



50
Aniversario
ORAS-CONSEJ
SINCE CAROLUS REGI FACIT



PLAN ANDINO DE **SALUD MENTAL** 2022 -2026





PLAN ANDINO DE
SALUD MENTAL
2022 -2026



Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

PLAN ANDINO DE SALUD MENTAL 2022-2026. ORAS-CONHU; 2022.

XXX p.; ilus.tab

Lima, Perú.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2022- ISBN

Comité Editorial:

Dra. María del Carmen Calle Dávila. Secretaria Ejecutiva.

Dra. Marisela Mallqui Osorio. Secretaria Adjunta.

Dra. Gloria Lagos Eyzaguirre, Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional.

Dr. Mauricio Gómez Chamorro, Consultor encargado del Plan.

Coordinadora de Publicación:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz. Responsable del Área de Comunicaciones.

©ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2022

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

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

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

contacto@conhu.org.pe

Primera Edición Digital, mayo 2022

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

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

Derechos reservados conforme a Ley.

ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE 2022

Dr. Jeyson Auza Pinto

Ministro de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia

Dra. María Begoña Yarza

Ministra de Salud de Chile

Dr. Fernando Ruiz Gómez

Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Dra. Ximena Garzón-Villalba

Ministra de Salud Pública del Ecuador

Dr. Jorge Antonio López Peña

Ministro de Salud del Perú

Abg. Magaly Gutiérrez Viña

Ministra del Poder Popular para la Salud de Venezuela

SECRETARÍA EJECUTIVA

Dra. María del Carmen Calle Dávila

Secretaria Ejecutiva

Dra. Marisela Mallqui Osorio

Secretaria Adjunta

ÍNDICE

CONTENIDO	06
PRESENTACIÓN	08
INTRODUCCIÓN	10

ENFOQUES	13
-----------------------	-----------

Enfoque de derechos humanos

Enfoque intercultural

Enfoque de género

Enfoque de determinantes sociales de la salud

Enfoque multisectorial

PLAN ANDINO DE SALUD MENTAL 2022 - 2026	16
--	-----------

Finalidad/Propósito

Objetivo General

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	17
----------------------------------	-----------

Línea estratégica 1: Promoción de la salud mental y
prevención de los problemas de salud mental

Situación actual

Situación deseada

Plan de Acción

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

Situación actual

Situación deseada

Plan de Acción

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

Situación actual

Situación deseada

Plan de Acción

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

Situación actual

Situación deseada

Plan de Acción

Línea estratégica 5: Organización de los sistemas de salud mental de los países andinos en base a un modelo de atención integral y centrado en el ámbito comunitario

Situación actual

Situación deseada

Plan de Acción



INTRODUCCIÓN

La Política Andina de Salud Mental, definida por acuerdo de los países pertenecientes al Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), constituye un avance de la mayor importancia para efectos de impulsar un avance sustancial en la política y acción en salud mental en los países de la subregión.

Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela han acordado por primera vez un compromiso subregional en el ámbito de la salud mental, en consonancia con una serie de acuerdos técnicos de la región de las Américas y el Caribe establecidos al alero de la Organización Panamericana de la Salud desde el año 1990 cuando se realiza la Conferencia de Caracas con su consiguiente Declaración, señera en el desarrollo de la salud mental en la región y en el mundo, y en diversas instancias regionales que la han sucedido, detalladas en el documento de la Política Andina de Salud Mental.

La Política Andina de Salud Mental se encuentra al más alto nivel técnico y de respeto de los derechos humanos, relevando las razones que la hacen necesaria en nuestra subregión, así como lo son a nivel mundial, reiteradamente refrendadas por la Organización de Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud.

A los argumentos provenientes de la epidemiología en términos de carga de enfermedad y discapacidad, se ha sumado la constatación de la importancia de los determinantes sociales de la salud y su particular impacto en el bienestar y salud mental de las comunidades, así como la relevancia y el deber del respeto a los derechos humanos.

En las últimas décadas se ha acumulado evidencia y tomado conciencia sobre el daño que ha significado para las personas, la violación a los derechos humanos que ocurren en

instituciones psiquiátricas segregadas y manicomiales así como la carencia de servicios en la comunidad. Este modelo, en muchos países, se ha sustituido progresivamente por servicios de atención integrados a los servicios generales de salud en los niveles primario, secundario y terciarios y se han incorporado los enfoques de determinantes sociales de la salud y de derechos humanos, a las políticas públicas de los países.

Asimismo, en diversos países de la subregión se han actualizado leyes, políticas y planes de salud mental y se han desarrollado normativas específicas relativas a discapacidad, intersectorialidad, infancia, abordaje del consumo de sustancias entre otras.

Sin embargo, los avances concordados en Caracas 1990 y en los Planes de Acción en Salud Mental de OPS/OMS están lejos de estar cumplidos y aún hay mucho camino por delante para dar a la salud mental la importancia que requiere, tanto a nivel de promoción y prevención como en términos de que su atención, respetuosa de los derechos, esté comprendida en el marco de las redes de salud general de forma integral y superando las instituciones psiquiátricas monovalentes, incorporando la inclusión social como una política de Estado e intersectorial.

El Plan de Acción sobre Salud Mental 2015 – 2020 de la Organización Panamericana de la Salud, define las siguientes líneas estratégicas que resultan plenamente concordantes con los de la Política Andina.

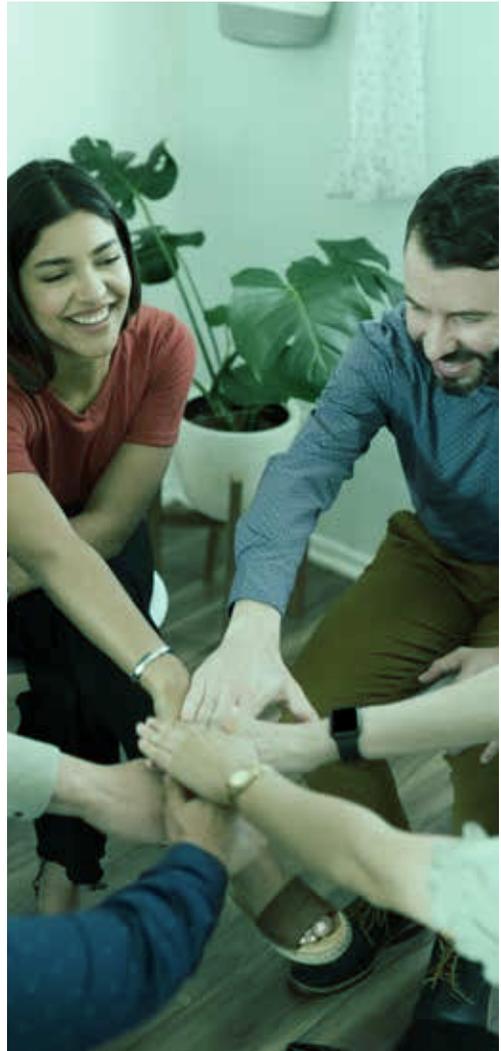
- a)** Formular e implementar políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental y promoción de la salud mental para lograr una gobernanza apropiada y eficaz.
- b)** Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y de atención a los problemas relacionados con el uso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

En los países de la subregión andina hay avances diversos y todos presentan brechas significativas en sus grados de avance, en términos de políticas públicas, desarrollo de servicios y en avances normativos. Ningún país de la subregión ha superado las instituciones psiquiátricas, pero se cuenta con interesantes ejemplos en la implementación de la

salud mental comunitaria a nivel primario y secundario, así como en la creación de servicios de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales. Asimismo, hay importantes experiencias de programas de desinstitucionalización e inclusión social, especialmente de apoyo residencial para la vida en la comunidad.

La diversidad de avances entre los países andinos y las experiencias interesantes existentes en cada uno de ellos, abren un espacio de gran importancia para la cooperación técnica entre países, que debieran permitir el apoyo y aprendizaje mutuos.

Este Plan está basado en los enfoques de derechos, interculturalidad, de género, de determinantes sociales de la salud y multisectorialidad; buscando que cada uno de ellos sea transversal a las líneas estratégicas y acciones que se enunciarán más adelante. Los mismos no pueden pensarse por separado, sino que necesariamente deben integrarse para lograr el abordaje de problemáticas complejas, como lo son, las de los padecimientos psíquicos.



ENFOQUES

1 - Enfoque de derechos humanos

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

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

2 - Enfoque intercultural

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

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

3- Enfoque de género

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

4- Enfoque de determinantes sociales de la salud

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

¹ "Observando con preocupación que, pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo". (p. 2)

5 - Enfoque multisectorial

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





PLAN ANDINO DE SALUD MENTAL

2022 - 2026

Tomando en cuenta el contexto expuesto anteriormente, así como la situación de la salud mental, antecedentes y lineamientos establecidos en la Política Andina de Salud Mental, a continuación, se definen los principales lineamientos para el Plan.

Finalidad/Propósito

Orientar y fortalecer la gestión de los países andinos mediante la formulación de lineamientos estratégicos que conlleven a acciones efectivas, que contribuyan a la mejora de la salud mental de sus habitantes, garantizando el acceso a una atención integral desde una perspectiva de la salud cuidadosa de los derechos humanos, de la dignidad de las personas y adecuada a cada contexto cultural.

Objetivo General

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



LINEAS ESTRATÉGICAS

Este Plan Andino de Salud Mental consolida las líneas estratégicas derivadas de la Política Andina en estrategias concretas, desarrolladas con solidez técnica, de forma respetuosa con los derechos humanos y con el compromiso global de los Estados en la protección de la salud mental, la recuperación y la inclusión social de aquellos ciudadanos que requieren apoyo para ello.

Línea estratégica 1:

Promoción de la salud mental y prevención de los problemas de salud mental

Situación actual

Pese a la evidencia acerca de la importancia de los determinantes sociales sobre el bienestar y salud mental de las personas, resultan aún insuficientes las acciones coordinadas desde el más alto nivel de los Estados para la promoción de la salud mental y prevención de los problemas de salud mental en los países de la subregión y en el mundo.

Es aún frecuente que se entienda a la salud y la salud mental como una responsabilidad exclusiva del sector salud, con el agravante de que a la salud mental se le asigna una baja prioridad. Ello redundaría en que, con los insuficientes recursos asignados a la salud mental, difícilmente se pueda focalizar en actividades promocionales y preventivas de manera suficiente para que logren impactar en la población de manera significativa.

A nivel de los Estados, es de común ocurrencia que las políticas de los distintos sectores, con el propósito de promover sus propios desarrollos, no consideren suficientemente el impacto global sobre el bienestar de las personas y comunidades. Ello se puede observar

en áreas tan variadas como el trabajo, la educación, políticas ambientales, energéticas, la economía, las políticas de alcohol y drogas. Consecuentemente, cuando se toma conciencia del malestar y sufrimiento psíquico en las comunidades, sus consecuencias en discapacidad y en los casos más extremos como en el suicidio, las miradas se vuelven hacia el sector salud sin tomar en cuenta la responsabilidad global sobre estos resultados.

En los últimos años, y a la luz de la evidencia acerca de la importancia de los determinantes sociales, de los compromisos técnicos y avances normativos, en algunos países de la subregión se han actualizado políticas sectoriales e intersectoriales, así como los planes de salud mental, dando relevancia a la promoción y prevención, junto a mejorar la oferta de servicios de salud mental, comprometiendo al conjunto del Estado en la tarea. En algunos países dichos compromisos han involucrado, además de salud en su rol de rectoría, a sectores como trabajo, educación, cultura, justicia, deportes, entre otros, reflejando la importancia que adquiere este enfoque. Ello ha implicado áreas tan diversas como infancia, mujer, pueblos originarios, empleo, educación, consumo de sustancias, discapacidad e inclusión, entre otras. En todos los países estos procesos son todavía iniciales, y aún no es posible evaluar su impacto. Del mismo modo, en varios países se han desarrollado avances legislativos sobre salud mental de diverso carácter.

Situación deseada

Los países de la subregión desarrollan políticas y planes de promoción y prevención en salud mental con enfoques de determinantes sociales, derechos humanos, género e interculturalidad.

Los Estados se comprometen globalmente y actúan coordinadamente a través de sus sectores en acciones de promoción del bienestar y la salud mental así como en la prevención de enfermedades mentales en áreas como la salud, economía, medio ambiente, justicia, educación, trabajo, deportes, recreación y cultura, entre otros. En estas acciones se actúa sinérgicamente con la comunidad, la sociedad civil y sus organizaciones. Las acciones de promoción y prevención se desarrollan a lo largo del curso de vida y buscan modificar las condiciones que afectan el bienestar y los factores de riesgo que favorecen la aparición de problemas de salud mental.

El sector salud ejerce un rol articulador técnico en estas tareas y despliega acciones de promoción y prevención en salud mental principalmente desde la atención primaria.

Plan de Acción

Objetivo 1.1: Promover condiciones para el bienestar de las comunidades de los países andinos, tomando en cuenta los determinantes sociales, el curso de vida, el contexto sociocultural y el enfoque de género.

Estrategias:

1. Implementando de forma coordinada en los distintos sectores del Estado, políticas y programas que promuevan el respeto de las personas y comunidades en aspectos relativos a medio ambiente, vivienda, protección de la infancia, género, bienestar social, empleo, educación, justicia, migración, derechos humanos y otros, para ser aplicadas a nivel nacional y en los territorios promoviendo el bienestar de la población.
2. Desarrollando desde la atención primaria, acciones basadas en evidencia en conjunto con los municipios, organizaciones de la comunidad y otros sectores del Estado, en el territorio, para la concienciación y educación en temáticas tales como crianza, paternidad positiva, protección de la infancia, violencia intrafamiliar, violencia de género, acoso en el ambiente escolar, acoso laboral, cuidado de los adultos mayores, prevención del suicidio y combate al estigma asociado a los problemas de salud mental y las personas que los padecen.
3. Acompañar el desarrollo de acciones orientadas a lograr hábitos saludables, actividad física a lo largo del ciclo vital, cultura y recreación, participación de colectivos por intereses, curso de vida y culturas originarias locales.

Objetivo 1.2: Prevenir la aparición de problemáticas de salud mental en la población de los países andinos, detectar precozmente los trastornos mentales, neurológicos y los consumos prevalentes, así como minimizar los efectos negativos tanto a nivel individual como colectivo.

Estrategias:

1. Desarrollando campañas de difusión masiva para la sensibilización de la población respecto de la salud mental, su cuidado y recuperación, los derechos de las personas con discapacidad mental y la reducción del estigma en salud mental, entre otros.
2. Implementando un plan nacional de prevención del suicidio con estrategias basadas en evidencias.

3. Generando acciones en el proceso de atención del nivel primario para detectar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital desde el embarazo a la adultez mayor que permitan intervenir en el ámbito individual, familiar y comunitario para prevenir y detectar precozmente la aparición de problemas de salud mental, incluido el consumo problemático de sustancias.
4. Capacitando y actuando coordinadamente con el ámbito educacional para la prevención y detección precoz de los problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes, el consumo de sustancias, el embarazo adolescente, el acoso escolar o bullying y la conducta suicida.
5. Capacitando y actuando coordinadamente con el ámbito laboral para la prevención y detección precoz de los problemas de salud mental en los trabajadores y trabajadoras, el consumo de sustancias, el acoso laboral y la conducta suicida.
6. Capacitando a los trabajadores de los medios de comunicación respecto del adecuado abordaje de las problemáticas de salud mental, el combate al estigma, la violencia y la prevención del suicidio.
7. Promoviendo y apoyando la formación de líderes y agentes comunitarios que potencien la acción de la red sanitaria en promoción y prevención y que sirvan de vínculo con la comunidad local.
8. Abriendo espacios a la participación vinculante de la comunidad, articulando soluciones a los problemas emergentes, actuando en la promoción y prevención, detectando precozmente condiciones de riesgo, apoyando la inclusión social de personas con discapacidad psicosocial, en la gestión de las prioridades y formas de trabajo de la red de salud.

Línea estratégica 2:

Incorporación de la atención en salud mental a nivel comunitario.

Situación actual

Históricamente los problemas de salud mental se han encontrado marginados de la atención de salud general, estando confinados a instituciones monovalentes destinadas a la atención y segregación de las personas con condiciones más graves y persistentes de salud mental. Ello ha tenido serias consecuencias en diversos ámbitos. Por una parte, las personas con

problemas de salud mental más graves y persistentes han sido marginalizadas, sin acceso a la atención comunitaria de sus problemas de salud mental y recibiendo atención deficitaria de salud general, con consecuencias en su calidad de vida y mortalidad prematura con respecto a la población en general. Las personas afectadas por enfermedades persistentes no reciben atención en sus territorios de vida y deben trasladarse para ello a lugares donde existen instituciones monovalentes, estando condenadas a la vida institucional o a la puerta giratoria de hospitalización por no garantizarse la continuidad de cuidados en la comunidad. Bajo este modelo de atención psiquiátrica tradicional la inmensa mayoría de ciudadanos tampoco tiene acceso a la atención de salud mental, ya que los trastornos mentales, incluso aquellos comunes, no se encuentran comprendidos en la oferta de atención de la salud general en sus tres niveles de atención.

En la región de las Américas y el Caribe, desde la Conferencia de Caracas (1990), los países se comprometieron a avanzar a un modelo de atención comunitario e integrado a la salud general. El Plan de Acción sobre Salud Mental 2015 - 2020 de la Organización Panamericana de Salud, elaborado en sintonía con el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 - 2020 de la Organización Mundial de la Salud, ratifica estos lineamientos poniendo especial énfasis en la necesidad de superar la atención en hospitales psiquiátricos, que además de las consideraciones técnicas deletéreas y de derechos humanos, consumen la mayor parte de los presupuestos destinados a la salud mental.

Sin embargo, pese a estos compromisos regionales, los avances son aún parciales y en los países de la subregión andina nos encontramos con desarrollos muy diversos. En algunos la oferta de atención de salud mental está aún centrada en instituciones psiquiátricas monovalentes, otros han avanzado incorporando atención ambulatoria especializada en hospitales generales y centros de salud mental comunitaria y/o han avanzado en la atención de salud mental en el nivel primario. Los mayores retrasos se observan en el desarrollo de servicios de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, la superación de las instituciones monovalentes y la desinstitucionalización.

Las principales consecuencias de ello es que las personas y comunidades no disponen de respuestas integrales para sus necesidades de salud mental en sus territorios de vida, del modo que sí lo tienen, por lo general, para otros problemas de salud. Ello afecta además la posibilidad de desarrollar trabajo intersectorial y con la sociedad civil, invisibilizando los problemas de salud mental y obligando a quienes se encuentran más afectados, a buscar ayuda en lugares alejados y con alto riesgo de desarraigo e institucionalización psiquiátrica.

En los últimos años se ha agravado la situación migratoria en la Región de las Américas y los países de la Región Andina no han estado exentos de esta problemática. El flujo de personas

migrantes, ocasionado por las crisis políticas, económicas y la violencia en los territorios genera sufrimiento en los propios migrantes y tensión en las comunidades receptoras. Los sistemas de salud mental deben adaptar sus prácticas a esta realidad superando las brechas de acceso administrativo, idiomáticas, culturales y del estigma.

Situación deseada

Los países de la subregión andina han desarrollado redes temáticas de servicios de salud mental integrados a los servicios de salud de los territorios, de carácter autosuficiente para resolver las necesidades de prevención primaria, secundaria y terciaria de salud mental de la población, incluida aquella que se incorpora en su condición de migrantes.

La acción en salud mental considera enfoques de determinantes sociales, intercultural, de género, de derechos humanos y de participación social, así como los aspectos biológicos y psíquicos, incorporando de manera preferente a los usuarios, familias y otros colectivos de la comunidad.

En cada territorio sanitario, de acuerdo a la organización propia de los países, la atención primaria desarrolla acciones de promoción y prevención en articulación con las comunidades, sociedad civil y los otros sectores, así como la detección y atención de los problemas de salud mental de acuerdo al nivel de complejidad pertinente. La definición de la complejidad no está definida por los diagnósticos sino por la condición clínica de la persona, su eventual discapacidad y la vulnerabilidad psicosocial.

Se han desarrollado centros de salud mental comunitaria para la atención especializada, en cantidad y localización pertinente a las comunidades de referencia, los cuales trabajan articuladamente con la comunidad y con los centros de salud primaria, apoyando regularmente a los equipos de salud general por medio de la consultoría de salud mental, la referencia y contrarreferencia de los usuarios y usuarias.

Las necesidades de hospitalización se resuelven en servicios de psiquiatría en hospitales generales del territorio, en estrecha coordinación con los equipos de especialidad ambulatoria, evitando el traslado a instituciones psiquiátricas monovalentes, las que son sustituidas por los dispositivos comunitarios de especialidad.

Las necesidades de apoyo para la inclusión social de personas con discapacidad psicosocial, se resuelven en el territorio con el concurso intersectorial y de la sociedad civil, de un modo respetuoso con los derechos humanos de las personas, evitando el desarraigo familiar, laboral y social, así como la institucionalización psiquiátrica.

Plan de Acción

Objetivo 2.1: Asegurar la autosuficiencia de los territorios sanitarios para satisfacer integralmente las necesidades de la población en la atención de salud mental, en sus componentes de nivel primario no especializado, nivel especializado de atención ambulatoria, terciario de hospitalización psiquiátrica, rehabilitación e inclusión social.

Estrategias:

1. Asegurando la incorporación de la salud mental en la atención primaria, de acuerdo a criterios de complejidad, sin discriminar de acuerdo a diagnósticos, asegurando la continuidad de cuidados en conjunto con los niveles de atención especializada en el territorio, de acuerdo al lineamiento estratégico 5 de este Plan.
2. Incorporando en la atención de salud mental enfoques de derechos humanos, de género y de interculturalidad, incorporando las prácticas y saberes de las culturas originarias presentes en el territorio, así como de las poblaciones migrantes.
3. Implementando los apoyos necesarios para que las personas con discapacidad psicosocial se mantengan incluidas en su territorio, en lo posible con sus familias o en su defecto con los apoyos residenciales que resulten necesarios y respetuosos de los derechos humanos, evitando la institucionalización y desarraigo familiar, laboral y social.
4. Articulando mecanismos de apoyo intersectoriales para la inclusión laboral, educacional, participación y acceso a la recreación y la cultura de personas con discapacidad psicosocial
5. Asegurando la participación efectiva de la sociedad civil, en especial de usuarios, usuarias y familiares, en todos los ámbitos de la salud mental, incluyendo la planificación, control de la gestión y la evaluación de los servicios.



Línea estratégica 3:

Formación en salud mental comunitaria del talento humano

Situación actual

Una barrera importante para el desarrollo del modelo comunitario de salud mental lo constituye la deficiente formación en salud mental de los y las profesionales del área de la salud. Desde el pregrado, las carreras de medicina suelen dar poca importancia al desarrollo de competencias en salud mental y psiquiatría, como sí lo hacen con otras especialidades médicas. Adicionalmente, es frecuente que la escasa formación recibida en esta área sea ofrecida reproduciendo el modelo institucional en psiquiatría, tanto en contenidos como en los contextos formativos donde ella ocurre. Similar panorama se observa frecuentemente con otras profesiones de la salud, como enfermería, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, entre otras.

Entre los gestores sanitarios y en el personal de salud que trabaja en los servicios, las deficiencias formativas se traducen en que, en el nivel primario los y las profesionales muchas veces carecen de las competencias suficientes para abordar las necesidades de salud mental de la población, se considera que estos problemas no corresponden que sean abordados en este nivel, pese a la alta prevalencia de ellos en la comunidad. En consecuencia, las personas son derivadas a niveles de atención de especialidad, independientemente de la complejidad de su condición clínica, servicios especializados que además son frecuentemente inexistentes en el territorio con la consecuencia de que las personas se queden sin atención o deban buscarla en otros territorios. Los procesos de capacitación continua en salud mental de los profesionales de la salud primaria son insuficientes cuando no inexistentes, para revertir esta situación.

El talento humano especializado en salud mental y psiquiatría es escaso, formado frecuentemente en un modelo tradicional, concentrado en su mayoría en hospitales psiquiátricos y con escasas competencias para acompañar procesos de transformación de la atención hacia un modelo comunitario. Bajo este modelo, no se relevan los enfoques de determinantes sociales, cultural, de género, de derechos humanos y de participación social. Más aún, se opera en la práctica como si los problemas de salud mental se redujeran a las personas afectadas por condiciones graves y persistentes, y su abordaje se reduce a la atención y frecuente segregación de las personas afectadas, no existiendo incentivo a la acción intersectorial, invisibilizando las necesidades de la población y de los derechos humanos de las personas, entre estos a vivir incluidas en la comunidad.

Actualmente, en algunos países de la subregión andina y con diversos grados de avance se han iniciado procesos de formación del recurso humano en atención primaria,

implementando programas para los equipos de salud, como MhGAP, destinados a disminuir la brecha de atención en salud mental. Asimismo, se desarrollan desde distintos ámbitos, programas de formación en salud mental y psiquiatría comunitaria, destinados a disponer de recurso humano capacitado para el trabajo integrado a la red general de salud y en la comunidad.

Una dificultad mayor es influir en los currículos formativos de las universidades para incrementar la formación médica, así como de otros profesionales en salud mental, bajo el modelo comunitario con enfoque de derechos, de determinantes sociales, cultural, género y participación, aun cuando hay experiencias interesantes en algunas universidades de algunos países.

Situación deseada

Los profesionales de la salud, tanto médicos como otros profesionales de la salud, reciben desde el pregrado universitario formación en salud mental, tanto suficiente en tiempo académico como pertinente en contenidos, para el trabajo en salud mental de la complejidad correspondiente a su lugar de desempeño.

Lo anterior permite que los equipos de salud incorporen las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación desde el nivel primario al terciario. Del mismo modo, los equipos de salud de otras especialidades incorporan competencias para el reconocimiento y tratamiento de las personas consultantes por otros problemas de salud y que tienen adicionalmente problemas de salud mental, disminuyendo el estigma y reduciendo la brecha de cuidados que los afecta.

Los equipos de salud primaria reciben programas de formación continua en salud mental y psiquiatría, basados en evidencia y de acuerdo al modelo comunitario. Los equipos de especialidad ambulatoria y de hospitalización se encuentran capacitados en salud mental comunitaria y en el trabajo integrado a los servicios de salud general.

Los programas de especialización en psiquiatría, psicología y otras profesiones de especial incidencia en la atención de salud mental, impartidos en los países de la región se encuentran armonizados en sus contenidos para formar profesionales competentes para el trabajo en salud mental, en redes comunitarias y en la red general de salud, con enfoque de derechos, género, determinantes sociales y recuperación.

Plan de Acción

Objetivo 3.1: Adecuar los currículos y programas de formación de pre y posgrado a las necesidades de implementación de la Política Andina de Salud Mental y del presente Plan de Acción.

Estrategias:

1. Adecuando los currículos de formación de pre y posgrado de las carreras de la salud a la presente política y plan, para favorecer un enfoque comunitario de la atención de salud mental, las necesidades de las comunidades y de las personas con problemas de salud mental. Ello debe incluir una perspectiva de derechos humanos, de determinantes sociales, de género, de enfoque intercultural y de recuperación en el marco de la salud mental y la psiquiatría comunitaria.
2. Formando especialistas para la red comunitaria de salud mental, psiquiatras, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales, formados en el modelo comunitario. De particular importancia es la formación de enfermería con especialización en salud mental, así como profesionales de rehabilitación.

Objetivo 3.2: Implementar instancias de educación permanente en salud mental comunitaria para el conjunto de trabajadores y trabajadoras del primer nivel de atención, efectores de salud mental en todos los niveles de atención y acciones de sensibilización en salud mental en los tomadores de decisiones.

Estrategias:

1. Haciendo accesible la capacitación en salud mental a los equipos primarios de salud con programas validados (MhGap) que operen en forma continua, utilizando tecnologías presenciales y virtuales que permitan la replicación y expansión de las capacidades a todo el recurso humano de la red sanitaria. La capacitación de los equipos de salud debe abarcar la promoción, prevención, reconocimiento y diagnóstico de los problemas de salud mental, abordaje psicosocial, farmacológico, rehabilitación e inclusión social. Se debe promover el trabajo con familias, comunidad e intersector, incorporando al usuario como actor principal en su proceso de recuperación.
2. Formando a los equipos de salud mental de hospitales generales, centros de salud mental comunitaria, hogares y residencias con apoyo, así como en todos los servicios clínicos de salud, con enfoque comunitario y de derechos, para la adecuada atención del

usuario de salud mental, previniendo el estigma en los servicios de salud.

3. Capacitando a los médicos de urgencia general en el abordaje de las crisis de salud mental evitando la derivación a instituciones monovalentes.
4. Desarrollando educación específica para el combate del estigma en salud mental, al interior de los equipos de salud y en las comunidades.
5. Incorporando la sensibilización en salud mental en los niveles estratégicos (tomadores de decisiones) de los diversos sectores del Estado.

Línea estratégica 4:

Desarrollo de los sistemas de información e investigación en salud mental

Situación actual

Los sistemas de registro en salud, y en especial en salud mental, presentan importantes brechas respecto de las necesidades de un proceso de transformación en el abordaje de la salud mental, desde los aspectos promocionales, preventivos, de atención y rehabilitación. Asimismo, es insuficiente la información respecto de la acción en salud mental de otros sectores del Estado.

La falta de información pertinente y oportuna invisibiliza las brechas en el área, dificulta la generación de políticas, el financiamiento de programas de acción y la evaluación adecuada del impacto de las acciones desarrolladas. El modelo de atención tradicional de salud mental y psiquiatría requiere ser superado y la falta de información no permite demostrar con cifras sus externalidades negativas en términos de brechas de cobertura, inefectividad terapéutica, concentración del uso de los recursos destinados a la salud mental en instituciones obsoletas y vulneración de derechos humanos de las personas institucionalizadas.

Del mismo modo, muchas veces se carece de información para evaluar los aciertos y fallas de los procesos de instalación de redes de salud mental integrados a los servicios de salud general, desplegados en los territorios de vida de los ciudadanos.

Es frecuente que cuando se intenta levantar información de los países por parte de organismos regionales o mundiales, resulte difícil obtenerla de manera comparable, confiable y útil.

En los países de la subregión, hay experiencias interesantes, así como carencias en la investigación en salud mental pertinente a la política pública. Se requiere promover la investigación que permita levantar información para el diagnóstico epidemiológico, para el análisis de brechas y necesidades de la población, así como para la evaluación de políticas y programas.

Situación deseada

Los países de la subregión andina implementan sistemas de registro respecto de los procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental, los dispositivos que las realizan y los flujos asistenciales de los usuarios en la red de atención. Estos registros son armonizados entre los países de la subregión de manera que permiten levantar información subregional y seguir los avances de los países miembros respecto de la política y plan de acción andina de salud mental.

Asimismo, los otros sectores del Estado implementan registros relativos a sus acciones en promoción, prevención e inclusión social en salud mental.

En los países de la subregión se incorporan en las Encuestas Nacionales de Salud los problemas de salud mental y se promueven los estudios respecto de salud mental por parte de instituciones académicas, priorizando las necesidades de la población y la evaluación de políticas públicas.

Plan de Acción

Objetivo 4.1: Fortalecer los sistemas de registro nacionales.

Estrategias:

1. Implementando sistemas de registro de las acciones de salud mental integrados, pero distinguibles del conjunto de problemas de salud, que permitan recoger información sobre personas en:
 - a. Atención ambulatoria en nivel primario, personas bajo control, ingresos y egresos al proceso de atención, número de consultas o atenciones y de personas atendidas, se debe distinguir las acciones desarrolladas por médicos y médicas, enfermera(o)s y profesionales psicosociales (psicología, trabajo social) y de rehabilitación.
 - b. Atención ambulatoria en el nivel secundario, personas bajo control, ingresos y egresos

al proceso de atención, número de consultas o atenciones y de personas atendidas, se debe distinguir las acciones desarrolladas por médicos y médicas, enfermera(o)s y profesionales psicosociales (psicología, trabajo social) y de rehabilitación.

- c.** Hospitalización, ingresos y egresos, tipo de hospitalización:
 - i.** Voluntaria o no voluntaria
 - ii.** De carácter breve o de larga permanencia
 - iii.** Institucionalización y desinstitucionalización.

- 2.** Optimizando o implementando, según corresponda, el registro de la conducta suicida, incluyendo tanto intentos como suicidios, con distinciones de edad, sexo, método, territorios, de modo que se pueda obtener información que permita elaborar programas de prevención pertinente a grupos involucrados y los territorios.

- 3.** Desarrollando registros de los dispositivos de la red de salud que ofertan atención de salud mental en el nivel primario, secundario y terciario.
 - a.** En el nivel primario se debe distinguir aquellos centros que ofrecen tratamiento integral incluyendo acceso a psicofármacos.

 - b.** Se debe distinguir en el nivel secundario de atención especializada ambulatoria entre aquellos dispositivos que actúan desde Centros de Salud Mental Comunitaria, Hospitales Generales y Hospitales Psiquiátricos.

 - c.** En el nivel terciario se debe distinguir la oferta de hospitalización psiquiátrica en Hospitales Generales y Hospitales Psiquiátricos, así como el carácter de la hospitalización, si es de carácter breve o de institucionalización de larga permanencia. Se debe distinguir el número de servicios de hospitalización, el número de camas y su tipo.

- 4.** Desarrollando información del flujo de los usuarios en la red.
 - a.** Las derivaciones del nivel primario al secundario y viceversa.

 - b.** Las derivaciones del nivel secundario de especialidad ambulatoria a los servicios de hospitalización y viceversa.

 - c.** Las atenciones de urgencia.

5. Implementando registros de la acción intersectorial en salud mental, en promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social.

Objetivo 4.2: Fortalecer los sistemas de registro e información en salud mental de la subregión andina.

Estrategias:

1. Acordando registros nacionales que resulten comparables entre países.
2. Alimentando en forma periódica con información que permita consolidar registros e información de la subregión andina.

Objetivo 4.3: Promover la investigación y la toma de decisiones en políticas públicas basadas en evidencia en relación a problemáticas priorizadas en el campo de la salud mental.

Estrategias:

1. Incorporando los problemas de salud mental en las Encuestas Nacionales de Salud de los países.
2. Realizando estudios de prevalencia de trastornos mentales en la población, de carácter nacional o focalizado en grupos priorizados, en convenio con universidades y otras instituciones.
3. Apoyando con presupuestos públicos u otros incentivos la investigación en salud mental que aporte conocimiento sobre las necesidades de la comunidad, el impacto de las políticas en la población y el funcionamiento de la red de atención.

Objetivo 4.4: Monitorear el cumplimiento de las metas nacionales y regionales del presente plan, para su evaluación y actualización, así como el acompañamiento a los países en aquellos aspectos que lo requieran.

Estrategias:

1. Aportando información desde los países, respecto del cumplimiento de cada una de las líneas estratégicas y sus compromisos, con frecuencia anual y a petición del ORAS-CONHU.
2. Dando cuenta del cumplimiento de los compromisos adoptados por el ORAS-CONHU con los países miembros.

Línea estratégica 5:

Organización de los sistemas de salud mental de los países andinos en base a un modelo de atención integral y centrado en el ámbito comunitario

Situación actual

En algunos países ha habido avances considerables en el desarrollo de servicios integrados a la red general de salud en los tres niveles de atención, en otros ello ha estado más centrado en el primer o segundo nivel. Mayor retraso se observa en el desarrollo de servicios de hospitalización en hospitales generales y en la sustitución de los hospitales psiquiátricos. De la mayor preocupación es la persistencia en todos los países de personas que viven en instituciones manicomiales desarraigadas de sus territorios originarios de vida y sufriendo vulneraciones a sus derechos humanos, coexistiendo dicha realidad con la de personas que afectadas por discapacidad psicosocial viven marginalizadas en la comunidad, pese a que en algunos países se han desarrollado programas de desinstitucionalización con apoyo para la vida en comunidad.

En todos los países existen brechas considerables respecto de la provisión de servicios de salud mental, persistiendo una situación de rezago respecto de los servicios de salud física.

Situación deseada

Los países de la subregión andina armonizan sus planes y programas de salud mental al presente Plan de Acción e incrementan sus presupuestos de salud mental de acuerdo a los lineamientos de OPS/OMS.

El componente de salud mental está incorporado en la acción de la atención primaria de modo universal, con equipos capacitados y con los recursos terapéuticos pertinentes a su nivel de complejidad, en estrecha articulación con los equipos de especialidad ambulatoria de salud mental por medio de la consultoría de salud mental, entre otras estrategias.

Se desarrolla la atención ambulatoria especializada de forma preferente en centros de salud mental comunitaria, así como en hospitales generales, con una distribución territorial que evita que las personas deban abandonar sus territorios de vida o desplazarse largas distancias para ser atendidas, asegurando la oportuna atención de sus problemas de salud mental y su continuidad de cuidados.

La totalidad de las necesidades de hospitalización psiquiátrica para resolver condiciones graves de salud mental se resuelve en hospitales generales de cada uno de los territorios,

evitando el desarraigo y la institucionalización monovalente.

Los hospitales psiquiátricos han reconvertido sus recursos a los servicios de salud mental en la red general de salud.

Las necesidades de apoyo para la inclusión social se resuelven en la comunidad con acción intersectorial del Estado y de la sociedad civil.

Plan de Acción

Objetivo 5.1: Desarrollar redes temáticas integrales de atención en salud mental, en la red general de salud de cada territorio sanitario.

Objetivo 5.1.1: Viabilizando el acceso efectivo de la población a la atención integral y a la continuidad de cuidados en salud mental en el primer nivel de atención, implementando de modo universal el componente de salud mental en la atención primaria de salud.

Estrategias:

1. Desarrollando competencias del equipo de salud primario en la detección y abordaje integral de los problemas de salud mental, incluidos los que son por consumo de sustancias y neurológicos con manifestaciones de salud mental.
2. Asegurando la provisión de psicofármacos esenciales para el tratamiento de las principales manifestaciones del sufrimiento psíquico, como son la ansiedad, los trastornos afectivos, psicosis y problemas asociados al consumo de sustancias y la epilepsia desde la infancia.
3. Reforzando los equipos de salud primaria con profesionales con competencias psicosociales, como trabajadores(as) sociales y psicólogo(a)s que potencien la acción del equipo en el abordaje de los problemas de salud mental de los usuarios, las familias y la comunidad.
4. Asegurando la atención de urgencias de salud mental en los Servicios de Urgencia de la Atención Primaria, de forma equivalente a la resolución de urgencias no psiquiátricas, de complejidad propia de este nivel de atención.
5. Implementando mecanismos consensuados de relación entre el nivel primario y de especialidad ambulatoria, para el acompañamiento por medio de la consultoría de salud mental, referencia y contra referencia en el territorio, para la atención de personas

cursando problemas de salud mental de mayor complejidad, evitando su desarraigo e institucionalización que afecten su inclusión social y potencial de recuperación.

Objetivo 5.1.2: Implementando la atención de especialidad de salud mental en todos los territorios sanitarios, integrada a la red general de salud.

Estrategias:

1. Desarrollando la atención ambulatoria especializada en Centros Comunitarios de Salud Mental o en su defecto en Hospitales Generales de carácter territorial que permita el acceso cercano de la población, la atención interdisciplinaria en los contextos de vida de las personas, evitando desplazamientos excesivos y dañinos.
2. Creando servicios de hospitalización psiquiátrica de estancia breve en todos los hospitales generales de mediana y alta complejidad, y en su defecto incorporando esta prestación en servicios de medicina y pediatría con apoyo de especialistas de salud mental, permitiendo que este evento extraordinario del proceso asistencial ocurra en el territorio de vida y cercano a sus familias y personas significativas.
3. Transfiriendo servicios de hospitalización breve desde hospitales psiquiátricos a hospitales generales de los territorios de referencia de los hospitales monovalentes.
4. Asegurando la atención de urgencias de salud mental en los Servicios de Urgencia o Emergencia de los Hospitales Generales, con el apoyo de especialistas de salud mental en casos pertinentes, de forma equivalente a la atención de urgencias no psiquiátricas.
5. Delimitando en el proceso, el área de referencia de los hospitales psiquiátricos para hospitalización breve, al territorio cercano mientras se completa el proceso de normalización de la red de atención.

Objetivo 5.2: Acompañar los procesos de reforma de los sistemas de salud mental de los países andinos a fin de generar una desinstitucionalización progresiva adecuada a cada contexto nacional.

Estrategias:

1. Impidiendo la institucionalización de nuevos usuarios en instituciones psiquiátricas monovalentes.

2. Desinstitucionalizando personas desde instituciones monovalentes a la comunidad, con apoyo para la inclusión familiar o en su defecto con apoyo residencial.
3. Implementando prestaciones intersectoriales para el apoyo en la inclusión social de personas con discapacidad psicosocial e intelectual, que involucre a los sectores de salud, vivienda, ministerios sociales, educación, recreación y cultura, entre otros.

Objetivo 5.3: Dar sustento normativo a la implementación de la atención de salud mental de base territorial y comunitaria, así como a la acción intersectorial en promoción, prevención e inclusión social.

Estrategias:

1. Actualizando, de acuerdo a la realidad de cada país miembro, la legislación de salud mental, la Política y Plan Nacional de Salud Mental, de acuerdo a la normativa de derechos humanos vigente, al Plan de Acción de OPS/OMS, la Política Andina de Salud Mental y el presente Plan de Acción.
2. Actualizando las normativas pertinentes sobre la red temática de salud mental en la red general de salud, con autosuficiencia territorial de acuerdo a la estructura sanitaria de los países, la desinstitucionalización y la transformación de las instituciones psiquiátricas monovalentes hacia la red integrada en la salud general.
3. Formulando o actualizando las normativas para la articulación intersectorial de los sectores del Estado y la sociedad civil, para la promoción, prevención en salud mental, así como para la inclusión social de personas con discapacidad psicosocial e intelectual.
4. Comprometiendo al Estado en la acción intersectorial y el apoyo presupuestario proporcional a la carga de enfermedad de la salud mental, avanzando a un mínimo de un 5% del presupuesto de salud destinado a salud mental, sin perjuicio de los esfuerzos de otros sectores del Estado y la Sociedad Civil, en la promoción, prevención e inclusión social.

REFERENCIAS

- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2012). Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. Recuperado de https://www.proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/altaVulnerabilidad/ConsumoDrogas/8_Modelo_integral_de_atencion_drogas.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2018). Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021. Recuperado de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/321004/Plan_nacional_de_fortalecimiento_de_servicios_de_salud_mental_comunitaria_2018_-_2021._Documento_t%C3%A9cnico20190613-19707-thzjbn.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Recuperado del sitio de internet de: Repositorio Bibliográfico y Patrimonial del Ministerio de Salud de Chile <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/889>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2019). Política Integral para la prevención y atención en salud - 2019 (Resolución 089 de 2019). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Política Nacional de Salud Mental 2018 (Resolución 4886 de 2018). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

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

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

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

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

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

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

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

- Organismo Andino de Salud/Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). (2019). Política Andina de Discapacidad - 2010. Recuperado de: http://www.orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/politica_andina_discapacidad_2010.pdf

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

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

- Organismo Andino de Salud/Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). (2019). Política Andina de Salud Mental - 2020. Recuperado de:
<http://orasconhu.org/portal/sites/default/files/file/webfiles/doc/LIBRO%20POLITICA%20ANDINA%20SALUD%20MENTAL.pdf>



ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 - Perú

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

contacto@conhu.org.pe

<http://www.orasconhu.org>

 Organismo Andino de Salud

 @orasconhu