>

35. Caldas de Almeida J, Cohen A (eds.). Innovative mental health programs in Latin america & the Caribbean [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2008 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=193&Itemid=247&lang=es
36. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud [Internet]. OMS: Ginebra; © 2010 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/paho/2010/9789275331132_spa.pdf
37. World Health Organization. WHO qualityrights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [consultado el 31 de enero del 2014]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70927/3/9789241548410_eng.pdf?ua=1

53.º CONSEJO DIRECTIVO

66.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 16 al 20 de junio del 2014

CD53/8, Rev. 1
Anexo A
Original: español

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL

EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Plan de acción sobre salud mental* (documento CD53/8, Rev. 1);

Reconociendo que en el mundo hay una prevalencia alta de trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas y que esto contribuye de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura, y que, además, existe una elevada brecha de tratamiento;

Entendiendo que no hay salud sin salud mental, concebida esta no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad”;¹

Considerando que, en el 2009, el Consejo Directivo de la OPS adoptó la *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*; y que, durante el 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*, y que también en ese mismo año, la OPS adoptó su Plan Estratégico 2014-2019, resulta conveniente y necesario actualizar y alinear nuestro plan regional de acción sobre salud mental con el Plan estratégico de la OPS y con el plan de acción integral sobre salud mental de la OMS;

Recordando los instrumentos internacionales fundamentales sobre derechos humanos, tales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto

¹ Organización Mundial de la Salud. [Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020](#), anexo, pág. 3, (2013).

Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad;

Observando que el *Plan de acción sobre salud mental* aborda las líneas de acción fundamentales para responder a las diversas necesidades de salud mental de los países,

RESUELVE:

1. Aprobar el *Plan de acción sobre salud mental* y su aplicación en el contexto de las condiciones propias de cada país para responder a las necesidades actuales y futuras en el campo de la salud mental.
2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta su contexto nacional a que:
 - a) incluyan la salud mental y la promoción de la salud mental como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud, para asegurar la ejecución de planes de salud mental que tengan en consideración el déficit y la distribución desigual de recursos existente en algunos países;
 - b) fortalezcan, formulen, revisen y, si fuera necesario, reformen los marcos legales de los países y su aplicación para proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales;
 - c) apoyen la participación de la sociedad civil, y en particular de las asociaciones de usuarios y de familiares, en la planificación y ejecución de actividades para promover y proteger la salud mental de la población;
 - d) promuevan el acceso universal y equitativo a la atención integral de salud mental para toda la población y con base comunitaria, mediante el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental en el marco de las redes integradas de servicios, con particular énfasis en la reducción de la brecha de tratamiento existente;
 - e) continúen los esfuerzos para evolucionar del modelo centrado en los hospitales psiquiátricos hacia uno de base comunitaria donde se integre el componente de salud mental en la atención primaria de salud y en los hospitales generales, y se establezcan servicios de salud mental descentralizados y cercanos a la población;
 - f) aseguren una apropiada respuesta de los servicios de salud mental a las particularidades de los grupos en situación de vulnerabilidad o con necesidades especiales;
 - g) aseguren la prestación de servicios de salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia y desastres;
 - h) consideren el fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud mental como un componente clave para el mejoramiento de la capacidad de

respuesta de los servicios y, en particular, la atención primaria, para lo cual resulta esencial la ejecución regular de programas de capacitación;

- i) impulsen iniciativas intersectoriales para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, con atención particular en el ciclo de vida; así como para abordar el estigma y la discriminación que sufren las personas con trastornos mentales;
- j) emprendan intervenciones específicas para la prevención del suicidio que incluyan el mejoramiento de los sistemas de información y vigilancia;
- k) reduzcan la brecha de información existente en el campo de la salud mental mediante el mejoramiento de la producción, análisis y uso de la información, así como el desarrollo de la investigación;
- l) fortalezcan las alianzas gubernamentales multisectoriales, así como con organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas y otros actores sociales claves.

3. Solicitar a la Directora a que:

- a) apoye a los Estados Miembros en la elaboración, revisión, fortalecimiento y ejecución de planes nacionales de salud mental y marcos legales, que tengan como referencia este plan de acción, procurando corregir las inequidades y asignando prioridad a la atención de los grupos en situación de vulnerabilidad y con necesidades especiales;
- b) colabore en las evaluaciones de los programas y servicios de salud mental de los países para que se emprendan las acciones apropiadas basadas en un diagnóstico de la situación existente;
- c) prepare y difunda entre los Estados Miembros un documento técnico complementario sobre recomendaciones de opciones prácticas para implementar este plan en los países, así como sobre la medición de los indicadores sugeridos;
- d) facilite la difusión de información y el intercambio de experiencias, y promueva la cooperación técnica entre los Estados Miembros;
- e) fomente las alianzas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como con organismos internacionales y otras instancias regionales y subregionales en apoyo a la respuesta integral que se necesita en el proceso de ejecución de este plan de acción.