

Con derecho a la cordura: atención de la salud mental en la región latinoamericana

ANA
HEATLEY
TEJADA



CISS
SEGURIDAD SOCIAL
PARA EL BIENESTAR

CUADERNOS DE POLÍTICAS **9**
PARA EL BIENESTAR

CUADERNOS DE POLÍTICAS
PARA EL BIENESTAR

IX

Conferencia Interamericana
de Seguridad Social

Secretario general
Gibrán Ramírez Reyes

Este material fue preparado por Ana Heatley Tejada, bajo la dirección de Hugo A. Garciamarín Hernández, jefe de Especialistas de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social; y contó con la asesoría de Beatriz Menéndez López.

Políticas para el Bienestar (año 1, núm. 9) es una publicación seriada de periodicidad irregular, editada por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice, alcaldía Magdalena Contreras, C. P. 10100, Ciudad de México. Tel. 55 5377 4700, <https://ciss-bienestar.org/>

El cuidado de la edición estuvo a cargo de Ana Cecilia Zapien, Gwennhael Huerta y Antonio Álvarez.

El diseño y la formación estuvieron a cargo de Janín Muñoz, Patricia Reyes.

Se permite la reproducción parcial o total de este documento siempre y cuando se cite debidamente la fuente.

ISBN en trámite.

Con derecho a la cordura: atención de la salud mental en la región latinoamericana

ANA
HEATLEY
TEJADA



CISS
SEGURIDAD SOCIAL
PARA EL BIENESTAR

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	9
INTRODUCCIÓN	11
1. SALUD MENTAL COMO PARTE FUNDAMENTAL DEL BIENESTAR COTIDIANO	15
1.1 ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?	16
1.2 Mirada crítica a la atención a la salud mental	21
2. TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL: EL MODELO COMUNITARIO	31
2.1 El modelo comunitario	33
2.2 Transiciones latinoamericanas al modelo comunitario	40
3. HACIA DÓNDE CAMINAR EN MATERIA DE PROTECCIÓN A LA SALUD MENTAL	71
RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SM	75
CONCLUSIONES	79
REFERENCIAS	83

*Para todas las personas que viven
ocultando lo más humano
y sensible de sí mismas
en defensa propia.*

AGRADECIMIENTOS

El bienestar psicológico es una tarea de todos. No me refiero a que cada uno debe velar por su salud mental, sino a que todos debemos cooperar y contribuir para que cada persona pueda conservar y recuperar la cordura, la felicidad y la paz mental. En última instancia, vivir en un entorno donde los demás no sienten miedo, angustia, rechazo, ira o rencor nos beneficia a nosotros mismos. Por eso, agradezco a todas las personas que contribuyen a mi salud mental o que tienen la sensibilidad para evitar perjudicarla y a las que se esfuerzan por hacer sentir mejor a quienes les rodean.

Este trabajo contó con la asesoría de Beatriz Menéndez, a quien agradezco por la información recabada, así como por los enriquecedores comentarios y discusiones que tuvimos a lo largo de la elaboración de este documento. También agradezco especialmente a Michelle Martínez y Marcos Gómez por su arduo trabajo de apoyo a esta investigación. Gracias también a una estimada persona, Hugo Garciamarín, quien confió en mi capacidad para realizar este estudio en circunstancias difíciles.

INTRODUCCIÓN

Desde hace algún tiempo se ha comenzado a reconocer que las sociedades —específicamente los gobiernos y las instituciones internacionales relacionadas con la economía— han soslayado o subestimado la importancia que tiene el bienestar psicológico en la vida de toda persona. Los indicadores de crecimiento económico, como el producto interno bruto (PIB) per cápita, no reflejan la calidad de vida, que a su vez no significa nada si se limita a las condiciones materiales como el ingreso, la vivienda o los activos o bienes de consumo duradero. Las personas necesitan bienestar, y la riqueza material es un medio para ese fin, no el fin en sí mismo.

El bienestar comprende diferentes aspectos —económicos, psicológicos, físicos— y la presencia de uno no puede sustituir a los demás: la felicidad no sustituye a la alimentación, la alimentación no sustituye a la vivienda, la vivienda no sustituye a la salud física, mientras que la salud física no sustituye a la inclusión ni a la pertenencia social. Sin que se llegue a afirmar que algún aspecto es prescindible, lo cierto es que sistemáticamente el bienestar psicológico o mental se ha minimizado o se ha reducido a un conjunto pequeño de trastornos diagnosticables que reciben limitada atención en términos de investigación y tratamiento médico, además de casi nula protección social. Al mismo tiempo, se ha relegado a una posición secundaria bajo el supuesto de que el bienestar económico es prioritario o que este último trae automáticamente el bienestar psicológico. Como consecuencia, los análisis y las políticas sobre

la organización de las sociedades actuales desatienden, en el mejor de los casos, los efectos negativos que tienen las dinámicas sociales y las políticas económicas en la psique de las personas.

Por otro lado, pero relacionado con lo anterior, la perspectiva dominante sobre el bienestar psicológico tiende a concentrarse en el individuo: su personalidad, sus esfuerzos, su genética, sus condiciones neurológicas. Las estrategias para atenderlo tienden a dirigirse también a los individuos —los psicofármacos, la psicoterapia, la rehabilitación—, mientras que las dinámicas sociales que alimentan o generan el malestar y la pérdida de calidad de vida se pierden de vista. El entorno determina en gran medida la salud mental (SM) y la pandemia por COVID-19 lo ha hecho evidente para la mayoría de las personas. Cada uno de nosotros se ha percatado de cómo el cambio en la cotidianidad ha afectado de una u otra forma nuestro bienestar psicológico.

Las cuarentenas y los cambios en las rutinas de la vida, y también de la muerte, han profundizado una sensación de malestar que ya estaba presente o latente desde antes. A la angustia, el estrés, la depresión y la ansiedad de la vida cotidiana, se le sumó el aislamiento, la distancia física, el teletrabajo y muchas otras adversidades. Con todo lo vivido en el 2020, (re)descubrimos lo importante que es la presencia de los demás y un orden social favorable para sentirnos bien. La vida es más dura sin otras personas—necesitamos abrazos, pláticas, convivencia— y sin acceso universal a la salud ni a la seguridad social no es posible vivir con bienestar.

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) ha planteado que, para que las personas tengan bienestar, es indispensable atender los problemas sociales desde un enfoque público. Esto quiere decir que la mayoría de las situaciones que nos aquejan tienen su explicación en la configuración de nuestras sociedades,

por lo que es indispensable que se encuentren soluciones colectivas. La dignidad, el orden y la seguridad social son los tres elementos principales en los que ha hecho énfasis la institución para garantizar el bienestar.¹ Por ello, la SM también debe tratarse desde un enfoque público.

Tal y como ha mostrado la pandemia, distintos riesgos sociales afectan el bienestar mental. En consecuencia, no debe atenderse sólo desde un enfoque privado —centrado en la resiliencia del individuo o en el tratamiento a través de fármacos—, sino que debe garantizarse la atención con métodos integrales, con solidaridad y, fundamentalmente, con la construcción de un orden digno en el que se reduzcan los efectos negativos de los malestares mentales, en donde las personas que los padecen puedan estar en las mismas condiciones para ser felices que aquellas que no los tienen.

Con este cuaderno se pretende abonar al estudio y la atención de la SM desde esta perspectiva. Para ello, en primer lugar, se desarrolla una mirada crítica al tratamiento de los diferentes padecimientos mentales y se aboga por la necesidad de transitar hacia una mirada interdisciplinaria que ponga el énfasis no sólo en las causas genéticas y neurológicas, sino también en el entorno, la cultura y las condiciones sociales.

En segundo lugar, se presenta un análisis de los principales modelos de atención a la SM. Se describe cómo históricamente se ha optado por un modelo (asilar o manicomial) que excluye a los enfermos del orden existente, ya sea con aislamiento o con excesivo tratamiento farmacológico. Se expone, además, cómo, a partir de la crítica, ha surgido un modelo (comunitario) que pretende atender el problema de manera colectiva.

¹ Véase Hugo Garciamarín, *Un ensayo de felicidad y bienestar*, CISS, Ciudad de México, inédito al momento de citarse.

En un tercer momento, se plantea un breve análisis de tres países que han reformado recientemente sus sistemas de SM para transitar del modelo asilar al comunitario (Argentina, Chile y México). Con ello se da cuenta de los principales retos para transformar los sistemas de SM y cuáles son algunos de los principales avances al respecto. Se enfatiza que, pese a los esfuerzos, los sistemas de SM todavía tienen que recorrer un largo trecho para consolidarse y es indispensable que su desarrollo se convierta en prioridad gubernamental.

Por último, se plantean propuestas para mejorar la atención de la SM. Se desarrollan siete recomendaciones para mejorar los modelos y sistemas existentes, partiendo de que los ejes articuladores de las iniciativas para proteger y restaurar el bienestar de las personas deben ser un orden social inclusivo, la dignidad y la seguridad social.

Es innegable que el fenómeno en cuestión es complejo. También es probable que los modelos de SM deberán replantearse de manera más profunda debido a los estragos de la pandemia y a la necesidad del distanciamiento físico. Sin embargo, las épocas de malestar también son momentos propicios para el cambio, y la SM es uno de los principales temas que deben replantearse. Generar mejores condiciones de existencia para las personas implica cambiar los contextos opresivos y adversos por situaciones que permitan que todas las personas tengan la libertad y las condiciones para buscar la felicidad.

1.

SALUD MENTAL COMO PARTE FUNDAMENTAL DEL BIENESTAR COTIDIANO

La SM y el bienestar psicológico son tan importantes como la alimentación, la vivienda o los ingresos. Son parte fundamental del día a día, necesarios para la convivencia social, así como para llevar una vida plena y satisfactoria. En breve, son necesarios para la supervivencia misma e imprescindibles para la felicidad y el bienestar. Sin embargo, en muchas sociedades se ha minimizado el bienestar mental o se ha supeditado al bienestar económico. En consecuencia, la atención que se le presta es insuficiente: las personas no tienen acceso al conocimiento ni se considera legítima la necesidad de atender su SM; además, la sociedad no respeta ni protege el bienestar psicológico de sus miembros ni el Estado provee los servicios necesarios para proteger y restaurar la SM.

Actualmente predomina una perspectiva *privada* sobre la SM: los padecimientos se viven de manera aislada y bajo la idea de que la responsabilidad de estar bien o ser feliz es individual, mientras que sus soluciones enfatizan más las implicaciones económicas para los Estados y los individuos que su carácter indispensable y fundamental para el bienestar. Con ello se ha dejado de comprender que la SM está estrechamente vinculada a las relaciones personales, las culturas y el orden social, por lo que debe atenderse *públicamente*.

1.1 ¿De qué hablamos cuando hablamos de SM?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.² En este sentido, la SM es parte integral e imprescindible de la salud humana y se refiere al bienestar neurológico y psicológico que no se limita a la ausencia de algún trastorno mental, neurológico o por abuso de sustancias (TMNS), sino que abarca un espectro mucho más amplio.

Para la OMS, “la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad”.³ Esto implica que el bienestar de una persona puede verse afectado negativamente mucho antes de que desarrolle un TMNS.

Pese a ser una parte fundamental de la vida cotidiana, la SM ha pasado considerablemente inadvertida en el discurso y las políticas del sector salud y de desarrollo social, por lo cual es importante definir y reflexionar sobre lo que queremos decir cuando hablamos de SM, así como todo lo que este concepto engloba, para comenzar a construir las estrategias necesarias para garantizarla.

² OMS, “Constitución de La Organización Mundial de La Salud”, *Documentos Básicos*, 2006.

³ OMS, *Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice: Summary Report*, Ginebra, 2004. Disponible en <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2004.00268.x>

Cuadro 1. La SM en nuestra vida diaria

Daniel tiene dos hijas pequeñas y se divorció luego de siete años de matrimonio. Su esposa y él decidieron terminar la relación después de mucho tiempo de peleas constantes, principalmente motivadas porque ella estaba inconforme con la distribución de las tareas dentro de la familia. Ambos trabajaban tiempo completo, pero Daniel frecuentemente se quedaba hasta tarde en la oficina y ella se veía obligada a recoger a las hijas de la escuela, ver que hicieran la tarea, limpiar la casa, ir a comprar la comida y cocinar, lavar la ropa y plancharla o faltar al trabajo cuando alguna de las hijas se enfermaba. Discutieron y llegaron a acuerdos muchas veces, pero al final decidieron separarse porque los momentos malos superaron a los buenos.

Daniel se mudó a un departamento pequeño cerca de su trabajo, pero sus cosas se quedaron en cajas durante casi un año. No compró camas, platos, sillas, así que no podía recibir a sus hijas en casa y, por lo tanto, las ve menos de lo que podría. Todos sus amigos están casados y, como se siente fuera de lugar y nostálgico cuando se reúnen, poco a poco deja de frecuentarlos. Le da vergüenza admitir que extraña a sus hijas, su esposa y la casa que compartían y no tiene la confianza de platicarlo con nadie. Saliendo de trabajar llega a un departamento oscuro y vacío que lo hacía sentirse muy solo, así que empezó a quedarse hasta más tarde en la oficina y a comer siempre afuera. Daniel se siente solo.⁴

⁴La soledad es una emoción que nos produce malestar y nos motiva a reconectar con nuestro núcleo social. No se considera un trastorno, pero, sin duda, es un malestar psicoafectivo que produce que las personas intenten modificar su entorno social. Los cambios importantes en la vida, como divorciarse, mudarse de ciudad, iniciar en un nuevo empleo o ingresar a una nueva escuela son situaciones en las que aumenta el riesgo de atravesar por un periodo de soledad que ulteriormente podría derivar en un padecimiento de SM. Wolfgang Stroebe *et al.*, "The Role of Loneliness and Social Support in Adjustment to Loss: A Test of Attachment versus Stress Theory", *Journal of Personality and Social Psychology*, 70.6, 1996, pp. 1241-1249. Disponible en <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1241>; Daniel Perlman y Letitia Anne Peplau, "Loneliness Research: A Survey of Empirical Findings", en L. A. Peplau y S. Golston (eds.), *Preventing the Harmful Consequences of Severe and Persistent Loneliness*, Government Printing Office, Washington D. C., 1984, pp. 13-46; John T. Cacioppo y Stephanie Cacioppo, "Loneliness in the Modern Age: An Evolutionary Theory of Loneliness (ETL)", *Advances in Experimental Social Psychology*, 58, 2018, pp. 127-97. Disponible en <https://>

Al paso del tiempo, la situación no ha cambiado. Daniel no se siente con energía suficiente para romper la rutina en la que se ha instalado y su vida tiene pocas emociones que lo animen positivamente. De a poco va sintiendo que está rodeado de gente que no lo apoya, que intenta complicarle las cosas o que es francamente hostil con él; no ha logrado hacer nuevos amigos con quienes tener actividades que lo entusiasmen. Como no frecuenta a sus hijas, va perdiendo los lazos con ellas y siente que su exesposa las puso en su contra porque ellas ya no quieren platicar con él y están incómodas cuando lo visitan. Vive estresado y su salud lo resiente: tiene gripe mucho más seguido y se enferma del estómago de cuando en cuando. No duerme bien y se siente agotado cada viernes. Un par de veces se ha quedado dormido en el semáforo. Daniel tiene soledad crónica.⁵

doi.org/10.1016/BS.AESP.2018.03.003; Bina Nausheen *et al.*, “Loneliness, Social Support and Cardiovascular Reactivity to Laboratory Stress”, *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, 10.1, 2007, pp. 37-44. Disponible en <https://doi.org/10.1080/10253890601135434>; M. Pinquart y S. Sörensen, “Risk Factors for Loneliness in Adulthood and Old Age: A Meta-Analysis”, en S. Shohov y S. P. Shohov (eds.), *Advances in Psychology Research*, Nova Science Publishers, Hauppauge, NY, 2003, pp. 111-43; John T. Cacioppo y Stephanie Cacioppo, “The Growing Problem of Loneliness”, *The Lancet*, 391.10119, 2018, p. 426. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)

⁵La soledad crónica surge cuando la persona no logra reconectar con su núcleo social y continúa sintiéndose sola por un tiempo prolongado. Tampoco se considera un trastorno pero produce cambios en la cognición social. Las personas se vuelven hipervigilantes (notan más) de las reacciones negativas de quienes los rodean, es decir, el mundo social les parece más amenazante o negativo que a una persona que no tiene soledad crónica. Louise C. Hawley y John T. Cacioppo, “Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms”, *Annals of Behavioral Medicine*, 40.2, 2010, pp. 218-227. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>; John T. Cacioppo, Stephanie Cacioppo, *et al.*, “The Neuroendocrinology of Social Isolation”, *Annual Review of Psychology*, 66.1, 2015, pp. 733-767. Disponible en <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015240>; John T. Cacioppo y Louise C. Hawley, “Perceived Social Isolation and Cognition”, *Trends in Cognitive Sciences*, 2009. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>. La soledad crónica también tiene efectos en la salud física: incrementa la inflamación, se relaciona con una menor respuesta del sistema inmune, con problemas vasculares, entre otros males. Sarah D. Pressman *et al.*, “Loneliness, Social Network Size, and Immune Response to Influenza Vaccination in College Freshmen”, *Health Psychology*, 24.3, 2005, pp. 297-306. Disponible en <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.3.297>; Angie S. LeRoy *et al.*, “Loneliness Predicts Self-Reported Cold Symptoms after a Viral Challenge”, *Health Psychology*, 36.5, 2017, pp. 512-520. Disponible en <https://doi.org/10.1037/hea0000467>; John T. Cacioppo, *et al.*, “Loneliness and Health: Potential Mechanisms”, *Psychosomatic Medicine*, 64.3, 2002, p. 407-

Al paso de los años, Daniel nota que nada lo hace sentir bien y está constantemente de mal humor o abatido. Hace años que no suelta una carcajada, todos los días son iguales y se levanta de la cama por rutina. Hay días que no lo logra y falta al trabajo. Como trabaja tanto, ha logrado varios ascensos y nadie se molesta si falta de vez en cuando. Ya no tiene nada de qué hablar con sus hijas pues no está al tanto de lo que pasa en sus vidas. No le ha dicho a nadie lo mal que se siente y cree que nadie lo tomaría en serio de cualquier manera. Le dirían “no es para tanto, tienes todo lo que necesitas para ser feliz” o le dirían que hay algo mal en su cerebro y le darían medicamentos que no quiere tomar porque son para “locos”. Daniel tiene depresión.⁶

Como le pesa el silencio en su casa en las noches, prende la tele y se toma una cerveza para dormir mejor. Al principio fue una, pero pronto necesita tomar dos. Un día que se sentía particularmente mal, se embriagó y se olvidó de todos sus problemas durante el fin de semana. Al poco tiempo se convierte en una rutina de cada fin de semana. Cuando está ebrio puede llorar y desahogarse un poco, cosa que no se permite sobrio. Daniel empieza a tener alcoholismo.⁷

417. Disponible en <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005>; John T Cacioppo y Louise C Hawkey, “Social Isolation and Health, with an Emphasis on Underlying Mechanisms”, *Perspectives in Biology and Medicine*, 46.3, 2003, pp. 39-52. Disponible en <https://doi.org/10.1353/pbm.2003.0063>.

⁶La soledad es un precursor importante de la depresión. John T. Cacioppo *et al.*, “Loneliness within a Nomological Net: An Evolutionary Perspective”, *Journal of Research in Personality*, 40.6, 2006, pp. 1054-1085. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007>; Alexander R. Rich y Martha Scovel, “Causes of Depression in College Students: A Cross-Lagged Panel Correlational Analysis”, *Psychological Reports*, 60.1, 1987, pp. 27-30. Disponible en <https://doi.org/10.2466/pr0.1987.60.1.27>; John T. Cacioppo, Mary Elizabeth Hughes *et al.*, “Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses”, *Psychology and Aging*, 21.1, 2006, pp. 140-51. Disponible en <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>; Liesl M. Heinrich y Eleonora Gullone, “The Clinical Significance of Loneliness: A Literature Review”, *Clinical Psychology Review*, 2006, pp. 695-718. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>; Timothy Matthews *et al.*, “Social Isolation, Loneliness and Depression in Young Adulthood: A Behavioural Genetic Analysis”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51.3, 2016, pp. 339-48. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1178-7>. La depresión sí se considera un TMNS.

⁷Se ha demostrado que en muchas ocasiones los trastornos afectivos, como la depresión, anteceden al abuso de sustancias. Jorge Javier Caraveo-Anduaga, “Epidemiología psiquiátrica En México: 1977-2000”, en Jorge J. Rodríguez, Robert Kohn y Sergio

Daniel no puede ver la relación que hay entre un evento y otro. Cree que la gripe es por el colega que lo contagió, que el dolor de estómago es porque comió algo que no estaba bien cocinado. Cree que no duerme bien por los problemas con el proyecto que tienen en marcha y que está constantemente cansado y abatido porque trabaja mucho. Cree que llora cuando está borracho porque el alcohol tiene ese efecto en él. Cree que está insatisfecho con su vida porque su esposa lo dejó y su trabajo no le gusta especialmente, pero es lo mejor que hay. Pasan más de diez años entre que comenzó a sentirse mal y que el gastroenterólogo le recomendó ver a un psiquiatra para que le prescriba “algo suave”, cuando escucha la lista completa de síntomas y sospecha que puede tener depresión. Daniel se tarda otros tres años en hacer una cita porque piensa que él no está loco. El problema es su trabajo, que es muy demandante.

Así pues, la SM es una faceta del bienestar de las personas que involucra una gran cantidad de factores personales y sociales, además de los fisiológicos y genéticos. Las emociones, los procesos cognitivos, la percepción y el comportamiento se ven involucrados y se retroalimentan, de manera que un problema en uno de ellos puede desencadenar efectos negativos en otros ámbitos. La SM involucra el funcionamiento del cerebro,⁸ los equilibrios químicos y eléctricos dentro de éste,⁹ así como la interacción del cerebro y la mente con el cuerpo¹⁰ y con el entorno (social primordialmente).¹¹ Puede involucrar tanto la

Aguilar-Gaxiola (eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y El Caribe*, OPS, Washington, D. C., 2009, pp. 132-144. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence>; Ingemar Åkerlind y Jan Olof Hörnquist, “Loneliness and Alcohol Abuse: A Review of Evidences of an Interplay”, *Social Science and Medicine*, 34.4, 1992, pp. 405-414. Disponible en [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90300-F](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90300-F)

⁸ Demencias o Alzheimer, por ejemplo.

⁹ Depresión y epilepsia, por ejemplo.

¹⁰ Apraxias o Síndrome de Tourette, por ejemplo.

¹¹ Psicopatía o autismo, por ejemplo.

predisposición genética,¹² como los procesos de desarrollo en la infancia¹³ y las experiencias a lo largo de la vida.¹⁴

Por su parte, los TMNS abarcan una variedad muy amplia de problemáticas: trastornos mentales (como la depresión), del comportamiento (como las adicciones) y del neurodesarrollo (como el autismo). Por si fuera poco, el problema puede residir no en el individuo, sino en sus condiciones de existencia. Dado que los problemas de SM son complejos, el tratamiento y la atención institucional también se vuelven tareas muy complejas. Las necesidades de la población que tiene algún problema de SM requieren atención tan amplia y capacitada como las enfermedades físicas.

1.2 Mirada crítica a la atención a la SM

La atención a la SM en todo el mundo tiene una historia relativamente reciente y controvertida.¹⁵ Los avances en tratamientos terapéuticos tienen poco más de un siglo de existir y aún es mucho lo que ignoramos respecto a diversos malestares y los TMNS. Todos los países tienen sistemas de atención a la SM limitados y en desarrollo: no por casualidad, sino porque la SM es un problema altamente complejo —en muchos casos más que la

¹² Algunos trastornos, como la esquizofrenia, tienen un factor genético importante que interactúa con los efectos del entorno sobre la persona que tiene una determinada predisposición.

¹³ Los trastornos de apego, por ejemplo, están estrechamente relacionados con la etapa de neurodesarrollo.

¹⁴ Los trastornos de ansiedad social o las fobias dependen de la interacción de los individuos con su entorno social.

¹⁵ Un panorama reciente de la historia de la psiquiatría en México se puede encontrar en Cristina Sacristán y Teresa Ordorika, *Historia de la psiquiatría en México*, Hormona Laboratorios/Sanfer/Edi Láser, Ciudad de México, 2018.

salud física— que apenas comenzamos a comprender y, en muchos sentidos, a valorar.

La etiología (causas), el tratamiento y la evolución de los problemas de SM, como los conocemos hoy, tienen apenas un siglo de vida y, para los sistemas de atención institucionalizados, presentan dificultades mayores que buena parte de los problemas de salud física. Por ejemplo, en la salud física buena parte de las enfermedades pueden estar causadas por un agente claramente patógeno, como un virus, una bacteria o un desarrollo celular anormal, al que se puede combatir y se espera eliminar o neutralizar; o, bien, ser producto de daños o disfunciones que se buscan corregir y restablecer, como la diabetes, por ejemplo. Sin embargo, esto no está claramente identificado en muchas formas de malestar en el campo de la SM. Los TMNS pueden involucrar factores de personalidad y socioculturales en igual o mayor medida que factores fisiológicos o químicos. A veces el problema no inicia en el interior de una persona, sino que proviene de su entorno y no siempre se pueden eliminar los elementos que afectan el bienestar como se elimina algo que produce una alergia. En los TMNS más frecuentes (depresión, ansiedad y abuso de sustancias), el malestar está íntimamente relacionado con la vida social de la persona y eso es muy difícil de modificar e imposible de eliminar.

Adicionalmente, algunas veces los malestares de SM se relacionan con lo que se considera “normal” en un contexto social específico y esto implica que la misma persona puede sentirse bien si cambia de contexto, o que la persona puede considerarse absolutamente normal y sana en otro entorno.¹⁶ Por ejemplo, las personas

¹⁶Frances Allen, *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*, HarperCollins, Nueva York, 2013.

con autismo leve o hiperactividad pueden tener más dificultades en contextos culturales donde los síntomas se conciben como un problema, y considerarse personas normales en culturas donde no se presta atención a las conductas que determinan el diagnóstico según los estándares occidentales.¹⁷

Incluso, con un diagnóstico claramente definido e identificable, el tratamiento e intervención pocas veces son simples. Determinar el momento y la forma de intervenir para atender el malestar es difícil por dos razones. La primera es que todos estamos expuestos a malestares moderados de forma constante y el paso a un problema mayor puede ser muy gradual. La mayor parte de las personas con un TMNS buscan ayuda y/o son diagnosticadas varios años después de que comenzaron a tener malestares,¹⁸ ya sea porque ellos mismos no identificaron su malestar inicial como un problema que requería atención de especialistas, o porque el estigma que pesa sobre los problemas de SM los hace negar el malestar o postergar la búsqueda de ayuda.

Hay diferentes grados de malestares: sobrellevar las adversidades cotidianas, tener dificultades temporales o permanentes para sobrellevar el día a día, tener un trastorno, tener un brote psicótico y perder el contacto con la realidad y/o la sociedad o carecer y/o perder funciones. Cuando la transición de una situación a otra ocurre sutilmente y se minimiza o se oculta, es más complicado identificar el momento óptimo para asistir a la persona.

¹⁷ Sarah DeWeerd, "Culture: Diverse Diagnostics", *Nature*, 491.7422 (2012), S18-19. Disponible en <https://doi.org/10.1038/491S18a>

¹⁸ María Elena Medina-Mora *et al.*, "Estudio de los trastornos mentales en México: Resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental", en Jorge Rodríguez, Robert Kohn, y Sergio Aguilar-Gaxiola (eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y El Caribe*, OPS, Washington, D. C., 2009, pp. 79-89. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence>

La segunda razón por la que es difícil intervenir terapéuticamente es que, cuando se trata de SM, la intervención misma puede ser cuestionable. Su atención se ha concentrado más en controlar el comportamiento “anormal” o que se desvía de los estándares culturales y/o morales, que en alcanzar el mayor bienestar psicoafectivo de las personas. Por ejemplo, la homosexualidad se consideró un trastorno mental hasta 1974 y se diseñaron algunos tratamientos para “curarla”, mientras que hoy se sabe que no es un trastorno ni se investigan posibles curas, pese a la resistencia de algunos sectores conservadores que siguen insistiendo en terapias de conversión. La homosexualidad afecta el bienestar psicológico de las personas sólo cuando su entorno la estigmatiza y rechaza.

Tampoco hay que perder de vista que la medicalización y el diagnóstico mismos influyen en la SM. Al definir un trastorno, nombrarlo y establecer un diagnóstico, aumenta su prevalencia, no sólo porque se diagnostica lo que antes no tenía nombre, sino porque el problema parece reproducirse en mayor medida.¹⁹ Las etiquetas crean padecimientos, no sólo los describen.

Adicionalmente, el tratamiento y la medicación de algunos comportamientos que se han definido como trastornos, en ocasiones se relacionan más con la necesidad de lograr que los individuos sean funcionales en instituciones o procesos estandarizados y no en función de su bienestar psicoafectivo, con lo que se termina medicalizando conductas y personas absolutamente normales.²⁰

¹⁹ Ian Hacking, “Making Up People”, *London Review of Books*, 28.16, 2006, pp. 23-26. Disponible en http://www.icesi.edu.co/blogs/antro_conocimiento/files/2012/02/Hacking_making-up-people.pdf; D. Summerfield, “The Invention of Post-Traumatic Stress Disorder and the Social Usefulness of a Psychiatric Category”, *British Medical Journal*, 322.7278, 2001, pp. 95-98. Disponible en <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7278.95>

²⁰ Frances Allen, *op cit.*

Por ejemplo, un niño diagnosticado y medicado por trastorno de déficit de atención e hiperactividad puede recibir tratamiento por su dificultad para comportarse adecuadamente en un salón de clases del sistema educativo actual, pero puede no tener ningún problema de comportamiento o desempeño en otro sistema educativo, en otras actividades no escolares o si se le pasa al grado inmediato inferior.

Por si fuera poco, los mayores avances en este campo han ocurrido muy recientemente.²¹ La noción del inconsciente y la terapia psicológica, que dieron un giro radical en la manera en que concebimos la mente, el comportamiento y las posibilidades de tratamiento de los TMNS, tienen poco más de 100 años de haberse creado. Hasta hace 50 años teníamos muy pocas respuestas para muchos trastornos y conocíamos muy poco sobre el funcionamiento del cerebro y de la mente. La mayoría de los fármacos que se utilizan hoy en día datan de ese entonces, e incluso en la actualidad los psicofármacos más utilizados son sintomáticos; es decir, atienden los síntomas sin curar la enfermedad. A la fecha no existen medicamentos capaces de curar la ansiedad, la depresión o el alcoholismo, por ejemplo. Y tal vez nunca los haya porque, como se dijo, se trata de enfermedades que dependen tanto de la persona como de su contexto y no hay una pastilla que pueda curar un contexto.

Todo lo anterior implica que, cuando hablamos de SM, hablamos de una faceta importantísima de la vida social, cuyas necesidades y complejidad rebasan por mucho a los servicios disponibles a la fecha en el mundo, en general. La atención a la SM requiere de trabajo especializado, protocolos específicos, personal capacitado

²¹ Ramón de la Fuente, “Hacia un nuevo paradigma en la psiquiatría”, *Salud Mental*, 1997.

en el tema, servicios adecuados, educación y desestigmatización en la sociedad y en el personal que atiende la SM, así como estrategias a la altura de la complejidad del problema.

Sin embargo, cuando se diseñan estrategias y servicios para atender la SM a través de instituciones del Estado, usualmente se le dedica mucho menor atención y presupuesto que a la salud física, aunque sabemos que las consecuencias para el bienestar de las personas y el costo económico de los trastornos mentales son muy altos.²² La asimetría en la atención que recibe la salud física comparada con la mental debe revertirse cuanto antes. El problema es tal que los sistemas de SM están subdesarrollados en todo el mundo. En los procesos de rediseño y actualización de los servicios, es muy importante partir de la reflexión sobre cuál es el objetivo final y la perspectiva más amplia del problema. Es decir, ¿cuál debe ser el propósito de los servicios de SM?

La revisión de experiencias históricas e internacionales muestran que, por lo general, el propósito de la atención a la SM ha sido tratar —esto es, medicar o “curar”— los trastornos y controlar las consecuencias conductuales de las enfermedades mentales. La búsqueda del bienestar de las personas no ha estado en el centro de las políticas y los servicios, y esto debe cambiar. Atender los TMNS y proteger y restaurar la SM son dos cosas distintas; lo segundo es una labor mucho más amplia y debe ser el objetivo de las políticas y los sistemas de salud pública, que hasta ahora se han dedicado casi exclusivamente a lo primero.

Los cambios para proteger y restaurar la SM requieren, primero, que la preocupación central sea el máximo bienestar de las per-

²² OMS, *Invertir en salud mental*, Ginebra, 2004. Disponible en <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.052.Supl1>; OPS, *La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas, 2018*, OPS, Washington, D. C., 2018. Disponible en https://iris.paho.org/bits-tream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

sonas; segundo, tener una perspectiva crítica sobre el tratamiento a la SM; y, tercero, tener la voluntad política de hacer cambios importantes en los sistemas y presupuestos actuales.

Cuadro 2. Reflexiones clave para reenfocar la atención a la SM

Cambiar la perspectiva para que los sistemas y las políticas de salud pública tengan por objetivo proteger y restaurar la SM con el mayor bienestar individual posible como fin último, implica reflexiones profundas sobre varios puntos:

¿Dónde está el patógeno?

Hay padecimientos de SM que están claramente vinculados a factores genéticos, fisiológicos (eléctricos o químicos), problemas en el desarrollo infantil, lesiones cerebrales, entre otros, donde hay un problema susceptible de corregirse. Sin embargo, los malestares frecuentemente no caen en esa categoría. Por un lado, los trastornos más comunes (depresión, ansiedad, abuso de sustancias) tienen una influencia del entorno que es crucial y no puede excluirse o neutralizarse. Por otro lado, en algunos casos, el problema es precisamente el entorno, y es lo que debe atenderse de forma preventiva, idealmente. Tal sucede con el síndrome de estrés postraumático, donde proteger la SM implica evitar que las personas se expongan a eventos extremadamente amenazantes u horribles. Por lo tanto, la atención a la SM debe extenderse más allá del individuo para atender las causas y dirigirse a ellas.

¿Enfermedades universales o síndromes culturales?

La literatura ha documentado la existencia de ciertas enfermedades mentales que se presentan en determinadas culturas y no existen en otras —los denominados síndromes culturales—,²³ así como diferencias en la prevalencia de ciertos TMNS relacionados con factores socioculturales. Estos síndromes y diferencias muestran, en primer lugar, que el entorno tiene una enorme influencia tanto en el malestar de las personas como en la forma en que se manifiesta; es decir, los síntomas observables en la

conducta pueden estar culturalmente moldeados. Y, derivado de ello, la importancia de ajustar los criterios médicos (síntomas característicos y criterios de diagnóstico y tratamiento) al contexto cultural.

El problema del comportamiento. ¿Asistimos en la enfermedad o controlamos lo “anormal”?

Identificar un problema de SM históricamente se ha relacionado con “problemas” del comportamiento. La noción de “locura” está claramente asociada al comportamiento que se desvía de la norma, de lo moral o de las expectativas sociales. Sin embargo, controlar el comportamiento ha opacado la preocupación por el bienestar de la persona y su familia, aunque lo segundo debería tener prioridad sobre lo primero. La preocupación por controlar el comportamiento de las personas con un TMNS en muchas ocasiones se asocia con el prejuicio de que son peligrosas y/o violentas. Sin embargo, el daño que potencialmente podrían hacer no es mayor al de las personas mentalmente sanas, y no obstante, a los pacientes psiquiátricos se les llega a retener en hospitales psiquiátricos en contra de su voluntad durante años —incluso de por vida—, aislados de la sociedad, sin mayor fuente de esparcimiento o actividades placenteras, como si se tratara de una cárcel.

Sentirse bien o sentirse mal, ¿a costa de qué?

Hay TNMS con una etiología (causa) claramente fisiológica y/o genética. Pero hay muchos malestares que se asocian con el entorno social y están determinados por él. En esos casos, las interacciones entre la persona y el contexto ponen de relieve la importancia de preguntarnos como sociedad por las implicaciones para el bienestar de los individuos que tiene una organización social determinada. ¿Es deseable sostener una estructura que se alimenta del bienestar psicoafectivo de muchos de sus miembros? ¿Es deseable sentirnos bien y ser socialmente funcionales a costa de tratamientos psicoterapéuticos o con psicofármacos para seguir sosteniendo una estructura social que nos produce malestar?

Por ejemplo, las condiciones del mercado laboral actual, donde proliferan empleos con actividades poco productivas y satisfactorias pero

mejor pagadas que las actividades más útiles y gratificantes²⁴ pueden afectar negativamente la SM de las personas. O los requisitos de contratación y la falta de capacitación que excluyen a un sector cada vez más grande de personas, impidiéndoles encontrar empleo pese a una búsqueda incesante, ha dado origen a la categoría de “desempleados desalentados” en Latinoamérica. Estas personas han dejado de buscar empleo como resultado del rechazo constante y, probablemente, han visto afectada su SM en algún grado debido al estrés, a la carencia de ingresos, a la frustración. En el otro extremo encontramos políticas de crecimiento económico agresivo que logran resultados materiales a costa del bienestar mental de la población. Por ejemplo, el crecimiento económico de algunos países asiáticos se acompaña de resultados muy pobres en términos de bienestar psicológico²⁵ y de elevados niveles de estrés laboral.

Los fármacos, que pueden ser muy efectivos en algunos casos, no son una cura inocua. Por un lado, hay un preocupante abuso y mal uso de muchos de ellos, como las benzodiazepinas.²⁶ Por otro lado, la industria farmacéutica y el enfoque neuropsiquiátrico de la SM han impulsado su uso por encima de otras posibilidades terapéuticas alternativas o simultáneas²⁷ que tienen menos efectos adversos. Y, finalmente, el fármaco puede enmascarar el síntoma de un problema que queda sin resolverse y que eventualmente comenzará a manifestarse de otra manera.

2. TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL: EL MODELO COMUNITARIO

La atención profesional a los problemas de SM en el mundo surgió en el siglo XVIII y siguió un modelo denominado manicomial o asilar, en el que se aislaba a las personas con algún problema de SM en espacios cerrados. Estas instituciones, que inicialmente fueron de caridad y custodia, con el tiempo comenzaron a ofrecer algunas formas de tratamiento. Sin embargo, este esquema se prestó para muchos abusos y ofrecía limitadas posibilidades de recuperación y reinserción social. Aunque este modelo sigue vigente en muchos sitios, desde el final de la Segunda Guerra Mundial hubo diferentes intentos por cambiar el enfoque en la atención a la SM —principalmente en países con mayores recursos—²⁸ a partir de una serie de críticas a la práctica de la psiquiatría y específicamente a las condiciones de vida y tratamiento en los hospitales psiquiátricos.

La primera reforma nacional hacia un nuevo modelo de atención ocurrió en la década de 1970 con la Reforma Psiquiátrica de Trieste y la Ley 180, promulgada en Italia en 1977.²⁹ Dicha ley contemplaba la desaparición gradual de los hospitales psiquiátricos en

²⁸ Manuel Desviat, “La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad”, *Revista Española de Salud Pública*, 2011. Disponible en <https://doi.org/10.1590/s1135-57272011000500002>

²⁹ L. Burti, “Italian Psychiatric Reform 20 plus Years After”, *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement*, 2001. Disponible en <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2041.x>

favor de nuevos servicios comunitarios. Le siguió España con la Ley General de Sanidad de 1986 y el Plan de Reforma del Hospital Psiquiátrico de Leganés.³⁰

En 1990, la OMS y la OPS convocaron a la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, celebrada en Caracas, Venezuela. A partir de ese evento surgió la Declaración de Caracas, en la que se instó a los gobiernos nacionales a reestructurar la atención psiquiátrica, ajustando la legislación y el tratamiento para garantizar la protección a los derechos humanos y civiles y promover alternativas de servicios comunitarios de SM.³¹ Una década después, el 2001 fue declarado el Año de la Salud Mental y la OMS publicó su *Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*,³² en el que se recomendó integrar los servicios a la atención primaria de la salud y privilegiar la atención comunitaria por encima de la institucional.

A partir de este proceso de revisión y crítica al modelo psiquiátrico-manicomial, algunos países de la región comenzaron a transformar sus sistemas de SM y a diseñar nuevos modelos de tipo comunitario.³³ Es importante tener en mente que,

³⁰ Manuel Desviat, *op cit.*

³¹ El texto de la declaración está disponible en https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf.

³² Disponible en <https://www.who.int/whr/2001/es/>

³³ Ministerio de Salud de Chile, *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria*, 2018, p. 287. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf; Gobierno de la Provincia de Río Negro, *La desmanicomialización en Río Negro. Ley 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de Las Personas Que Padecen Sufrimiento Mental*, 1991; Secretaría de Salud, “Estrategias Programa Sectorial de Salud Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Miguel Hidalgo Secretaría de Salud”, 2013. Disponible en <https://docplayer.es/14733719-Estrategias-programa-sectorial-de-salud-programa-nacional-de-salud-mental-modelo-miguel-hidalgo-secretaria-de-salud.html>; María Pilar Lampert-Grassi, “Modelos Comunitarios En Salud Mental: Chile, España e Inglaterra”, *Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile/BCN*, 2018, 30. Disponible en <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchi->

a la fecha, la transformación de los servicios de SM para implementar un sistema totalmente comunitario que atienda a toda la población es un proceso inacabado en la región y en el mundo. Más que un canon sobre cómo debe ser un sistema estatal comunitario en SM, existen aproximaciones más o menos desarrolladas que se adaptan a la realidad y los recursos de cada país. En este sentido, es relevante examinar diferentes estrategias adoptadas en este campo, sus avances y logros.

2.1 *El modelo comunitario*

Dos resultados centrales de la crítica a la psiquiatría tradicional fueron, primero, la demanda para que la atención a la SM se implemente en absoluto respeto a los derechos humanos. Segundo, y relacionado con el anterior, se cuestionó la práctica de aislar a los pacientes con algún TMNS del contexto social en el que transcurre su vida para tratarlos o mantenerlos bajo control en un hospital específicamente psiquiátrico. Esto último en realidad es inusual en la práctica de la medicina. Por ejemplo, a los pacientes diabéticos no se les aísla de su entorno para evitar que consuman azúcar o que se descompensen y puedan ocasionar un daño a sí mismos o a otras personas. En caso de necesitar hospitalización, no se les interna en un hospital de endocrinología ni se les impide

vo?id=repositorio/10221/25973/1/BCN__modelos_comunitarios_en_salud_mental_FINAL.pdf; Mario León González, “La Atención Comunitaria En Salud Mental”, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18.5, 2002, pp. 340-342. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500009&lng=es&nrm=iso&tln-g=es; Claudia Bang, “Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas”, *Psicoperspectivas*, 2014. Disponible en <https://doi.org/10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-IS-SUE2-FULLTEXT-399>

abandonar el tratamiento en caso de que decidan dejar el nosocomio en contra de las recomendaciones de su médico. En cambio, a los pacientes psiquiátricos se les trataba de manera muy distinta, coartando el ejercicio de sus derechos humanos y manteniéndolos confinados, incluso cuando no seguían un tratamiento que requiriera internación. Como alternativa, surgió el modelo comunitario.

Cabe precisar que el modelo comunitario es mucho más que la oferta de servicios de SM en el primer nivel de atención de salud y fuera de los hospitales psiquiátricos. A grandes rasgos, el modelo comunitario es un esquema conceptual y de diseño institucional que busca reformar la atención tradicional a la SM para priorizar el bienestar individual y el de la comunidad, así como ofrecer atención y servicios que tomen en cuenta, respondan e incorporen las necesidades de SM en toda su complejidad social y eviten aislar a las personas para su tratamiento o contención. Como decíamos, los sistemas comunitarios se encuentran en desarrollo en todo el mundo, pero existen algunas guías para la implementación.³⁴ La Tabla 1 reúne las principales características del modelo comunitario y las contrasta con el modelo psiquiátrico tradicional.

³⁴Graham Thornicroft *et al.*, “WPA Guidance on Steps, Obstacles and Mistakes to Avoid in the Implementation of Community Mental Health Care”, *World Psychiatry*, 2010. Disponible en <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00276.x>; Ministerio de Salud de Chile, *Modelo de Gestión: Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud 2018*, Santiago de Chile, 2018. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gestión-de-la-Red-Temática-de-Salud-Mental_digital.pdf

Tabla 1. Comparación de los modelos psiquiátrico y comunitario

Modelo psiquiátrico-manicomial	Modelo comunitario ³⁵
Enfocado en el manejo de pacientes diagnosticados con un TMNS.	Enfocado en las necesidades de la población (comunidad local).
Considera al padecimiento del individuo. Se basa en los criterios y decisiones del psiquiatra tratante.	Considera a los pacientes en su contexto socioeconómico y los hace parte integral del tratamiento y toma de decisiones al respecto.
Atiende a pacientes que buscan atención o que son llevados por sus familias. Atiende también a individuos que representan un aparente peligro para sí mismos o para la sociedad.	Búsqueda y detección de casos en la comunidad. Enfoques preventivos a nivel individual y comunitario.
Servicios alejados de la localidad, cerrados, atendidos por psiquiatras con algún apoyo de psicólogos.	Servicios locales, de libre acceso, atendidos por equipos multidisciplinarios.
Tratamientos coyunturales (atención a crisis) e internamientos prolongados en algunos casos.	Servicios longitudinales, continuados, con perspectiva de curso de vida.
Decisiones tomadas por especialistas y funcionarios.	Participación y toma de decisiones de la comunidad respecto a la planeación y provisión de sistemas de atención a la SM.
Enfoque de discapacidad, aislamiento como estrategia de manejo, tratamiento y rehabilitación del individuo sin involucrar acciones de reinserción.	Enfoque de capacidad y empoderamiento de los usuarios, con perspectiva de rehabilitación y reinserción, tanto de los individuos como de sus familias.
Apoyo de algunas estrategias psicoterapéuticas que pueden incluir terapia grupal.	Asistencia mutua de los usuarios y/o apoyo entre pares.

³⁵ Con base en Thornicroft *et al.*; Graham Thornicroft, Tanya Deb y Claire Henderson, "Community Mental Health Care Worldwide: Current Status and Further Developments", *World Psychiatry*, 2016. Disponible en <https://doi.org/10.1002/wps.20349>

Modelo psiquiátrico-manicomial	Modelo comunitario ³⁵
Sin tratamiento en el primer nivel de atención. Referencia a especialistas y/o a hospitales psiquiátricos.	Tratamiento inicial en los servicios del primer nivel de atención. Apoyo y supervisión de servicios de SM especializados.
Internamiento como estrategia de atención preferente.	Opciones terapéuticas progresivas, de referencia a especialistas si es necesario y hospitalización sólo si es imprescindible.
Servicios especializados y desconectados de las redes de servicios generales.	Redes de interconexión en cada nivel que integren a los diferentes servicios, a la comunidad y a los proveedores de atención tradicionales/religiosos.
Estigmatización y proclividad a cometer abusos en contra de personas o grupos en desventaja.	Compromiso de justicia social con poblaciones históricamente excluidas o marginadas y con servicios aceptables y accesibles.

La adopción integral del modelo comunitario implica atender al individuo sin aislarlo de su contexto, pero también implica identificar y atender las necesidades de una comunidad,³⁶ no sólo de los individuos que busquen ayuda profesional. Esto quiere decir que la atención a la SM debe monitorear y responder a los factores que afecten la SM del conjunto de personas que integran una red de interacción social local, por ejemplo, el aumento en los índices de criminalidad, la pérdida de empleos o crisis económica, así como conflictos internos de la localidad, por nombrar algunos. En última instancia, en el modelo comunitario, el problema de SM en el individuo es el síntoma de un entorno comunitario que vive con malestar.

³⁶ Itzhak Levav (ed.), *Temas de salud mental en la comunidad*, OMS, Washington, D. C., 1992. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3141>

También implica ofrecer tratamiento con enfoque transdisciplinario y con la participación activa de las personas y de sus lazos sociales más importantes. Se debe reconocer que el individuo es capaz de decidir sobre su tratamiento y que los profesionales deben informarlo y apoyarlo en ese proceso, en lugar de decidir por él. De igual manera, se reconoce que el individuo no debe enfrentar el proceso solo, en parte porque sus relaciones cercanas pueden y deben ofrecer un entorno de respeto y aceptación que evite que el individuo sea excluido o aislado de su comunidad, y en parte porque su círculo más cercano, con la capacitación y orientación de los especialistas, puede ofrecer la contención que el individuo necesita sin tener que recurrir a la hospitalización.

Conceptualmente, el modelo comunitario involucra o se asocia con una serie de enfoques transversales que deben atravesar todas las acciones de SM. Uno de los más importantes es el enfoque o modelo de “dos continuos”.³⁷ Este modelo considera a la salud o bienestar mental como un concepto amplio e integral que se relaciona con los padecimientos o TMNS pero que no se puede reducir a la ausencia de éstos. Se plantea que la SM se refiere a un estado óptimo donde confluyen el bienestar emocional, psicológico y social de las personas, y que puede llegar a coexistir con un TMNS, si éste se maneja de forma adecuada. Esto tiene profundas implicaciones para la atención a la SM porque, bajo esta perspectiva, atender los TMNS representa sólo una pequeña parte de los servicios institucionales, cuyo objetivo final debe reorientarse al bienestar mental.

³⁷ Canadian Institute for Health Information, *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health*, Ottawa, 2009. Disponible en https://cpa.ca/cpasite/UserFiles/Documents/Practice_Page/positive_mh_en.pdf; Gerben J Westerhof y Corey L M Keyes, “Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan”, *Journal of Adult Development*, 17.2, 2010, pp. 110-119. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>; Ministerio de Salud de Chile, *Modelo de Gestión: Red Temática de Salud Mental En La Red General de Salud 2018*.

El segundo enfoque es el de “capacidad-recuperación”, que considera que las personas tienen la capacidad de superar un padecimiento mental y recuperar la posibilidad de formar parte de la vida comunitaria. Esto implica, en primera instancia, que los TMNS pueden ser atendidos y no constituyen una condena para quien los padece. En segundo lugar, este enfoque apela a que la atención de SM se centre en lograr la autonomía de las personas, promoviendo su recuperación, ofreciendo el apoyo a familiares y otros lazos sociales importantes para lograrlo y promoviendo la participación de los usuarios en la coconstrucción de los servicios de SM.³⁸

Finalmente, también se involucra un “enfoque biopsicosocial” que reconoce los determinantes sociales como un factor fundamental de la SM,³⁹ que por tanto debe ser atendida por equipos multidisciplinarios —conformados por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, antropólogos y otros trabajadores capacitados— que manejen de forma integral los elementos biológicos, sociales, emocionales, cognitivos y ofrezcan soluciones integrales a problemáticas complejas a partir del trabajo transdisciplinario.

³⁸ Ministerio de Salud de Chile, *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*, 2017.

³⁹ Francisco Javier Carod-Artal, “Social Determinants of Mental Health”, *Global Mental Health: Prevention and Promotion*, 2017. Disponible en https://doi.org/10.1007/978-3-319-59123-0_4; Lloyd I. Sederer, “The Social Determinants of Mental Health”, *Psychiatric Services*, 2016. Disponible en <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500232>

Tabla 2. Tres enfoques transversales dentro del modelo comunitario

Modelo de dos continuos	La SM es distinta y más amplia que la ausencia de trastornos mentales. Una persona puede tener SM incluso viviendo con un TMNS.
Capacidad-recuperación	Los padecimientos de SM se pueden superar y las personas pueden reinsertarse en la vida social. Las personas son capaces de participar activamente en su proceso de tratamiento y rehabilitación y tomar decisiones al respecto. La atención debe orientarse a lograr el mayor nivel de autonomía.
Enfoque biopsicosocial	La SM involucra factores biológicos, psicológicos y sociales que se retroalimentan unos a otros. Los servicios deben ser integrales y transdisciplinarios para atender las tres facetas de forma holística.

Lo anterior muestra que implementar el modelo comunitario requiere cambios profundos en la manera en que se conceptualiza y se practica la atención a la SM: cambios que son imprescindibles para garantizar el respeto a los derechos humanos pero, sobre todo, para mejorar las condiciones de bienestar de la población en su conjunto, para reducir la segregación y estigma que sufren las personas con problemas de SM y sus familias, y para incrementar las posibilidades de mejoría, rehabilitación y reinserción social.

Como se puede observar, muchos de estos enfoques transversales no deberían ser exclusivos de la SM, sino que deberían implementarse en la práctica de la medicina en general. Además, es importante tener en mente que no hay salud sin SM.⁴⁰

⁴⁰ Martin Prince et al., "No Health without Mental Health", Lancet, 2007. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)

2.2 Transiciones latinoamericanas al modelo comunitario

Como se puede ver, transformar un sistema de salud nacional requiere de un esfuerzo intenso y sostenido, por lo que no es una tarea que se pueda completar de forma inmediata. Implica necesariamente plantear una concepción diferente e integral de bienestar, modificar el orden y las estructuras establecidas actualmente, implementar nuevos mecanismos que garanticen la seguridad de las personas, e impulsar el desarrollo y el reconocimiento de la dignidad de todas las personas por igual. Por ello, es imprescindible redoblar los esfuerzos en toda la región para lograr avances significativos en el mediano plazo.

Los caminos que se pueden tomar en la transformación de los sistemas son diversos, y contrastarlos permite observar los avances y aprender de las experiencias. A continuación, se revisan tres casos de sistemas que se encuentran en transición hacia el modelo comunitario. Se eligieron aquellos que han implementado reformas relativamente recientes con el objetivo de transformar los servicios y acercarlos al modelo comunitario y que, al mismo tiempo, tienen infraestructuras amplias organizadas de formas distintas. Con esta selección, que es ilustrativa y no limitativa, se busca ejemplificar la diversidad de caminos y avances que existen en la región latinoamericana hacia el desarrollo de mejores sistemas de SM para identificar los logros que pueden enriquecer y promover nuevas iniciativas.

2.2.1 Argentina

Argentina ha avanzado en la concepción, la normatividad y el rediseño institucional de la atención a la SM. Ha adoptado en cierta

medida el modelo de “dos continuos” y, al menos conceptualmente, hace énfasis en la importancia de tratamientos individualizados. También tiene mayor personal en sus servicios de SM.

a. Normatividad

El modelo de atención en SM argentino está plasmado en la actual Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, promulgada el 2 de diciembre de 2010.⁴¹ En ella se establece el derecho a la protección de la SM de toda la población (tanto de las personas con padecimiento mental como de las personas con uso problemático de drogas) y el pleno goce de los derechos humanos en este proceso. Esta ley aplica para toda la nación de Argentina y para todos los servicios de SM, sean públicos o privados.

Entre sus características distintivas destaca el hecho de que modifica el marco conceptual en el que se sustenta la atención a la SM y la distingue del padecimiento mental (enfoque de “dos continuos”). El modelo parte del supuesto de que las personas con padecimientos mentales poseen capacidades —concepción opuesta a la idea de discapacidad— y pone especial atención en evitar los diagnósticos con base en juicios discriminatorios. Asimismo, prohíbe la creación de nuevos psiquiátricos, manicomios o cualquier institución de atención psiquiátrica unidisciplinaria (llamada “monovalente” en Argentina) y promueve que las existentes se adapten de forma gradual al nuevo modelo en tanto son sustituidas definitivamente por otros mecanismos de atención a la SM.⁴²

La ley contempla directrices para la elaboración de políticas públicas en la materia bajo una perspectiva integral de salud, cen-

⁴¹ Honorable Congreso de la Nación Argentina, Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Decreto Reglamentario 603/2013, 2013. Disponible en http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guia_medica_de_atencion_integra_am_digital.pdf

⁴² Honorable Congreso de la Nación Argentina.

tradas en la singularidad de las personas, respetando los principios de cercanía, continuidad, articulación, participación de usuarios y familiares, así como reconocimiento de las distintas identidades de las personas. También prevé el objetivo de aumentar el presupuesto destinado a la SM al mínimo de 10% del presupuesto total en salud. Establece al Ministerio de Salud como la Autoridad de Aplicación y señala su obligación de elaborar un Plan Nacional de Salud Mental; establece, además, recomendaciones dirigidas a universidades públicas y privadas para armonizar la formación de profesionales con el enfoque señalado por dicha ley. Se contempla también la capacitación y actualización de los profesionales, el desarrollo de estándares y supervisión periódica de los servicios de SM, así como el desarrollo de planes de prevención en SM y de inserción sociolaboral que deben realizarse a través de mecanismos de participación comunitaria. También se estipula el levantamiento de un censo nacional (al menos bienal) a las instituciones de internación para conocer el estado de las personas internadas.

Adicionalmente, la ley prevé mecanismos de vigilancia y control, a través de un Órgano de Revisión derivado del Ministerio Público de la Defensa, el cual debe estar integrado por equipos multidisciplinarios en los que participan representantes de las autoridades sanitarias, de los derechos humanos, del ministerio público, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, y de organizaciones no gubernamentales en defensa de los derechos humanos. Dentro de sus funciones se encuentran la solicitud de información a instituciones públicas y privadas para evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos; la evaluación de las internaciones involuntarias y apelaciones a las decisiones del juez; requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares; solicitar la evaluación de los jueces en materia; informar a la

Autoridad de Aplicación sobre las evaluaciones realizadas y emitir recomendaciones, entre otras.

*b. Modelo de atención*⁴³

El modelo de atención argentino entiende a la SM como un proceso determinado por componentes tanto sociales (históricos, socioeconómicos y culturales) como fisiológicos (biológicos y psicológicos), por lo que, para preservarla y mejorarla se debe atender ambas dimensiones, especialmente la primera. Además, entiende como padecimiento mental a un tipo de sufrimiento que puede llegar a incluir los trastornos y las enfermedades, pero que por sí mismo no es ninguna de ellas. Esto implica que no se considere al padecimiento mental como algo dado, permanente e inherente al sujeto, sino que permite un tratamiento (enfoque de recuperación) con miras a aliviar dicho sufrimiento, al considerarlo como un proceso complejo determinado por múltiples factores.

Este modelo, basado en derechos, establece la atención sanitaria, social integral y humanizada, y el acceso a los servicios de salud gratuito, igualitario y equitativo. El objetivo es la recuperación y la preservación de la salud. Dentro de los aspectos relevantes que considera este modelo se encuentran el reconocimiento de la identidad, la capacidad de tomar decisiones, el consentimiento informado, así como el acompañamiento y participación de vínculos familiares, sociales y laborales para la integración social afectiva. Precisamente éste es uno de los elementos más importantes: la integración, el desarrollo y la inclusión social a través del reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales.

⁴³ Honorable Congreso de la Nación Argentina.

Los servicios de salud se entienden de manera amplia considerando las diversas propuestas y alternativas para procurar la promoción, la prevención, la intervención temprana, el tratamiento, la rehabilitación e inclusión social y la reducción de daños. Por ello, los servicios se articulan en red con base en la comunidad y a través de equipos intersectoriales e interdisciplinarios en los que participan las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas. Dichos equipos deben recibir capacitación permanente y la protección de su salud integral.

En caso de recurrir a la medicación debe ser sólo en respuesta a las necesidades de las personas que lo requieran y siempre acompañados de abordajes interdisciplinarios. Por su parte, la internación se considera como último recurso una vez agotados otros mecanismos. En caso de realizarse deberá ser lo más breve posible, en marcos interdisciplinarios y manteniendo el contacto, la comunicación y los vínculos con sus lazos familiares, laborales o sociales. La internación se lleva a cabo en los hospitales generales, justificada por un equipo interdisciplinario, bajo consentimiento informado de la persona o su representante legal. Si no es posible obtener el consentimiento informado, la internación involuntaria se considera un recurso extraordinario y sólo bajo el criterio de riesgo para sí o para terceros debidamente fundado por un equipo de salud interdisciplinario. Este tipo de internación debe notificarse a un juez competente y al Órgano de Revisión al inicio y al final. El juez también puede solicitar la internación voluntaria en caso de que ésta sea negada por los servicios de salud.

*c. Diseño institucional*⁴⁴

Los servicios de SM en Argentina se articulan a través de la Red Integrada de Salud Mental con base en la Comunidad, que forma parte de los servicios generales de salud, es intersectorial e interdisciplinaria. Estos servicios y dispositivos se organizan en dos grandes grupos.

Existen, por un lado, las instancias sin internamiento. Este grupo de servicios se encarga, en general, de:

- I) Acciones de promoción, prevención y orientación (presencial o a distancia) de la SM.
- II) Diagnóstico, evaluación, tratamiento en psicoterapia y psicofarmacológico (ambulatorio, espontáneo, programado o de intervenciones en crisis).
- IV) Interconsultas.
- V) Visitas domiciliarias.
- VI) Desintoxicación.
- VII) Seguimiento, acompañamiento y continuidad de cuidados y de procesos de rehabilitación social.
- VIII) Intervenciones para la inclusión educacional, sociolaboral, de habitación y de acceso a la justicia.
- IX) Participación activa en la comunidad.
- X) Promoción de la organización de usuarios y referentes vinculares.

Los servicios y dispositivos de este primer grupo son:

⁴⁴ Ministerio de Salud y Desarrollo Social, *Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental*. ANEXO I de RESOL-2019-715-APN-SGS#MSYDS, Buenos Aires, 2019. Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001448cnt-2019-04_pautas-organizacion-funcionamiento-salud-mental.pdf

- 1) *Consultorios de SM*: ofrecen orientación, diagnóstico, evaluación, tratamiento y seguimiento.
- 2) *Componente de SM en Centros de Salud*: ofrecen promoción, prevención, tratamiento, seguimiento y acompañamiento, tienen fuerte presencia en la comunidad, incluso en los domicilios.
- 3) *Centros de Día Comunitarios*: dispositivos de transición que ponen énfasis en la rehabilitación psicosocial y buscan la inclusión plena mediante el desarrollo de las habilidades e intereses de los usuarios, la detección de sus recursos socioambientales y el fortalecimiento de su autonomía. Ofrecen planes individualizados de tratamiento y apoyo a la inclusión laboral, educacional y habitacional.
- 4) *Centro de Día Comunitario Infanto-Juvenil*: servicios vinculados con áreas de pediatría que se encargan específicamente de la atención a niñas y niños con problemas de salud y/o en situaciones de vulnerabilidad; no necesariamente tienen que ser problemas de SM. Asimismo, ofrecen apoyo a las familias sobre los cuidados necesarios.
- 5) *Hospitales de Día Comunitarios*: se trata, sobre todo, de la atención relacionada con las crisis, sea antes, durante o después de las mismas.
- 6) *Dispositivos de Inclusión Sociolaboral*: equipos de apoyo para el emprendimiento sociolaboral; para la capacitación y el trabajo por cuenta propia; para la constitución y sostén de proyectos productivos, cooperativas de trabajo y agrupamientos de marca colectiva; para proyectos individuales en cooperativas de trabajo tradicionales ya establecidas.
- 7) *Dispositivos de Inclusión Habitacional con distintos niveles de apoyo*: dispositivos intermedios para posibilitar el ac-

ceso a la vivienda digna en la comunidad de las personas en tratamiento ambulatorio o que egresan de instituciones psiquiátricas. Además, cuenta con sistemas de apoyos flexibles, acciones de interacción con la comunidad y vivienda convencional.

En segundo lugar, están las instancias con internamiento. Este grupo sólo contempla el servicio de SM en instituciones de salud polivalente (hospitales generales) que incluye la atención ambulatoria, de urgencias, interconsulta e internación. Esta última debe seguir los lineamientos de corta estancia, marcos interdisciplinarios, manteniendo el contacto, la comunicación y los vínculos con los lazos familiares, laborales o sociales, y bajo consentimiento informado de la persona o su representante legal.

Además de lo anterior, las obras sociales (seguridad social) cubren un determinado número de sesiones de psicoterapia mensuales, que incluye terapia individual, de pareja, familiar, orientación a padres, educacional, a domicilio, evaluación neurocognitiva, entre otras.⁴⁵

d. SM y sistemas de atención

La situación actual de la atención a la SM en Argentina todavía dista de lo estipulado en la ley. Aunque el objetivo actual es un presupuesto destinado a la SM de por lo menos 10% del presupuesto de salud total, en la actualidad apenas llega a 2% y, de éste, 65% se destina todavía a hospitales psiquiátricos.⁴⁶ Sin embargo, Ar-

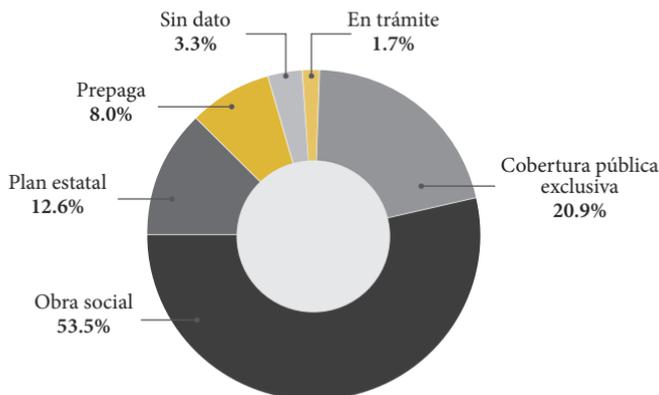
⁴⁵ Consultar http://www.colegiopsicologosvi.com.ar/resumen_de_funcionamiento_de_obras_sociales.pdf

⁴⁶ OPS, "Informe regional sobre los sistemas de salud mental en América Latina y El Caribe", Washington, D.C., 2013. Disponible en <https://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>

gentina cuenta con una mayor proporción de personal de SM en relación con el tamaño de su población (Tabla 5).

En cuanto a la cobertura en servicios de salud, en Argentina existen tres vías de acceso: el sector público, el seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado. El primero da atención a toda la población, sobre todo a aquellas personas sin seguridad social ni capacidad de pago. El segundo es aquel que cubren los trabajadores asalariados. El tercero se conforma por particulares que contratan planes de salud sea mediante asociaciones a Obras Sociales o contratados por éstas; sistemas de medicina prepagada, y cooperativas y mutuales de salud.⁴⁷ Entre las personas internadas por motivos de SM, la mayor proporción de cobertura corresponde a las obras sociales.

Gráfica 1. Distribución de la cobertura en los servicios de SM en Argentina



Fuente: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, 2019.

⁴⁷ Mariana Belló y Victor M Becerril-Montekio, "Sistema de Salud de Argentina", *Salud Pública de México*, 53, Suplemento 2, 2011, 96-109. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006

El sistema de SM argentino aún se encuentra en proceso de transformación hacia un modelo completamente comunitario. Su normatividad y diseño institucional se acercan más al enfoque comunitario que muchos países del contexto latinoamericano, pero el proceso de transformación y adecuación de la estructura institucional previa todavía no termina, aunque hay planes específicos en marcha para lograrlo.⁴⁸

Existen grandes variaciones regionales en el grado de avance en la reforma de los servicios.⁴⁹ Una de las regiones con mayor avance es la provincia de Río Negro,⁵⁰ que emprendió la transición al modelo comunitario desde 1991, promulgando su propia legislación —la Ley N° 2.440 (Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental)—, que sería pionera en transformar el modelo tradicional manicomial hasta entonces establecido.

En 1983, Río Negro inició un proceso de cambio en la concepción de la SM que derivó en un nuevo modelo basado en la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las personas con sufrimiento mental. El nuevo modelo de Río Negro prohibió la habilitación y el funcionamiento de manicomios, psiquiátricos y de instituciones de atención monovalentes (exclusivamente psiquiátricas); consideró a la internación como último recurso con miras a la reinserción social; basó la atención en grupos multi-

⁴⁸ Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, *Guía Básica. Criterios y sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental*, Buenos Aires, 2014.

⁴⁹ OMS, *Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental-IESM-OMS Versión 2.1, Argentina*, World Health Organization, Ginebra, 2009. Disponible en https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/argentina_who_aims_report_spanish.pdf?ua=1

⁵⁰ Cohen, Hugo, y Graciela Natella, *Trabajar En salud mental. La desmanicomialización en Río Negro*, Buenos Aires, 1995; OMS, *CIE-IO Trastornos mentales del comportamiento descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, 1992; J. Schiappa, *Trabajos en salud mental modalidad rionegrina*, Funcación Fondo Editorial, Valle Nuevo, 1992.

disciplinarios ubicados en los hospitales generales y en constante capacitación; puso atención no sólo en el usuario, sino también en su grupo familiar, en otras instituciones y en la comunidad misma. Asimismo, estableció el recurso de internamiento, contención y seguimiento domiciliario; la construcción de redes de contención para el usuario, implementando programas comunitarios, dispositivos intermedios como los “Hogares de Tránsito” y las “Casas de Medio Camino”, y programas de inclusión laboral como “Emprendimientos Productivos” mediante convenios con instituciones u organizados por los mismos usuarios y familiares. La ley aplicó para todos los establecimientos de SM, fuesen públicos o privados.

Las pautas establecidas en el modelo de Río Negro se encuentran en la actual legislación argentina en materia de SM con algunas modificaciones que se ajustan a las demandas de los nuevos contextos.

e. Logros y aprendizajes

De los casos revisados, Argentina es el país que tiene la trayectoria más larga en la implementación del modelo comunitario y el único con una ley nacional específica en SM que garantiza el respeto a los derechos y da sustento a la implementación del modelo comunitario.

Este país destaca porque su normatividad contempla mecanismos administrativos —como los incrementos al presupuesto de atención a la SM, las capacitaciones, las actualizaciones y los incentivos al personal, la recolección de información, entre otros— y mecanismos de vigilancia y control —como el Órgano de Revisión, articulado con instancias de derechos humanos—, que son fundamentales para que los cambios en el sistema puedan materializarse. Derivado de ello, cabe destacar las estrategias que se han implementado para garantizar el respeto a los derechos de las personas

con algún padecimiento mental, como el requisito de que, en caso de no contar con el consentimiento informado del paciente, el internamiento involuntario debe notificarse ante un juez.

Otro punto importante es que ha logrado el mayor grado de avance en la implementación del modelo comunitario a escala regional en la provincia de Río Negro. Este ejemplo muestra que tal vez es más factible implementar los cambios con estrategias de abajo hacia arriba en lugar de programas nacionales que intenten modificar los sistemas en todo el país de forma simultánea y de arriba hacia abajo.

Finalmente, una lección muy valiosa es la apertura social que existe para hablar del tema y buscar ayuda; hecho que también se relaciona con la importancia de modificar los marcos conceptuales y desestigmatizar la SM para modificar las prácticas. Aunque la apertura social es un factor difícil de ver en las cifras, se refleja parcialmente en la cantidad de personal para la atención a la SM, que es mayor y más diverso en Argentina comparado con Chile y México.

2.2.2. Chile

En Chile existe un ambicioso plan de reforma de la atención a la SM que incluye una amplia red de servicios tanto especializados como dentro del primer nivel de atención, y que tiene una perspectiva conceptual actualizada y de vanguardia. Esta transformación está en proceso y, aunque en la práctica la red no se ha desarrollado tanto como en los planes estatales, hay avances importantes.

a. Normatividad y planificación

A la fecha no existe una ley específica de SM en Chile. El modelo de SM se ha desarrollado paulatinamente a partir de varios Planes Nacionales de Salud Mental, los cuales han pugnado por la superación del modelo asilar, manicomial o psiquiátrico.⁵¹ El primero surgió en 1966, cuando se conceptualizó formalmente la idea de los servicios de SM comunitarios y de integración en Atención Primaria de la Salud (APS) en el Primer Programa Nacional de Salud Mental. Sin embargo, estos esfuerzos fueron suspendidos durante la dictadura y se retomaron con el Plan Nacional de Salud Mental de 1993, al restaurarse la democracia en Chile. El Plan de 1993 se centra en un modelo con base en diferentes niveles de atención y, sobre todo, en la atención primaria de la salud.⁵²

Este plan fue complementado con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, el cual incorpora la atención en la comunidad basada en la inclusión social, el respeto a los derechos de los usuarios y las familias, y la responsabilidad del Estado. Desde entonces se estructura la atención a partir de una red de servicios de atención en SM integrada a la red general de salud.

Posteriormente, en 2005 se llevó a cabo una reforma de los servicios de salud que impulsó el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el cual apela a la mayor equidad en el acceso y calidad de los servicios de salud; eficacia; protección financiera; mayor participación de la población; capacidad de rectoría, regulación y fiscalización del Ministerio de Salud; y a la atención de

⁵¹ A la fecha, Chile no cuenta con una ley de SM. Sin embargo, los planes nacionales se organizan en función de un modelo claramente definido que organiza el enfoque y los servicios de atención a la SM.

⁵² Ministerio de Salud de Chile, *Salud mental en la atención primaria de la salud: Orientaciones*, Santiago de Chile, 2013. Disponible en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/016.Salud-Mental.pdf>

la SM en red, la atención primaria y la actividad ambulatoria en hospitales generales.⁵³

Finalmente, todos estos elementos se conjugan en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, que se propone “cerrar las brechas existentes, dar mayor coherencia a los servicios, cubrir las necesidades insatisfechas y alcanzar mayores estándares de calidad”.⁵⁴ En términos generales, el modelo se estructura a partir de varios enfoques que más adelante detallaremos. Articula los servicios a través del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria antes mencionado y del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, los cuales organizan los servicios de atención a la SM a partir de redes integradas a los servicios de salud generales, poniendo especial énfasis en la Atención Primaria, la continuidad de cuidado, y los autocuidados del equipo de salud en materia de desgaste emocional.⁵⁵

b. Modelo de atención

El actual modelo conceptualiza a la SM de manera compleja y diferente a otras del contexto latinoamericano y entiende a la SM como:

la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.⁵⁶

⁵³ Ministerio de Salud de Chile, *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*.

⁵⁴ Lampert-Grassi, *op cit*.

⁵⁵ Ministerio de Salud de Chile, *salud mental en la atención primaria de la salud: Orientaciones*. Santiago de Chile, 2013. Disponible <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/016.Salud-Mental.pdf>

⁵⁶ *Idem*.

Los servicios de atención a la SM se estructuran a partir del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria⁵⁷ —que apela, entre otras cosas, a ofrecer servicios de salud integrales y centrados en el usuario— y del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental,⁵⁸ que se enfoca en la SM, rompe con el modelo asilar, incorpora el ejercicio de derechos de los usuarios y reconoce la importancia del entorno en la recuperación. Se apunta a generar una red de SM dentro del sistema general de salud y se caracteriza por la atención centrada en la persona, familia y/o red de apoyo; la preferencia por la atención ambulatoria, descentralizada y localizada en la comunidad; la intersectorialidad, entre otras.⁵⁹

⁵⁷ El Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria es “un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas [...] en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de la población usuaria, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive [...] En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales.” Ministerio de Salud de Chile, *Salud mental en la atención primaria de la salud: Orientaciones*, op. cit., pp. 24-25.

⁵⁸ Este modelo organiza la atención a la SM e incorpora el ejercicio de derechos a la atención de las personas con enfermedad mental. Reconoce que el entorno “contribuye a la recuperación de las personas, favorece la inclusión sociocomunitaria y provee las condiciones que contribuyen al pleno ejercicio de sus derechos y bienestar socioemocional [...] Las condicionantes como el estigma, la marginación social o laboral, la pérdida de redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones, y la transgresión de los derechos ciudadanos de las personas con enfermedad mental, complejizan y cronifican los procesos de recuperación. Estos determinantes sociales requieren ser considerados en la atención y cuidado de toda persona que tenga una enfermedad mental; el no hacerlo tiene impacto en la adherencia y continuidad del tratamiento, la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida.” Ministerio de Salud de Chile, Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria, 2018, p. 25.

⁵⁹ Ministerio de salud, *Plan nacional...*, op. cit.; Ministerio de Salud, *Modelo de gestión Centro de Salud...*, op. cit.; Ministerio de Salud, *Salud mental en la atención primaria de la salud: Orientaciones*, sin fecha. Disponible en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/016.Salud-Mental.pdf>

El modelo chileno se apega a los principios del modelo comunitario y se basa en los enfoques de derechos, de determinantes sociales y equidad, de curso de vida, de “recuperación-capacidad” y de “dos continuos”.⁶⁰ Además, contempla explícitamente la atención específica a grupos vulnerables.

c. Diseño institucional

El sistema chileno se conforma de una red articulada y compleja que aspira a generar diferentes dispositivos (con diferentes “densidades tecnológicas”) no jerarquizados sino complementarios,⁶¹ que incluye instancias abiertas (ambulatorias) y cerradas (con internamiento). El diseño contempla centros de comunicación y articulación de servicios,⁶² instancias de atención especializadas en SM, sistemas de apoyo (en diagnóstico y terapia, en fármacos y en información), sistemas logísticos y un sistema de gobernanza.

Los servicios de atención ambulatoria se conforman por:

- 1) Atención Primaria en Salud
 - Centro de Salud Familiar.
 - Hospital de la Familia y la Comunidad.
 - Postas de Salud Rural.
 - Urgencias.
- 2) Especialidad
 - Centro de Salud Mental Comunitaria.
 - Hospital de Día.
 - Centro de Apoyo Comunitario para personas con Demencia.

⁶⁰ Ministerio de salud, *Plan nacional...*, op. cit.; Ministerio de Salud, *Modelo de gestión Centro de Salud...*, op. cit.; Ministerio de Salud, *Salud mental en la atención primaria...*, op. cit.

⁶¹ Ministerio de Salud, *Modelo de gestión Centro de Salud...*, op. cit., p. 53.

⁶² *Idem.*

- Centro de Atención Ambulatoria para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (centro de tratamiento).

Los servicios de atención cerrada (con internamiento o residencial) son:

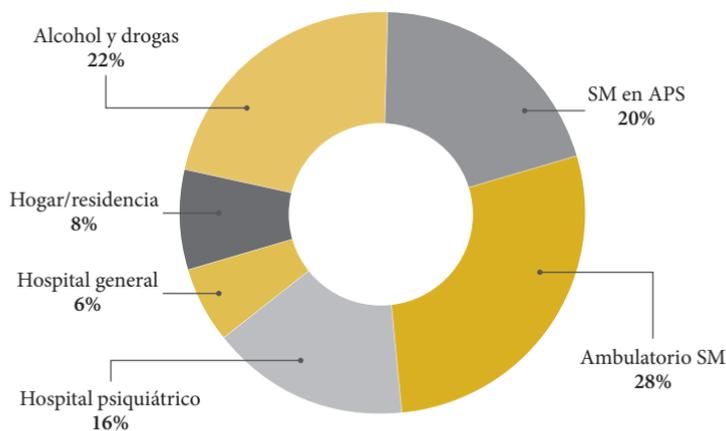
- Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría.
- Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Centros Privativos de Libertad.
- Unidad de Psiquiatría de Enlace, Psicología de la Salud y Medicina Psicosomática.
- Centro de Atención Residencial para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas.
- Unidades de servicios para la atención y cuidados en población con necesidades específicas asociadas a su discapacidad de origen mental.
- Subred de Psiquiatría Forense.
- Atención de Urgencia de Salud Mental en la Red General de Salud.

Los Centros de Atención Primaria y los Centros de Salud Mental Comunitaria son los puntos de ingreso a toda la red de SM y de ahí cada persona sigue un trayecto distinto por los diferentes dispositivos de acuerdo con sus necesidades y condiciones de SM. En total, en Chile existen 29 tipos de unidades de atención a la SM.

d. SM y sistemas de atención

En Chile, la prevalencia de trastornos mentales es alta: 22% de la población señala haber experimentado algún trastorno en los últimos 12 meses, lo que representa 23% de la carga de enfermedad para el país.⁶³ El presupuesto destinado a la SM ha aumentado, pero apenas alcanzó 2.16 % del presupuesto total de salud en 2012. Sin embargo, a diferencia de otros países, sólo 16 % del gasto en SM se destina a hospitales psiquiátricos.⁶⁴

Gráfica 2. Distribución del presupuesto de SM



Fuente: Elaboración propia con base en Organización Mundial de la Salud, *Evaluación del sistema de salud mental de Chile: Segundo Informe*.

⁶³ OMS, *Evaluación del sistema de salud mental de Chile: Segundo Informe*, Santiago de Chile, 2014. Disponible en http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf%5Cnhttp://www.udp.cl/descargas/facultades_carreras/derecho/pdf/informes/2014/saludmental.pdf

⁶⁴ OMS, *Evaluación del Sistema...*, *op. cit.*

Con respecto a la cobertura, se puede acceder a los servicios a través de seguros públicos y privados. El seguro público es conocido como Fondo Nacional de Salud (FONASA) —que cubre a 76.5% de la población— y está financiado a través de aportes fiscales, cotizaciones de trabajadores, aportes de usuarios por la modalidad de libre elección e ingresos de operación.⁶⁵ Este seguro cubre todos los problemas y trastornos de SM, sea en centros ambulatorios o en hospitales generales, y es gratuito para las personas de menores ingresos o con un pago de bajo monto para aquellas personas con mayores ingresos. Además, tiene una modalidad de libre elección con prestadores privados, en donde las personas realizan un copago relativamente alto. También existe un sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES) que cubre tres trastornos mentales (esquizofrenia, depresión y trastornos asociados a alcohol y drogas) para que las personas con dichos padecimientos reciban una “atención preferencial con garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera en la modalidad institucional”.⁶⁶ En esta atención se aplican las mismas garantías que para el sistema público, pero tienen un número mayor de prestaciones y es bajo copago. Todos los usuarios del seguro público tienen acceso gratuito a los medicamentos psicotrópicos esenciales.

Por otro lado, están los seguros privados de salud denominados Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). También tienen cobertura para todos los problemas y trastornos mentales, pero tienen limitaciones con las prestaciones que se entregan —por ejemplo, los medicamentos no son gratuitos— y costos mayores.

En cuanto a los dispositivos de atención, Chile tiene una gran variedad y cantidad en comparación con otros países de la región;

⁶⁵ Ministerio de Salud, *Plan Nacional...op. cit.*

⁶⁶ OMS, *Evaluación del Sistema...*, *op. cit.*

en particular, los últimos reportes señalan que en los últimos años hubo una expansión considerable de la atención en el nivel primario y en zonas rurales. Su red cuenta con 29 tipos de dispositivos diferentes, por lo que no es posible hacer una comparación directa con los sistemas de otros países, pero permite observar que Chile cuenta con una red más amplia y especializada (ver Tabla 4).

e. Logros y aprendizajes

Como se puede ver, el modelo chileno es integral y ambicioso. El diseño institucional está muy desarrollado, aunque sigue en proceso de implementación. Hay amplias diferencias regionales y entre dispositivos, y una gran centralización de algunos servicios,⁶⁷ pero la red de servicios ha crecido considerablemente, sobre todo en comparación con otros países de la región.

En primer lugar, destaca el gran desarrollo conceptual y de diseño institucional en los planes nacionales. Se han incorporado enfoques novedosos y actualizados que contribuyen a mejorar las prácticas. En segundo lugar, destaca el diseño y los avances en la implementación de una red dedicada a la SM, pero que forma parte de la red general de salud. La red ofrece servicios diversos, pero articulados, que permiten atender la SM de manera más amplia e integral.

En tercer lugar, cabe mencionar la accesibilidad de los servicios a través de seguridad social de forma gratuita o a bajo costo para la población con menos recursos a través de FONASA. Y, por último, también destaca la cantidad de recursos humanos en el área de SM con que cuenta el país, particularmente en el área de

⁶⁷ Lampert-Grassi, *op. cit.*

psicología, lo que potencialmente permite que los servicios cuenten con personal suficientemente capacitado.

2.2.3 México

México está en una etapa incipiente de transformación de su sistema de atención a la SM. Su modelo tiene un desarrollo conceptual menor que el de Chile o Argentina y su sistema e infraestructura están divididos en una red de enfoque tradicional psiquiátrico (cubierta mayoritariamente por la seguridad social) y una red relativamente pequeña de servicios especializados, concentrados principalmente en la atención a adicciones.

a. Normatividad y planificación

México no cuenta con una ley nacional en SM, aunque ésta se encuentra contemplada en la Ley General de Salud. Sin embargo, existen Programas de Acción Específicos en SM elaborados sexenalmente desde 2001.

El primer “Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006”⁶⁸ es la base de toda la atención en la materia. Este programa tuvo como objetivo impulsar la renovación del paradigma de la atención en SM, al establecer el “Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental”, que busca suplir el modelo asilar por un modelo de atención integral. El segundo, “Programa de Acción Específico. Salud Mental 2007-2012”, pretende continuar con el objetivo de transformar el modelo de atención en SM implementando el Modelo Miguel Hidalgo a nivel nacional. Este segundo programa destaca la promoción, la prevención, la atención ambulatoria, la hospi-

⁶⁸ Secretaría de Salud, *Programa de Acción en Salud Mental*, Secretaría de Salud de México, 2001. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf

talización breve y la reintegración social.⁶⁹ Finalmente, el “Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018”⁷⁰ continúa tomando como base el Modelo Miguel Hidalgo y sus objetivos son fortalecer la cobertura y promover la mejora de atención en los servicios de SM.

b. Modelo de atención

México desarrolló el “Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental”, el cual entiende que la SM está determinada no sólo por componentes biológicos, sino también por componentes psicosociales. Este modelo pretende eliminar al modelo asilar y para ello propone la atención integral y multidisciplinaria en SM a través de una red de servicios comunitarios que incluyen la promoción y la prevención, la atención primaria de carácter ambulatorio, la hospitalización, la rehabilitación psicosocial y la reinserción social.⁷¹ Su objetivo general es “lograr la cobertura total de servicios de salud mental de calidad y calidez basada en el respeto a los derechos humanos en el país.”⁷²

Además, contempla diversos Planes Específicos de acuerdo con los padecimientos en SM de mayor impacto y demanda (depre-

⁶⁹ Programa Sectorial de Salud, “Programa de Acción Específico Salud Mental”, 2018. Disponible en <https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/Programa-de-Accion-Secretaria-de-Salud.pdf>

⁷⁰ Secretaría de Salud de México, *Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018. Programa Sectorial de Salud*, 2013. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

⁷¹ Secretaría de Salud de México, “Estrategias Programa Sectorial de Salud Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Miguel Hidalgo”, 2013. Disponible en <https://docplayer.es/14733719-Estrategias-programa-sectorial-de-salud-programa-nacional-de-salud-mental-modelo-miguel-hidalgo-secretaria-de-salud.html>

⁷² Blanca Lisset Pineda Barrera y otros, *De la Secretaría de Gobernación con la que remite contestación a punto de acuerdo aprobado por la Comisión Permanente Correspondiente al primer receso suscrito por la licenciada*. Disponible en http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2013/02/asun_2935548_20130201_1359729951.pdf

sión, trastorno bipolar, ansiedad, esquizofrenia, trastornos alimentarios, estrés postraumático, déficit de atención con hiperactividad, autismo, trastorno obsesivo compulsivo), así como atención a personas en situaciones de emergencia (intentos de suicidio, *bullying*, víctimas de abuso, víctimas de desastres naturales, entre otros).⁷³

El Modelo Hidalgo contempla, por un lado, la reestructuración de los servicios de salud generales, como los Centros de Salud, para que puedan incorporar a sus servicios la promoción, la prevención y la atención primaria en SM y, por otro lado, la creación de nuevos espacios y servicios terapéuticos pensados para propiciar la atención ambulatoria, la hospitalización de corta estancia, la rehabilitación psicosocial y la reintegración social de los pacientes.

c. Diseño institucional

A partir de 2007, México ha comenzado a desarrollar una red de servicios especializados en SM y adicciones que conforman una red independiente del resto de los servicios de salud. Esto ha dado pie a la existencia *de facto* de dos sistemas paralelos, uno de aspiración comunitaria y otro de tipo tradicional. La primera depende de la Secretaría de Salud y la segunda depende mayoritariamente de las instituciones de seguridad social. La atención en SM se estructura de la siguiente manera:⁷⁴

⁷³ Secretaría de Salud, "Estrategias Programa Sectorial..."; *op. cit.*

⁷⁴ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018. Programa Sectorial de Salud.*

Tabla 3. Red dual de servicios de SM en México

Servicios especializados	Red general de salud
<p>Centro Integral de Salud Mental (CISAME): unidades especializadas en SM, de atención ambulatoria con equipos multidisciplinarios.</p> <p>Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA): unidades especializadas en adicciones, de atención ambulatoria con equipos multidisciplinarios.</p> <p>Centros de Integración Juvenil (CIJ): unidades especializadas en atención a jóvenes, principalmente a adicciones.</p>	<p>Centro de Salud: servicios de salud generales que principalmente derivan a los pacientes al segundo nivel.</p>
<p>Villas de Transición Hospitalaria: conjunto habitacional de diseño convencional, atendidas por equipos especializados donde se proporciona cuidado médico-psiquiátrico, psicológico y programas de rehabilitación psicosocial como talleres protegidos, salidas terapéuticas.</p>	<p>Unidades de Psiquiatría en los Hospital General: unidades de atención ambulatoria y de corta estancia dentro de los hospitales generales.</p>
Servicios especializados	Red general de salud
<p>Casas de Medio Camino: viviendas ubicadas dentro de la comunidad, donde se lleva a cabo la transición a la vida independiente con el apoyo de personal capacitado para el acompañamiento terapéutico.</p> <p>Residencias (para adultos mayores, por ejemplo) y centros de día.</p>	<p>Hospital psiquiátrico: unidades especializadas con hospitalización de mediana o larga duración donde se brinda atención médico-psiquiátrica.</p>

d. SM y sistemas de atención

De acuerdo con estudios especializados, en México, 14% de la población reportó algún TMNS en los 12 meses previos a la investigación.⁷⁵ Del presupuesto total en salud, sólo 2% es asignado a la SM, y a pesar del objetivo principal del Modelo Hidalgo —sustituir el modelo asilar por uno de atención integral comunitaria— se continúa destinando 80% del presupuesto de SM a hospitales psiquiátricos.⁷⁶

La cobertura de los servicios de SM es amplia, pues el sector público cubre a la mayor parte de la población, ya sea a través de la seguridad social o de los servicios públicos de salud. La atención a través de la seguridad social se financia con las aportaciones de patrones, empleados y gobierno; mientras que los servicios de la Secretaría de Salud se financian con presupuesto federal y estatal, con cuotas de recuperación de bajo costo o a través del Seguro Popular (hoy Instituto de Salud para el Bienestar, INSABI).⁷⁷ En teoría, esto significa que cualquier persona puede acudir a las instituciones públicas y recibir atención de manera gratuita o a bajo costo.

Sin embargo, los servicios de SM están muy segmentados, de manera que no todas las personas pueden acceder a todos los tipos de servicio existentes a nivel nacional. La cantidad de dispositivos de SM aún son insuficientes para la población y todavía hay una mayor cantidad de hospitales psiquiátricos que unidades de psiquiatría en hospitales generales (Tabla 4). Además, existe una gran

⁷⁵ María Elena Medina-Mora *et al.*, “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”, *Salud Mental*, 2003.

⁷⁶ OMS, *WHO-AIMS: Informe Regional sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y El Caribe*, Washington, D. C., 2013. Disponible en <https://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>

⁷⁷ Seguro de gastos médicos para la población sin acceso a la seguridad social, financiado con presupuesto federal.

desigualdad en el acceso de la población que no reside en las ciudades principales, que es donde se concentran los servicios de SM.⁷⁸

e. Logros y aprendizajes

Comparativamente, México se encuentra en las etapas más iniciales de la implementación del modelo comunitario y tiene por delante un largo camino por recorrer para establecer una red integral coordinada de SM dentro de la red general de salud y para actualizar sus marcos conceptuales y normativos. La atención a las adicciones tiene mayores avances en este sentido, pues la mayor red de servicios especializados se dedica a la atención del abuso de sustancias.

Sin embargo, México destaca en el ámbito de la información e investigación sobre la SM. Es el único de los tres países que tiene una encuesta que permite conocer la prevalencia real de los TMNS,⁷⁹ y no sólo la prevalencia de los trastornos atendidos. Ésta es una fuente de información clave para el diseño de una red de servicios eficiente que responda a las necesidades de la población. El país también cuenta con una encuesta representativa a nivel nacional que permite aproximar el bienestar psicológico (denominado “subjetivo” en la encuesta) de la población y, a pesar de tener algunas limitaciones,⁸⁰ es una fuente de información muy valiosa

⁷⁸ OMS, *IESM-OMS Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México*, Ciudad de México, 2011.

⁷⁹ María Elena Medina-Mora, “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica En México”, 26.2000, 2003, pp. 1-16.

⁸⁰ Se trata de la Encuesta de Bienestar Autorreportado (BIARE). La principal limitación es que el instituto de estadística considera que las personas no pueden reportar la calificación máxima de bienestar subjetivo si, al mismo tiempo, reportaron enfrentar situaciones adversas. Esos casos se consideran contradictorios (sin fundamento psicológico y cognitivo suficientemente justificado) y se les imputa la calificación de bienestar subjetivo de un registro equivalente de las mismas características sociodemográficas pero que no se consideren

para la reflexión, análisis e implementación del “modelo de dos continuos” que debe ser parte fundamental de la reestructuración de los servicios de SM.

Otro factor que cabe destacar es la participación de la sociedad civil en el diseño del Modelo Miguel Hidalgo, pues su diseño y adopción es resultado de los esfuerzos de asociaciones civiles que lograron la cooperación del Estado para impulsar su adopción en los planes y programas específicos en SM desde hace aproximadamente dos décadas.⁸¹

Finalmente, cabe destacar la cobertura que los servicios públicos tienen en materia de SM, pues se intenta cubrir a la mayoría de la población sin depender estrictamente de su estatus de trabajadores formales. La accesibilidad económica y administrativa que esto implica debe complementarse con la accesibilidad física de los servicios que aún no tienen suficiente presencia a nivel nacional, particularmente fuera de las principales ciudades. También debe complementarse con la adopción del modelo comunitario en los servicios que se ofrecen a la población afiliada a la seguridad social, que, pese a atender a la minoría de la población, es la red de servicios de salud más grande del país.

contradictorios. Ver <https://www.inegi.org.mx/investigacion/bienestar/ampliado/> En 2014, dicha imputación afectó aproximadamente a una tercera parte de los registros (personas efectivamente encuestadas), lo que se convierte en un problema metodológico considerable.

⁸¹ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018. Programa Sectorial de Salud.*

Tabla 4. Características de los sistemas de SM

	Argentina ¹	Chile ²	México ³
Ley Nacional en Salud Mental	2010	ND	ND
Plan Nacional en Salud Mental	2013	2017	2007
Enfoque del Sistema de Salud Mental	Modelo comunitario ⁵	Modelo comunitario ⁶	Modelo comunitario ⁷
Porcentaje del presupuesto de salud dedicado a SM	2 %	2%	2%
Porcentaje del presupuesto de SM dedicado a hospitales psiquiátricos	65 %	16 %	80 %
Porcentaje de años de vida perdidos por discapacidad atribuibles a los TMNS ⁸	34 %	36 %	34 %
Tasa de suicidio por cada 100 mil hab.	7.8 ⁹	11.6 ¹⁰	5.2 ¹¹
TMNS más frecuentes en servicios ambulatorios	Trastornos del ánimo (25%) Trastornos de neuróticos (20%) Abuso de sustancias (19%)	En centro de SM comunitario: Trastornos del ánimo (20%) Trastornos neuróticos (20%) Abuso de sustancias (15%)	Trastornos del ánimo (28%) Trastornos neuróticos (25%) Otros (26%)

	Argentina ¹	Chile ²	México ³
Cobertura	Todos los trastornos mentales están cubiertos en los planes de seguro social de la mayoría de las provincias argentinas. La psicoterapia está cubierta por la seguridad social.	Los seguros de salud públicos y privados cubren todos los problemas y trastornos de SM, pero hay variaciones en costos y prestaciones cubiertas.	El seguro social cubre todos los problemas y TMNS. La población sin seguro social puede acceder a los servicios públicos mediante el seguro popular, pero sólo cubre la atención a los trastornos mentales prioritarios.

¹ OMS/IESM, “Instrumento de Evaluación Para Los Sistemas de Salud Mental”, Versión 2.1 (Argentina), Ginebra, 2009. Disponible en https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/argentina_who_aims_report_spanish.pdf?ua=1 a menos que se especifique otra fuente.

² Organización Mundial de la Salud, Evaluación Del Sistema de Salud Mental de Chile: Segundo Informe (Santiago de Chile, 2014)

³ Organización Mundial de la Salud, IESM-OMS Informe Sobre El Sistema de Salud Mental En México (México, 2011) a menos que se especifique otra fuente. Disponible en http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf?%5Cnhttp://www.udp.cl/descargas/facultades_carreras/derecho/pdf/informes/2014/saludmental.pdf, a menos que se especifique otra fuente.

⁴ Honorable Congreso de la Nación Argentina, Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Decreto Reglamentario 603/2013, 2013. Disponible en http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guia_medica_de_atencion_integra_am_digital.pdf

⁵ Ministerio de Salud, Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública, 2017.

⁶ Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018. Programa Sectorial de Salud, 2013. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

⁷ Organización Panamericana de la Salud, La Carga de Los Trastornos Mentales En La Región de Las Américas, 2018 (Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas, 2018). Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

⁸ Organización Panamericana de la Salud, WHO-AIMS: Informe Regional Sobre Los Sistemas de Salud Mental En América Latina y El Caribe (Washington, D. C., 2013). Disponible

en <https://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>

⁹ Organización Panamericana de la Salud, WHO-AIMS: Informe Regional Sobre Los Sistemas de Salud Mental En América Latina y El Caribe.

¹⁰ Cifras de 2017. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=5208>

Tabla 5. Dispositivos de atención a la SM

Unidades de atención (tasa entre paréntesis)	Argentina	Chile	México
Hospitales psiquiátricos	45 (públicos) (0.36)	5 (0.03)	46 (0.04)
Dispositivos de atención ambulatoria	557* (6.9)	113 (0.7)	544 (0.5)
Centros de atención diurna	65* (0.8)	65 (0.5)	3 (0)
Unidades de psiquiatría en hospitales generales	58* (0.72)	50 (0.3)	13 (0.01)
Residencias comunitarias	93* (1.15)	103 (0.6)	8 (0.007)
Centro de atención primaria con atención de SM	NA	832**	NA
Postas rurales con atención de SM	NA	723**	NA

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, WHO-AIMS: *Informe Regional Sobre Los Sistemas de Salud Mental En América Latina y El Caribe*.

* Información correspondiente a 10 de las 24 provincias del país.

**Chile tiene una mayor variedad de tipos de unidades de atención, por lo que se incluyen los dos más numerosos que no están disponibles en los otros dos países. Información proveniente de Organización Mundial de la Salud, *Evaluación Del Sistema de Salud Mental de Chile: Segundo Informe*.

Tabla 6. Recursos humanos en la atención a la SM

Recursos humanos en SM (tasa por 100 mil hab.)	Argentina ¹	Chile ²	México ³
Psiquiatras	9.2*	7.0	1.6
Psicólogos	69.0*	171.5	1.4
Enfermeros	12.9*	2.0	3.4
Terapeutas ocupacionales	1.0*	3.0	0.2
Trabajadores sociales	2.9*	1.9	0.5
Otro personal de SM	74.9*	ND	2.4

¹ **Fuente:** World Health Organization, Instrumento de Evaluación Para Los Sistemas de Salud Mental -IESM-OMS Versión 2.1 (Argentina), World Health Organization (Ginebra, 2009). Disponible en https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/argentina_who_aims_report_spanish.pdf?ua=1, a menos que se especifique otra fuente.

² **Fuente:** Organización Mundial de la Salud, Evaluación Del Sistema de Salud Mental de Chile: Segundo Informe (Santiago de Chile, 2014).

³ **Fuente:** Organización Mundial de la Salud, IESM-OMS Informe Sobre El Sistema de Salud Mental En México (México, 2011), a menos que se especifique otra fuente.

* Información correspondiente a 10 de las 24 provincias del país.

3. HACIA DÓNDE CAMINAR EN MATERIA DE PROTECCIÓN A LA SALUD MENTAL

La CISS ha planteado que, para que las personas estén en situación de ser felices o vivir con bienestar, es indispensable pensar los problemas sociales desde un enfoque público, es decir, tomando en cuenta que la mayoría de los malestares que afectan a las personas se originan por la forma en la que están constituidas nuestras sociedades y, por ende, deben atenderse de manera colectiva. Lo anterior constituye una perspectiva que propone enfocar las condiciones estructurales fuera del dominio de los individuos que impiden que puedan desarrollarse libremente;⁸² muy distinta a la perspectiva dominante donde la responsabilidad de estar bien es personal.

Por lo anterior, se propone que los problemas que afectan a la SM sean atendidos tomando en cuenta que muchos malestares son producto de condiciones ajenas a los individuos y que, pese a que también pueden ser producto de problemas fisiológicos y genéticos, existe el deber ético y la responsabilidad social de generar condiciones necesarias para que puedan vivir con bienestar. Para lograrlo, se debe partir de tres supuestos principales: un orden social integrador, el reconocimiento igualitario de la

⁸² Hugo Garciamarín, *op. cit.*

dignidad de todas las personas y la garantía del bienestar mediante la seguridad social.

En primera instancia, es necesario que todo orden social genere los mecanismos para que las personas permanezcan integradas a dicho orden y se evite la exclusión y/o el aislamiento de ciertas personas o grupos sociales. Lo anterior debe realizarse bajo la premisa de que la dignidad de las personas que padecen algún problema de SM es igual de valiosa que aquellas personas que se consideran sanas. Pese a que la dignidad humana es inalienable, a lo largo de la historia hay dignidades que se han considerado más valiosas que otras, como ocurre con las personas con padecimientos mentales. Como se ha mencionado, en diferentes momentos de la historia algunas personas con distintos trastornos han sido señaladas como agentes inferiores, peligrosos, incompletos o discapacitados y durante mucho tiempo su tratamiento ha pasado por alto el trato digno y respetuoso.

También la posición social ha influido en la forma en que se viven los padecimientos mentales. Por ejemplo, mientras que la melancolía de las élites románticas era considerada “una enfermedad de intelectuales”, incluso bien valorada por la experiencia sensible y la elevación intelectual, muchas personas en condiciones precarias eran encerradas en asilos por “locura” o por presentar trastornos que hoy en día podrían considerarse depresivos.⁸³ Un orden que busque el bienestar debe garantizar que esto no ocurra y que la dignidad de todas las personas se considere igual de valiosa.

Por último, es necesario que la SM sea atendida de manera más integral por la seguridad social. La seguridad social es un derecho humano fundamental para impulsar el bienestar y que las personas

⁸³ Raquel Álvarez, Rafael Huertas y José Luis Peset, “Enfermedad mental y sociedad en la Europa de la segunda mitad del siglo XIX”, *Asclepio*, núm. 2, vol. 45, pp. 41-60.

puedan vivir seguras frente a los diferentes riesgos sociales ineludibles. Como hemos visto, la SM es parte integral del bienestar, y los problemas relacionados con ella constituyen un riesgo social, no sólo porque los TMNS pueden ser altamente incapacitantes para el libre desarrollo de los individuos, sino porque pueden ser causados por el entorno social. Por lo tanto, la SM debe ser protegida por las instituciones del Estado, particularmente las de seguridad social. No se trata únicamente de una responsabilidad normativa, sino que es parte del compromiso del Estado con el bienestar de la población y la calidad de vida del país, además de una inversión necesaria y redituable.

Desde luego, la atención a la SM no implica únicamente la provisión de servicios institucionales. También involucra el autocuidado, lo cual requiere que las personas tengan el conocimiento, el derecho y la legitimidad para cuidar de sí mismas y proteger su bienestar mental. En muchos casos, no hay posibilidades de capacitación y acceso al autocuidado, en buena medida porque las instituciones y la sociedad no han reconocido la importancia que debe tener la SM en la vida de las personas. Por lo tanto, esto también debe formar parte de las acciones preventivas y de promoción en la reforma de los servicios de salud.

Ahora bien, aunque el enfoque en la atención a la SM debe ser el bienestar, es importante reconocer que la sostenibilidad financiera es imprescindible. Los sistemas nacionales de SM tienen recursos limitados y deben tomar decisiones difíciles sobre las prioridades en el gasto. Es importante enfatizar que el objetivo debe ser lograr el mejor equilibrio entre el costo y el bienestar de la población. En este sentido, retomando el ejemplo del Cuadro 1, cabe reflexionar de qué manera y en qué momento es más factible y eficiente apoyar la SM de *Daniel*. Las posibilidades

son muchas: ayudarlo a aceptar que debe encargarse de la mitad de las tareas domésticas y responsabilidades familiares; apoyarlo en la crisis que supone todo cambio importante en el curso de vida, como un divorcio; apoyarlo para superar la soledad que acompaña un desajuste sostenido en su núcleo social; atender una depresión inicial o, por último, rehabilitar el alcoholismo acompañado de depresión. Los servicios que busquen intervenir en cada una de estas etapas requieren acciones y equipos diferentes y, sin duda, algunos tienen mayores posibilidades de éxito a un menor costo, de manera que la inversión en transformar los sistemas de SM está justificada.

Desde una perspectiva amplia, atender la SM de manera proactiva y preventiva como parte integral de la seguridad social también puede generar importantes reducciones del gasto total en salud,⁸⁴ de manera que los recursos que se destinen a su atención producirán rendimientos que los convierten en una inversión valiosa.

Las reformas que se implementen en cada país para lograr una atención a la SM de mayor calidad, más accesible, con enfoque comunitario integral deberán ajustarse a la realidad de cada contexto y seguir planes detallados a corto, mediano y largo plazo, los cuales permitan avanzar de forma eficiente hacia dicho objetivo. Sin embargo, independientemente del camino que se tome, existen una serie de recomendaciones que es pertinente atender e incorporar.

⁸⁴Reduce el ausentismo laboral, incrementa la productividad (de los pacientes y de su entorno familiar y laboral), mejora la salud física y reduce las enfermedades psicosomáticas, mejora el logro educativo, reduce el suicidio.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SM

- 1) **Atención de calidad y con calidez.** Es vital brindar la capacitación e incentivos necesarios al personal de SM para que atiendan a los usuarios y sus familias con un alto nivel de calidez, empatía, respeto y haciéndolos partícipes de todo el proceso de rehabilitación o tratamiento, lo cual también implica incorporar mecanismos de evaluación para que esto se cumpla. La calidad y calidez son particularmente importantes para la atención y tratamiento de la SM, por ser un tema muy sensible, que involucra un alto grado de vulnerabilidad. La primera responsabilidad de todo el personal en contacto con los usuarios debe ser no aumentar el daño psíquico y abonar al bienestar mental. Además, se debe velar y monitorear el bienestar del personal, que debe estar en condiciones adecuadas de SM para poder cuidar y apoyar a otros.
- 2) **Seguir el modelo de dos continuos.**⁸⁵ Implica considerar el bienestar o SM y la enfermedad o TMNS como dos factores distinguibles y enfocar los esfuerzos en mejorar el primero, no sólo en reducir el segundo. Relacionado con esto, los servicios especializados deben generar estrategias eficientes

⁸⁵ Gerben J. Westerhof y Corey L.M. Keyes, "Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model across the Lifespan", *Journal of Adult Development*, 17.2, 2010, pp. 110-119. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

para atender los problemas de SM como malestar principal (*core*), pero también para los casos donde los problemas de SM acompañan otros problemas físicos (comorbilidad) y aquellos que se producen como resultado de enfermedades físicas. Los ejes articuladores de los servicios de SM deben ser el bienestar mental de las personas y la reinserción, aceptación y apoyo social.

- 3) **Equipos transdisciplinarios con abordajes integrales, locales y proactivos.** Generar o ampliar y reforzar una red de servicios multidisciplinarios de calidad (que pueden eventualmente ser modelo para la atención a la salud física también), integrados y articulados entre sí y con la red general de salud, y que además implementen abordajes transdisciplinarios actualizados. Diseñar servicios y protocolos de detección temprana y atención oportuna con enfoque de curso de vida que permita estructurar la atención de forma más orgánica y que considere a grupos específicos, como los niños, las mujeres alrededor de la maternidad y las personas adultas mayores. Garantizar la cobertura física y económicamente accesible, incapacidades laborales y pensiones en caso de ser necesario.
- 4) **Presupuesto dedicado.** Se requiere mayor financiamiento para la atención a la SM y esto implica crear una partida especial y etiquetada para este fin, más que aumentar la proporción del gasto en salud que se dedica a la SM.
- 5) **Normatividad actualizada.** Actualizar y aprobar leyes nacionales y otras normativas, así como planes a mediano y largo plazo que conformen el marco necesario para materializar los cambios que requiere la creación o transformación de los sistemas de SM. Esto implica incluir el enfoque

comunitario y el respeto a los derechos humanos y las convenciones internacionales ratificadas por los países (como la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) tanto a nivel conceptual como a nivel operativo. También se deben incluir mecanismos de seguimiento, vigilancia y sanción que protejan los derechos y el bienestar de las personas y comunidades, tanto en los servicios públicos como en los privados.

- 6) **Generar información sobre SM.** Incluir la SM en los sistemas nacionales de información en salud. Incorporar indicadores de SM y bienestar psicosocial a los sistemas de información y evaluación de las instituciones, políticas y programas de salud, de bienestar y de desarrollo social.
- 7) **Desestigmatizar.** Luchar con educación e información en contra del estigma que pesa sobre la SM, los TNMS, las personas que los padecen y sus familias, así como promover el respeto a la neurodivergencia. Esto también implica ofrecer los mecanismos necesarios (administrativos, educativos, normativos) para fomentar el autocuidado, pues en muchos contextos (particularmente los laborales) se espera que las personas dejen a un lado su SM en favor de la productividad, las convenciones o las jerarquías.

CONCLUSIONES

La SM debe ocupar un nuevo espacio en la vida cotidiana, que ha de ser proporcional al efecto que tiene en la salud física y el bienestar integral de las personas. Esto implica necesariamente generarlo en la cotidianidad del autocuidado y la interacción con los demás, en los entornos y condiciones laborales o educativas, así como en los sistemas de salud, en los planes políticos y económicos, es decir, en todos los aspectos de la vida social. Debe reconocerse que, para lograrlo, tendrán que hacerse cambios profundos tanto en la forma en que se concibe la salud y el bienestar, como en la organización de diferentes instituciones y estructuras sociales. El presente texto pretende responder al reto que representa este cambio de paradigma y ofrecer algunas reflexiones y propuestas que sirvan para avanzar en las iniciativas que ya existen o que pueden surgir en la región latinoamericana respecto a la SM y su atención a través de las instituciones del Estado.

A lo largo de este texto se ha propuesto que la SM debe analizarse y procurarse desde un enfoque público. Es indispensable dejar atrás aquellas alternativas que responsabilizan únicamente al individuo de su SM y pretenden que sea feliz *a toda costa* o que promueven el bienestar mediante el consumo en el mercado sin modificar las circunstancias que llevan al malestar. Esto implica comprender que el bienestar mental de las personas se ve afectado en gran medida por condiciones ajenas a su dominio y que deben atenderse de manera solidaria y colectiva. Debe priorizarse

la modificación del orden social, la inclusión, la diversificación de métodos para el tratamiento de la SM y la inversión a largo plazo para dar atención comunitaria a los padecimientos, antes que el *statu quo* presupuestario.

Es necesario comprender los problemas que aquejan la SM de manera amplia. Esto quiere decir que se reconozca que: 1) pueden originarse por diversas causas —neuroológicas, sociales, culturales— y que la definición de ciertos “trastornos” es histórica y vinculada al control social, pues algunos fenómenos que eran considerados como trastornos en el pasado, hoy ya no lo son; 2) que la intervención es compleja y el tratamiento debe ser personalizado; 3) que descontextualizar el padecimiento, la medicación como alternativa terapéutica prioritaria y el aislamiento en hospitales psiquiátricos han demostrado ser ineficientes; 4) que los avances en la materia son realmente recientes y no existe claridad suficiente sobre muchos temas, por lo que es importante mantenerse activos en la investigación, desarrollo e innovación, así como estar dispuestos a implementar modificaciones de manera periódica, y 5) que su atención debe pasar por una desestigmatización, tanto a nivel social como en algunos espacios donde estos padecimientos se estudian y se atienden.

Aunque en la actualidad diversos países han emprendido acciones a través de modelos comunitarios para incorporar algunos de los puntos antes mencionados, su desarrollo en la región es incipiente, sin una regulación actualizada y con intentos institucionales dispersos para impulsarlo. Argentina, Chile y México son tres países que recientemente han implementado reformas enfocadas al desarrollo del modelo comunitario de SM y que tienen infraestructuras medianamente amplias. Argentina destaca por el establecimiento legal de mecanismos administrativos claros para

impulsar el modelo, el desarrollo exitoso de un modelo comunitario regional y una apertura cultural para tratar de diferente forma los padecimientos mentales. Chile, por otra parte, tiene un diseño institucional amplio que se encuentra desarrollado y claramente diferenciado entre regiones y dispositivos; a su vez, tiene un marco conceptual propio al que se le han incorporado enfoques novedosos y una cobertura importante de servicios de SM. Por último, México se encuentra en una etapa incipiente en cuanto a la implementación del modelo, pero es el que cuenta con más información en SM con dos encuestas nacionales: una para conocer la prevalencia de los TMNS y otra sobre bienestar psicológico autorreportado.

Pese a los avances destacados, los modelos comunitarios todavía se encuentran lejos de estar plenamente implementados. Además, con las circunstancias de aislamiento necesario producto de la pandemia por COVID-19, es posible que veamos un estancamiento en su desarrollo al tiempo que aumentan o se exacerban los malestares mentales. Por lo anterior, es indispensable discutir las recomendaciones propuestas para mejorar la atención de SM en los países de la región.

Desde luego, estas recomendaciones son generales y deben ser aterrizadas en cada región y cada país. En la Conferencia Interamericana de Seguridad Social avanzaremos en ese camino. Sin embargo, las ponemos a consideración de la membresía y de los interesados en la materia para ampliar el debate y caminar hacia un entendimiento diferente de la SM. Sólo de esta forma podremos mejorar la calidad de vida de las personas y ayudar a que todas estén en situación de buscar libremente la felicidad.

REFERENCIAS

- Åkerlind, Ingemar, y Jan Olof Hörnquist, “Loneliness and Alcohol Abuse: A Review of Evidences of an Interplay”, *Social Science and Medicine*, núm. 34, 1992. Disponible en [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90300-F](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90300-F)
- Allen, Frances, *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*, HarperCollins, Nueva York, 2013.
- Álvarez, Raquel, Rafael Huertas y José Luis Peset, “Enfermedad mental y sociedad en la Europa de la segunda mitad del siglo XIX”, *Asclepio*, 45 (2), 1993.
- OPS, *WHO-AIMS: Informe regional sobre los sistemas de salud mental en América Latina y El Caribe*, Washington, D.C., 2013. Disponible en <https://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
- Bang, Claudia, “Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas”, *Psicoperspectivas*, 2014. Disponible en <https://doi.org/10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULLTEXT-399>
- Belló, Mariana, y Víctor M. Becerril-Montekio, “Sistema de Salud de Argentina”, *Salud Pública de México*, núm. 53, 2011. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006

- Burti, L., "Italian Psychiatric Reform 20 plus Years After", *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement*, 2001. Disponible en <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2041.x>
- Cacioppo, John T. Stephanie Cacioppo, "Loneliness in the Modern Age: An Evolutionary Theory of Loneliness (ETL)", *Advances in Experimental Social Psychology*, núm. 58, 2018. Disponible en <https://doi.org/10.1016/BS.AESP.2018.03.003>
- , "The Growing Problem of Loneliness", *The Lancet*, núm. 391, 2018. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)
- Cacioppo, John T., *et al.*, "The Neuroendocrinology of Social Isolation", *Annual Review of Psychology*, núm. 66, 2015. Disponible en <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015240>
- Cacioppo, John T., y Louise C. Hawkey, "Perceived Social Isolation and Cognition", *Trends in Cognitive Sciences*, 2009. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Cacioppo, John T., *et al.*, "Loneliness and Health: Potential Mechanisms", *Psychosomatic Medicine*, núm. 64, 2002. Disponible en <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005>
- Cacioppo, John T., *et al.*, "Loneliness within a Nomological Net: An Evolutionary Perspective", *Journal of Research in Personality*, núm. 40, 2006. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007>
- Cacioppo, John T., *et al.*, "Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses", *Psychology and Aging*, núm. 21, 2006. Disponible en <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Cacioppo, John T,y Louise C. Hawkey, "Social Isolation and Health, with an Emphasis on Underlying Mechanisms", *Perspectives*

- in Biology and Medicine*, núm. 46, 2003. Disponible en <https://doi.org/10.1353/pbm.2003.0063>
- Canadian Institute for Health Information, *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health*, Ottawa, 2009. Disponible en https://cpa.ca/cpasite/UserFiles/Documents/Practice_Page/positive_mh_en.pdf
- Caraveo-Anduaga, Jorge Javier, “Epidemiología psiquiátrica en México: 1977-2000”, en Jorge J. Rodríguez, Robert Kohn y Sergio Aguilar-Gaxiola, *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y El Caribe*, OPS, Washington, D. C., 2009. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence>
- Carod-Artal, Francisco Javier, “Social Determinants of Mental Health”, *Global Mental Health: Prevention and Promotion*, 2017. Disponible en https://doi.org/10.1007/978-3-319-59123-0_4
- Cohen, Hugo, y Graciela Natella, *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1995.
- De la Fuente, Ramón, “Hacia un nuevo paradigma en la psiquiatría”, *Salud Mental*, 1997.
- Desviat, Manuel, “La Reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad”, *Revista Española de Salud Pública*, 2011. Disponible en <https://doi.org/10.1590/s1135-57272011000500002>
- DeWeerd, Sarah, “Culture: Diverse Diagnostics”, *Nature*, núm. 491, 2012. Disponible en <https://doi.org/10.1038/491S18a>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, *Guía Básica. Criterios y sugerencias para la adecuación y el desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental*, Buenos Aires, 2014.

- Florenzano Urzúa, Ramón, “Uso y abuso de sustancias psicotrópicas”, *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, núm. 23, 1985.
- Garciamarín, Hugo, *Un ensayo de felicidad y bienestar*, CISS, Ciudad de México, inédito al momento de citarse.
- Graeber, David, *Bullshit Jobs: A Theory*, Simon & Schuster Paperbacks, Nueva York, 2019.
- Hacking, Ian, “Making Up People”, *London Review of Books*, núm. 28, 2006. Disponible en http://www.icesi.edu.co/blogs/antro_conocimiento/files/2012/02/Hacking_making-up-people.pdf
- Hawley, Louise C., y John T. Cacioppo, “Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms”, *Annals of Behavioral Medicine*, núm. 40, 2010. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Heinrich, Liesl M., y Eleonora Gullone, “The Clinical Significance of Loneliness: A Literature Review”, *Clinical Psychology Review*, 2006. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- Honorable Congreso de la Nación Argentina, Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Decreto Reglamentario 603/2013, 2013. Disponible en http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guia_medica_de_atencion_integra_am_digital.pdf
- Inglehart, Ronald, “The Diminishing Utility of Economic Growth: From Maximizing Security toward Maximizing Subjective Well-being”, *Critical Review*, 1996. Disponible en <https://doi.org/10.1080/08913819608443436>
- Kohn, Robert, y Jorge Rodríguez, “La salud mental de las poblaciones indígenas”, en Jorge J. Rodríguez, Robert Kohn, y Sergio Aguilar-Gaxiola, *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y El Caribe*, ops, Washington, DC,

2009. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence>
- Lampert-Grassi, María Pilar, “Modelos comunitarios en salud mental: Chile, España e Inglaterra”, *Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile/BCN*, 2018, 30. Disponible en https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25973/1/BCN__modelos_comunitarios_en_salud_mental_FINAL.pdf
- León González, Mario, “La atención comunitaria en salud mental”, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, núm. 18, 2002. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0864-21252002000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- LeRoy, Angie S., *et al.*, “Loneliness Predicts Self-Reported Cold Symptoms after a Viral Challenge”, *Health Psychology*, núm. 36, 2017. Disponible en <https://doi.org/10.1037/hea0000467>
- Levav, Itzhak (ed.), *Temas de salud mental en la comunidad*, OPS, Washington, D. C., 1992. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3141>
- Li, Lulu, and Lei Shi, “Economic Growth and Subjective Well-Being: Analyzing the Formative Mechanism of Easterlin Paradox”, *The Journal of Chinese Sociology*, 2019. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s40711-018-0090-9>
- López Vantour, Ana, *et al.*, “Uso y abuso de las Benzodiazepinas”, *Medisan*, núm. 14, 2010. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445240017.pdf>
- Martínez Didolich, Laura Cecilia, *et al.*, “Síndromes culturales: lo cultural y sus implicancias en la salud mental”, *Revista de Profesionales en Formación en la Salud Mental*, volumen XI, 2014. Disponible en www.editorialpolemos.com.ar

- Matthews, Timothy, *et al.*, “Social Isolation, Loneliness and Depression in Young Adulthood: A Behavioural Genetic Analysis”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, núm. 51, 2016. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1178-7>
- Medina-Mora, María Elena, *et al.*, “Estudio de los trastornos mentales en México: Resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental”, en Jorge Rodríguez, Robert Kohn, and Sergio Aguilar-Gaxiola (eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y El Caribe*, OPS, Washington, D. C., 2009. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence>
- Medina-Mora, María Elena, *et al.*, “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”, *Salud Mental*, 2003.
- Ministerio de Salud de Chile, *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*, Santiago de Chile, 2017. Disponible en <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/889>
- , *Modelo de gestión: centro de salud mental comunitaria* (2018). Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf
- , *Modelo de gestión: red temática de salud mental en la red general de salud 2018*, Santiago, Chile, 2018. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gestión-de-la-Red-Temática-de-Salud-Mental_digital.pdf
- , *Salud mental en la atención primaria de la salud: Orientaciones*, sin fecha. Disponible en <http://www.bibliotecaminisal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/016.Salud-Mental.pdf>

- , *Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental. ANEXO I de RESOL-2019-715-APN-SGS#MSYDS*, Buenos Aires, 2019. Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001448cnt-2019-04_pautas-organizacion-funcionamiento-salud-mental.pdf
- Moncrieff, Joanna, “Un enfoque alternativo del tratamiento farmacológico en psiquiatría”, *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2018. Disponible en <https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000100010>
- Nausheen, Bina, *et al.*, “Loneliness, Social Support and Cardiovascular Reactivity to Laboratory Stress”, *Stress*, núm. 10, 2007. Disponible en <https://doi.org/10.1080/10253890601135434>
- Gobierno de la Provincia de Río Negro, “La desmanicomialización en Río Negro. Ley 2.440 de Promoción Sanitaria y Social de Las Personas Que Padecen Sufrimiento Mental”, Buenos Aires, 1991.
- OMS, *Evaluación Del Sistema de Salud Mental de Chile: Segundo Informe*, Santiago de Chile, 2014. Disponible en https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf?ua
- , *Instrumento de Evaluación Para Los Sistemas de Salud Mental -IESM-OMS Versión 2.1 (Argentina)*, Ginebra, 2009. Disponible en https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/argentina_who_aims_report_spanish.pdf?ua=1.
- , “Constitución de La Organización Mundial de La Salud”, *Documentos Básicos*, 2006.
- , *CIE-10 Trastornos mentales del comportamiento descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, 1992.

- OPS, “Informe sobre el Sistema de Salud Mental En México”, México, 2011. https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
- , *Invertir en salud mental*, Ginebra, 2004. Disponible en <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.052.Supl1>
- , *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Summary Report*, Ginebra, 2004. Disponible en <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2004.00268.x>
- , *La carga de los trastornos mentales en la región de Las Américas, 2018*, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas, 2018. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- , *Informe Regional sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y El Caribe*, Washington, D. C., 2013. Disponible en <https://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>
- Perlman, Daniel, and Letitia Anne Peplau, “Loneliness Research: A Survey of Empirical Findings”, in L. A. Peplau and S. Gols-ton (eds.), *Preventing the Harmful Consequences of Severe and Persistent Loneliness*, Government Printing Office, Washington D. C., 1984.
- Pineda Barrera, Lisset, y Héctor Hugo Olivares Ventura, *De la Secretaría de Gobernación con la que remite contestación a punto de acuerdo aprobado por la Comisión Permanente Correspondiente al primer receso*. Disponible en http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2013/02/asun_2935548_20130201_1359729951.pdf

- Pinquart, M., y S. Sörensen, "Risk Factors for Loneliness in Adulthood and Old Age: A Meta-Analysis", in S. Shohov and S. P. Shohov (eds.), *Advances in Psychology Research*, Nova Science Publishers, Hauppauge, NY, 2003.
- Pressman, Sarah D., *et al.*, "Loneliness, Social Network Size, and Immune Response to Influenza Vaccination in College Freshmen", *Health Psychology*, núm. 24, 2005. Disponible en <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.3.297>
- Prince, Martin, *et al.*, "No Health without Mental Health", *Lancet*, 2007. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Roselló, Estela, *Melancolía y depresión en el tiempo: cuerpo, mente y sociedad en los orígenes de una enfermedad emocional*, CISS, Ciudad de México, 2020.
- Rich, Alexander R., y Martha Scovel, "Causes of Depression in College Students: A Cross-Lagged Panel Correlational Analysis", *Psychological Reports*, núm. 60, 1987. Disponible en <https://doi.org/10.2466/pr0.1987.60.1.27>
- Sacristán, Cristina, y Teresa Ordorika, *Historia de la psiquiatría en México*, Hormona Laboratorios/Sanfer/Edi Láser, México, 2018.
- Schiappa, J., *Trabajos en salud mental modalidad rionegrina*, Fundación Fondo Editorial, Valle Nuevo, 1992.
- Secretaría de Salud de México, "Estrategias Programa Sectorial Programa Nacional de Salud Mental: Modelo Miguel Hidalgo", 2013. Disponible en <https://docplayer.es/14733719-Estrategias-programa-sectorial-de-salud-programa-nacional-de-salud-mental-modelo-miguel-hidalgo-secretaria-de-salud.html>

- _____, *Programa de Acción en Salud Mental*, Ciudad de México, 2001. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf
- _____, *Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018. Programa Sectorial de Salud*, 2013. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- _____, “Programa de Acción Específico Salud Mental 2007-2012”, Ciudad de México, 2008. Disponible en <https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/Programa-de-Accion-Secretaria-de-Salud.pdf>
- Sederer, Lloyd I., “The Social Determinants of Mental Health”, *Psychiatric Services*, 2016. Disponible en <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500232>
- Stroebe, Wolfgang, *et al.*, “The Role of Loneliness and Social Support in Adjustment to Loss: A Test of Attachment versus Stress Theory”, *Journal of Personality and Social Psychology*, núm. 70, 1996. Disponible en <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1241>
- Summerfield, D., “The Invention of Post-Traumatic Stress Disorder and the Social Usefulness of a Psychiatric Category”, *British Medical Journal*, núm. 322, 2001. Disponible en <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7278.95>
- Thornicroft, Graham, *et al.*, “WPA Guidance on Steps, Obstacles and Mistakes to Avoid in the Implementation of Community Mental Health Care”, *World Psychiatry*, 2010. Disponible en <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00276.x>
- Thornicroft, Graham, Tanya Deb y Claire Henderson, “Community Mental Health Care Worldwide: Current Status and Further

Developments”, *World Psychiatry*, 2016. Disponible en <https://doi.org/10.1002/wps.20349>

Westerhof, Gerben J., y Corey L.M. Keyes, “Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model across the Lifespan”, *Journal of Adult Development*, núm. 17, 2010. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

Los problemas de salud mental acompañan nuestras vidas como los dolores de cabeza. A algunos les duele de vez en cuando, a otros muy seguido; a unos apenas les molesta, a otros les da migraña, pero todos hemos tenido y seguiremos teniendo dolores de cabeza ocasionalmente durante la vida. Un dolor de cabeza no siempre quiere decir que estemos enfermos, pero sí quiere decir que debemos cuidarnos.

Aunque es parte fundamental del bienestar, la salud mental no ha sido tema prioritario en las políticas de seguridad social. Los Estados deben asegurar que las personas puedan cuidar de sí mismas, que reciban ayuda para recuperarse cuando lo necesiten y que se encuentren en un entorno que no dañe su salud mental. Éstas son, sin duda, tareas complejas, pero los esfuerzos han sido insuficientes. Por ejemplo, en América Latina la salud mental recibe, en promedio, apenas 2% del presupuesto total de salud.

La pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto la importancia del bienestar mental y su profunda relación con la interacción social, por lo que debemos comenzar a concebirlo como un asunto colectivo, donde el bienestar de cada uno depende de la cooperación de todos. Sólo mediante sistemas comunitarios, preventivos y restaurativos podremos crear entornos que estén a la altura de la sensibilidad, la complejidad y la riqueza de la mente humana.

San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice,
alcaldía Magdalena Contreras, C. P. 10100,
Ciudad de México.

Tel. (55) 5377 4700.

<https://ciss-bienestar.org/>



CISS
SEGURIDAD SOCIAL
PARA EL BIENESTAR