

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL: MOMENTO DE TRANSICIÓN EN REPÚBLICA DOMINICANA

UNA VISIÓN Y UN MODELO INTEGRAL PARA LA SALUD MENTAL

Conceptualizar la *salud mental* resulta complejo y responde a diversas aplicaciones y valores, a pesar de ser un término que se utiliza con bastante frecuencia¹. Este concepto constituye una categoría en constante evolución, ya que, como constructo social e individual, se encuentra determinado por las épocas y tipos de sociedades. Así lo podemos ver en la aproximación hecha por el filósofo y teórico social francés Michel Foucault, en su libro *Historia de la locura en la época clásica*², donde expone cómo la imagen social de los «locos» empezó a cambiar entre los siglos XVI y XVIII, y estos comenzaron a ser encerrados y reclusos con mayor frecuencia, producto del miedo. De ser definidos como personajes satíricos y presuntuosos en el Renacimiento, pasaron a ser asociados a la pobreza, la incapacidad de trabajar y la falta de ética, y su encierro fue basado en la moral y la razón de la época.

Para el siglo XIX, la locura era presentada por la moral cristiana como causante de un exceso de libertad que debía ser castigado, deshumanizando así la figura del «loco». Quedaron definidos de ese modo los límites de la razón y la moralidad, y quien los trascendiera era excluido socialmente. Con el surgimiento de la psiquiatría, la locura fue cada vez más individualizada, y el encierro de los «locos» se fundamentaba en la prevención para evitar el contagio de su condición a los demás. De acuerdo con Foucault, la psiquiatría de aquella época se constituiría en una institución de poder que legitimaría la reclusión y la dominación sobre la persona enferma.

1 Diego Restrepo Ochoa y Juan Jaramillo E., «Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública», *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 30, n.º 2 (2012): 203.

2 Michel Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* (Paris: Pantheon Books, 1961).



Foto: El cerebro, órgano más complejo del cuerpo humano.
<http://canulmendezjorgeefren.blogspot.com/2014/01/blog-post.html>

Los trastornos mentales —y en su sentido más amplio, la salud mental— constituyen una cuestión urgente no solo para la salud pública, sino también para el desarrollo económico y el bienestar social.

A lo largo del siglo XX, diversos enfoques se desarrollaron en el campo de la salud pública, los cuales se pueden sintetizar en tres: el *biomédico*, el *comportamental* y el *socioeconómico*³. Cada uno posee características sociales, económicas y políticas específicas, así como su propia particularización de lo que puede ser denominado como sano o enfermo, y de cómo se va de uno a otro. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Constitución, definió la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social»⁴, trascendiendo la visión minimalista de salud como la mera ausencia de enfermedades y resaltando su carácter multidimensional.

3 Restrepo y Jaramillo, *op. cit.*, 203.

4 Organización Mundial de la Salud, *Documentos básicos*, 48ª ed. (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014), 1.

OBSERVATORIO

DE POLÍTICAS SOCIALES Y DESARROLLO

Coordinación General

Margarita Cedeño

Vicepresidenta de la República y
Coordinadora del Gabinete de Coordinación
de Políticas Sociales

Dirección Técnica

Rosa María Suárez

Directora técnica del
Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales

Contenido

Anna Cristina Hernández R.

Directora del
Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo

Jerson Del Rosario

Investigador cualitativo del
Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo

César Augusto Jiménez S.

Investigador cuantitativo del
Observatorio de Políticas Sociales y Desarrollo

Patricia C. Cáceres Soto

Oscar E. Flores
Apoyo Técnico de Investigación

Diseño gráfico y diagramación

Freddy Alcántara

Corrección de estilo

Alexis Peña

Milena Herazo

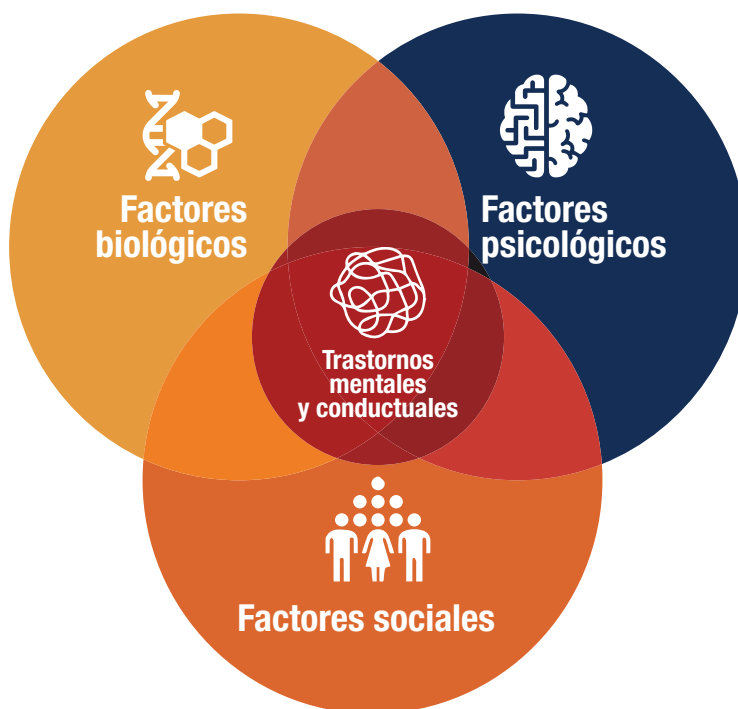


VICEPRESIDENCIA
DE LA REPÚBLICA DOMINICANA



GABINETE DE COORDINACIÓN
DE POLÍTICAS SOCIALES

Lamentablemente, a la salud mental no se le ha concedido la misma importancia que a la salud física, incluso si la aparente distinción entre ambas no es más que «una ficción creada por el lenguaje»⁵, ya que se ha evidenciado que gran parte de las enfermedades llamadas «mentales» y «orgánicas» están influenciadas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. La «separación artificial» de factores biológicos, por un lado, y los factores psicosociales, por otro, solo ha dificultado la comprensión de los trastornos mentales y del comportamiento⁶. Y es que, a pesar de los cambios constantes en la forma de concebir la salud y la enfermedad, el modelo biomédico sigue teniendo predominio, enfocándose más en la segunda que en la primera, y dejando de lado «las mediaciones culturales y sociales que acompañan al sufrimiento humano»⁷.



Elaboración propia con base en la figura 1.1 del *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* (OMS, 2001).

Precisamente, en las décadas de 1970 y 1980 surgen críticas a dicho enfoque, y surge el modelo socioeconómico, movido por el interés de analizar las estructuras y modelos sociales que permiten o impiden a las personas gozar de una buena salud⁸. Es en este contexto donde tiene lugar la Declaración de Alma Ata, en 1978, recogiendo las conclusiones de la Conferencia sobre Atención Primaria en Salud. En esta se reconoce que el desarrollo económico y social es de vital importancia para alcanzar el máximo grado de salud para todos, y que la promoción y la protección de la salud de la población son necesarias para el bienestar humano, la calidad

5 OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* (Ginebra: OMS, 2001), 8.

6 *Ibíd.*

7 María del Carmen Vergara Quintero, «Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad», *Hacia la Promoción de la Salud* 12, (2007): 46-47.

8 Restrepo y Jaramillo, *op. cit.*, 205.

de vida y el alcance de la paz de los países⁹. Este documento tiene un significado emblemático, ya que presenta la Atención Primaria como el factor fundamental para asegurar la salud de todos y todas, siendo esta la entrada al sistema sanitario, y sienta las bases para el cambio en el modelo de atención a la salud mental en América Latina, que tomaría forma con la Declaración de Caracas¹⁰.

El 14 de noviembre de 1990, la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina aprobó la Declaración de Caracas, constituyéndose esta como «la piedra angular de las políticas de salud seguidas en la región»¹¹, y dio paso a la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Declaración de Caracas revisó de modo crítico el llamado «modelo manicomial»¹², que tenía como actor principal al hospital psiquiátrico, y sus principales críticas se resumen en los siguientes argumentos¹³: el ético-jurídico, ya que el mayor cargo hecho al hospital psiquiátrico era el de la violación a los derechos humanos; el clínico, pues la atención prestada llevaba a la cronificación del desorden; el institucional, porque en esas instituciones se establecían relaciones de sumisión y violencia física y emocional; y el económico, dado que el hospital psiquiátrico presentaba muy bajos niveles de costo-efectividad, suponiendo enormes gastos y proveyendo tratamientos inefectivos, los cuales además, no alcanzaban a la mayoría de la población con necesidad de atención a su salud mental.

Como alternativa, la Declaración de Caracas sugirió un modelo enfocado en servicios comunitarios a la salud mental, donde esta se encontrase integrada al sistema de salud, y en particular a la atención primaria, buscando brindar servicios integrales, continuados, comunitarios, contando con la participación de la población y con acciones de promoción y prevención¹⁴.

En República Dominicana, el cambio en el modelo de atención a la salud mental se comenzó a dar con la reforma al sector salud, que tuvo lugar a finales del siglo xx. A casi 30 años de la Declaración de Caracas, cabe preguntar: ¿Qué tanto hemos avanzado? ¿Qué nos queda por hacer? ¿Cuáles son los obstáculos que se nos presentan? En el presente boletín analizaremos la situación actual de la salud y de la enfermedad mental, las acciones que pueden ser tomadas por el Estado, y las políticas existentes en el país enfocadas en la atención de la salud mental, dentro del actual contexto de transición de un modelo manicomial a un modelo comunitario. Además, se examinarán los desafíos y los pasos a seguir.

9 *Ibíd.*, 206.

10 Organización Panamericana de la Salud, *La salud mental en la atención primaria de salud. Los Centros Comunitarios de Salud Mental*, 2005, 9.

11 *Ibíd.*, 7.

12 OPS, *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas* (Washington, D.C.: OPS, 2007), 17.

13 *Ibíd.*, 14.

14 OPS, *La salud mental en la atención primaria de salud*, *op. cit.*, 14.

✚ TRASTORNOS MENTALES: SITUACIÓN ACTUAL

Como se mencionó previamente, a pesar de que la concepción y el abordaje de salud responden, por lo general, a un paradigma hegemónico que pondera lo biomédico, la salud mental va más allá de la mera ausencia de enfermedades: implica un estado de bienestar que abarca factores biológicos, psicológicos y sociales. Muy a menudo, sin embargo, la salud mental se utiliza como una etiqueta bajo la cual se habla de investigaciones o políticas dirigidas específicamente a estados de enfermedad, minimizando sus amplias dimensiones¹⁵. No obstante, visto el aumento cada año de la prevalencia de trastornos mentales, en esta sección nos dedicaremos a analizar, de forma específica, la situación actual de estos y sus repercusiones.

De acuerdo con la teoría de la transición epidemiológica, la cual fundamenta sus postulados en las teorías de transición demográfica¹⁶, los patrones de salud y enfermedad en las sociedades se van transformando en un proceso continuo que responde a cambios «de carácter demográfico, socio-económico, tecnológico, político, cultural y biológico»¹⁷, y que transita de un momento de predominancia de enfermedades transmisibles a otro de predominancia de enfermedades no transmisibles. Desde hace décadas, América Latina y el Caribe se encuentran en un proceso similar, caracterizado por ciertas tendencias demográficas y epidemiológicas, como son el constante aumento de la esperanza de vida al nacer y la progresiva caída en las tasas de mortalidad y fecundidad, aunque con una distribución heterogénea entre países, áreas geográficas y grupos sociales¹⁸. Las enfermedades transmisibles y no transmisibles presentan ambas una alta incidencia¹⁹, pero son estas últimas las que poseen mayor prevalencia, así como las principales responsables de la mortalidad y de la carga de discapacidad en la región²⁰.

Entre las enfermedades no transmisibles que siguen estas tendencias se encuentran los trastornos mentales, los cuales representan una carga cada vez más significativa. Según las estimaciones derivadas del estudio sobre la Carga Mundial de las Enfermedades (GBD por sus siglas en inglés), realizado por el Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (IHME,

15 Restrepo y Jaramillo, *op. cit.*, 208.

16 En las cuales se explica el paso de un estado caracterizado por altas tasas de mortalidad y natalidad, a uno con un fuerte incremento de la población y posteriormente, a otro con tasas muy bajas de mortalidad y natalidad.

17 Fabián Cabrera Marrero, *Transición demográfica, transición epidemiológica: ¿Hacia dónde transita el Caribe?* (2010), 152, <http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/168>.

18 Mariachiara Di Cesare, *El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones* (Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011), 18, <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3852/1/S2011938.pdf>.

19 *Ibíd.*

20 OPS y Universidad de Washington, *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe* (Washington, D.C.: OPS, 2017).

por sus siglas en inglés), la prevalencia de los trastornos mentales ha aumentado en un 45 % entre los años 1990 y 2016 (ver gráfico 1).

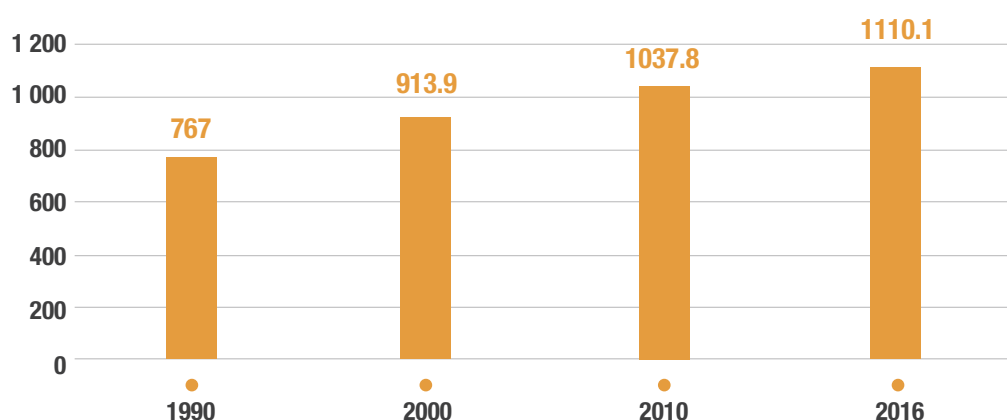
En el año 2016 los trastornos mentales con mayor prevalencia a escala mundial fueron los de ansiedad y los depresivos, presentándose un comportamiento similar en América Latina y el Caribe y en la República Dominicana (ver tabla 1). Además de estos, otros trastornos muy presentes en nuestro país, de acuerdo con estas estimaciones, fueron los de déficit de atención por hiperactividad, aquellos relacionados al consumo de alcohol y bipolares.

Esto concuerda con los datos recolectados por la OMS al evaluar el sistema de salud mental del país²¹ en el 2006, donde se encontró que los diagnósticos más frecuentes en las personas que acudieron a servicios ambulatorios²² fueron de trastornos del estado de ánimo o afectivos (tales como los trastornos depresivos y bipolares) y esquizofrenia. Por su parte, los pacientes admitidos en el entonces Hospital Psiquiátrico Padre Billini pertenecían a los siguientes grupos de diagnósticos: trastornos del estado de ánimo o afectivos, esquizofrenia y otros, como aquellos causados por el uso de sustancias psicoactivas.

21 OPS, Informe sobre el sistema de salud mental en República Dominicana (2008), http://www.who.int/mental_health/dominican_republic_who_aims_spanish.pdf

22 Consulta externa en hospitales generales y hospitales especializados, policlínicas, consultorios y centros comunitarios de salud mental.

Gráfico 1. Prevalencia estimada de trastornos mentales a escala mundial (en millones), 1990-2016



Elaboración propia con datos de *Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results*, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Tabla 1. Trastornos mentales con mayor prevalencia estimada a escala mundial 2016

	Global	América Latina y el Caribe	República Dominicana
Trastornos de ansiedad	274 615 334	24 888 913	428 053
Trastornos depresivos	268 122 819	18 026 189	320 862
Otros trastornos mentales y de uso de sustancias	139 504 873	10 515 491	186 723
Discapacidad de desarrollo intelectual idiopática	114 797 099	3 663 155	55 315
Trastornos por consumo de alcohol	100 389 378	12 001 242	154 463
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	62 624 193	5 198 705	208 129
Trastornos por uso de drogas	62 412 421	4 322 408	65 208
Trastornos del espectro autista	61 614 955	4 921 837	89 820
Desorden de conducta	49 004 983	4 169 517	78 817
Trastorno bipolar	43 907 758	5 342 955	91 184
Esquizofrenia	20 882 983	1 186 521	19 456
Trastornos alimenticios	10 554 209	1 024 010	19 028

Elaboración propia con datos de *Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results*, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

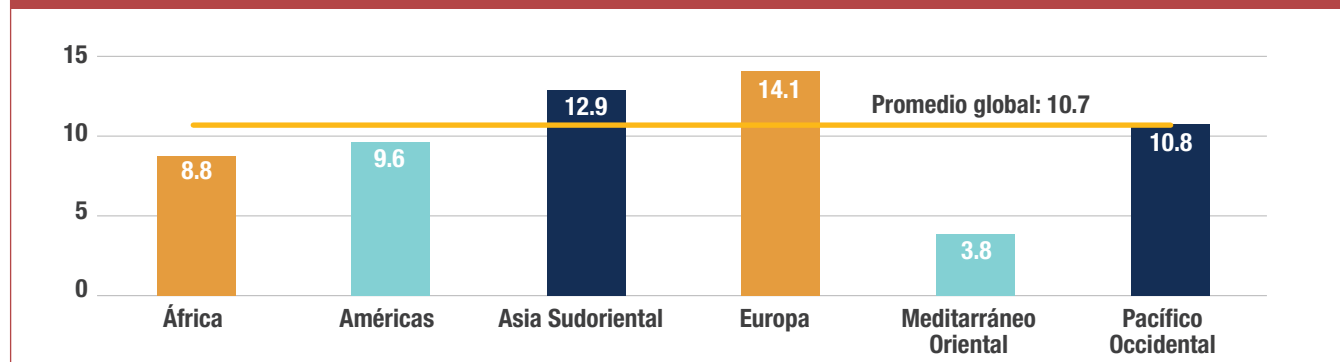
Los trastornos mentales traen consigo grandes repercusiones que se dan en diversas dimensiones, afectando al individuo y su calidad de vida en lo social, en lo económico, en el ámbito familiar y de su comunidad, entre otras. Una de las repercusiones asociadas a estos es el suicidio: los trastornos mentales están presentes en hasta el 90 % de los casos de suicidio que ocurren cada año²³. De acuerdo con datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS²⁴, en el año 2015

23 OMS, *Preventing suicide: a global imperative* (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014), 40.

24 Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, http://www.who.int/gho/mental_health/en/ (consultado el 2 de abril de 2018).

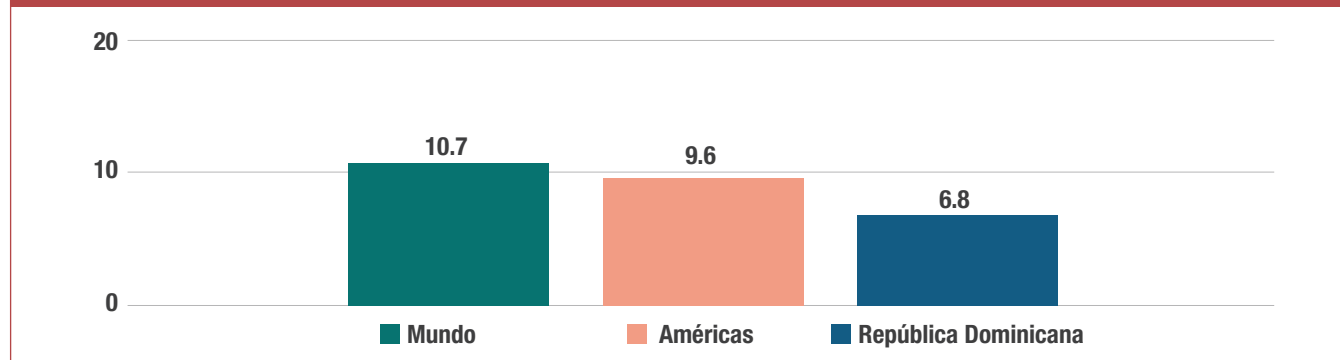
hubo casi 800 000 muertes por suicidio, alcanzando una tasa de 10.7 suicidios por cada 100 000 personas. Como podemos ver en el gráfico 2, las tasas varían significativamente entre cada región, con Europa presentando la mayor tasa de suicidios y el Mediterráneo Oriental la más baja. El continente americano exhibió una tasa menor que el promedio mundial y la República Dominicana, más baja que el promedio regional, como revela el gráfico 3. En los últimos años la cantidad de muertes por suicidio en el país ha ido fluctuando, pero sin presentar variaciones significativas (ver gráfico 4).

Gráfico 2. Tasa cruda de suicidios (por cada 100 000 personas por región, 2015)



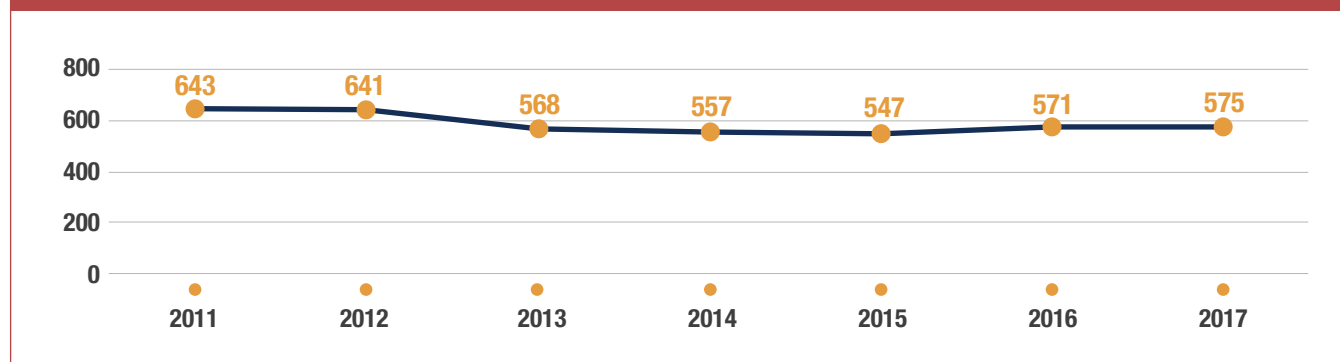
Elaboración propia con datos del Observatorio Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/gho/en/>

Gráfico 3. Tasa cruda de suicidios en el mundo, las Américas y la República Dominicana (por cada 100 000 personas, 2015)



Elaboración propia con datos del Observatorio Global de Salud de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/gho/en/>

Gráfico 4. Cantidad de muertes por suicidio en la República Dominicana, 2011-2017



Elaboración propia con datos del Observatorio de Seguridad Ciudadana de la República Dominicana, *Boletines Estadísticos Anuales*, 2011-2017.

El impacto de los trastornos mentales, sin embargo, no solo se puede medir mediante la morbilidad y la mortalidad, dado que, por lo general, son «extremadamente discapacitantes»²⁵, es decir, acarrear una discapacidad más a menudo que la muerte prematura de la persona²⁶. Por esto, una buena forma de analizar el impacto que tienen es con el cálculo de los *Años Vividos con Discapacidad*²⁷ (YLD, por sus siglas en inglés). El estudio sobre la Carga Mundial de las Enfermedades estimó que, para el año 2010, los trastornos mentales constituían siete de las principales veinte causas de los YLD a escala mundial²⁸. Si a esto agregamos los trastornos neurológicos, ascienden a nueve, representando casi el 50 % de las causas principales (ver tabla 2). En adición, para el 2016, los trastornos mentales continuaban siendo uno de los grupos que más contribuían a la carga no-fatal de enfermedades²⁹.

Al hablar de la carga que puede causar un trastorno, es necesario destacar que las personas con múltiples enfermedades coexistentes constituyen la norma, no la excepción³⁰. Este fenómeno se conoce como *comorbilidad*, o la ocurrencia de dos o más enfermedades en una misma persona, sean dos o más trastornos mentales, o varios trastornos físicos

y mentales. Esto supone graves consecuencias para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la persona afectada³¹. Asimismo, afecta en la discapacidad de esta (aumento en los años vividos con discapacidad) y la carga que supone para la familia, que aumenta de manera proporcional.

Las personas con trastornos mentales presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedades físicas, por causa de una función inmune disminuida, poco seguimiento a tratamientos médicos, y barreras sociales para obtener tratamiento³². La situación se da también al revés, como se demostró en Colombia con la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015: en las personas con enfermedades gastrointestinales, la prevalencia de trastornos mentales fue 14.9 veces la de las personas en el mismo grupo etario sin ninguna condición crónica³³. Por otra parte, la presencia de un trastorno mental aumenta el riesgo de discapacidad o muerte prematura de otras enfermedades crónicas, tales como la diabetes, el VIH/SIDA y las enfermedades cardiovasculares³⁴. La depresión, por ejemplo, puede empeorar el curso de otras enfermedades crónicas debido a su efecto en los factores proinflamatorios, el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (que controla las reacciones de estrés y regula procesos como la digestión, las emociones, el sistema inmune, entre otros), el sistema nervioso autónomo, y los factores metabólicos³⁵.

25 Di Cesare, *El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe*, op. cit., 13.

26 OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, op. cit., 37.

27 Se calculan al multiplicar la prevalencia de un trastorno por la pérdida, a corto o a largo plazo, de salud asociada con la discapacidad (peso de la discapacidad).

28 Theo Vos et al., «Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010», *The Lancet* 380, (2012): 2163–96, doi: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2

29 Theo Vos et al., «Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016», *The Lancet* 390, (2017): 1243, doi: 10.1016/S0140-6736(17)32154-2.

30 Jose M. Valderas et al., «Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services», *Annals of Family Medicine* 7, n.º 4 (2009): 357, doi: 10.1370/afm.983.

31 OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, op. cit.

32 OMS, *Improving health systems and services for mental health* (Ginebra: OMS, 2009), 2.

33 Nathalie Tamayo Martínez et al., «Prevalencia de trastornos del afecto y de ansiedad en personas con condiciones crónicas. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015», *Revista Colombiana de Psiquiatría* 45, supl. 1 (2016): 141, doi: 10.1016/j.rcp.2016.06.001.

34 OMS, *Investing in mental health: evidence for action* (Ginebra: OMS, 2013), 17.

35 Wayne J. Katon, «Epidemiology and Treatment of Depression in Patients with Chronic Medical Illness», *Dialogues in Clinical Neuroscience* 13, n.º 1 (2011): 7.

Tabla 2. Principales 20 causas de años vividos con discapacidad (YLD), 2010

1	Lumbalgia (dolor lumbar)	11	Osteoartritis
2	Trastorno depresivo mayor	12	Trastornos por uso de drogas
3	Anemia ferropénica	13	Pérdida de audición
4	Dolor de cuello	14	Asma
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	15	Trastornos por consumo de alcohol
6	Otros desórdenes musculoesqueléticos	16	Esquizofrenia
7	Trastornos de ansiedad	17	Accidentes de tránsito
8	Migraña	18	Trastornos bipolares
9	Diabetes	19	Distimia (trastorno depresivo persistente)
10	Caidas	20	Epilepsia

Fuente: *Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010* (Vos et al., 2012).

Otro tipo de impacto lo constituyen los costos económicos que acarrearán los trastornos mentales, los cuales son muy altos. Para los hogares, representan menos ingresos por los gastos, a veces exorbitantes, en servicios de salud; mientras que a escala nacional se relacionan con altas tasas de desempleo y un pobre desempeño en el trabajo, limitando la participación laboral y la producción³⁶. De acuerdo con un estudio del Foro Económico Mundial y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, el impacto global acumulado de los trastornos mentales, en términos de producción económica perdida desde el 2010 hasta el 2030, ascenderá a 16 billones de dólares³⁷.

Las personas con trastornos mentales han sido objeto de estigmatización, discriminación y exclusión social por mucho tiempo, teniendo que enfrentar un proceso de «doble enfermedad»³⁸: los síntomas propios de su trastorno, y los efectos del estigma social al que está asociado este. Entre estos efectos se encuentran el auto-estigma, o la interiorización de las nociones negativas asociadas a los trastornos mentales y la pérdida de importantes oportunidades de vida como el acceso a un buen empleo o a una vivienda de calidad³⁹. El estigma hacia los trastornos mentales dificulta también la búsqueda de atención a la salud por parte de personas que la necesitan, comprometiendo su tratamiento y rehabilitación⁴⁰.

Tomando en cuenta las tendencias epidemiológicas que los países del mundo experimentan en la actualidad —y especialmente América Latina y el Caribe—, y que la prevalencia de los trastornos mentales va en aumento, se espera que estos continúen siendo un gran componente de la carga global de enfermedades en las próximas décadas⁴¹. Dado su impacto negativo en la calidad de vida de las personas, sus familias y sus comunidades, el alto costo económico que representan, tanto a escala individual como nacional, y por ser una causa importante de discapacidad, mortalidad, estigmatización, discriminación y exclusión, los trastornos mentales (y en su sentido más amplio, la salud mental) se constituyen como una cuestión urgente no solo para la salud pública, sino también para el desarrollo económico y el bienestar social⁴².

36 OMS, *Investing in mental health*, op. cit.

37 D. E. Bloom et al., *The global economic burden of non-communicable diseases* (Ginebra: Foro Económico Mundial, 2011), 5.

38 Jimena Cazzaniga Pesenti y Anabel Suso Araico, *Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma* (2015), 23, <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>.

39 Patrick Corrigan, «How Stigma Interferes With Mental Health Care», *American Psychologist* 59, n.º 7 (2004): 614–625, doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614.

40 *Ibid.*

41 Vos et al., «Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016», op. cit.

42 OMS, *Investing in mental health*, op. cit., 7.

LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO

En su Constitución, la OMS declaró que toda persona tenía el derecho fundamental a gozar del grado máximo de salud que se pudiese lograr, sin distinción de raza, religión, condición socioeconómica o ideología política⁴³. También, afirmó que la salud de todos los pueblos era una condición vital en el alcance de la paz y la seguridad, dependiendo de la más amplia cooperación de personas y Estados. Además, entre las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible n.º 3, orientado a la salud y el bienestar⁴⁴, se encuentran la promoción de la salud mental y el bienestar, así como la prevención y tratamiento del abuso a sustancias adictivas.

En nuestro país, diversos instrumentos legales afirman el compromiso del Estado con la salud y bienestar de la población, como la Constitución de la República Dominicana, la Ley General de Salud, y la Ley de Salud Mental, en la cual se define la salud mental como un «bien público a ser promovido y protegido por el Estado a través de políticas públicas, planes de salud mental y medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial, educativo y de otra índole que serán revisadas periódicamente»⁴⁵. En la Estrategia Nacional de Desarrollo (Ley 1-12), una de las líneas de acción asumidas dentro del objetivo general de *Salud y seguridad social integral*, es la de asegurar la provisión de servicios de salud mental de calidad a la población que lo requiera⁴⁶.

Ciertamente, los Estados son responsables de la salud mental y física de los ciudadanos y ciudadanas, por lo que es necesario que velen por el desarrollo y la aplicación de políticas de salud mental. Es preciso entender que la atención a la salud mental no está limitada a los servicios tradicionales, sino que tiene posibilidades de impactar en diversas dimensiones, como son la individual, la familiar, la comunitaria, la de servicios de atención primaria, secundaria y especializada, los organismos de otros sectores sociales y la sociedad en general⁴⁷. Entre las acciones que puede asumir un gobierno para mejorar la salud mental de su población, se encuentran⁴⁸:

43 OMS, Documentos básicos, op. cit.

44 Véase Portal de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.

45 Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, *Ley sobre Salud Mental n.º 12-06* (Santo Domingo: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, 2006), 11.

46 Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, *Ley 1-12 Estrategia Nacional de Desarrollo 2030* (Santo Domingo, R.D.: Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, 2012), 40.

47 Fernando Sánchez Martínez y Franklin Gómez Montero, *Salud mental en la comunidad: guía para la acción* (Santo Domingo: SESPAS, 2002), 34.

48 OMS, *Investing in mental health*, op. cit., 12.

- Proveer mejor información, concienciación y educación sobre salud mental y trastornos mentales;
- Proveer mejores (y mayores) servicios de salud y cuidados a segmentos de la población desatendidos y con necesidades insatisfechas;
- Proveer mejor protección social y financiera a personas con trastornos mentales, particularmente a aquellos en grupos vulnerables;
- Proveer mejor protección legislativa y apoyo social a personas, familias y comunidades afectadas por trastornos mentales.

🔗 ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA REP. DOM.

En nuestro país, por mucho tiempo, el acceso a servicios de salud mental ha sido limitado, ya que hasta hace poco el Hospital Psiquiátrico Padre Billini conocido popularmente como el «28» había constituido la respuesta oficial a la salud mental, y en general los servicios ofrecidos a nivel privado han sido siempre muy costosos⁴⁹. Asimismo, los psiquiatras y psicólogos se encontraban concentrados en la capital y prevalecían muchos prejuicios en torno a estos profesionales. Aunque las actividades comunitarias en salud mental se iniciaron en la década de 1970, estas no lograron ser mantenidas y desarrolladas de forma homogénea⁵⁰. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, a finales del siglo XX se comenzó a reformar el sistema de salud en el país y en el 2001 se promulgaron las leyes n.º 42-01 (Ley General de Salud) y 87-01 (Ley de Seguridad Social). Es en este contexto donde se diseñó un plan para el reordenamiento de la Red Nacional de Atención en Salud Mental.

En el año 2006 se promulgó la Ley de Salud Mental (Ley n.º 12-06) y fueron actualizadas las Normas Nacionales para la Atención en la Salud Mental⁵¹, quedando trazados de este modo los lineamientos de la Red Nacional de Atención, con el objetivo de garantizar la atención a toda la población dominicana, en todo el territorio nacional, priorizando los servicios en la comunidad y reduciendo al máximo la necesidad de hospitalización⁵². El nuevo modelo que asume el país es un modelo integral que propone abordar «tareas de promoción de la salud mental, preventivas, asistenciales, rehabilitadoras y de reinserción social»⁵³, donde los cuidados de salud mental están integrados a la Red Sanitaria General y exista una estrecha coordinación entre las estructuras de los diferentes grados de complejidad.

49 Pedro Acosta, Carles Roersch y Elupina Tirado, eds., *Salud mental en la República Dominicana y alternativas de tratamiento* (Santo Domingo: Instituto de Medicina Dominicana, 1997).

50 Sánchez y Gómez, *Salud mental en la comunidad: guía para la acción*, op. cit., 33.

51 OPS, *Informe sobre el sistema de salud mental en República Dominicana*, op. cit.

52 SESPAS, *Normas Nacionales para la Atención en la Salud Mental*, 2da. ed. (Santo Domingo: SESPAS, 2006).

53 *Ibid.*, 37.

El primer nivel de atención abarca los servicios de atención ambulatoria y se centra en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, así como el seguimiento a pacientes, incluyendo las urgencias y la atención domiciliaria. El segundo nivel presenta acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieren internamiento de corta estadía, para atender a las personas que han sido referidas del primer nivel. En el tercer nivel se ofrecen programas de tratamiento con modalidad de internamiento completo en unidades especializadas.

La OMS, al aplicar su *Instrumento para la Evaluación de Sistemas de Salud Mental* (IESM-OMS) en la República Dominicana, concluyó que el país iba en avance con relación a los acuerdos de la Declaración de Caracas de 1990, desarrollando los componentes de asistencia ambulatoria e instalando unidades de salud mental en hospitales generales⁵⁴. No obstante, encontró diversas limitaciones y desafíos latentes, entre los cuales se encuentran:

- **Baja asignación de recursos para la salud mental con relación a las necesidades de la población dominicana.**

- **Poca accesibilidad de medicamentos psicotrópicos esenciales para pacientes pobres que acuden a servicios ambulatorios.**

- **La ausencia de un organismo nacional para la vigilancia de los derechos humanos, con autoridad para supervisar e inspeccionar los establecimientos de salud mental.**

- **Concentración de los servicios en las zonas urbanas, dificultando el acceso a las personas que habitan en zonas rurales.**

- **Necesidad de mayores servicios dedicados exclusivamente a la población infanto-juvenil.**

- **Alta prevalencia del pluriempleo en psiquiatras, psicólogos/as y enfermeros/as, quienes trabajan en la práctica pública y privada, limitando un adecuado desempeño.**

- **Limitado desarrollo de asociaciones de personas con trastornos mentales y familiares.**

- **Falta de disposición legal con relación a la prioridad en vivienda estatal y en planes de subsidio de vivienda para personas con trastornos mentales graves.**

- **Datos limitados sobre diagnósticos, admisiones y duración de las estadías de las personas, ya que por lo general eran recolectados por conglomerado.**

- **Ausencia de datos sobre el sector privado.**

- **Debilidad generalizada en términos de investigación sobre salud mental.**

54 OPS, *Informe sobre el sistema de salud mental en República Dominicana*, op. cit., 6.

El proceso en el que se encontraba el país, poniendo en marcha una estrategia de apertura de nuevas unidades de salud mental en hospitales generales, se llevaba a cabo con miras a la reducción de la hospitalización en el Hospital Psiquiátrico Padre Billini, el cual seguía siendo focal en el sistema nacional⁵⁵. La Ley de Salud Mental, en su artículo 43, ordenaba que la función de este sería modificada progresivamente al desarrollar estructuras alternativas para la atención a este renglón de la salud⁵⁶. Este compromiso se cumple en el año 2016 cuando, mediante la *Resolución n.º 000019-16* del Ministerio de Salud Pública (MSP), cambió su denominación de hospital psiquiátrico a Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)⁵⁷. En esta resolución se dispuso también la habilitación de Unidades de Intervención en Crisis en cada hospital regional y en los Hospitales de Referimiento Nacional.

El Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Billini asume el propósito de ayudar a personas con enfermedades mentales graves a recuperar un mayor grado de autonomía personal y social, y de fungir como residencia para las personas con enfermedad mental de larga evolución que no cuentan con apoyo familiar, y personas privadas de libertad con algún tipo de alteración mental. En el 2017, se inauguró el Centro de Rehabilitación Psicosocial Villa Liberación, ubicado en la provincia de San Juan de la Maguana, constituyéndose como «el primer centro a nivel de provincia del modelo en todo el país»⁵⁸. Este centro serviría como punto de referencia para el desarrollo del nuevo modelo de atención en salud mental en las demás provincias del país.

55 *Ibíd.*

56 SESPAS, *Ley sobre Salud Mental* n.º 12-06, *op. cit.*, 29.

57 Ministerio de Salud Pública, *Resolución n.º 000019-16 que crea las Unidades de Intervención en Crisis (de Salud Mental) y modifica la función y denominación del Hospital Psiquiátrico Padre Billini del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) a Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Billini (Centro de Salud Mental Padre Billini)*, 2016, <http://www.msp.gov.do/oai/BaseLegalResoluciones.html>.

58 «MS Inaugura centro de rehabilitación sicosocial en SJM», MSP, <http://www.msp.gov.do/MS-Inaugura-centro-de-rehabilitacion-sicosocial-en-SJM> (consultado el 4 de abril de 2018).



La Dirección General de Salud Mental (DGSM) del MSP tiene como objetivo «garantizar a toda la población su derecho al acceso a la atención de su salud mental»⁵⁹ y es la encargada de diseñar y ejecutar las políticas de atención a la salud mental de la población, con énfasis en el primer nivel de atención. Entre las acciones que desarrolla se encuentran intervenciones dirigidas a prevenir la depresión en la población, así como para reducir la incidencia de intentos suicidas. Para esto han desarrollado acciones de capacitación del personal de atención primaria y salud para la detección precoz de la depresión y prevención de la conducta suicida, todo conforme a la Guía del Programa Mundial para la Reducción de Brechas en Salud Mental de la OMS (mhGAP).

59 SESPAS, *Normas Nacionales para la Atención en la Salud Mental*, *op. cit.*, 15.

Red Nacional de Atención a la Salud Mental



Elaboración propia con datos de *Normas Nacionales para la Atención en la Salud Mental* (SESPAS, 2006) y *Resolución n.º 000019-16* (MSP, 2016).

Por otra parte, actualmente la DGSM ejecuta, en conjunto con el Servicio Nacional de Salud y la organización Society for Family Health, el proyecto «*El poder de la atención primaria en los servicios de salud mental en la República Dominicana*», el cual tiene el objetivo de mejorar el impacto y la sostenibilidad de los servicios de salud mental⁶⁰. El proyecto se ejecutará en las provincias de Barahona, Puerto Plata, Salcedo, Monte Plata y Santo Domingo, donde se buscará mejorar la calidad en la detección, el diagnóstico y el cuidado de las enfermedades mentales más comunes, realizando un análisis de la situación de la población.

La Ley de Salud Mental, en su artículo 29, asigna a la DGSM la responsabilidad del establecimiento de programas permanentes especiales que den atención a problemas de gran trascendencia social, entre los cuales menciona la salud mental infanto-juvenil, la psicogeriatría, las dependencias de sustancias y otros trastornos adictivos y los servicios de atención a víctimas de violencia⁶¹. En este sentido, la DGSM desarrolla los siguientes programas⁶²:

- El programa **Crianza Saludable**, el cual se propone capacitar en elementos de una buena crianza tanto a padres y madres como a tutores y cuidadores, abriendo en la comunidad y en el propio hogar espacios de reflexión y entrenamiento temprano propiciando el desarrollo de vínculos sanos para la formación de ciudadanos responsables y éticos en el seno de la familia y la sociedad.

- El programa de **Prevención de la Violencia**, que gestiona e lleva a cabo una serie de acciones de promoción, prevención, detección y normalización de los servicios que ofrece el MSP con el propósito de reducir la violencia intrafamiliar, social y de género, y sus efectos en toda la población dominicana.

60 «Ministerio, entidades de salud firman acuerdo para desarrollar proyectos de apoyo a la salud mental», MSP, <http://www.msp.gob.do/article/ministerio-entidades-de-salud-firman-acuerdo-para-desarrollar-proyectos-de-apoyo-la-salud> (consultado el 4 de abril de 2018).

61 SESPAS, *Ley sobre Salud Mental* n.º 12-06, op. cit., 24

62 Véase: <http://www.msp.gob.do/dgsm-programas>.

- El programa de **Protección de la Salud Mental en Situación de Desastre**, que tiene como objetivo la protección de la salud mental de las personas que se ven afectadas por una situación de desastre, desarrollando una estrategia de intervenciones sistemáticas realizadas por equipos de apoyo psicosocial. En el país existen equipos preparados para dar respuesta rápida y adecuada en áreas prioritizadas, y cuenta además con un Protocolo Práctico de Apoyo Psicosocial en Situaciones de Desastres.

- El programa de **Promoción de la Salud Mental en Envejecientes**, el cual busca fomentar estilos de vida saludables a partir de intervenciones desde los Centros Comunitarios de Salud Mental, contribuyendo a la protección de la salud mental de este segmento de la población involucrando a familiares y cuidadores.

- El programa de **Prevención y Tratamiento del Abuso y Dependencia a Sustancias**, que tiene el objetivo de fortalecer los factores protectores para reducir el consumo de alcohol y otras drogas en la población nacional. Además, este programa tiene a su cargo la conformación, ejecución y seguimiento de una red nacional de atención integral a las dependencias basada en el primer nivel de atención. Esta red tuvo inicio con la creación y funcionamiento del Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID) como plan piloto, con miras a ser replicado a escala nacional.

- El programa de **Clínica de Pacientes de Larga Evolución (CLIPLE)**, el cual se distingue de las demás intervenciones programáticas de salud colectiva, ya que se trata de un programa de intervención ambulatoria. Este se dirige a personas con trastornos mentales de larga evolución (esquizofrenia y trastornos bipolares), buscando proveerles una atención integral, de modo que esté garantizada su recuperación e integración familiar, laboral y social en la comunidad. Se han establecido alianzas estratégicas interinstitucionales gubernamentales y no gubernamentales para la provisión de psicofármacos a las personas usuarias de los servicios de salud mental, como parte de los componentes de este programa.

Existen otros actores gubernamentales que también ejecutan líneas de acción relacionadas con la salud mental, entre los cuales se puede mencionar el Consejo Nacional de Drogas. Esta institución cuenta con una Dirección de Políticas de Atención, Rehabilitación e Integración Social, y una Dirección de Reducción de la Demanda, desde donde se llevan a cabo diversas campañas de prevención de consumo de sustancias enfocadas a diversos segmentos poblacionales⁶³. Por otro lado, el Ministerio de la Mujer⁶⁴ cuenta con un Departamento de Prevención y Atención de Violencia, donde se ofrecen servicios de asesoría y terapia psicológica a personas que han sido víctimas de violencia de género o intrafamiliar.

El programa Progresando con Solidaridad (PROSOLI)⁶⁵ lleva a cabo diversos proyectos y líneas de acción de importancia a la salud mental de su población participante, tales como el proyecto de Salud Mental en Jóvenes, dedicado a la orientación de adolescentes y jóvenes en condiciones de riesgo y vulnerabilidad en temas de sexualidad responsable, socioafectividad, prevención del suicidio, depresión y ansiedad, y el proyecto de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) Sobrevivientes de Femicidios, el cual se propone proteger sus derechos a través de un acompañamiento profesional personalizado para manejo de duelo, entre otros.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el mundo existe una amplia brecha entre las personas que presentan algún tipo de trastorno mental y aquellas que reciben el cuidado y tratamiento preciso. La atención primaria a la salud mental ayuda a reducir esta brecha, pues facilita el acceso a servicios más cercanos a los hogares y comunidades⁶⁶. El reto actual para República Dominicana es seguir ampliando la gama de servicios brindados desde el Primer Nivel de Atención, fortaleciendo la intervención

temprana y evitando que los casos alcancen un alto grado de cronicidad. Se debe resaltar aquí la necesidad de facilitar el acceso a las personas que habitan en zonas rurales.

A través de la Atención Primaria en Salud se facilitan además las acciones de promoción de la salud mental⁶⁷, y estas, a su vez pueden prevenir el desarrollo de trastornos mentales⁶⁸. En adición, al promover la salud mental se puede lograr un fortalecimiento en las relaciones sociales, estrategias de afrontamiento más efectivas, disminución de los niveles de violencia y de abuso de alcohol, mejor calidad de vida y mayor inclusión social. Otro objetivo importante debe ser el de la educación y sensibilización pública, con miras a la reducción del estigma asociado a las enfermedades mentales y de la discriminación sufrida por las personas con trastornos de este tipo. Además de los obstáculos que impiden el acceso a los servicios de salud mental, en los imaginarios sociales de la población dominicana persisten muchos prejuicios en lo relativo a salud y enfermedad mental, por lo cual es preciso continuar fortaleciendo los componentes de promoción y prevención, con énfasis en educación para la salud mental.

Se debe fomentar que las personas con trastornos mentales, así mismo sus familiares y redes de apoyo, se organicen y participen en el diseño de las políticas públicas que les conciernen, de modo que estas respondan a sus realidades y sus necesidades. Es necesario que se le dé voz a un segmento de la población que, por mucho tiempo, ha sido excluido de la vida social.

Para implementar políticas que sean eficientes, efectivas y sostenibles es preciso disponer de información certera y actualizada. Como se mencionó anteriormente, una de las limitaciones del sistema de salud mental dominicano es la limitada información que se posee, por lo cual deben de ser optimizados los procesos de captación y registro de datos sobre salud mental desde los establecimientos de salud, y desarrollar sistemas de información y bases de datos de fácil uso y libre acceso. De este modo, se facilita la vigilancia epidemiológica, se identifican cuáles son las mayores vulnerabilidades y dónde yacen, mejorando así el proceso de diseño de políticas públicas que estén alineadas a las necesidades de la población, además de su posterior monitoreo y evaluación. Finalmente, es vital que se fomenten las investigaciones científicas sobre temas de salud mental, desde los enfoques de diversas disciplinas como la psicología, la sociología, el trabajo social, la enfermería, la medicina y la antropología, entre otras, para que las intervenciones se diseñen orientadas por la evidencia empírica acumulada y las mejores prácticas en el cuidado de la salud mental.

⁶⁷ *Ibíd.*

⁶⁸ OMS, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report* (Ginebra: OMS, 2004).

⁶³ Véase: Portal del Consejo Nacional de Drogas, <http://consejodedrogasrd.gob.do/index.php/servicios>.

⁶⁴ Véase: Portal del Ministerio de la Mujer, <http://mujer.gob.do/index.php/servicios>.

⁶⁵ Véase: Portal del Programa Progresando con Solidaridad, <http://progresandoconsolidaridad.gob.do/proyectos/>.

⁶⁶ OMS y World Organization of Family Doctors, *Integrating mental health into primary care: a global perspective (2008)*, www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintoprimarycare/en/.



OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

PAZ, JUSTICIA E INSTITUCIONES SÓLIDAS

El Objetivo de Desarrollo Sostenible n.º 16 de *Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas*, a través de sus doce (12) metas, promueve el estado de derecho y el desarrollo, busca garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos, reducir todas las formas de violencia, las tasas de mortalidad en el mundo, la corrupción, el soborno en todas sus formas, así como crear instituciones eficaces y transparentes, promoviendo además la aplicación de leyes y políticas no discriminatorias en favor del desarrollo sostenible.



Indicador ODS 15.1.1:

proporción de la población que no tiene miedo de caminar sola cerca de donde vive



Porcentaje de la población de 12 años y más de edad que ha dejado de realizar alguna actividad por miedo a la delincuencia y el crimen



0.8%

Dejar de estudiar

4.9%

Participar en actividades de su barrio y comunidad

14.4%

Dejar de divertirse

2.0%

Dejar de trabajar

4.8%

Dejar de visitar amigos y familiares

22.2%

Dejar de salir de casa

2.0%

Dejar de salir de vacaciones

54.2%

Ninguna

2.6%

Otro

PORCENTAJE DEL TOTAL POR ZONA DE RESIDENCIA

URBANA

74.4 %

RURAL

25.6 %

Fuentes:

ENHOGAR 2015, Oficina Nacional de Estadística (ONE).

Imágenes y logos

Imagen de indicador y logo propiedad de las Naciones Unidas. Se usaron como apoyo visual y fueron tomados de su portal <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible>

 @enfoquesocialdo

info.opsd@gabsocial.gob.do | (809) 534-2105 Ext.: 860
www.enfoquesocial.do | www.opsd.gob.do