

Política Nacional de Salud Mental

2012 – 2021



"De la atención hospitalaria a la atención comunitaria"

Política Nacional
de Salud Mental
2012 – 2021



362.2

S623s Costa Rica. Ministerio de Salud.

Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. —San José, Costa Rica: El Ministerio, 2012.

138 p.; 28 cm.

ISSN 978-9977-62-125-8

1. Salud mental. 2. Costa Rica. I. Título.

Este documento puede ser consultado en:

www.ministeriodesalud.go.cr

El contenido de este documento puede ser reproducido o transmitido por cualquier medio electrónico, mecánico, de fotocopiado, grabación y otros, siempre y cuando sea usado para fines de Salud Mental, académicos, investigativos y a favor de la promoción de la Salud Mental exclusivamente. Este es el esfuerzo de muchas personas comprometidas con la salud.

CRÉDITOS

DIRECCIÓN Y CONDUCCIÓN EN LA ELABORACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE Salud Mental 2012-2021

DIRECCIÓN POLÍTICA

Doctora Daisy María Corrales Díaz, M.Sc. Ministra de Salud

Doctora Sisy María Castillo Ramírez, Médica Psiquiatra. Viceministra de Salud

COMITÉ DE REVISIÓN TÉCNICA

Sisy María Castillo Ramírez

Francisco Gólcher Valverde

Carmen Macanche Baltodano

Médica Psiquiatra. Viceministra de Salud

Médico Psiquiatra. Ministerio de Salud

Médica Psiquiatra. Ministerio de Salud

Patricia Barquero Sanabria

Ingrid Dormond Herrera

Patricia Orozco Carballo

Karla Patiño Martínez

Virginia Rosabal Camarillo

Lilia Uribe López

Psicóloga. Ministerio de Salud

Médica Psiquiatra. Clínica Marcial Rodríguez. Alajuela

Médica Psiquiatra. IAFA

Enfermera en Salud Mental. C.C.S.S

Médica Psiquiatra. C.C.S.S

Médica Psiquiatra. Hospital Nacional Psiquiátrico.
C.C.S.S

INDICE

| | |
|--|-----------|
| CRÉDITOS..... | 3 |
| PRESENTACIÓN..... | 9 |
| PRÓLOGO..... | 11 |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 13 |
| 1.1 Antecedentes..... | 13 |
| 1.2 Justificación..... | 15 |
| 1.3 Metodología..... | 16 |
| 1.3.1 Formulación..... | 16 |
| 1.3.2 Implementación..... | 18 |
| 1.3.3 Seguimiento y Evaluación..... | 18 |
| II. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD MENTAL..... | 19 |
| 2.1 Diagnóstico..... | 19 |
| 2.1.1 Determinantes de la Salud Mental..... | 19 |
| 2.2 Ámbito jurídico..... | 27 |
| 2.2.1 Internacional..... | 27 |
| 2.2.2 Nacional..... | 27 |
| 2.3 Ámbito social..... | 30 |
| III. MARCO CONCEPTUAL: | |
| MODELO DE SALUD COMO PRODUCTO SOCIAL..... | 31 |
| 3.1 La salud como producto social..... | 31 |
| 3.2 Construcción del concepto de Salud Mental..... | 33 |
| 3.2.1 Definición de Salud Mental para Costa Rica, de acuerdo a la Comisión Nacional de Salud Mental 2012..... | 34 |
| 3.3 Modelo explicativo acerca de la producción social de la Salud Mental..... | 35 |
| 3.4 Rectoría de la Producción social de la Salud Mental..... | 40 |
| IV. PRINCIPIOS Y ENFOQUES DE LA POLITICA | 42 |
| 4.1 Principios..... | 42 |
| 4.1.1 Equidad..... | 42 |
| 4.1.2 Universalidad..... | 42 |

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 4.1.3 | Solidaridad..... | 42 |
| 4.1.4 | Igualdad sustantiva..... | 42 |
| 4.1.5 | Etica..... | 43 |
| 4.1.6 | Calidad y calidez..... | 43 |
| 4.1.7 | Autonomía..... | 43 |
| 4.2 | Enfoques..... | 43 |
| 4.2.1 | Derechos Humanos..... | 43 |
| 4.2.2 | Género..... | 43 |
| 4.2.3 | Diversidad..... | 44 |
| 4.2.4 | Integración..... | 44 |
| 4.2.5 | Inclusión Social..... | 44 |
| 4.2.6 | Participación activa..... | 44 |
| 4.2.7 | Desarrollo humano sostenible..... | 45 |
| 4.2.8 | Evidencias científica y buenas prácticas en Salud Mental..... | 45 |
| V. | CARACTERÍSTICAS DE LA POLITICA..... | 46 |
| VI. | OBJETIVOS Y EJES DE LA POLITICA..... | 47 |
| 6.1 | Objetivo general..... | 47 |
| 6.2 | Objetivos específicos..... | 47 |
| 6.2.1 | Eje biológico..... | 47 |
| 6.2.2 | Eje ambiental..... | 47 |
| 6.2.3 | Eje económico-social-cultural..... | 47 |
| 6.2.4 | Eje sistemas y servicios de salud..... | 48 |
| 6.2.5 | Eje de fortalecimiento institucional..... | 48 |
| VII. | LINEAMIENTOS DE LA POLITICA..... | 48 |
| VIII. | PLAN DE ACCIÓN 2012-2021..... | 57 |
| IX. | MODELO DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA..... | 68 |
| | Eje Biológico..... | 69 |
| | Eje Ambiental..... | 70 |
| | Eje Socio Económico Y Cultural..... | 71 |
| | Eje Sistema Y Servicios De Salud..... | 73 |
| 9.1. | Monitoreo y evaluación..... | 74 |
| 9.1.1 | Objetivos del monitoreo..... | 74 |
| 9.1.2 | Responsables del monitoreo y evaluación..... | 74 |

| | |
|--|-----------|
| X. CRONOGRAMA DE LA POLÍTICA NACIONAL | |
| DE SALUD MENTAL 2012-2021 | 75 |
| XI. BIBLIOGRAFÍA | 77 |
| ANEXOS | 81 |

| | |
|--|------------|
| Anexo N° 1 Participantes en la construcción y validación | |
| de la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 | 83 |
| ANEXO N° 2 Declaraciones, Principios y Decretos Ejecutivos vigentes | 87 |
| 2-1 Declaración de Caracas..... | 87 |
| 2.2 Declaratoria de Corobicí..... | 90 |
| 2-3 Principios de Brasilia..... | 93 |
| 2-4 Decreto Ejecutivo N° 20665-S..... | 98 |
| ANEXO N° 3 DETERMINANTES BIOLÓGICOS | 101 |
| 3-1 Genes Asociados a Trastornos Mentales en la | |
| Población Costarricense..... | 101 |
| 3-2 Heredabilidad para un grupo de enfermedades mentales..... | 102 |
| 3-3 Trastornos del Desarrollo..... | 103 |
| 3-4 Esquizofrenia..... | 105 |
| 3-5 Trastorno Bipolar..... | 106 |
| 3-6 Demencias..... | 107 |
| ANEXO N° 4 DETERMINANTES AMBIENTALES | 110 |
| 4-1 Porcentaje de tugurios en Costa Rica, 2000-2009..... | 110 |
| 4-2 Gestión de Residuos Sólidos..... | 110 |
| 4-3 Agua sometida a control de calidad..... | 111 |
| 4-4 Contaminación sónica..... | 111 |
| ANEXO N° 5 DETERMINANTES SOCIO ECONÓMICOS Y CULTURALES | 112 |
| 5-1 Suicidios..... | 112 |
| 5.2 Homicidios..... | 114 |
| 5.3 Accidentes de tránsito..... | 116 |
| 5.4 Violencia intrafamiliar..... | 116 |
| 5.4.2 Porcentajes de Violencia intrafamiliar según Provincias..... | 117 |
| 5-5 Consumo de drogas..... | 118 |
| 5-6 Pobreza..... | 121 |

| | |
|---|-----|
| 5-7 Deserción escolar I y II ciclos..... | 122 |
| ANEXO N° 6 DETERMINANTES DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD..... | 123 |
| 6-1 Causas de Consultas por trastornos mentales y del comportamiento, CCSS, 2010..... | 123 |
| 6-2- Morbilidad según egreso hospitalario por región de salud..... | 123 |
| 6-3 Egresos hospitalarios según centro médico y sexo..... | 124 |
| 6-4 Red de Esquizofrenia..... | 125 |
| 6-5 Atenciones por fármaco dependencias en los CAIS..... | 127 |
| 6-6 Atenciones en los CEN-CINAI..... | 127 |
| 6-7 Atenciones por trastornos mentales en centros privados..... | 128 |
| ANEXO N°7 INDICADORES DE SALUD MENTAL PRIORIZADOS..... | 129 |
| ANEXO N° 8 RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL..... | 131 |
| 8.1 Número de psiquiatras por habitantes según región..... | 131 |
| 8.2 Otros Recursos Humanos en Salud Mental..... | 132 |
| 8.3 Enfermeras especialistas en Salud Mental según lugar de trabajo..... | 133 |
| ANEXO N° 9 GLOSARIO DE TÉRMINOS..... | 135 |

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud, como ente Rector en Salud, presenta a la comunidad nacional e internacional, la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, en donde se definen los principios, los enfoques, los lineamientos y el plan de acción de Salud Mental para el país. Dicha política se hace con base en el análisis de la situación nacional por determinantes, y con el apoyo de varios sectores e instituciones, lo que permite el desarrollo de acciones intersectoriales e interinstitucionales; que en su conjunto contribuyan a fortalecer la Salud Mental, prevenir la discapacidad temprana asociada a los trastornos mentales, mediante un abordaje oportuno, con calidad y calidez, de aquellos factores o situaciones en el ámbito comunitario que ponen en riesgo la Salud Mental y la vida de las personas.

En el 49° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) de junio del 2009, se aprobó la Estrategia y plan de acción sobre Salud Mental, con base en el reconocimiento de la carga de enfermedad que representan los trastornos mentales y por abuso de sustancias. Además, reconocen que no hay salud física sin Salud Mental y que por tanto es necesario un abordaje del proceso salud enfermedad no solo desde la perspectiva de la atención del daño, sino también desde la salud pública, interviniendo las condiciones de vida que mejoran la salud y aquellos factores psicosociales relacionados con la conducta humana.

Esta política está estrechamente relacionada con el Plan de Gobierno 2010-2014 en el que se contempla el siguiente lineamiento sobre Salud Mental:

“Fomentar y proteger la Salud Mental y fortalecer los programas de tratamiento de las adicciones, proponiendo el diseño de modelos de Salud Mental de base comunitaria, el fortalecimiento de alianzas entre la CCSS, el IAFA y organismos no gubernamentales involucrados”. (Chinchilla, 2010)

En este sentido, dicho lineamiento confiere la voluntad política que la hace viable.

El Ministerio de Salud, como ente rector del sector salud, lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerce potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población por medio de la Política Nacional de Salud Mental.

La elaboración de esta política requirió la formación de un equipo técnico interdisciplinario

que fue liderado por el Despacho Ministerial y cuyo objetivo era conducir el proceso de formulación de la política. Para esta etapa se contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), grupos de personas expertas nacionales en Salud Mental de instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y asociaciones de pacientes.

Además, se elaboró un análisis de la situación de Salud Mental a nivel nacional con base en los determinantes de la Salud Mental: biológicos, ambientales, sociales, económicos y culturales, y de sistemas y servicios de salud. Se construyó en conjunto un concepto de Salud Mental propio del país, el cual sirve de base para plantear un modelo de promoción y atención integral de la Salud Mental centrado en la comunidad, con el cual se rompe el paradigma de la atención hospitalaria como forma predominante en la atención de las personas con los trastornos mentales. También se elaboró el Plan de Acción para la implementación de la Política y la coordinación de las entidades responsables de su aplicación.

Los trastornos mentales son cada vez más frecuentes en los países en desarrollo, como consecuencia de problemas persistentes asociados a la pobreza, la transición demográfica, los conflictos y la violencia social, las emergencias y desastres naturales, situación que acrecienta la demanda y el costo de los servicios de Salud Mental en general. En el mundo, actualmente se estiman que hay 450 millones de personas afectadas por trastornos mentales graves. Estas afectan en mayor grado a los grupos poblacionales pertenecientes a estratos socioeconómicos más bajos. Por otro lado, aquellas personas que viven en países en desarrollo se ven afectados desproporcionadamente ya que, los recursos que se destinan a la Salud Mental son muy pocos. (OMS, 2007)

De esta manera, la inversión que se hace en Salud Mental se reflejará en personas más saludables y potencialmente más productivas, que abogarán por una Costa Rica más próspera, donde se respete la dignidad humana, la diversidad, las diferencias y se promueva la convivencia solidaria y armoniosa. Para ello, se propone que Costa Rica fomente y aplique de manera real el enfoque de derechos humanos promocionado por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) a nivel mundial, lo que vendrá a garantizar el goce pleno de los derechos de las personas al disfrute de la Salud Mental.



Dra. Daisy María Corrales Díaz
Ministra de Salud

PRÓLOGO

La Política Nacional de Salud Mental surge de la necesidad de contar con un marco normativo técnico para conducir a los actores sociales hacia la promoción de la Salud Mental, prevención de enfermedades, atención, curación y rehabilitación de personas con trastornos mentales en el ámbito comunitario. Condición que supera el paradigma de atención biologista basado en el centro hospitalario.

Se fundamenta en diversos enfoques: derechos humanos, género, diversidad, integración, inclusión social, participación social, desarrollo humano sostenible, evidencia científica y buenas prácticas en Salud Mental y parte de un análisis estimativo de la realidad nacional sobre Salud Mental que sirvió para determinar puntos críticos y prioridades.

La Política Nacional de Salud Mental se estructura con base en cinco ejes: biológico, ambiental, social-económico-cultural, sistemas y servicios de salud, y fortalecimiento institucional. Con todos estos elementos, la Política aspira a que, en Costa Rica, se le otorgue a la Salud Mental la prioridad necesaria en los modelos de atención en salud, haciendo énfasis en la atención en la comunidad.

Asimismo, vale destacar, que la Política contará con una evaluación de proceso y resultados que permita ver su impacto a mediano y largo plazo.

Al celebrarse el bicentenario de la independencia de Costa Rica en 2021, se espera contar con planes, programas y proyectos intersectoriales e interinstitucionales implementados, así como de un sistema de información eficiente, que sirva para que las distintas autoridades puedan tomar decisiones oportunas, basadas en evidencia con respecto a la Salud Mental de la población.

La Salud es indispensable para el goce pleno de la vida, permite el desarrollo de las potencialidades humanas y la integración social. La Salud Mental es parte indisoluble de la salud.

La elaboración de la Política Nacional de Salud Mental ha contado con el aval y compromiso de la Ministra de Salud, Dra. Daisy María Corrales Díaz, sin los cuales no hubiera sido posible este gran logro. Además tiene el aporte de muchas personas comprometidas que trabajan en Salud Mental. Esta Política es un sueño hecho realidad pues es la primera vez que un país centroamericano cuenta con una Política Nacional específica de Salud Mental. Ahora el reto es hacerla efectiva.

Un agradecimiento sincero a todas y todos quienes participaron en distintas etapas del proceso. Estamos haciendo historia y la historia se escribe con hechos.



Dra. Sisy María Castillo Ramírez
Viceministra de Salud

I. INTRODUCCIÓN

En el presente documento se expone un resumen de los antecedentes y de la situación actual de la Salud Mental en Costa Rica, que justifican la elaboración de una Política Nacional de Salud Mental, así como la metodología seguida en su elaboración. Se expone el modelo de Salud Mental como producto social, con la construcción de una definición de Salud Mental propia de Costa Rica. Se anotan los principios, enfoques y características de la Política, así como los objetivos, ejes y lineamientos para concluir en el Plan de Acción, el Modelo de Gestión y el Cronograma. En la Bibliografía se citan los principales documentos que se tomaron como referencia y en los Anexos se adjunta la información inédita que se obtuvo específicamente para la elaboración de la Política y que por su importancia quedan a la disposición de quien la necesite.

1.1 Antecedentes

El tema de Salud Mental no ha sido objeto de abordaje efectivo en las Políticas Públicas en el país. No obstante, se han impulsado desde distintos ámbitos gubernamentales y no gubernamentales, acciones que directa o indirectamente, han incidido en la Salud Mental, especialmente en el área materno-infantil. Entre estas acciones se pueden mencionar las impulsadas por el Ministerio de Salud en la década de 1970, tales como, la investigación y la promoción de la Salud Mental a través de los programas nacionales de Preparación psicofísica para el parto y el programa de Evaluación y Estimulación del Desarrollo Integral del Niño(a) menor de seis años (1976-1977).

Bajo el paradigma de reclusión y esfuerzos dirigidos a la enfermedad se creó el Asilo Manuel Antonio Chapuí en el año 1890, esto derivó en un modelo de atención biologista centrado en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP).

Luego, en el año 1961, se estableció por primera vez en un hospital general, un servicio de Psiquiatría en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, que si bien dependía del Servicio de Medicina, contaba con una Jefatura propia desde 1972.

Con la Ley de traspaso de los hospitales a la Seguridad Social en 1973, la atención de las personas con trastornos mentales quedó oficialmente a cargo de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S).

En la década de los ochenta se impulsó la prevención y la detección de problemas de Salud

Mental en el nivel primario de atención, mediante la capacitación a médicos(as) generales, técnicos(as) de atención primaria, personas líderes comunales y personal de apoyo de los servicios básicos de salud (Caja Costarricense de Seguro Social y Ministerio de Salud), especialmente en la provincia de Limón, región Chorotega y Pacífico Central. También se implementaron proyectos pilotos de Salud Mental en Quepos, Parrita y la Clínica Marcial Fallas en Desamparados.

En 1986, con la ley 7035 (que reforma la Ley N° 5412, Ley Orgánica del Ministerio de Salud), se crea la competencia del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Señala el artículo 21 de esta Ley, que corresponde al IAFA el estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y de la farmacodependencia, así como la coordinación y aprobación de todos los programas públicos y privados orientados a esos mismos fines.

A principio de la década de 1990 Costa Rica firma la Declaración de Caracas (Anexo 2.1), movimiento que insta a los países a orientar sus esfuerzos hacia la reestructuración de la atención Psiquiátrica, proponiendo el cambio del modelo centrado en el hospital psiquiátrico por un modelo comunitario, nuevo paradigma de la atención en Salud Mental. Con este fin se coordinó un grupo de trabajo y se elaboró un Plan denominado Plan Nacional para la Reestructuración de la Psiquiatría y la Salud Mental en Costa Rica, publicándose además el Decreto Ejecutivo N°20665-S, aún vigente, para impulsar su implementación (véase anexo 2.4).

Desde 1991, el Hospital Nacional Psiquiátrico inició un importante proceso de desinstitucionalización de personas con discapacidad asociada a enfermedad mental, en estado de abandono o "condición asilar", y que no requerían hospitalización, situación que violentaba sus derechos humanos. Producto de este proceso se logró la disminución de camas de larga estancia (de 761 en el año 2000 a 245 en el 2010), significando un importante avance de los cumplimientos de los compromisos de la Declaración de Caracas. Lo anterior se realizó a través de la implementación de planes individuales de rehabilitación dentro de un plan hospitalario integral de rehabilitación, apoyado y en coordinación con el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) y las familias que permitieron la reinserción.

Concientes de la necesidad de abordaje integral de la Salud Mental y coherentes con el Plan de Gobierno 2010-2014, es que en dicho Plan se contempla un lineamiento sobre la Salud Mental: *"Fomentar y proteger la Salud Mental y fortalecer los programas de tratamiento de las adicciones, proponiendo el diseño de modelos de Salud Mental de base comunitaria, el*

fortalecimiento de alianzas entre la CCSS, el IAFA y organismos no gubernamentales involucrados". (Chinchilla, 2010)

Para cumplir dicho mandato, la Ministra de Salud asigna en setiembre del 2011, un Vice ministerio encargado del tema de Salud Mental para trabajar en una Política Nacional de Salud Mental y en el tema de adicciones.

Con los avances científicos y éticos de la sociedad del siglo XXI, y la ratificación por el país de la Declaración Universal de los Derechos de las Personas con Discapacidad en el 2010 y su protocolo, esta propuesta debe contemplar el enfoque que supone la máxima vigencia de los Derechos Humanos.

1.2 Justificación

El Ministerio de Salud, como ente Rector en Salud, tiene dentro de sus responsabilidades la acción de gobernar, dirigir y conducir a una comunidad, conjunto de Instituciones o personas y a ejercer autoridad sobre ellas. En este proceso lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerce potestades de Autoridad Sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población, por medio de la Política Nacional de Salud Mental.

La Salud Mental es una condición humana para el gozo de la vida en sus plenas facultades, un derecho que debe promover el estado, la comunidad, la familia y la persona. Repercute directamente sobre el comportamiento y la convivencia en armonía. Invertir en Salud Mental implica prevenir situaciones de violencia social y familiar, delincuencia, matonismo y deserción escolar, lesión de los derechos humanos, conductas de discriminación y estigma. Las condiciones de vida de las personas, tales como la pobreza, la transición demográfica, los conflictos y la violencia social, las emergencias y desastres naturales, impactan directamente sobre su Salud Mental, acrecienta la demanda y el costo de los servicios de Salud Mental, lo que a su vez tiene consecuencias sobre el desarrollo y la economía de los países.

Los trastornos mentales representan una proporción significativa de la carga de enfermedad, que se mide en años de vida potencial perdidos por discapacidad (AVAD) y años de vida perdidos por mortalidad prematura, como es el caso de los suicidios. Los trastornos mentales deben ser abordados desde la perspectiva de sus determinantes tomando en consideración no solo los aspectos patogénicos, sino también los salutogénicos, de los diversos grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida.

Por lo anterior es que las actuales autoridades han decidido hacer un manifiesto político, elevando la Salud Mental al rango político que le corresponde, a fin de poder dirigir y conducir las acciones de la producción social de la Salud Mental de la población de una forma eficiente, oportuna, eficaz y acorde a la demandas y necesidades de salud y bienestar de los diferentes grupos sociales de acuerdo a sus condiciones de vida. Acciones que no dependen únicamente del sector salud, sino de todos los sectores que intervengan en los determinantes de la salud, tanto sociales, culturales, económicos, ambientales, educativos, de seguridad, municipales y organizaciones no gubernamentales.

Esta administración ha estimado conveniente reorientar las políticas públicas, como la de Salud Mental, desde un enfoque de derechos humanos. En la actualidad, esta visión integradora se va imponiendo en el mundo para salvaguardar y garantizar los derechos humanos desde la perspectiva de la Salud Mental, en congruencia con los lineamientos de la OPS/OMS.

Además, la implementación de esta política, producirá cambios en todo el entorno institucional llevando a modificaciones profundas en la administración hospitalaria y de justicia a nivel nacional.

1.3 Metodología

El proceso de elaboración de una Política contempla las siguientes fases: la Formulación, la Implementación, el Seguimiento y la Evaluación.

1.3.1 Formulación

1. La fase de formulación de la política inicia con la formalización de un equipo de trabajo, el cual es coordinado por la Viceministra de Salud, y la definición de un cronograma de trabajo. Posteriormente se elaboró de manera participativa la construcción de una imagen objetivo que define los temas principales que abordaría la Política:

- Implementación de la Promoción de la Salud Mental como estilo de vida y bienestar social
- Desarrollo y fortalecimiento de la formación del recurso humano en Salud Mental
- Readequación del Modelo de Atención en Salud Mental para garantizar una atención integral a las personas usuarias de los servicios con enfoque comunitario

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

- Fortalecimiento de la investigación científica y desarrollo tecnológico en Salud Mental
- Fortalecimiento del sistema de información en Salud Mental
- Consolidación del sistema de atención en Salud Mental para situaciones de desastres naturales y antrópicos
- Fortalecimiento de las redes de promoción, prevención, atención y rehabilitación a las personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas
- Participación en las acciones de promoción y protección social de los grupos vulnerabilizados tales como mujeres, niños y niñas, adolescentes y personas adultas mayores
- Fortalecimiento de los mecanismos de protección, prevención y atención de la violencia de género, violencia doméstica, abuso sexual, acoso laboral, discriminación por: orientación sexual, credo, afiliación política, etnia; discapacidad física o mental
- Respeto por los derechos humanos, tanto en lo individual como en lo colectivo o comunitario para el disfrute de una vida digna, armónica y a la sana convivencia social

2. Definición del concepto de Salud Mental para Costa Rica: Se revisaron aspectos conceptuales que incluyó la construcción colectiva de una definición de Salud Mental, consensuada por el grupo de trabajo.

3. Elaboración de la propuesta técnica del Modelo de Promoción y Atención Integral en Salud Mental centrado en la Comunidad.

4. Se elaboró el Análisis de Situación de la Salud Mental o diagnóstico, con un trabajo colegiado e interinstitucional con datos actualizados, el cual se hizo con base en los cuatro determinantes, según el modelo de Lalonde (1974) modificado y ajustado: Biológicos, Ambientales, Sociales-Económicos-Culturales y Servicios y Sistemas de Salud. Se conformaron cuatro grupos de trabajo con su coordinador(a) respectivo(a), acordando un plazo para la entrega de resultados, no sin antes discutir y tener en cuenta los vacíos de información y de indicadores en los cuatro determinantes, mediante una caracterización de la realidad actual y una aproximación al análisis de situación. Este análisis permitió determinar puntos críticos, los objetivos, áreas de intervención y lineamientos de la Política.

Se ejecutaron varios talleres con diversos actores sociales, llevados a cabo en el auditorio del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica. Se diseñaron instrumentos para facilitar y guiar el proceso a partir de asuntos críticos en el contexto nacional relacionados con Salud Mental.

Con un documento borrador ajustado, se realizó un cuarto taller para la validación externa de la Política, convocando a jerarcas de instituciones del Sistema Nacional de Producción Social de la Salud.

Posteriormente se integran los resultados y recomendaciones obtenidos en los talleres y se procede a la revisión final del documento preliminar, que incluye la revisión por el comité técnico y por personas profesionales expertas en la elaboración de políticas públicas del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). El aporte de MIDEPLAN se realizó con la coordinación de su Viceministra Silvia Hernández Sánchez.

Finalmente, el documento es enviado a la Señora Ministra de Salud para su aprobación. Hechos los ajustes y recomendaciones pertinentes derivados del nivel Político, se procede a la oficialización de la Política, con la participación de actores del Sistema Nacional de Producción Social de la Salud, mediante un acto público el miércoles 10 de octubre de 2012, fecha que se celebra el Día Mundial de la Salud Mental por la OMS.

Esta primera etapa se cierra con la oficialización de la Política, su divulgación y la capacitación para la implementación.

1.3.2 Implementación

La segunda fase de la Política de Salud Mental, comprende de la definición de los ejes de la política, lineamientos y acciones que se operativizan en el Plan de Acción de Salud Mental, 2012-2021, el cual abarca un conjunto de programas y proyectos regionales y locales en el ámbito comunitario. Esta fase incluye un amplio proceso de sensibilización, capacitación, abogacía y planificación con los actores sociales del Sistema Nacional de Producción Social de la Salud (SNPSS) para el cumplimiento de objetivos y metas de la Política, incluyendo la identificación del financiamiento requerido.

La participación de las instituciones, representantes de la sociedad civil, Municipalidades y comunidades, es un aspecto medular que será retomado en el Plan de Acción de la Política donde se refleja la responsabilidad compartida en el cumplimiento de acciones y metas.

1.3.3 Seguimiento y Evaluación

La gestión y la efectividad de la política pública implementada, se monitoreará por medio del

funcionamiento de un sistema de información que se define a través de los indicadores de seguimiento y evaluación de las acciones de la política y su plan de acción (véase anexo 7).

II. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD MENTAL

2.1 Diagnóstico

El estudio de la situación actual de la Salud Mental en Costa Rica se hizo utilizando los Análisis de Situación de Salud (ASIS) que son procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis y permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores.

Los ASIS se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política. Además incluyen, como sustrato, a grupos de población con diferentes grados de postergación resultante de las condiciones y calidad de vida desigual y definida según características específicas tales como sexo, edad, ocupación, etc., que se desarrollan en ambientes específicos. El ambiente constituye el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico de los grupos humanos, donde existen complejas relaciones de determinación y de condicionamiento. (OPS, 1999)

El actual análisis se realiza con base en los determinantes de la Salud Mental que se describen a continuación.

2.1.1 Determinantes de la Salud Mental

Los determinantes de la Salud Mental son todos aquellos factores que promueven la Salud Mental o por el contrario tienen un impacto negativo en la salud. Se identifican cuatro que son: Biológicos, Ambientales, Sociales-Económicos-Culturales, y Servicios y Sistemas de Salud.

2.1.1.1 Determinantes Biológicos

Los determinantes biológicos son todos aquellos elementos de salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspectos orgánicos de la persona, como podría ser la carga genética, el proceso

de envejecimiento, los sistemas internos del organismo, la estructura poblacional y otros. La influencia del entorno y los hábitos de vida en el código genético actúan como factores epigenéticos. Las alteraciones epigenéticas son desencadenadas por factores ambientales y mediadas por enzimas cuya actividad se podría modificar con los fármacos adecuados. Una mala nutrición materna, el consumo de tabaco y alcohol u otras drogas por parte de la embarazada, desencadenan procesos epigenéticos que afectan negativamente el desarrollo y la salud posterior del niño y de la niña, lo mismo ocurre con el maltrato de la mujer embarazada. La epigenética sigue vigente en el período postnatal, donde se ve que hay una fuerte relación entre el cuidado materno y un mejor desarrollo de su descendencia a través de procesos epigenéticos relacionados con el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal cuyo efecto es el de mejorar la respuesta ante el estrés.

Entre los principales problemas identificados está que la tercera parte de las consultas de psiquiatría son por trastornos del comportamiento en la niñez y la adolescencia; cuando no son tratados de manera oportuna, generan problemas más complejos y con mayor discapacidad mental y social en estas etapas de la vida y posteriores.

Con base en los estudios genéticos se ha logrado identificar que el riesgo genético es más elevado en los trastornos bipolares, la esquizofrenia, la depresión y algunos trastornos del desarrollo y las demencias.

Los procesos demenciales representan una parte importante de la carga de enfermedad en el grupo de personas adultas mayores, que conlleva además una reducción de su calidad de vida y una sobrecarga familiar por razón de dependencia y la atención que demandan sobre el sistema de salud.

Muchos problemas depresivos en las mujeres, que tienen una base biológica, están también influenciados por factores externos como la violencia de género.

2.1.1.2 Determinantes Ambientales

Estos determinantes corresponden a los aspectos relacionados con el ambiente en general, como el ambiente humano, que modifican el estado de salud de las personas. Los procesos ambientales son los que inician los factores epigenéticos. La epigenética se asemeja a un proceso de interruptores genéticos que encienden y apagan los genes. El ambiente (nutrición, estrés, etc.) que las personas experimentan puede controlar estos interruptores y causar efectos hereditarios en los seres humanos.

Según el Informe del Estado de la Nación de 2010, la falta de ordenamiento territorial genera vulnerabilidades graves como lo son los altos niveles de riesgo de desastre, con sus consecuencias a nivel de la infraestructura y a las poblaciones más pobres, reportándose la tercera mayor cifra de muertes por esta causa en cuarenta años.

Las catástrofes naturales, además de causar grandes perjuicios a la economía, son causa de serias alteraciones psicológicas de las personas. Investigaciones realizadas en los lugares en que ocurrieron los eventos demuestran el efecto nocivo que tuvieron sobre la Salud Mental de las personas, tanto en el período inmediato posterior al cataclismo como en fechas ulteriores.

Desde una perspectiva más positiva, el ambiente, tanto construido como sin intervenir, puede promover interacción social, cohesión comunal y Salud Mental. Se ha encontrado asociación significativa entre bajos niveles de depresión y comunidades con baja frecuencia de grafiti y abundantes jardines. (Weich et al., 2002)

Así mismo, algunas de las zonas destinadas como zonas verdes, han sido alteradas por el crecimiento de la Gran Área Metropolitana (GAM), lo que hace que se acrecienten los problemas provocados por el ruido, la contaminación, desertificación o el impacto del cambio climático.

En el 2010, los vehículos registrados en Costa Rica fueron 948.508, un incremento neto de 50% en relación con el 2001. La insostenibilidad de la infraestructura vial genera problemas de equidad en el uso del espacio, agresiones permanentes, ruido, largas esperas y congestión que llevan a reacciones de ira y hostilidad en aumento. Podría decirse que en este caso se da injusticia ambiental por diseño.

En este sentido, vale decir que la Salud Mental de una población puede estar afectada por múltiples variables. Entre ellas la vivienda y su medio ambiente. Existe evidencia de la relación entre estas dos variables y la Salud Mental. Por ejemplo, barrios pobres, carencia de servicios, aislamiento social, tipos de vivienda, calidad de vivienda, pueden influir significativamente en la Salud Mental de una persona y una familia (Roizblatt y otros, s.f.)

La evolución reciente en el acceso a vivienda digna muestra que el país enfrenta grandes retos en lo que concierne a la calidad de la infraestructura, la reducción de brechas entre grupos socioeconómicos y el acceso al crédito. Estimaciones para el 2010 indicaron, por ejemplo, que alrededor de la mitad de las residencias presenta al menos un problema físico o de hacinamiento. Además, esos problemas se concentran con mayor intensidad en

los habitantes de la Región Huetar Atlántica y en los obreros agrícolas, lo cual acentúa las condiciones de pobreza que experimentan muchos de estos hogares. (Programa Estado de la Nación, 2011)

A nivel mundial, uno de los elementos que más se ha asociado a la salud en general, y de alguna manera a la Salud Mental, es el agua, ya que permite el aseo del entorno y el personal, lo cual tiene un impacto directo en la autoimagen y la autoestima de las personas.

En lo que concierne a la cobertura de agua segura, el avance que ha venido mostrando el país en los últimos años culminó con un aumento de 87,3% a 89,5% entre 2009 y 2010. Del total de la población cubierta, casi el 99 % recibe agua intradomiciliar de acueductos, y el restante obtiene agua de pozos, nacientes propias o acueductos privados.

Otro elemento relacionado con el agua lo constituye la pérdida de los ríos y lagos como espacio de recreación, lo cual llama a la necesaria recuperación de estos espacios para la población.

La disposición de residuos en las calles, parques, veredas, playas, orillas de ríos, quebradas, riachuelos o cualquier otro espacio público, elimina cualquier posibilidad de disfrute de estos espacios por parte del ciudadano e influye en el concepto de "sí mismo" y el de "autoestima" que se ve sensiblemente deteriorados.

Los procesos de manejo y disposición de residuos sólidos afectan significativamente el paisaje. El desarrollo urbano desordenado ha generado un continuo deterioro del recurso paisaje, el cual se constituye en última instancia en el receptor indiscutible de todas las actuaciones del ser humano porque el manejo inadecuado de los residuos no sólo afecta su salud y su ambiente, sino que disminuye su calidad de vida en términos del disfrute y del acceso al espacio y del horizonte. Conscientes de esta situación, se publicó la Ley para la Gestión Integral de Residuos No. 8839, publicada en la Gaceta 135 del 13 de julio de 2010 y está pendiente de publicación el Reglamento a esta Ley.

La contaminación sónica es uno de los problemas ambientales que generan más conflictos entre personas y la intervención de la Fuerza Pública. Un inventario realizado en 2010 en 31 cantones de la Gran Área Metropolitana determinó que el 56% de las emisiones contaminantes proviene del transporte, el 21% de la industria y el 23% de establecimientos comerciales.

Los sonidos pueden ser agradables o desagradables. En el caso de los agradables pueden

crear sensaciones de relajamiento, felicidad, seguridad, alegría y tranquilidad, mientras que los desagradables (ruidos) crean malestar, temor, ansiedad, frustración, sensación de peligro e inseguridad y problemas de comunicación.

El ruido se asocia a estrés, el cual causa cambios fisiológicos que afectan al sistema cardiovascular, el ritmo respiratorio, el sistema gastrointestinal, el sistema urogenital, el sistema nervioso y el sistema auditivo, así como la estabilidad emocional, provocando irritabilidad, estados tensionales, mal humor, falta de atención, fatiga, entre otros. (Alzamora, 2012)

Se ha documentado que la exposición permanente al ruido hace que las personas sean más agresivas y favorece las escenas violentas en la familia. Asimismo, se ha documentado también la asociación de ruido con problemas de aprendizaje. (Fritschi, 2011)

Aunque nadie puede asegurar que el ruido en sí mismo produce enfermedades mentales, hay evidencia de que el estrés relacionado con el ruido puede agravar desórdenes emocionales existentes. Estudios en industrias muestran que la exposición prolongada al ruido puede llevar a un gran número de problemas psicológicos entre los y las trabajadoras. (Moudon, 2009)

2.1.1.3 Determinantes sociales, económicos y culturales

Estos determinantes se refieren a variables como aspectos culturales, estilos de vida, violencia social, discriminación por diversos motivos, estigma, ingresos económicos, nivel educativo, abuso de drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducción peligrosa, empleo, prácticas de sexualidad, prácticas religiosas, la organización social, entre otras.

En el período 2000 a 2011, y según datos del Ministerio de Salud, se observó una tasa de suicidios que va de 4,7 a 7,3 por 100.000 habitantes. En el 2011, se registró un total de 319 suicidios para una tasa ajustada de 6,28 por 100.000 habitantes. Los casos predominan en el grupo de edad de 15 a 49 años. El 83,38% se dio en hombres. En ese año las defunciones aumentaron en un 7,05% con respecto al año anterior. En el 2011, la provincia con mayor tasa de mortalidad por suicidios fue Puntarenas con 11.7 por 100.000 habitantes, seguida por Guanacaste con 10.3 (Véase anexo 5.1).

En 2011, se registró un total de 437 muertes por homicidios con una tasa ajustada de 8,88 por 100.000 habitantes. Esto representa una disminución del 7,02% con respecto del total de muertes comparada con el año anterior (2010). Un 86,04% corresponde al sexo masculino y

el mayor porcentaje se encuentra en edades de 15 a 54 años. La provincia de Limón registró en el año 2011 la tasa más alta de homicidios con un 22,4 por 100.000 habitantes, seguida por Puntarenas con 15,2 y la provincia con menor tasa es Cartago con 4,3 por 100.000 habitantes (Véase anexo 5.2).

Por accidentes de tránsito, murieron 581 personas en el 2011, lo que significa una tasa de 11,39 por 100.000 habitantes, lo que representa un 3,09% de las muertes totales. El número de muertes por esta causa en este año disminuyó en 2,52% con respecto al 2010. Con relación al sexo, el 79,69% fue en hombres. De acuerdo con el grupo de edad, el 50,09% de las muertes ocurrieron en personas de 20 a 44 años y por provincia de residencia, Puntarenas registró la mayor causa de mortalidad con una tasa de 25,0 por 100.000 habitantes, seguida por Guanacaste con una tasa de 20,7. Pero por provincia de ocurrencia, las muertes por accidente de tránsito ocurren en primer lugar en Guanacaste con una tasa de 25,3 por 100.000 habitantes, seguida por Puntarenas con 20,1, la provincia de menos muertes es Heredia (Véase anexo 5.3)

El patrón de la violencia intrafamiliar se evidencia en la población femenina, lo que impacta su dignidad y condición de género. La mayor incidencia, según grupos de edad, se da en mujeres de 25 a 35 años, repuntando de nuevo en la tercera edad (a partir de los 65 años) asociado a problemas de negligencia y abandono. Relación similar se observa en el grupo de menores de 5 a 9 años. Las provincias con mayor tasa de violencia en el 2011 son las de Puntarenas con 375 por 100.000 habitantes y seguida por Guanacaste con una tasa de 310. Los mayores agresores son esposos, compañeros, padres y abuelos. (Véase anexo 5.4)

Con respecto al consumo de drogas en el país, las edades de inicio entre los estudiantes de secundaria son entre los 12 y los 14 años en el consumo de todas las drogas, siendo el tabaco la droga de inicio; la cocaína y la marihuana las que siguen en su consumo. El consumo per cápita de alcohol a nivel nacional es de 5,5 litros de alcohol puro, siendo la media en la región de las Américas de 8,7 litros. Según la encuesta del 2006 (IAFA, 2006), el 22% son bebedores riesgosos y el 4,4% tienen dependencia alcohólica.

Por otro lado, el consumo de tranquilizantes continúa estable al igual que los estimulantes. Respecto del consumo de sustancias ilícitas, la marihuana ocupa el primer lugar y manifiesta una tendencia creciente a expensas de su elevada presencia entre jóvenes y adolescentes de ambos sexos. La segunda sustancia ilegal más consumida son los derivados de la hoja de coca (cocaína y crack). La cocaína muestra un incremento en la tasa de prevalencia de vida respecto de los años 90. El crack mantiene la tendencia al aumento, siendo su consumo significativamente mayor en hombres respecto de las mujeres. Los disolventes inhalantes han vuelto a tener presencia, reportándose su consumo en las encuestas de hogares y en las de estudiantes. (Véase anexo 5.5)

En la Encuesta de Hogares del 2011 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la pobreza afectó al 21,6% de los hogares del país, de ellos el 6,4% se encuentra en pobreza extrema. La región central es la que presenta el porcentaje más bajo de hogares en pobreza, con un 17,7%, estando por debajo del valor nacional. El segundo lugar lo ocupa la Región Pacífico Central, con un 26,6%. Por otra parte, las regiones Brunca (32,7%) y Chorotega (31,6%) son las que muestran el mayor porcentaje de hogares pobres. La pobreza extrema en hogares se acentúa más en las áreas rurales respecto al área urbana, a razón de 1,86 por cada hogar en el área urbana. Los hogares en estado de pobreza, en especial pobreza extrema, tienen mayor cantidad de niños y niñas menores de 5 años; la población mayor de 15 años tiene menor escolaridad; menor cantidad de ocupados; mayor desempleo y el porcentaje de jefatura femenina es más alto en comparación con los hogares no pobres.

Para el año 2010, la brecha del ingreso per cápita de los hogares del primer quintil es 16,7 veces menor que el ingreso del quinto quintil. En términos generales, se considera que la pobreza está ligada a la escolaridad. Según el Organismo de Salud Andina (ORAS CONHU), en el 2009 el riesgo de embarazo temprano es mayor en condiciones de pobreza y baja escolaridad. Existe una relación entre pobreza y estados emocionales. Esta situación hace necesario que los responsables directos de atender el problema de la pobreza incorporen en sus programas el componente de Salud Mental y de género.

Una parte de la población que hace uso del sistema educativo llega con problemas emocionales debido a sus condiciones de vida, que no les permite tener las mismas oportunidades de acceso y sostenibilidad en el sistema educativo. En el 2008, la deserción escolar en Costa Rica fue del 12,1%, mientras que en el 2010 fue de 10,2%. (Véase anexo 5) Esta deserción está asociada a problemas económicos y la insatisfacción en la enseñanza. El programa de Becas Avancemos, aunado a las becas otorgadas por el Fondo Nacional de Becas (FONABE), ha tenido un impacto en la disminución de la deserción; disfrutaron de este beneficio el 9% de escolares, el 23% de colegiales y un 23% de estudiantes de enseñanza especial. En el 2009 el alfabetismo en personas de 10 años y más fue de 95,2%, donde los hombres son el 94,9% y las mujeres el 96,9%. Por provincia, Puntarenas tiene 92,2%, Limón 92,3% y Guanacaste 93,3% de alfabetismo. Desde el punto de vista de la Salud Mental, esta situación de deserción escolar trae consigo efectos emocionales como frustración, depresión, irritabilidad, uso y abuso de drogas, mal manejo del enojo, pobre control de impulsos, conductas de riesgo, entre otros, que deben ser atendidos por el primer nivel de atención. Por otro lado, un grupo de población que asiste al sistema educativo manifiesta dificultades o limitaciones en el proceso de enseñanza aprendizaje, por lo cual esto también se convierte en un factor de riesgo para la deserción al sistema educativo. Además, con el propósito de crear la Salud Mental como un valor y un estilo de vida es importante reforzar la currícula con el componente de Salud Mental.

Los estilos de vida patogénicos como sedentarismo, malos hábitos alimentarios, falta de

actividad física, altos niveles de estrés, condiciones de trabajo desfavorables, afectan de manera negativa el desarrollo de las personas. El informe de la Encuesta Nacional de la Caja Costarricense de Seguro Social (2010) sobre factores de riesgo cardiovascular, reportó que un 50,1% de la población presenta altos niveles de vida sedentaria. Los tres principales grupos de causas de mortalidad en el país son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las de causa externa que tienen, entre sus determinantes, al sedentarismo, los malos hábitos alimentarios y el estrés.

Las muertes por causas externas ocupan el tercer lugar dentro de la mortalidad general y afectan a la población joven y económicamente activa, lo cual genera una magnitud importante en años de vida potencialmente perdidos y un gran impacto social y económico. Los pilares básicos de la Salud Mental son el deporte, la actividad física, la recreación y la utilización efectiva del tiempo libre. Desde el punto de vista de la Salud Mental se hace necesario mantener y fortalecer estos pilares.

2.1.1.4 Determinantes de sistemas y servicios de salud

La provisión de servicios de salud se ha caracterizado históricamente por ser médico-centrista, biólogo, especializado en el tercer nivel de atención y, que además, consume el mayor número de recursos financieros y humanos. El acceso de la población con algún grado de morbilidad es limitado a nivel comunitario, que además tiene fallas en los procesos de referencia y contra referencia; aunado a que no existe un sistema de información que apoye la toma de decisiones oportunas y una óptima planificación de los servicios de atención directa de las personas. Las respuestas de los servicios es por demanda y hay una pobre capacidad instalada y escaso recurso humano capacitado ni especializado para atender a esta población. Asimismo, no existen políticas de formación de recurso humano para atender las necesidades actuales y futuras en el campo de la Salud Mental.

En cuanto a normas estandarizadas de atención para las diferentes intervenciones, el país no dispone de estos instrumentos. En el modelo actual no se da la participación social de grupos organizados y familiares en torno a la atención, recuperación y rehabilitación de las personas afectadas con problemas de Salud Mental; tampoco se implementa la estrategia de promoción de la Salud Mental en las comunidades (deporte, recreación, utilización de tiempo libre y alimentación saludable). Hay una deficiente articulación y complementariedad en la red de proveedores de servicios de Salud Mental, tanto públicos como privados. En este sentido, el nuevo enfoque va dirigido a solucionar estos problemas con el fin de lograr la armonización de los servicios y la modulación del financiamiento.

Otro aspecto a considerar es que no existe la medición del gasto y financiamiento en Salud Mental. No hay estudios de costo/beneficio en las intervenciones de la Salud Mental, ni sobre la carga de las enfermedades mentales. Se desconoce el impacto económico de los trastornos mentales. Se carece de una política orientada a planificar -de manera participativa- los recursos económicos en este campo, para la promoción y la atención integral de la Salud Mental. Todos estos aspectos se conjugan y atentan a la hora de dar una respuesta más adecuada, oportuna y racional a los problemas asociados con la Salud Mental.

2.2 Ámbito jurídico

La Política Nacional de Salud Mental también tiene su fundamento en normativa legal tanto internacional como nacional.

2.2.1 Internacional

En Salud Mental existen varios estándares internacionales, entre estos hay algunos que protegen a las personas que sufren trastornos mentales, como los siguientes:

-Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (10 de diciembre de 1948)

-Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental proclamado por la Federación Mundial de Salud Mental (26 de agosto de 1989)

-Principios de la Declaración de Caracas. Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica (Caracas, 14 de noviembre de 1990)

-Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 17 de diciembre de 1991)

-Principios de Brasilia. Conferencia Regional en Brasilia (noviembre de 2005)

-Declaración de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (adoptado por Naciones Unidas en diciembre de 2006)

-El 49° Consejo Directivo de la OPS. 61.A Sesión del Comité Regional, Washington D.C., 2009, que aprobó la Estrategia Regional y Plan de Acción sobre Salud Mental (2009-2019)

-Declaratoria de Corobicí, San José. Asociación Centroamericana de Psiquiatría (XXV Congreso Centroamericano de Psiquiatría, con énfasis en Derechos Humanos, abril de 2011)

2.2.2 Nacional

El marco normativo nacional se basa principalmente en la Constitución Política de Costa Rica (que establece en sus artículos 21 y 50, el derecho a la vida y a un ambiente sano), en la Ley

General de Salud (Ley N° 5395) y en la Ley Orgánica del Ministerio de Salud (Ley N° 7927).

En el artículo 2 de la Ley General de Salud se señala que *“es función esencial del Estado velar por la salud de las personas y corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley”*.

Por otro lado, el artículo primero de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud indica que *“la definición de la política nacional de salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país, corresponden al Poder Ejecutivo, el que ejercerá tales funciones por medio del Ministerio de Salud”*.

2.2.2.1 Artículos de la Ley General de Salud, N° 5395, relacionados con Salud Mental

La Ley N° 5395 contiene algunos artículos que contemplan el tema Salud Mental. A continuación se citan.

Artículo 10. Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal y de la de los miembros de su hogar, particularmente, sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales.

Artículo 13 (modificado mediante Ley No. 7600 del 2 de mayo de 1996). Los niños tienen derecho a que sus padres y el Estado velen por su salud y su desarrollo social, físico y psicológico. Por tanto, tendrán derecho a las prestaciones de salud estatales desde su nacimiento hasta la mayoría de edad.

Los niños que presenten discapacidades físicas, sensoriales, intelectuales y emocionales, gozarán de servicios especializados.

Artículo 29. Las personas con trastornos emocionales severos así como las personas con dependencia del uso de drogas u otras sustancias, incluidos los alcohólicos, podrán someterse voluntariamente a tratamiento especializado ambulatorio o de internamiento en los servicios de salud y deberán hacerlo cuando lo ordene la autoridad competente, por

estimarlos necesarios, según los requisitos que los reglamentos pertinentes determinen. El presente artículo ha sido modificado mediante Ley N° 7600 de 2 de mayo de 1996. LG# 102 de 29 de mayo de 1996.

Artículo 30 (modificado mediante Ley n° 7600 de 2 de mayo de 1996). Cuando la internación de personas con trastornos emocionales severos o deficiencias, toxicómanos y alcohólicos, no es voluntaria ni judicial, deberá ser comunicada por el director del establecimiento al Juzgado de Familia de su jurisdicción, en forma inmediata y deberá cumplir con las obligaciones y los requisitos de la curatela.

Artículo 31. Las personas con trastornos emocionales severos, los toxicómanos y los alcohólicos que no se encuentren internados en un hospital por orden judicial, podrán salir del establecimiento de conformidad con las disposiciones reglamentarias pertinentes, por egreso médico o por alta exigida a petición del paciente o de sus familiares, cuando su salida no involucre peligro para la salud o la vida del paciente o de terceros.

El presente artículo ha sido modificado mediante Ley n° 7600 de 2 de mayo de 1996. LG# 102 de 29 de mayo de 1996.

Artículo 32. Queda prohibido mantener a personas con trastornos emocionales severos y a toxicómanos en establecimientos públicos o privados que no estén autorizados para tal efecto por el Ministerio.

El presente artículo ha sido modificado mediante Ley N° 7600 de 2 de mayo de 1996. LG# 102 de 29 de mayo de 1996.

Artículo 33. Los familiares de la persona con trastornos emocionales severos o con deficiencia intelectual, física y sensorial o los familiares del toxicómano sometido a tratamiento, podrán requerir atención médico-social de los servicios de salud, con sujeción a las normas reglamentarias para los miembros del hogar del paciente.

El presente artículo ha sido modificado mediante Ley N° 7600 de 2 de mayo de 1996. LG# 102 de 29 de mayo de 1996.

Otras leyes importantes, como la Ley Fundamental de Educación, N° 2160, la Ley 7600, el Código de la Niñez y la Adolescencia, entre otras, contienen algunos artículos relacionados con la protección de la Salud Mental de las personas.

La Ley N° 8289 sobre "Reforma de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, N° 5412, para el otorgamiento de personalidad jurídica instrumental al Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia" establece en el artículo 22: El IAFA tendrá a su cargo la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas; además, desempeñará otras funciones que la ley establezca y será el responsable de coordinar y aprobar todos los programas tanto públicos como privados relacionados con sus fines; deberá gestionar la suspensión o el cierre de tales programas, si incumplen los lineamientos estipulados al efecto.

Por tanto, se requiere modernizar la legislación, en aras de reforzar el modelo comunitario, sustentado en la promoción, prevención y la participación social. Superando así la hegemonía del modelo hospitalario.

2.3 Ámbito social

Una política de Salud Mental es un conjunto organizado de valores, principios, objetivos generales, lineamientos y estrategias dirigidas a las instituciones y sectores del sistema nacional de producción social de la salud, para desarrollar una estrategia nacional y contribuir a mejorar la Salud Mental de la población y reducir la carga de los trastornos mentales.

Define una filosofía para el futuro y ayuda a establecer un modelo de actuación.

Fija las prioridades en la comunidades, aboga por los derechos de las personas, refuerza el proceso de la reforma psiquiátrica iniciada desde el siglo pasado

Se mejora la capacidad resolutive de los servicios y las diferentes redes sociales de apoyo.

Se fundamenta en la base del sistema porque es en el espacio de lo local donde las acciones de promoción y atención tienen el mayor impacto, no se desvincula a las personas de su entorno social y familiar y se favorecen las acciones de rehabilitación y de empleabilidad y reinserción social.

Permite que los recursos humanos se utilicen donde realmente son útiles con base en las necesidades detectadas por las comunidades, con base en la participación social consciente, informada y motivada.

Se movilizan recursos de los diferentes actores sociales relacionados con la producción social de la Salud Mental, con base en los planes de acción establecidos.

III. MARCO CONCEPTUAL: MODELO DE SALUD COMO PRODUCTO SOCIAL

3.1 La salud como producto social

La salud como producto social parte del reconocimiento de que la salud-enfermedad se construye a partir de las condiciones de vida de las personas, grupos sociales y comunidades. La salud se concibe como un proceso histórico-social, el cual se expresa en formas diferenciadas en los diferentes grupos sociales que conforman cada sociedad concreta, de acuerdo con sus condiciones de vida, género y etnia.

La inserción en el aparato productivo y la forma en que los distintos grupos sociales, géneros o etnias, acceden a los diferentes bienes de consumo (salud, educación, vivienda, vestido, alimentación, etc.) van a determinar su perfil de salud-enfermedad y el tipo de factores protectores y de riesgo a los que están expuestos.

Además, la inserción en el aparato productivo determina las formas de trabajo, las cuotas y la formas de consumo, es decir las condiciones de vida del grupo social y familiar, también define las formas reales de comprensión del mundo y las variadas estrategias de supervivencia y de vida, particulares a cada grupo social y dentro de él a las diferentes perspectivas de género. Las condiciones de vida son un conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular en que cada grupo de población participa en la dinámica de la sociedad, es decir, en la producción, distribución, y consumo de bienes y servicios y además en las relaciones de poder, que caracterizan la organización política.

Algunos(as) autores(as) plantean que las condiciones de vida son el reflejo de las estructuras macroeconómicas, las cuales condicionan el modo y el grado de inserción de los grupos sociales en los procesos productivos y de consumo, y establecen desigualdades en los riesgos de enfermar y morir.

La salud es producto de las estructuras y relaciones sociales, pero también de la construcción de sentidos y significados, que moldean desde la vida cotidiana hasta la reproducción ampliada del capital y, por tanto, estos significados colectivos, condicionan la producción social de la salud y la enfermedad, y redefinen en el aquí y el ahora, y hacia el futuro su propio significado.

El proceso salud–enfermedad-muerte, no se adscribe a una situación exclusivamente biológica, tecnológica o asistencial, sino que constituye el resultado del proceso histórico social, que se manifiesta y se objetiva a nivel individual.

Las formas que adoptan las personas, las familias y los grupos para responder a los problemas relacionados con la salud, están determinados por la condición sociocultural, el modo y grado de inserción en el proceso productivo, por el conocimiento que se tenga de la salud–enfermedad-muerte y por las posibilidades de acceso a los servicios de salud.

La población ocupa y se apropia del espacio de tal forma que, lejos de ocurrir una distribución al azar de las familias, éstas tienden a formar conglomerados, relativamente homogéneos, desde el punto de vista de sus condiciones de vida, que se corresponden con una unidad territorial.

Este espacio es construido socialmente y se constituye por lo tanto en una posibilidad de estratificar la población según condiciones de vida. Las respuestas frente a la salud, tienden a tener también una base territorial.

La unidad espacio-poblacional tiene entonces, la posibilidad de ser una unidad donde operan los procesos determinantes (condiciones de vida), donde se expresan los problemas de salud-enfermedad-muerte y donde se desarrollan acciones de salud y bienestar.

Con esta conceptualización de condiciones de vida, se sostiene que la acción del Estado debe de ir dirigida a disminuir las desigualdades que se consideran injustas en el desarrollo económico y social del país. Esto es, que se considera legítima la acción del Estado para intervenir en aquellas áreas que generen problemas que se consideran éticamente inaceptables y que ocasionan enfermedad o muerte a grupos de población particulares. Pero al mismo tiempo, esta conceptualización de la salud también define, la indispensable participación de la población como sujeto, en la comprensión de su realidad, en la identificación de las estrategias y acciones necesarias para modificar los determinantes particulares de su proceso de salud-enfermedad.

En este orden de ideas la Salud Mental y las enfermedades mentales, como se denota en el Informe Compendiado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Promoción de la Salud Mental” de 2004, están determinadas por muchos factores de interacción social, psicológicos y biológicos, de la misma forma en que lo están la salud y la enfermedad en general. La evidencia más clara de esto se relaciona con el riesgo de las enfermedades

mentales, las cuales, en el mundo desarrollado y en vías de desarrollo está asociado con indicadores de pobreza, incluyendo bajos niveles de educación y, en algunos estudios, con malas condiciones habitacionales y bajo ingreso. La mayor vulnerabilidad que tiene las personas en desventaja a las enfermedades mentales en cada comunidad, se puede explicar mediante factores como la experiencia de vivir en inseguridad y desesperanza, el rápido cambio social, los riesgos de violencia y los problemas de salud física.

Señala este Informe que los problemas mentales, sociales y conductuales pueden interactuar en forma tal que intensifican sus efectos sobre la conducta y el bienestar. El abuso de sustancias, la violencia, los abusos de mujeres y niños por una parte, y los problemas de salud tales como enfermedad cardíaca, depresión y ansiedad por otra, tiene mayor prevalencia y son difíciles de afrontar cuando existen condiciones como altos niveles de desempleo, bajo ingreso, educación limitada, condiciones estresantes de trabajo, discriminación de género, estilo de vida no saludable y violencia a los derechos humanos.

3.2 Construcción del concepto de Salud Mental

Hay muchas opiniones acerca de los componentes y procesos de la Salud Mental. Es un concepto muy cargado de valor, y no es probable que se llegue a una definición unánime de él, la Salud Mental se define como:

A- Un *estado*: por ejemplo, un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (p. ej., placer, satisfacción y comodidad) o negativos (p. ej., ansiedad, estado de ánimo depresivo e insatisfacción);

B- Un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía (ambos aspectos clave de la Salud Mental); el resultado de un proceso:

C- La Salud Mental puede asociarse también a:

Características de la persona como los “estilos de afrontamiento”: la competencia (incluidos el afrontamiento eficaz, el dominio del entorno y la autoeficacia) y la aspiración son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno, participa en actividades motivadoras y busca su propia proyección por medios personalmente significativos.

D- La Salud Mental se conceptualiza no sólo como un proceso o una variable de resultado, sino también como una variable independiente; es decir, una característica personal que influye en nuestro comportamiento.

En las distintas culturas las personas estudiosas del tema han definido de formas diversas la Salud Mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la Salud Mental. Se admite, no obstante, que el concepto de Salud Mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales. (OMS, 2001).

La Salud Mental es un producto de construcción social, históricamente determinado, vinculado a las condiciones vida de los diferentes grupos sociales.

Hay consenso en admitir que “Salud Mental” es algo más que la ausencia de enfermedad o trastorno, y que está determinada por múltiples factores de orden biológico, psicológico, social y ambiental que interactúan a lo largo de la vida de la persona.

La Salud Mental es parte fundamental de la salud. La OMS define la Salud Mental como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, donde se amplían las dimensiones, incorporando a ese bienestar emocional y psicológico en la que cada persona se da cuenta de su propio potencial de hacer uso de habilidades emocionales y cognitivas (conocimiento), funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana

Las investigaciones realizadas en los últimos años a nivel nacional, han llamado la atención con respecto al hecho de que la Salud Mental, afecta intrínsecamente a la salud física y que la salud física afecta a la Salud Mental. En lo que se refiere a lograr un estado más completo de bienestar, ambas son inseparables.

3.2.1 Definición de Salud Mental para Costa Rica, de acuerdo a la Comisión Nacional de Salud Mental ¹ 2012

La Salud Mental se entiende como un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente.

¹ La comisión fue constituida con representantes de distintas disciplinas y de varias instituciones para la elaboración de la Política Nacional de Salud Mental.

Este proceso favorece las relaciones intergeneracionales, el desarrollo de las competencias y capacidades intelectuales, emocionales sociales y productivas e incluye el ejercicio de derechos y deberes.

Es importante entender que la Salud Mental está determinada por factores tales como biológicos, emocionales, ambientales, socioeconómicos, culturales, y sistemas y servicios de salud.

3.3 Modelo explicativo acerca de la producción social de la Salud Mental

El modelo explicativo de la forma como se produce el estado de Salud en la población fue desarrollado por Marc Lalonde en 1974, el cual fue modificado para el documento del Ministerio de Salud *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud*, 2008. Este último se adaptó para desarrollar el modelo de abordaje de la Salud Mental.

Los determinantes de la salud son aquellos factores que mejoran o amenazan el estado de salud de una persona o una comunidad. Estos pueden ser asuntos de opción individual, tales como fumar o no fumar, o pueden estar relacionados con características sociales, económicas y ambientales más allá del control de las personas. Los ejemplos incluyen la clase social de la persona, el género, etnicidad, acceso a la educación, calidad de la vivienda y presencia de relaciones de apoyo, y en la comunidad incluyen el nivel de participación social y cívica, la disponibilidad de trabajo, calidad del aire y diseño de las construcciones. También podemos incluir situaciones de discriminación y estigma.

Este modelo modificado indica que los factores que determinan el estado de salud se agrupan en cuatro categorías:

Determinantes biológicos: son todos aquellos elementos de la salud, tanto física como mental, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspecto orgánicos de la persona, como podría ser la carga genética, el proceso de envejecimiento, los sistemas internos del organismo, estructura poblacional (envejecimiento) y otros. Se destacan los aspectos de biología humana en lo referente a la herencia genética que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible, también está relacionado con los procesos de envejecimiento y otros

elementos orgánicos. Entre los puntos más llamativos tenemos los aspectos patogénicos más conocidos, ligados con la herencia, como los trastornos bipolares, la esquizofrenia, los trastornos del desarrollo y los procesos demenciales tipo de Alzheimer, seniles y vasculares como las más representativas. También los trastornos metabólicos que si no son diagnosticados tempranamente, generarían trastornos neuropsiquiátricos de difícil manejo biopsicosocial. La investigación está dirigida a la búsqueda de las causas así como en la identificación de los aspectos salutogénicos.

Determinantes ambientales: son los aspectos relacionados con el ambiente en general, como el ambiente humano que modifica el estado de salud de las personas. Se entiende por ambiente humano al espacio donde vive una persona o grupo humano y que incluye los elementos naturales, materiales e institucionales que condicionan su existencia. Se pueden citar la seguridad del agua, el aire y el suelo, la ocurrencia de eventos naturales, la interrelación con otras especies, las condiciones de saneamiento básico, la posibilidad de contacto con plaguicidas, urbanización, las zonas verdes para el esparcimiento, la recreación y el deporte y la geobiología, entre otros.

Determinantes sociales, económicos y culturales: son aquellos aspectos sociales y económicos en las que se desenvuelven la persona y los grupos sociales, que tienen efecto positivo o negativo, sobre su Salud Mental, incluye entre otros, los estilos de vida, decisiones individuales, hábitos alimentarios, uso de medicamentos y drogas ilícitas, niveles socialmente tolerados de castigo físico, tipos de familia, prácticas religiosas, vivencias y prácticas de la sexualidad, recreación, organización social y existencia de redes de apoyo, ingreso económico y equidad en su distribución, nivel educativo, empleo, recreación, participación política, razón de dependencia, nivel de satisfacción de necesidades básicas, políticas públicas y organización de las instituciones gubernamentales. Así como la cultura imperante relacionada con la Salud Mental con las diferentes prácticas, conocimientos y actitudes que tienen las personas y grupos sociales con la cuestión del proceso de salud-enfermedad-muerte en Salud Mental, los ingresos económicos, nivel educativo aspectos culturales, sedentarismos, alimentación saludable, actividad física, estrés, emociones, aspectos espirituales, conducción temeraria, violencia y discriminación en todas sus manifestaciones. Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria.

Determinantes relacionados con sistemas y servicios de salud: son aspectos relacionados

con el acceso, equidad, cobertura de atención, personal de Salud Mental, cantidad, calidad, naturaleza, oportunidad, uso, relación con las personas usuarias, disponibilidad de recursos materiales, insumos médicos, medicamentos y organización de los servicios. Es el determinante de salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el determinante de salud que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados; está relacionado con asignación y distribución inequitativa de los recursos, sucesos adversos, productos para la asistencia sanitaria, listas de espera, burocratización, modelos y organización de la atención, insumos médicos entre otros.

Es indispensable para el desarrollo del modelo, considerar la inversión. En este sentido, el gasto anual promedio en Salud Mental a escala mundial sigue siendo inferior a US\$ 3 por habitante. En los países de ingresos bajos, el gasto anual puede llegar a ser de solo US\$ 0,25 por habitante, según el Atlas de Salud Mental 2011, publicado por la OMS con ocasión del Día Mundial de la Salud Mental.

En el informe se constata también que la mayor parte de esos recursos a menudo se dedican a servicios que atienden a pocas personas.

“Los gobiernos tienden a gastar la mayor parte de los escasos recursos destinados a la Salud Mental en la atención a largo plazo en hospitales psiquiátricos”, afirma el Dr. Ala Alwan, Subdirector General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. “Hoy día, casi el 70% de los gastos en Salud Mental se destinan a las instituciones psiquiátricas. Si los países gastaran más en el nivel de la atención primaria, tendrían a su alcance a más personas y empezarían a corregir los problemas suficientemente pronto, para disminuir la necesidad de proporcionar una atención mucho más costosa en los hospitales”.

Los servicios de Salud Mental que funcionan bien tratan igualmente de proporcionar a las personas usuarias, tanto medicamentos como atención psicosocial. Sin embargo, en los países de menores ingresos la escasez de recursos y competencias, a menudo lleva a que las personas sean tratadas únicamente con medicamentos. La falta de atención psicosocial disminuye la eficacia del tratamiento.

Por otra parte, muchas personas carecen por completo de acceso a los servicios de Salud Mental. En el grupo de países de ingresos bajos y medianos, más de las tres cuartas partes

de las personas que requieren atención de Salud Mental ni siquiera reciben los servicios más básicos.

“Casi la mitad de la población del mundo habita en países donde, en promedio, se dispone de un(a) psiquiatra (o menos) por cada 200.000 personas”, afirma el Dr. Shekhar Saxena, Director de Salud Mental y Abuso de Sustancias, de la OMS. Agrega que “En muchos países de ingresos bajos hay menos de un especialista en Salud Mental por cada millón de habitantes”.

Los determinantes de Salud Mental, según Lalonde (1974), modificado y adaptado a Salud Mental, son:

Determinantes de la Salud Mental



Tradicionalmente la inversión y las acciones en salud tenía un enfoque dirigido básicamente a la curación y rehabilitación de la enfermedad por medio de los servicios de salud pero cuyo impacto social apenas alcanzaba un 20%, aunque hay otros(as) autores(as) más críticos(as) que señalan, que es de tan solo de un 10%, porque la atención curativa impacta especialmente sobre la mortalidad. Al dejar descubierta alrededor de un 80 % de las necesidades insatisfechas en salud, por la pobre respuesta de los servicios de salud, por la falta de acción sobre la morbilidad, significa que necesariamente hay que tomar en consideración los otros determinantes del proceso de salud, lo cual se concreta y operacionaliza con la implementación de la Promoción de la Salud.



Abordaje del Proceso de Promoción y Atención Integral de la Salud Mental



Considerando la brecha que existe en la atención de la Salud Mental en los países miembros de la OMS, esta ha elaborado un programa tendiente a superarla, conocido con las siglas: mhGAP (Mental Health Gap) o Guía de Intervención mhGAP, que es un Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, para mejorar y ampliar la atención no especializada de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, a través de una guía modelo basada en la revisión de todo el conocimiento científico disponible en esta área y con las intervenciones recomendadas para su aplicación en los países con ingresos bajos y medios-bajos, incluye una guía sobre intervenciones basadas en la evidencia para identificar y manejar una serie de trastornos prioritarios (depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas, lesiones autoinfligidas / suicidio y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente). Estos trastornos prioritarios se seleccionaron porque representan una gran carga en términos de mortalidad, morbilidad o discapacidad, porque tienen elevados costos económicos y porque están asociados a violaciones de los derechos humanos. Si bien es cierto, Costa Rica no es un país de renta media baja, a nivel de Salud Mental existen carencias importantes. (mhGAP: Programa de Acción para Superar

las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Organización Mundial de la Salud, 2008)

3.4 Rectoría de la Producción social de la Salud Mental

La Rectoría de la producción Social de la Salud Mental se define como la acción de gobernar, dirigir, conducir a una comunidad, conjunto de instituciones o personas o ejercer autoridad sobre ellas, reconociendo que la Salud Mental puede ser protegida y mejorada mediante la movilización organizada del conjunto de actores sociales, por medio de una entidad que los dirija y conduzca para ese fin. En este contexto surge el concepto de Rectoría de la producción social de la Salud Mental, que es la función por medio de la cual el ente rector lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la Salud Mental de la población, incluye a todos aquellos actores que intervienen en la génesis y evolución de la situación de la Salud Mental del país y de los factores que la determinan.



No puede separarse la Salud Mental del constructo sobre el cual se basa la producción social de la salud, por tanto la misión del Sistema Nacional de Salud será la de proteger y mejorar con equidad, el estado de Salud Mental de la población. Por consiguiente, las funciones generales del sistema nacional de salud con relación a Salud Mental, serán:

1. La rectoría de la producción social de la Salud Mental
2. Aseguramiento de los servicios de Salud Mental.
3. Financiamiento de servicios de Salud Mental
4. Provisión de servicios de Salud Mental.

En este orden de ideas, las funciones generales y sustantivas del Sistema Nacional de Salud, aplican para el Sistema Nacional de Salud Mental.

1. Dirección Política de la Salud Mental
2. Mercadotecnia de la Salud Mental
3. Vigilancia de la Salud Mental
4. Planificación Estratégica de la Salud Mental
5. Modulación del Financiamiento de los Servicios de Salud Mental
6. Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud Mental
7. Regulación en Salud Mental
8. Evaluación del Impacto de las Acciones en Salud Mental

La Rectoría se consolida por medio de la implementación de las estrategias de desconcentración, descentralización y a través de la participación social y la articulación de los diferentes actores sociales. (Ministerio de Salud, 2008)

IV. PRINCIPIOS Y ENFOQUES DE LA POLITICA

La Política de Salud Mental se fundamenta en una serie de principios y enfoques, congruentes con la dignidad y los derechos humanos que se describen a continuación.

4.1 Principios

Los principios constituyen normas o ideas fundamentales que rigen el pensamiento o la conducta de los integrantes de un grupo humano o sociedad. También pueden ser definidos como un conjunto de valores, creencias, normas, que orientan y regulan la vida de una organización, institución, política pública. En cuanto al ámbito de la Salud Mental, se destacan los siguientes:

4.1.1 Equidad

La equidad en el campo de la salud no puede desligarse de la equidad en general y de la justicia social. Define que idealmente todas las personas tienen una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud, y de un modo más pragmático, que ninguna persona debe estar discriminada, para lograrlo en la medida que ello sea posible.

4.1.2 Universalidad

Es una de las características principales de los derechos humanos que exige que el Estado garantice a todas las personas sin distinción alguna basada en el sexo/género, edad, clase socioeconómica, cultura, entre otros, el acceso al sistema de salud con calidad.

4.1.3 Solidaridad

Principio o valor, a través del cual las personas se sienten y reconocen unidas y compartiendo las obligaciones, intereses e ideales y conformando además uno de los pilares fundamentales sobre los que se asienta la ética moderna.

4.1.4 Igualdad sustantiva

Significa y exige "tratamiento no discriminatorio, es decir, un tratamiento que redunde en el goce pleno de los derechos humanos por ambos géneros". Reconoce que mujeres y hombres

tienen iguales derechos y oportunidades, y considera a ambos libres para desarrollarse, tomar decisiones y participar en la medida de sus posibilidades e intereses, en todas las esferas de la vida pública y privada. Este principio implica, proveer un trato y un tratamiento igual o distinto a mujeres y hombres según las desigualdades que enfrentan.

4.1.5 Ética

La ética analiza, orienta y dictamina las acciones y procedimientos, encauza el respeto a la dignidad, integridad, autonomía y protección de todas las personas, al logro de bienestar humano y la justicia social.

4.1.6 Calidad y calidez

Es la capacidad del sistema de salud que garantiza y asegura soluciones satisfactorias a las necesidades de las personas y grupos sociales, ofreciéndoles los mayores beneficios y disminuyendo riesgos de enfermar y /o enfrentar la muerte.

4.1.7 Autonomía

Es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

4.2 Enfoques

Los enfoques se conceptualizan como orientaciones o criterios que señalan la dirección que deben seguirse para cumplir con los propósitos de la política. Los enfoques dan claridad y sentido a la política y conducen su atención hacia aspectos clave que permitan enfrentar los desafíos de manera acertada y promoviendo en todo momento el bienestar de las personas. Los enfoques orientan la definición de los ejes estratégicos, objetivos y líneas de acción que se propongan en el marco de la política, entre los cuales destacamos:

4.2.1 Derechos Humanos

Son los derechos inherentes a la persona humana y a su dignidad, que tienen como fin garantizar la igualdad, dignidad, justicia social y libertad para todas las personas sin discriminación alguna. De acuerdo con los tratados internacionales y las leyes de la República, el Estado está obligado a respetar y cumplir lo consignado en estos derechos.

4.2.2 Género

Reconoce la existencia de brechas de oportunidad que socialmente se han construido entre hombres y mujeres, se toma en cuenta las particularidades de cada género y las implicaciones

sociales que estas particularidades conllevan. Por lo tanto, las acciones las tomadas a partir de la política tenderán a reducir las dichas brechas, promoviendo ambientes no discriminativos.

4.2.3 Diversidad

Es el reconocimiento de la especificidad de necesidades de todas las personas. El respeto de la diversidad permite la valoración integral de la persona independientemente del sexo, edad, etnia, nacionalidad, orientación sexual e identidad de género, entre otras características, contribuyendo así a la conservación de su Salud Mental.

4.2.4 Integración

Es la posibilidad real de involucrar a todos los actores sociales en un espacio geográfico poblacional determinando, para desarrollar alianzas estratégicas que les permitan solucionar los problemas de desarrollo y bienestar.

4.2.5 Inclusión Social

Es la condición en la que se reconocen los derechos, deberes, igualdades y equidad en el acceso a bienes y servicios, a las personas y grupos sociales en situación de desventaja y vulnerabilidad, sin distinción alguna. Una persona o grupo social incluido, significa que está integrado social e institucionalmente en las redes creadas por la sociedad, abarcando las dimensiones: política, económica, laboral, social y cultural.

4.2.6 Participación activa

Es evidente de que la Salud Mental de la población no se produce solamente desde los servicios de salud asistenciales. Si no que es el resultado de las acciones conjuntas de los actores sociales en interacción con su medio ambiente, resulta entonces que el estado de Salud Mental de una población sólo puede ser protegido y mejorado mediante la movilización sinérgica de los actores sociales hacia ese fin, para lo cual se requiere una acción concreta y eficaz en el establecimiento de prioridades la adopción de decisiones, la planificación de estrategias y su implantación, con el fin de mejorar la Salud Mental.

Para poder lograr lo anterior se requiere una efectiva participación social en Salud Mental, entendida la participación social como: "Es la capacidad real que poseen las personas y las comunidades para incidir de manera efectiva en los asuntos de interés común que afectan su desarrollo individual y colectivo. Cualquier persona tiene derecho a una asistencia digna, a ser participe de programas que lo motiven a conocer y reflexionar acerca de los factores de riesgo que puedan amenazar su ambiente, a educarse para protegerse de ellos, a participar en procesos para el desarrollo de un ambiente adecuado para la convivencia." (Colombia, 2000)

Lo anterior implica el desarrollo de la capacidad, habilidad y oportunidad de los actores sociales, incluidas las comunidades con sus líderes, de participar activamente en los procesos de toma de decisiones y ejecución de acciones de manera informada, competente y estratégica.

Una Participación Social efectiva, se da cuando la comunidad interviene estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas, como una acción colectiva, deliberativa, democrática y concertada de las personas, los grupos sociales y sus organizaciones.

4.2.7 Desarrollo humano sostenible

Es el reconocimiento de la responsabilidad del estado de generar condiciones para el bienestar y desarrollo de las personas en un contexto de sostenibilidad ambiental, social, y económica. Así, las acciones derivadas de la política deben contribuir a promover modelos económicos que permitan el uso adecuado de los recursos naturales, el respeto a los derechos humanos y una redistribución equitativa de la riqueza y promover también la inversión social en aras de garantizar el acceso equitativo a la seguridad social de las personas a las redes de servicios de Salud Mental comunitarios.

4.2.8 Evidencias científica y buenas prácticas en Salud Mental

Es el fundamento para la definición de políticas, estrategias e intervenciones para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en Salud Mental, así como para la evaluación de las políticas y la planificación. La investigación brinda conocimientos sobre los que se puede basar las políticas y las acciones en la mejor evidencia disponible y en las mejores prácticas en Salud Mental lo que permite la toma de decisiones oportuna. Además, con la obtención de buenos datos estadísticos y epidemiológicos se puede hacer una mejor planificación y presupuestación de las acciones en Salud Mental permitiendo el uso racional de los recursos tecnológicos, financieros y humanos.

V. CARACTERÍSTICAS DE LA POLITICA

Esta Política responde a la necesidad de promover la Salud Mental a lo largo del ciclo de vida de las personas como parte del derecho humano a la salud.

Asimismo, aspira a impedir el estigma que pesa sobre los trastornos mentales y la discriminación de las personas con trastornos mentales y sus familias.

Pretende también promover la Salud Mental de las personas que pertenecen a distintos grupos o minorías mediante la protección de sus derechos humanos y la no discriminación, lo cual garantiza el bienestar y desarrollo integral de la Salud Mental.

Se caracteriza por ser universal porque va dirigida a la totalidad de la población que habita en el territorio nacional; la Salud Mental es un derecho humano.

También es inclusiva ya que orienta el diseño e implementación de estrategias para impulsar el desarrollo de factores salutogénicos con atención integral, adecuada rehabilitación y acceso a empleo digno para todas aquellas personas con alguna enfermedad mental.

Por otro lado, es comunitaria pues promueve que en las comunidades se den las condiciones idóneas y los recursos para el abordaje de la Salud Mental en ese escenario (distintas instituciones y actores sociales) lo que rompe el paradigma tradicional de la atención intrahospitalaria.

Otra característica es la de ser articuladora pues orienta a que actores e instituciones, tanto públicas como privadas, asuman la responsabilidad de ejecutar acciones para el cumplimiento de los objetivos y metas de la Política, siempre pensando en la producción social de la Salud Mental.

VI. OBJETIVOS Y EJES DE LA POLITICA

6.1 Objetivo general

Desarrollar un Modelo de Salud Mental que garantice el derecho a la Salud Mental de la población por medio de la acción intersectorial e interinstitucional, dirigida a la promoción, prevención, atención, rehabilitación y reinserción con enfoque comunitario, para mejorar la calidad de vida y el disfrute a lo largo del ciclo de vida de las personas, con base a sus condiciones de vida y determinantes de la Salud Mental, a fin de reducir los índices de los trastornos mentales y del comportamiento.

6.2 Objetivos específicos

6.2.1 Eje biológico

Conocer la carga genética, los elementos orgánicos, los procesos de envejecimiento y la epidemiología de los trastornos mentales, por medio de acciones de investigación y desarrollo tecnológico con diferentes actores sociales de este campo, a fin de poder establecer las relaciones epigenéticas (que son los cambios externos de los genes, que son hereditarios y que pueden ser reversibles), sociales y ambientales que sirvan de base en la definición de programas de atención integral a las personas

6.2.2 Eje ambiental

Fomentar ambientes saludables en los ámbitos familiares, laborales, educativos y comunitarios, por medio de acciones intersectoriales e interinstitucionales, a fin de desarrollar aspectos epigenéticos positivos que permitan modificar el curso de los trastornos mentales y prevenir la incidencia de mismos

6.2.3 Eje económico-social-cultural

Fortalecer el sistema de protección social de la salud mental, por medio de acciones

intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria según condiciones de vida entre los diferentes grupos sociales, promover el desarrollo emocional y el bienestar mental en la población.

6.2.4 Eje sistemas y servicios de salud

Transformar el modelo tradicional de atención de la Salud Mental, hacia un modelo de promoción y atención integral centrado en la comunidad, por medio de la desconcentración de los recursos materiales, humanos y financieros, fortaleciendo, con las acciones rectoras del Ministerio de Salud, de armonización de la provisión y modulación del financiamiento para articular la capacidad resolutiva de la red de servicios oportunos y de calidad, con énfasis en el primer nivel de atención

6.2.5 Eje de fortalecimiento institucional

Abordar en forma integral el tema de la Salud Mental desde la perspectiva del ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, con la creación de la Secretaría Técnica de Salud Mental órgano técnico, adscrito al Despacho Ministerial de Salud y la participación de otras instituciones públicas y privadas, sociedad civil organizada, la comunidad académica y científica.

VII. LINEAMIENTOS DE LA POLITICA

Los lineamientos de la Política Nacional de Salud Mental se agrupan por eje y temas priorizados. En ese ámbito indican las directrices, acciones, responsables y plazos de ejecución.

(Véase las matrices a continuación)

Lineamientos

Eje: Biológico

Objetivo: Conocer la carga genética, los elementos orgánicos, los procesos de envejecimiento y la epidemiología de los trastornos mentales, por medio de acciones de investigación y desarrollo tecnológico con diferentes actores sociales de este campo, a fin de poder establecer las relaciones epigenéticas (que son los cambios externos de los genes, que son hereditarios y que pueden ser reversibles), sociales y ambientales que sirvan de base en la definición de programas de atención integral a las personas.

| Subtema | Lineamientos | Acciones | Plazos | | | Responsables |
|---|--|---|------------|------------|------------|---|
| | | | 1° trienio | 2° trienio | 3° trienio | |
| Trastornos de la niñez y la adolescencia | Los diversos actores responsables de atender a la niñez y a los adolescentes deberán realizar acciones de promoción y atención integral para el abordaje de los trastornos mentales en este grupo de población. | Registrar la incidencia y prevalencia de los trastornos del desarrollo de la niñez y la adolescencia en el país, de forma eficiente y oportuna. Desarrollar una investigación epidemiológica de estos trastornos para disponer de evidencia científica que sirvan de base a los programas de promoción y prevención. | 1 | 1 | 1 | M.S. CNNA C.C.S.S. Universidades I.N.E.C. CIAMA ONG's CNPJ CEN-CINAI RED DE CUIDO IAFA MCJ UNICEF PANI |
| Epigenética | Los diversos actores responsables deberán realizar acciones de promoción y atención integral para el abordaje de los trastornos mentales | Ejecutar investigaciones para conocer la carga epigenética de los trastornos mentales con énfasis en esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, demencia y trastornos del desarrollo. | 1 | 1 | 1 | M.S. C.C.S.S. U.C.R. I.N.E.C. MGyp MICIT DINADECO Municipalidades Servicios de salud privados Organismos internacionales |
| Demencia | Los actores sociales responsables de atender a la población adulta mayor, deberán realizar acciones de promoción y atención integral con enfoque comunitario, para la disminución del riesgo por demencia y la atención de la incidencia en este grupo de población. | Registrar la incidencia y prevalencia de las demencias en el país, de forma eficiente y oportuno, Desarrollar una investigación epidemiológica de las demencias en el país , que orienten la toma de decisiones oportunas. | 1 | 1 | 1 | M.S. C.C.S.S. U.C.R. I.N.E.C. CONAPAN RED DE CUIDO SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS |

Eje: AMBIENTAL

Objetivo: Fomentar ambientes saludables en los ámbitos familiares, laborales, educativos y comunitarios, por medio de acciones intersectoriales e interinstitucionales, a fin de desarrollar aspectos epigenéticos positivos que permitan modificar el curso de los trastornos mentales y prevenir la incidencia de mismos.

| Subtema | Lineamientos | Acciones | Plazos | | | Responsables |
|---|--|---|------------|------------|------------|--|
| | | | 1° trienio | 2° trienio | 3° trienio | |
| Fenómenos naturales y antrópicos | Los responsables directos de atender los problemas de salud mental asociados a los eventos adversos de origen natural y antrópico, deberán articular acciones para dar una respuesta oportuna y efectiva en las distintas etapas de estos acontecimientos, para el fortalecimiento de la salud mental. | Atención integral a los sobrevivientes por desastres naturales y antrópicos, por parte de las brigadas de emergencias acreditadas ante la CNE, aplicando los protocolos validados por esta comisión. | 100% | 100% | 100% | CNE Universidades Brigadas Acreditadas por la CNE (CR, UCR, CP, CTS) DINADECO IMAS Ministerio de Salud CCSS ONG's |
| Entornos de alto contenido verde | Los gobiernos locales, en conjunto con grupos organizados a nivel comunal, deberán realizar acciones orientadas a la recuperación y fortalecimiento de espacios físicos y áreas verdes para el recreo de la población. | Recuperación de espacios y áreas verdes. (construcción de parques, áreas recreativas, corredores biológicos), creación de nuevas áreas verdes. Elaboración de un inventario de espacios verdes por cantón. | 3 | 3 | 3 | MCJ CFIA GOBIERNOS LOCALES ICODER ONG's Grupos organizados de la Comunidad MINAET |
| Contaminación vehicular y falta de planificación | Acciones interinstitucionales e intersectoriales que promuevan la salud mental de las personas conductoras de la flota vehicular nacional, así como introducir acciones de seguridad vial en la currícula del MEP, y promover investigaciones acerca de la magnitud y los efectos del uso de drogas en esta población. | Educación vial y manejo del enojo; aplicación estricta de reglamentos sobre contaminación vehicular; fomento del uso del transporte colectivo; protocolos de investigación orientada a la medición de sustancias ilícitas en conductores temerarios; construcción de ciclo-vías | 1 | 1 | 1 | MS IAFA MEP COSEVI MOPT IFAM Municipalidades |

| | | protocolo investigación 1 plan de ciclos vías | protocolo investigación 1 plan de ciclos vías | protocolo investigación 1 plan de ciclos vías | protocolo investigación 1 plan de ciclos vías | |
|--|---|---|---|---|---|--|
| Hacinamiento y falta de vivienda propia | Instancias orgánicas de coordinación y articulación de actores sociales en la formulación e implementación de políticas y planes orientados a la construcción de complejos habitacionales saludables y el fomento de una cultura de convivencia saludable | 1 | 1 | 1 | Formulación e implementación de políticas y planes orientados a la construcción de complejos habitacionales saludables y el fomento de una cultura de convivencia saludable, | MIVAH BANVI INVU DHR IMAS Municipalidades |
| Agua | Acciones intersectoriales para fomentar el uso racional del agua y fomentar los hábitos de higiene y autocuidado, los cuales inciden en la salud mental de la población | 1 | 1 | 1 | Formulación e implementación de políticas y planes orientados a garantizar el acceso a agua apta para consumo humano para toda la población, a cargo de Instancias orgánicas de coordinación y articulación de actores sociales. | ICAA ASADAS MINAET ONGs Municipalidades |
| Espacios recreativos | Instancias orgánicas de coordinación y articulación de actores sociales en la formulación e implementación de políticas y planes orientados a garantizar la creación y recuperación de espacios físicos de recreación a nivel nacional, a cargo de Instancias orgánicas de coordinación y articulación de actores sociales. | 1 | 1 | 1 | Formulación e implementación de políticas y planes orientados a garantizar la creación y recuperación de espacios físicos de recreación a nivel nacional, a cargo de Instancias orgánicas de coordinación y articulación de actores sociales. | MAG MCJ ICODER MOPT DINADECO Municipalidades Ministerio de Gobernación |
| Contaminación sónica | Instancias orgánicas de coordinación y articulación de actores sociales en la formulación e implementación de investigaciones orientadas a establecer el efecto de la contaminación sónica en la salud mental. | 1 | 1 | 1 | Formulación e implementación de investigaciones orientadas a establecer el efecto de la contaminación sónica en la salud mental, a cargo de Instancias orgánicas de coordinación y articulación de actores sociales. | M.S MOPT UNA Municipalidades ONGs |

Eje: Social económico y cultural

Objetivo: Fortalecer el sistema de protección social de la salud mental, por medio de acciones intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria según condiciones de vida entre los diferentes grupos sociales, promover el desarrollo emocional y el bienestar mental en la población.

| Subtema | Lineamientos | Acciones | Plazos | | | Responsables |
|-----------|--|--|------------|------------|------------|--|
| | | | 1° trienio | 2° trienio | 3° trienio | |
| Suicidios | Acciones intersectoriales e interinstitucionales para la prevención del riesgo suicida, con énfasis en áreas geográficas de mayor vulnerabilidad, mediante el fomento de factores protectores de la salud mental a lo largo del ciclo de vida con el fin de favorecer un óptimo desarrollo integral de las personas. | Formulación e implementación de políticas y acciones de salud mental dirigidas a las personas en riesgo suicida, a cargo de Instancias orgánicas de coordinación y articulación de actores sociales. | 1 | 1 | 1 | Ministerio de Salud CCSS MEP PANI CIAMA IAFA CPJ CSO Agrupaciones religiosas INAMU Instituto WEM ONGs y 911 |
| | Desarrollo de un programa nacional multisectorial para la atención integral y oportuna de las personas en riesgo suicida con enfoque de género, de derechos y de base comunitaria y proyección familiar | Programa nacional multisectorial para la atención integral de las personas en riesgo suicida, de base comunitaria y proyección familiar. | 1 | 1 | 1 | CCSS MS ONG's MEP CIAMA IAFA Agrupaciones religiosas INAMU Instituto WEM ONGs y 911 CPJ CSO Grupos organizados de la comunidad OPS/OMS |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|---|---|---|---|---|
| Homicidios | Acciones intersectoriales e interinstitucionales articuladas con el programa nacional de prevención de la violencia social. (CONAPAZ) | Participación de manera articulada con los actores sociales responsables de atender la violencia social mediante el aporte de estrategias de intervención en el campo de la salud mental | 1 | 1 | 1 | 1 | CONAPAZ Ministerio de Justicia y Paz ONG's Agrupaciones religiosas 911 Ministerio de Gobernación y Policía |
| Accidentes de tránsito | Acciones intersectoriales e interinstitucionales que promuevan la salud mental de las personas conductoras de la flotilla vehicular nacional, así como introducir acciones de seguridad vial en la currícula del MEP | Participación de manera articulada con los actores sociales responsables de atender los accidentes de tránsito, mediante el aporte de estrategias de salud mental orientadas a reducir los factores de riesgo que incrementan los accidentes de tránsito | 1 | 1 | 1 | 1 | MOPT COSEVI MEP MS 911 ONG's CNREE INS IAFA |
| Violencia intrafamiliar | Acciones interinstitucionales e intersectoriales para la prevención de la violencia intrafamiliar, con énfasis en áreas geográficas de mayor vulnerabilidad, con el fomento de factores protectores de la salud mental a lo largo del ciclo de vida a fin de favorecer un óptimo desarrollo integral de las personas | Participación de manera articulada con los actores sociales responsables de atender la violencia familiar, mediante el aporte de estrategias orientadas a reducir y atender de manera preventiva las causas y los efectos de este tipo de violencia. | 1 | 1 | 1 | 1 | INAMU Ministerio de Salud CCSS MEP ONG's INA MTSS CONAPAN 911 Ministerio de Gobernación y Policía |
| Consumo de drogas | Desarrollo de un programa nacional intersectorial e interinstitucional de atención integral a las personas consumidoras de drogas y promover el fortalecimiento de los factores protectores, con enfoque comunitario, con base en la evidencia epidemiológica y científica. | Participación de manera articulada con los actores sociales responsables de atender el consumo de drogas, mediante el aporte de estrategias con enfoque de determinantes y de factores protectores de la salud mental, con el propósito de atender de manera integral el consumo de drogas | 1 | 1 | 1 | 1 | MS IAFA CCSS ICD ONG's Gobiernos Locales MJC Ministerio de Gobernación y Policía Ministerio de Justicia y Paz MEP ICODER INA FUERZA PÚBLICA |

| | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|--|
| Pobreza | Acciones interinstitucionales e intersectoriales orientadas a incorporar en sus políticas acciones que promuevan en la población, de acuerdo a sus condiciones de vida, el desarrollo de habilidades y destrezas que promuevan su salud mental. | Participación de manera articulada con los actores sociales responsables de atender la pobreza a nivel nacional, mediante el aporte de estrategias consensuadas orientadas a establecer y desarrollar mecanismos orientados a enfrentar los problemas emocionales asociados a la pobreza. | 1 | 1 | 1 | MS MDS IMAS DINADECO BANVIH MIVAH INVU MTSS CONAPAN CNREE JPS INA DINADECO |
| Educación | Las instancias rectoras de la educación en el país, deberán incluir en la currícula del sistema educativo el componente de salud mental y desarrollar acciones orientadas a fomentar la salud mental y la prevención. | Inclusión en la currícula, para todos los niveles del ciclo educativo del país, el componente de salud mental y desarrollar acciones institucionales orientadas al fomento de la salud mental y la prevención. | 1 | 1 | 1 | MEP MS CONARE CONESUP INA |
| Estilos de vida | Articulación de acciones interinstitucionales e intersectoriales orientadas al fomento de la promoción de la salud mental y estilos de vida saludables. | Estrategia de promoción de la salud mental y de atención integral centrada en la comunidad, por medio de la participación de diferentes actores del sistema de producción social de la salud mental. | 1 | 1 | 1 | MS CCSS MEP INAMU INA ICODER ONG's Empresa privada |

Objetivo: Transformar el modelo tradicional de atención de la salud mental, hacia un modelo de promoción y atención integral centrado en la comunidad, por medio de la desconcentración de los recursos materiales, humanos y financieros, fortaleciendo, con las acciones rectoras del Ministerio de Salud, de armonización de la provisión y modulación del financiamiento para articular la capacidad resolutoria de la red de servicios oportunos y de calidad, con énfasis en el primer nivel de atención.

Eje: Sistemas y Servicios de Salud

| Subtema | Lineamientos | Acciones | Plazos | | | Responsables |
|---|---|---|-----------|-----------|-----------|--|
| | | | 1°trienio | 2°trienio | 3°trienio | |
| Armonización de la provisión de redes y servicios de salud mental centrados en la comunidad | <p>Readecuación del modelo de atención actual hacia un modelo de promoción y atención integral comunitario, con la participación de actores sociales del sistema nacional de producción social de la salud, mediante la desconcentración de la atención, el fortalecimiento y articulación de la capacidad resolutoria de la red de servicios de salud mental, con énfasis en el primer nivel.</p> | <p>Acciones interinstitucionales e intersectoriales orientadas a la construcción y desarrollo del modelo de promoción y atención integral de la salud mental, de base comunitaria, para garantizar la provisión de redes de servicios de salud mental oportunos, de calidad, armonizados y con la respectiva modulación del financiamiento, que responda a las necesidades de salud y bienestar de la población en las diferentes etapas del ciclo de vida.</p> | 1 | 1 | 1 | <p>CCSS MS EMPRESA PRIVADA ONG's UNIVERSIDADES MH IAFA BANCO CENTRAL CR DINADECO</p> |
| Modulación del financiamiento | <p>Planificación estratégica e institucional de la producción social de la salud mental debe reflejar el financiamiento real y efectivo (modulación) de las intervenciones (planes, programas y proyectos) a ejecutar en función del cumplimiento de la PNSM.</p> <p>Presupuestos aprobados a las instituciones públicas del sector salud de acuerdo a lineamientos de Mideplan, Hacienda y la Contraloría General de la República.</p> | <p>Acciones interinstitucionales e intersectoriales orientadas a la construcción y desarrollo del modelo de promoción y atención integral de la salud mental, de base comunitaria, para garantizar la provisión de redes de servicios de salud mental oportunos, de calidad, armonizados y con la respectiva modulación del financiamiento, que responda a las necesidades de salud y bienestar de la población en las diferentes etapas del ciclo de vida.</p> | 1 | 1 | 1 | <p>CCSS MS EMPRESA PRIVADA ONG's UNIVERSIDADES MUNICIPALIDADES DINADECO</p> |

Eje: Fortalecimiento institucional

Objetivo: Abordar en forma integral el tema de la Salud Mental desde la perspectiva del ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, con la creación de la Secretaría Técnica de Salud Mental órgano técnico, adscrito al Despacho Ministerial de Salud y la participación de otras instituciones públicas y privadas, sociedad civil organizada, la comunidad académica y científica.

| Subtema | Lineamientos | Acciones | Plazos | | | Responsables |
|---|--|---|-----------|-----------|-----------|---|
| | | | 1°trienio | 2°trienio | 3°trienio | |
| Secretaría Técnica de Salud Mental | Fortalecimiento del Ministerio de Salud como ente rector de la salud mental, a través de la creación de una Secretaría Técnica para el ejercicio de la Rectoría en este campo. | Reforma a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud N° 5412, del 8 de noviembre de 1973; reforma y adición a la Ley General de Salud N° 5395 del 30 de octubre de 1973. | 1 | 1 | 1 | CCSS MS EMPRESA PRIVADA ONG's UNIVERSIDADES MH IAFA BANCO CENTRAL CR DINADECO |
| Consejo Nacional de Salud Mental | Creación y fortalecimiento de una red nacional de promoción y atención integral en salud mental centrada en la comunidad | Reforma del inciso c) del artículo 8 de la Ley 8718 para que del 3,10 que se destina a Salud, un 12 % sea para salud mental | 1 | 1 | 1 | CCSS MS EMPRESA PRIVADA ONG's UNIVERSIDADES MUNICIPALIDADES DINADECO |
| | | Creación de la Secretaría Técnica de Salud Mental, adscrita al Despacho Ministerial. | 1 | 1 | 1 | |
| | | Conformación del Consejo Nacional de Salud Mental, como ente articulador de actores sociales claves para la ejecución de la Política de Salud Mental. | 1 | 1 | 1 | |

VIII. PLAN DE ACCIÓN 2012-2021

El Plan de Acción contiene las acciones agrupadas por ejes, los indicadores de gestión, las metas o productos y los actores responsables de ejecutar las acciones para el cumplimiento de los objetivos de la política.

(Véase matrices a continuación)

PIAN DE ACCIÓN 2012-2021

Eje: Biológico

1. Objetivo: Conocer la carga genética, los elementos orgánicos, los procesos de envejecimiento y la epidemiología de los trastornos mentales, por medio de acciones de investigación y desarrollo tecnológico con diferentes actores sociales de este campo, a fin de poder establecer las relaciones epigenéticas (son los cambios externos en los genes, que son hereditarios y que pueden ser reversibles), sociales y ambientales que sirven de base en la definición de programas de atención integral a las personas.

| Subtema | Acciones | Indicadores: | Meta o producto | | | Responsables |
|--|---|--|-----------------|------------|------------|---|
| | | | 1° trienio | 2° trienio | 3° trienio | |
| Trastornos en la Niñez y la adolescencia | Registro oportuno y eficiente de la incidencia y prevalencia de los trastornos del desarrollo de la niñez y la adolescencia en el país. | Registro epidemiológico en funcionamiento. | 1 | 1 | 1 | Ejecutores: M.S. CNNA C.C.S.S. U.C.R. I.N.E.C. CIAMA ONG's CNPJ CEN-CINAI RED DE CUIDO IAFA MCJ PANI UNICEF |
| | Desarrollo de una investigación de estos trastornos. | Investigación epidemiológica realizada | 1 | 1 | 1 | |
| Epigenética | Ejecutar investigaciones para conocer la carga epigenética de los trastornos mentales con énfasis en esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, demencia y trastornos del desarrollo. | Investigaciones realizadas | 1 | 1 | 1 | Ejecutores: M.S. C.C.S.S. U.C.R. I.N.E.C. MGYP DINADECO MICIT Municipalidades Servicios de salud privados ONGs |
| Demencia | Conocer la incidencia y prevalencia de las demencias en el país, por medio de un registro eficiente y oportuno, y el desarrollo de una investigación epidemiológica | Registro epidemiológico en funcionamiento. Investigación epidemiológica realizada | 1 | 1 | 1 | Ejecutores: M.S. C.C.S.S. U.C.R. I.N.E.C. CONAPAN RED DE CUIDO SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS ONGs |

PIAN DE ACCIÓN 2012-2021

Eje: Ambiental

2. Objetivo: Fomentar ambientes saludables en los ámbitos familiares, laborales, educativos y comunitarios, por medio de acciones intersectoriales e interinstitucionales, a fin de desarrollar aspectos epigenéticos positivos que permitan modificar el curso de los trastornos mentales y prevenir la incidencia de los mismos.

| Subtema | Acciones | Indicadores: | Meta o producto | | | Responsables |
|--|---|---|-----------------|------------|------------|---|
| | | | 1° trienio | 2° trienio | 3° trienio | |
| Fenómenos naturales y antrópicos | Atención integral a los sobrevivientes por desastres naturales y antrópicos, por parte de las brigadas de emergencias acreditadas ante la CNE, aplicando los protocolos validados por esta comisión y el CATAPS. | N° de sobre-vivientes atendidos por brigada acreditada según evento y protocolos aplicados. | 100% | 100% | 100% | Coordinación: Ministerio de Salud Ejecutores CNE UCR Brigadas acreditadas por CNE (CR,UCR, CP,CTS) CCSS DINADECO IMAS Gobiernos locales |
| Entornos de alto contenido verde | Recuperación de espacios y áreas verdes. (construcción de parques, áreas recreativas, corredores biológicos), creación de nuevas áreas verdes Elaboración de un inventario de espacios verdes por cantón. | N° de espacios y áreas verdes recuperados o construidos Inventarios realizados por región | 3 | 3 | 3 | Ejecutores MCJ CFIA GOBIERNOS LOCALES ICODER ONG's Grupos organizados de la Comunidad MINAET |
| Contaminación vehicular y falta planificación | Educación vial y manejo del enojo; aplicación estricta de reglamentos sobre contaminación y vehicular; fomento del uso del transporte colectivo; protocolos de investigación orientada a la medición de sustancias ilícitas en conductores temerarios; construcción de ciclo-vías | Programa de educación vial elaborado dirigido a los centros educativos y grupos comunitarios. Restricción vehicular para circular aplicado Plan estratégico de transporte colectivo de largo plazo elaborado Protocolos de | 1 | 1 | 1 | Ejecutores MS IAFA MEP COSEVI MOPT IFAM Municipalidades |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|------|---|------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|
| | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | investigación del consumo de sustancias ilícitas en conductor temerarios elaborados Plan de Ciclo-vías por región | | | | | | | | | | | | | |
| Hacinamiento y falta de vivienda propia. | | Formulación e implementación de políticas y planes orientados a la construcción de complejos habitacionales saludables y el fomento de una cultura de convivencia saludable. | | | 1 | 1 | 1 | 1 | Políticas y planes elaborados orientados a la construcción de complejos habitacionales saludables que permitan fomentar una cultura de convivencia saludable | | | | | | | | | | | Ejecutores MIVAH BANVI INVU CFIA DHR | | |
| Agua | | Formulación e implementación de políticas y planes orientados a garantizar el acceso a agua apta para consumo humano para toda la población, a cargo de instancias orgánicas de coordinación y articulación de actores sociales. | | | 100% | | 100% | 100% | Cobertura de un 100% de la población con acceso a agua apta para consumo humano | | | | | | | | | | | | Ejecutores ICAA ASADAS Municipalidades ONG's MINAET | |
| Espacios recreativos | | Formulación e implementación de políticas y planes orientados a garantizar la creación y recuperación de espacios físicos de recreación a nivel nacional en coordinación con actores sociales responsables. | | | 1 | | | 50% | Inventario de espacio recreativos por cantón realizado Creación y/o recuperación de espacios físicos recreativos por cantón | | | | | | | | | | | | Ejecutores MAG MCJ ICODER GOBIERNOS LOCALES CFIA MGyP MOPT DINADECO ONGs | |
| Contaminación sónica | | Formulación e implementación de investigaciones orientadas a establecer el efecto de la contaminación sónica en la salud mental, a cargo de Instancias orgánicas de coordinación y articulación de actores sociales. | | | 1 | | | 1 | Investigaciones realizadas | | | | | | | | | | | | | Ejecutores MS CCSS MOPT UNA ONG's GOBIERNOS LOCALES |

PIAN DE ACCIÓN 2012-2021

Eje: SOCIAL – ECONÓMICO - CULTURAL

3. Objetivo: Fortalecer el sistema de protección social de la salud mental, por medio de acciones intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria según condiciones de vida entre los diferentes grupos sociales, promover el desarrollo emocional y el bienestar mental en la población.

| Subtema | Acciones | Indicadores | Meta o producto | | | Responsables |
|-------------------------------|--|---|-----------------|------------|------------|---|
| | | | 1° trienio | 2° trienio | 3° trienio | |
| Suicidio | Formulación e implementación de políticas y acciones de salud mental dirigidas a las personas en riesgo suicida con instancias de coordinación y articulación de actores sociales. Desarrollo y ejecución de un programa nacional multisectorial para la atención integral de las personas en riesgo suicida. | Políticas y acciones formuladas e implementadas. Programa nacional elaborado y en ejecución. | 1 | 1 | 1 | Coordinación: Ministerio de Salud Ejecutores CCSS MS ONG's MEP CNNA IAFA Agrupaciones religiosas INAMU Instituto WEM 911 MGyP |
| Homicidio | Participación de manera articulada con los actores sociales responsables de atender la violencia social mediante el aporte de estrategias de intervención en el campo de la salud mental. | Estrategias de intervención en violencia social que incorporen la salud mental elaboradas e implementadas | 1 | 1 | 1 | Ejecutores CONAPAZ INAMU IAFA Ministerio de Justicia y Paz Ministerio de Gobernación ONG's Agrupaciones religiosas 911 |
| Accidentes de Tránsito | Participación de manera articulada con los actores sociales responsables de atender los accidentes de tránsito, mediante el aporte de estrategias de salud mental orientadas a reducir los factores | Estrategias elaboradas e implementadas. Registro Nacional de accidentes. fortalecido | 1 | 1 | 1 | Ejecutores MOPT COSEVI IAFA INS CCSS MEP |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|--|
| Violencia Intrafamiliar | de riesgo que incrementan los accidentes de tránsito | Participación de manera articulada con los actores sociales responsables de atender la violencia familiar, mediante el aporte de estrategias orientadas a reducir y atender de manera preventiva los efectos de este tipo de violencia. | Estrategias elaboradas e implementadas para el fomento de factores protectores de la salud mental a lo largo del ciclo de vida de las personas. | 1 | 1 | 1 | MS 911 ONG's CNREE Ejecutores MS IAFA Ministerio de Gobernación INAMU ONG's INA CCSS MEP MTSS CONAPAN 911 MGyP |
| Consumo De Drogas | Participación de manera articulada con los actores sociales responsables de atender el consumo de drogas, mediante el aporte de estrategias con enfoque de determinantes y de factores protectores de la salud mental, con el propósito de atender de manera integral el consumo de drogas. | Estrategias elaboradas con enfoque de determinantes y de factores protectores de la salud mental, incorporadas al Sistema Nacional de Tratamiento de Drogas. | 1 | 1 | 1 | Ejecutores MS IAFA CCSS ICD ONG's Gobiernos locales MJC Ministerio de Gobernación Ministerio de Justicia ICODER MEP INA | |
| Pobreza | Participación de manera articulada con los actores sociales responsables de atender la pobreza a nivel nacional, mediante el aporte de estrategias consensuadas orientadas a establecer y desarrollar mecanismos y destrezas orientadas a enfrentar los problemas emocionales asociados a la pobreza. | Estrategias incorporadas en los planes de atención a la pobreza dirigidas al fortalecimiento de habilidades y destrezas en salud mental. | 1 | 1 | 1 | Ejecutores MS MDS IMAS DINADECO BANVIH MIVAH INVU MTSS CONAPAN CNREE JPS ONG's INA DINADECO | |

| | | | | | | |
|------------------------|--|--|---|---|---|---|
| Educación | Inclusión en la currícula, para todos los niveles del ciclo educativo del país, el componente de salud mental y desarrollar acciones institucionales orientadas al fomento de la salud mental y la prevención. | Currículo con el componente de salud mental incorporados y con actividades definidas a ejecutar durante el año lectivo | 1 | 1 | 1 | Ejecutores MEP MS CONARE CONESUP INA CENCINAI |
| Estilos De Vida | Estrategia de promoción de la salud mental y de atención integral centrada en la comunidad, por medio de la participación de diferentes actores del sistema de producción social de la salud mental. | Proyectos comunitarios de promoción de la salud mental articulados y ejecutados | 1 | 1 | 1 | Ejecutores MS IAFA CCSS ICODER ONG's Empresa privada INA INAMU MEP |

PLAN DE ACCIÓN 2012-2021

Eje: SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

4. Objetivo: Transformar el modelo tradicional de atención de la salud mental, hacia un modelo de promoción y atención integral centrado en la comunidad, por medio de la desconcentración de los recursos materiales, humanos y financieros, fortaleciendo, con las acciones rectoras del Ministerio de Salud, de armonización de la provisión y modulación del financiamiento para articular la capacidad resolutoria de la red de servicios oportunos y de calidad, con énfasis en el primer nivel de atención.

| Subtema | Acciones | Indicadores: | Meta o producto | | | Responsables |
|---|--|--|-----------------|------------|------------|--|
| | | | 1° trienio | 2° trienio | 3° trienio | |
| Armonización de la provisión de servicios de salud mental centrados en la comunidad | Acciones interinstitucionales e intersectoriales orientadas a la construcción y desarrollo del modelo de promoción y atención integral de la salud mental, de base comunitaria, para garantizar la provisión de redes de servicios de salud mental oportunos, de calidad, armonizados y con la respectiva modulación del financiamiento, que responda a las necesidades de salud y bienestar de la población en las diferentes etapas del ciclo de vida. | <ol style="list-style-type: none"> Modelo de Promoción y Atención integral elaborado y en ejecución. Normas de atención integral a las personas con problemas de salud mental validadas y ejecutadas. Sistema Nacional de Vigilancia e información en salud mental en operación Programa Nacional de promoción de la Salud Mental en ejecución | 1 | 1 | 1 | Coordinación: Ministerio de Salud Ejecutores CCSS MS IAFA EMPRESA PRIVADA ONG's UNIVERSIDADES GOBIERNOS LOCALES DINADECO |
| Modulación del | Acciones intersectoriales e institucionales de los actores | 1. Servicios de salud mental | 1 | 1 | 1 | Ejecutores CCSS |

**financiamie
nto**

| | | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <p>sociales responsables de la producción social en salud mental, deben planificar de manera articulada, con enfoque comunitario, para atender de manera integral, oportuna, eficiente y eficaz , las necesidades de la población en materia de salud mental.</p> | <p>planificados acorde a las necesidades de las comunidades.</p> <p>2. Planificación estratégica local de los necesidades en salud mental y bienestar de las comunidades elaboradas,</p> <p>3. Recursos humanos, financieros, tecnológicos distribuidos para dar una atención integral en salud mental</p> <p>4. Equipos profesionales interdisciplinarios regionales prestando atención oportuna a los problemas de salud mental centrados en la comunidad con los recurso</p> <p>5. Utilización del 5% de las camas de hospitales generales destinadas para el internamiento de pacientes con trastornos mentales.</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>5%</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>5%</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>5%</p> | <p>MS IAFA EMPRESA PRIVADA ONG's UNIVERSIDADES MH BANCO CENTRAL CR DINADECO Servicios de salud privados</p> |
|---|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

PLAN DE ACCIÓN 2012-2021

Eje: Fortalecimiento institucional

5. **Objetivo: Abordar en forma integral el tema de la Salud Mental desde la perspectiva del ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, con la creación de la Secretaría Técnica de Salud Mental, órgano técnico adscrito al Despacho Ministerial de Salud y la participación de otras instituciones públicas y privadas, sociedad civil organizada, la comunidad académica y científica.**

| | Acciones | Indicadores: | Meta o producto | | | Responsables |
|---|---|--|-----------------|------------|------------|---|
| | | | 1° trienio | 2° trienio | 3° trienio | |
| Secretaría técnica de salud mental | Reforma a la ley orgánica del ministerio de salud N° 5412, de 8 de noviembre de 1973, reforma y adición a la ley general de salud N° 5395 del 30 de octubre de 1973. Reforma del inciso c) del artículo 8 de la Ley 8718 para que del 3,10 que se destina a Salud, un 12 % sea para salud mental | Proyecto de ley de Reforma presentado a la Asamblea Legislativa aprobado y publicado y puesto en funcionamiento Proyecto de ley de Reforma presentado a la Asamblea Legislativa aprobado y publicado y puesto en funcionamiento | 1 | 1 | 1 | Coordinación: Ministerio de Salud Ejecutores Asamblea legislativa MEP MCJ CCSS IAFA PANI INAMU ICODER JPS CONAPAM ONG's |
| Consejo Nacional de Salud Mental | Creación de la Secretaría Técnica de Salud Mental Conformación del Consejo Nacional de Salud Mental | Secretaría Técnica de Salud Mental creada y en funcionamiento Consejo Nacional de Salud Mental conformado y sesionando | 1 | 1 | 1 | Ejecutores Asamblea legislativa MEP MCJ CCSS IAFA PANI INAMU ICODER JPS CONAPAM ONG's UNIVERSIDADES GOBIERNOS LOCALES DINADECO EMPRESA PRIVADA |

IX. MODELO DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA

La Política Nacional de Salud Mental se hace operativa a través de la ejecución del Plan de Acción 2012-2021. Las acciones y objetivos de este plan son medidos por una serie de indicadores distribuidos a lo largo de tres trienios, conteniendo además, los actores sociales responsables directos e indirectos o corresponsables, tanto del Sector Salud como del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Nacional de Producción Social de la Salud.

Entre los actores corresponsables para la ejecución de la presente Política de Salud Mental y de su Plan de Acción, algunos forman parte del Sistema Nacional de Salud, y son por ende designados por Ley, pero también tendrán participación otros actores gubernamentales y de la sociedad civil que forman parte del Sistema Nacional de Producción Social de la Salud, cuya participación consistirá en realizar, apoyar o proponer acciones vinculantes con la Política, en el marco de sus competencias. Véase a continuación mapa de actores, clasificados según ejes de la Política de Salud Mental.

EJE BIOLÓGICO

| ACTOR SOCIAL | PERCEPCIÓN |
|--|---|
| Ministerio de Salud | Rector de la Producción Social de la Salud Mental, Coordinador Nacional |
| Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) | Aliado, Ejecutor, Financiero, Gestor y Proveedor de Servicios de Salud Mental |
| Centros de Educación y Nutrición - Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI) | Aliado, Ejecutor |
| Red de Cuido | Aliado, Proveedor de Servicios |
| Comisión Nacional de Niñez y Adolescencia | Aliado, Colaborador |
| Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) | Aliado, Colaborador, Proveedor de Servicios de Salud Mental, Ejecutor, Financiero |
| Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD) | Aliado, Financiero |
| Consejo Interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente (CIAMA) | Aliado, Colaborador |
| Patronato Nacional de la Infancia (PANI) | Aliado, Colaborador, Ejecutor, Proveedor, Financiero |
| Ministerio de Educación Pública (MEP) | Aliado, Colaborador, Ejecutor, Financiero |
| Ministerio de Cultura y Juventud (MCJ) | Aliado, Colaborador, Ejecutor, Financiero |
| Consejo de la Persona Joven | Aliado, Colaborador |
| Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad (Dinadeco) | Aliado, Colaborador |
| Municipalidades | Aliado, Colaborador, Ejecutor, Financiero |
| Servicios de Salud Privados | Aliado, Colaborador, Ejecutor, Financiero |
| Organizaciones No Gubernamentales (ONG) | Aliado, Colaborador, Ejecutor, Financiero |
| Sistema de Naciones Unidas | Aliado, Colaborador, Financiero |
| Ministerio de Ciencia y Tecnología (MICYT) | Aliado, Colaborador, Ejecutor, Financiero |

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

EJE AMBIENTAL

| ACTOR SOCIAL | PERCEPCIÓN |
|--|---|
| Ministerio de Salud | Rector de la Producción Social de la Salud Mental, Coordinador Nacional |
| Comisión Nacional de Emergencias (C.N.E) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad (Dinadeco) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Organizaciones No Gubernamentales (ONG) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Ministerio de Ambiente, Energía y Telecomunicaciones (MINAET) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Consejo de Seguridad Vial (COSEVI) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos (MIVAH) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Banco Hipotecario de la Vivienda (BANHVI) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Instituto de Vivienda y Urbanismo (INVU) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Defensoría de los Habitantes de la República (DHR) | Aliado, Colaborador |
| Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) | Aliado, Colaborador, Ejecutor, Financiero |
| Servicios de Salud Privados | Aliado, Colaborador, Ejecutor, Financiero |
| Municipalidades | Aliado, Colaborador, Ejecutor |
| Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) | Aliado, Colaborador |
| Ministerio de Cultura y Juventud (MCJ) | Aliado, Colaborador |
| Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER) | Aliado, Colaborador, Ejecutor |
| Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública (MGP) | Aliado, Colaborador, Ejecutor |
| Asociaciones Administradoras de Acueductos Rurales (ASADAS) | Aliado, Colaborador, Ejecutor |

EJE SOCIO ECONÓMICO Y CULTURAL

| ACTOR SOCIAL | PERCEPCIÓN |
|---|---|
| Ministerio de Salud | Rector de la Producción Social de la Salud Mental, Coordinador Nacional |
| Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) | Aliado, Ejecutor, Colaborador, Financiero |
| Dirección Nacional de Desarrollo de la Comunidad (Dinadeco) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Organizaciones No Gubernamentales (ONG) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Consejo de Seguridad Vial (COSEVI) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Ministerio de Educación Pública (MEP) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos (MIVAH) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Banco Hipotecario de la Vivienda (BANVHI) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Instituto de Vivienda y Urbanismo (INVU) | Aliado, Ejecutor, Colaborador |
| Defensoría de los Habitantes de la República (DHR) | Aliado, Colaborador, |
| Comisión Nacional de Niñez y Adolescencia | Aliado, Colaborador |
| Agrupaciones Religiosas | Aliado, Colaborador, |
| Municipalidades | Aliado, Colaborador, Ejecutor |
| Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) | Aliado, Colaborador |
| Ministerio de Cultura y Juventud (MCJ) | Aliado, Colaborador |
| Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER) | Aliado, Colaborador, Ejecutor |
| Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública (MGP) | Aliado, Colaborador, Ejecutor |
| Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) | Aliado, Colaborador, Ejecutor |
| Instituto WEM | Aliado, Colaborador, Ejecutor |
| 911 | Aliado, Colaborador, Ejecutor |
| Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE) | Aliado, Colaborador, Ejecutor, |

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

| | |
|---|--|
| Instituto Nacional de Seguros (INS) | Aliado, Colaborador, Ejecutor, Financiero |
| Comisión Nacional para la Prevención de la Violencia y Promoción de la Paz Social (CONAPAZ) | Aliado, Colaborador, Ejecutor, Coordinador |
| Ministerio de Justicia y Paz | Aliado, Colaborador, Ejecutor |
| Instituto Costarricense contra las Drogas (ICD) | Aliado, Colaborador |
| Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) | Aliado, Colaborador |
| Ministerio de Bienestar Social y Familia (MBS) | Aliado, Colaborador, Ejecutor |
| Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) | Aliado, Colaborador, Ejecutor |
| Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) | Aliado, Colaborador, Ejecutor, Financiero |
| Junta de Protección Social (JPS) | Aliado, Colaborador, Ejecutor, Financiero |
| Consejo Nacional de Rectores/Consejo Nacional de Educación Superior (CONARE/CONESUP) | Aliado, Colaborador, Ejecutor |
| Empresa Privada | Aliado, Colaborador, Ejecutor, Financiero |

EJE SISTEMA Y SERVICIOS DE SALUD

| ACTOR SOCIAL | PERCEPCIÓN |
|--|---|
| Ministerio de Salud | Rector de la Producción Social de la Salud Mental, Coordinador Nacional |
| Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) | Aliado, Ejecutor, Financiero, Gestor y Proveedor de Servicios de Salud Mental |
| Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) | Aliado, Ejecutor, Colaborador, Financiero, Proveedor de Servicios de Salud Mental |
| Universidades | Aliado, Colaborador |
| Organizaciones No Gubernamentales (ONG) | Aliado, Ejecutor, Colaborador, Proveedor de Servicios |
| Municipalidades | Aliado, Colaborador, Financiero |
| Instituto Nacional de Seguros (INS)-Salud | Aliado, Ejecutor, Colaborador, Proveedor de Servicios |
| Centros de Educación y Nutrición - Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI) | Aliado, Ejecutor, Colaborador, Proveedor de Servicios |
| Ministerio de Ciencia y Tecnología (MICYT) | Aliado, Colaborador |
| Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Sistema de Naciones Unidas | Aliado, Colaborador, Cooperación Técnica |
| Ministerio de Hacienda | Aliado, Colaborador, Financiero |
| Banco Central | Aliado, Colaborador, Financiero |

9.1 Monitoreo y evaluación

En cuanto al monitoreo o seguimiento de la Política, éste se define como un proceso en el que se aplican procedimientos e instrumentos para la medición y evaluación de la gestión, generando resultados sobre la ejecución del Plan, verifica el cumplimiento de las acciones entre lo planificado y lo ejecutado que permitan la toma de decisiones oportunas y basada en evidencias. Se identifica a través del monitoreo, de manera sistemática, la calidad del desempeño de sistema, a efecto de introducir los ajustes o cambios pertinentes y oportunos para el logro de sus resultados y efectos en el entorno. Así, permite analizar el avance y proponer acciones a tomar para lograr los objetivos; identificar los éxitos o fracasos reales o potenciales lo antes posible y hacer ajustes oportunos.

9.1.1 Objetivos del monitoreo

- Monitorear los indicadores de gestión definidos en el Plan de Acción 2012-2021, en forma semestral y anual, para verificar su cumplimiento o replantearlos.
- Generar información permanente sobre el grado de ejecución del Plan de Salud Mental, la participación y compromiso de actores involucrados en la producción social de la Salud Mental.
- Evaluar el impacto de las acciones contempladas en los diferentes ejes el plan.

9.1.2 Responsables del monitoreo y evaluación

El proceso de monitoreo y evaluación de la Política de Salud Mental requiere del trabajo conjunto de funcionarios de las instituciones representadas en comisiones técnicas y equipos de trabajo oficializados para tal fin, en los diferentes niveles de gestión.

El ente responsable de la conducción de este proceso es el Ministerio de Salud en sus tres niveles de gestión, mediante la creación de equipos intersectoriales e interinstitucionales a nivel central, regional y local (áreas rectoras de salud).

Las instancias de coordinación y articulación de estos actores sociales se harán mediante distintas modalidades, tales como, reuniones, comités, convenios, redes, capacitaciones, abogacía, intercambios, encuentros, foros, conferencias, giras de acompañamiento, entre otros.

X. CRONOGRAMA DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL 2012-2021

En el siguiente cuadro se hace un resumen del cronograma de las diferentes etapas de la política. Un cronograma más extenso, se puede observar en el Plan de Acción.

CRONOGRAMA DE LA POLITICA 2012-2021

| Etapas | 2012 | I Trienio 2013 -2015 | II Trienio 2016-2018 | III Trienio 2019-2021 |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Formulación | Enero- Setiembre | | | |
| Oficialización | 10 de Octubre | | | |
| Divulgación | Octubre- Diciembre | | | |
| Implementación | | X | | |
| Seguimiento | | X | X | X |
| Evaluacion | | X | X | X |

XI. BIBLIOGRAFÍA

Alzamora, E. (2012). *Aproximaciones a la seguridad ciudadana*. Recuperado de <http://desastres.usac.edu.gt/documentos/pdf/spa/doc10187/doc10187-11.pdf> 19-3-12

Aldazy, C., y Vázquez (eds) (1996). *Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación*. Madrid, España: Siglo XXI.

Anthony, W. (1979). *The Principles of Psychiatric Rehabilitation*. Baltimore: University Park Press.

Araya, J. y Merlos, H. (2008). *Informe de Contaminación Sónica en el Gran Área Metropolitana*. San José, Costa Rica: CICIMA y Escuela de Física Universidad de Costa Rica.

Araya, R., et al. (2006). Perceptions of social capital and the built environment and mental health. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3072-3083.

Armeli, S., Carney, M.A., Tennen, H., Affleck, G., y O'Neil, T.P. (2001). Stress and alcohol use: a daily process examination of the stressor-vulnerability model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 979-994

Berkman, L.F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254

Berrocal, M., Peskin, V., Weiss, N., Schuler, J.S., Chavira, D., Bagnarello, M., Herrera, L.D., Matheus C.A. *Prevalence of and screening for ADHD in Costa Rica*. Hospital Nacional de Niños, San José Costa Rica , 2011

Burchell, B. (1994). The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. En: Gallie, D. et al., (Ed). *Social change and the experience of unemployment*. Oxford, Oxford University Press, 188– 212.

Carroll, D., y Sheffield, D. (1998). Social psychophysiology, social circumstances and health. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 333-337

Chacòn, L., y Freer, E. (1999) El precarismo: análisis histórico y su desarrollo en el distrito de Pavas. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas* v.20 n.3-4 San José dic.

Chelala, C. (1999). *Impacto del ambiente sobre la salud infantil*. Washington, D.C.: OPS.

Chinchilla, L. (2010). *Plan de Gobierno, Laura Chinchilla, 2010-2014, San José, Costa Rica: Archivo electora Partido Liberación Nacional, página 16*)

Caja Costarricense del Seguro Social, Auditoría Interna ,*Evaluación de la Especialidad en Psiquiatría de la Red de Servicios de Salud, San José Costa Rica, 2010*

Frers, C., (2010). *El tema ambiental en las ciudades*. Recuperado de www.ecoportal.net

Fritschi, L., Brown, L., Kim, R., Schwela, D., y Kephelopoulos, S. Burden of Disease from Environmental Noise—Quantification of Healthy Life Years Lost in Europe. WHO regional office for Europe,2011

Herrman, H., Saxena, S. y Moodie, R. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice:* World Health Organization, Geneva, 2005.

Kaplan, R. y Kaplan, S. (2011). Well-being, Reasonableness, and the Natural Environment. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(3), 304-321.

Maller, C., et al. (2006). Healthy nature healthy people: 'contact with nature' as an upstream health promotion intervention for populations. *Health promotion international*, 21(1), 45.

Ministerio de Salud, *Análisis Sectorial de Salud, Costa Rica 2002*. San José, Costa Rica: 2002, Ministerio de Salud

Ministerio de Salud , *Análisis de situación de Salud*. San José, Costa Rica: 2010 ,Ministerio de Salud

Ministerio de Salud, *Memoria Institucional, 2011. Costa Rica*. San José, Costa Rica. Impresión Documental Ministerio de Salud, 2012

Ministerio de Salud , *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud*. San José, Costa Rica, 2008. Impresiones Documentales Ministerio de Salud

Ministerio de Salud de Costa Rica, *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud* (3° edición). San José, Costa Rica: Impresiones documentales Ministerio de Salud, 2011

Ministerio de Salud , *Plan Nacional de Salud, 2010-2021*. San José, Costa Rica: Producción documental. Unidad de Gestión Integral de la Información. Ministerio de Salud, 2010

Ministerio de Salud, *Plan Nacional de Salud Mental 2004-2010* (2° reimpresión). San José, Costa Rica: Imprenta Nacional, 2007.

Ministerio de Salud, *Política Nacional de Salud, 2010-2021*. San José, Costa Rica: Impresión Documental Ministerio de Salud, 2010

Ministerio de Salud (1973). *LEY GENERAL DE SALUD. Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973*. San José, Costa Rica: Gaceta N° 222, noviembre 1973

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Costa Rica, 2008*. San José, Costa Rica: Producción Documental Ministerio de Salud

Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud (2004). *La Violencia Social en Costa Rica*. San José, Costa Rica, 2004

Moudon, A. V. (2009). Real Noise from the Urban Environment: How Ambient Community Noise Affects Health and What Can Be Done About It. *American journal of preventive medicine*, 37(2), 167-171.

Novaco, R. (1979). Transportation, Stress, and Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 7, 361-380.

Organización Panamericana de la Salud (2003). *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2007). *Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de Atención Primaria de Salud*. Ginebra, Suiza: Editora Sibauste, A.

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (2009). *Estrategia Regional y Plan de Acción sobre Salud Mental*. Resolución CD49.17.49° Consejo Directivo de la OPS/OMS. Washington D.C.: OPS/OMS

Organización Mundial de la Salud, *Guía de Intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. OMS, 2010. Recuperado de [www.who.int / mental_health/mhgap](http://www.who.int/mental_health/mhgap)

Organización Panamericana de la Salud (2003) *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>

PPS. (2008). *Streets as Places: Using Streets to Rebuild Communities*. New York, NY: AARP.

Stokols, D. (1978). Traffic Congestion, Type A Behavior, and Stress. *Journal of Applied Psychology*, 63, 467-480.

Programa Estado de la Nación. (2011). *Décimo séptimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible/Programa Estado de la Nación* (17 ed). San José, Costa Rica: Programa Estado de la Nación.

Roizblatt, A., Corón, M., Verdugo, R., Larcón, R., Erazo, C. y Miño, V. *Familia, vivienda y medio ambiente: algunos aspectos psicosociales*. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc7162.pdf 13-3-12

Sugiyama, T., et al. (2008). Associations of neighbourhood greenness with physical and mental health: do walking, social coherence and local social interaction explain the relationships? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(5), e9.

Ward Thompson, C. y Aspinall, P.A. (2011). Natural Environments and their Impact on Activity, Health, and Quality of Life. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(3), 230-260.

Weich, S., et al. (2002). Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 428-433.

ANEXOS

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

Anexo N° 1 PARTICIPANTES EN LA CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA POLITICA NACIONAL DE Salud Mental, 2012-2021

| NOMBRE | | INSTITUCIÓN |
|--------------------------------|---|---|
| 1- Agnes Gutiérrez Rojas | Enfermera especialista en salud mental | Fiscalía del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica |
| 2- Aida Chaves Villalta | Estadística | Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC |
| 3- Alejandra Corrales Avila | Médica General | Dirección de Garantía de Acceso a Servicios Ministerio de Salud |
| 4- Alejandra Quesada Gutiérrez | Médica General | Área Rectora de Salud de Ministerio de Salud |
| 5- Alfonso Villalobos Pérez | Psicólogo | Asesoría Técnica. Psicología. CCSS |
| 6- Alvaro Hernández Villalobos | Psiquiatra | Hospital Nacional Psiquiátrico. CCSS |
| 7- Ana Lucía Cascante. | | Ministerio de Justicia |
| 8- Ana Zelmira Arias Montero | Psicóloga | Dirección Nacional CEN-CINAI |
| 9- Anargerí Solano Siles | Trabajadora social | Comisión Técnica Nacional de Recursos Humanos en Salud. Ministerio de Salud |
| 10- Beatriz Núñez Aguilar | Enfermera especialista en salud mental | Hospital Calderón Guardia |
| 11- Carlos García Elizondo. | | Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados |
| 12- Carlos Valerio Monge | Abogado | Defensoría de los Habitantes de la República |
| 13- Carol Víquez Morera | Médica General | Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación |
| 14- Diana Zúñiga Rojas. | Psicóloga | Consejo Nacional de la Persona Joven |
| 15- Dinorah Cueto Cabrera. | Psicóloga | Instituto Nacional de la Mujer. INAMU |
| 16- Douglas Mata Pernudi | Sociólogo | IAFA |

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

| | | |
|---|--|---|
| 17- Edda Quirós Rodríguez | Psicóloga | Unidad de Planificación Estratégica. Ministerio de Salud |
| 18- Ernestina Aguirre Vidaurre | Enfermera | Comisión Nacional Técnica Recursos Humanos en Salud |
| 19- Fernando Herrera Canales | Educador para la Salud | Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico Ministerio de Salud |
| 20- Gabriela Sotela Sánchez | Psicóloga | Universidad de Costa Rica |
| 21- Gloriana Rodríguez. Aráuz | Psicología | Escuela de Psicología Universidad de Costa Rica |
| 22- Gloriela Brenes Murillo | Trabajadora Social | Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud |
| 23- Guiselle Brenes Pacheco | Médica Psiquiatra | Area de Atención Integral a las Personas. CCSS |
| 24- Henriette Raventós Vorst | Médica investigadora | Universidad de Costa Rica |
| 25- Hernán Luque Siu | Psicólogo | Consultor de la Organización Panamericana de la Salud en Costa Rica |
| 26- Hugo Acuña Jiménez. Jessica Mac Donald | Psicóloga | Ministerio de Salud. Autor del Himno del Ministerio de Salud Universidad Nacional |
| 27- Hugo Chacón Ramírez | Médico General | Area de Atención Integral a las Personas. CCSS |
| 28- Ingrid Dormond. Herrera | Médica Psiquiatra | Clínica Dr Marcial Rodríguez Alajuela |
| 29- Isabel Villalobos Barquero | Psicóloga | Asociación Costarricense para el Estudio y Prevención del Suicidio. ACEPS |
| 30- Javier Contreras Rojas. | Médico Psiquiatra | Fundación Costarricense de Trastorno Bipolar |
| 31- Karina Bolaños Picado | | Viceministerio de Juventud |
| 32- Karla Patiño Martínez. | Enfermera especialista en salud mental | Asociación de Enfermeras Especialistas en Salud Mental |
| 33- Kimberly Molina Morales | Estudiante de Psicología | Universidad de Costa Rica |
| 34- Ligia Calvo Alvarado | Trabajadora social | Area de Trabajo Social. CCSS |

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 35- Lilia Uribe López | Médica Psiquiatra | Hospital Nacional Psiquiátrico. CCSS |
| 36- Marco Díaz Alvarado | Médico Psiquiatra | Area de Atención Integral a las Personas. CCSS |
| 37- María Allen Flores | Médica Pediatra | Asociación Costarricense de Enfermos Mentales Recuperados |
| 38- Mariela Fletes. | Psicóloga | Caja Costarricense del Seguro Social |
| 39- Marta Vindas González | Psicóloga | Asesoría Técnica en Psicología. CCSS |
| 40- Mauricio Leandro Rojas | Psicólogo | .Universidad de Costa Rica |
| 41- Michael Cordero Camacho | Politóloga | Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial |
| 42- Milena Grillo Rivera | Abogada | PANIAMOR |
| 43- Miriam Moreno Chacón | Registros Médicos | Área de Estadística. CCSS |
| 44- Nancy Castro Hernández | | Curriculista. CONESUP |
| 45 Natasha Jiménez Mata | Diseñadora Gráfica | Espacio Latinoamericano de Sexualidad y Derechos. MULABI |
| 46- Nury Sánchez Aragonés. | Trabajadora social | Concejo de Salud Ocupacional. MTSS |
| 47- Ofelia Quirós Araya | Socióloga | Ministerio de Cultura y Juventud |
| 48- Patricia Barquero Sanabria | Psicóloga | Dirección de Mercadotecnia de la Salud Ministerio de Salud |
| 49- María del Carmen Oconitrillo General. | Médica | Dirección de Regulación. Ministerio de Salud. |
| 50- Patricia Garita Montero | Planificación Económica y Social | Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica |
| 51- Patricia Orozco Carballo | Psiquiatra | Instituto sobre Alcoholismo y Fármaco Dependencia |
| 52- María Eugenia Salas Mora Social. | Trabajadora Social. | Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial |
| 53- Paulina Torres Mora | | Socióloga. MULABI |
| 54- Rebeca Alvarado Prado | Bachiller en Promoción de la Salud | Universidad de Costa Rica |
| 55- Reynaldo Páez Guerra | Planificador | Patronato Nacional de la Infancia |

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| 56 Rosa María Vargas Alvarado | MSc. Salud Pública con énfasis en Epidemiología | Ministerio de Salud |
| 57- Rose Mary Madden Arias | Abogada | Instituto Interamericano de Derechos Humanos |
| 58- Vanessa Zúñiga Morales | Enfermera | Dirección Regional Central Sur. Ministerio de Salud |
| 59- Víctor Navarrete Acosta | Médico Psiquiatra | Hospital Nacional Psiquiátrico. CCSS |
| 60- Vilma García Camacho | Médica General | Área de Atención Integral a las Personas CCSS |
| 61- Virginia Rosabal Camarillo | Médica Psiquiatra | Area de Atención Integral a las Personas. CCSS |
| 62- María Spence Arias | | Asesora Despacho Ministerio de Salud |
| 63- Yadira Fernández Muñoz | Enfermera | División Técnica de Rectoría de la Salud. Ministerio de Salud |
| 64- Yeimi Quesada C | Educadora | Ministerio de Educación Pública |
| 65- Yolanda Brenes Zumbado | Trabajadora Social | Colegio de Trabajadoras Sociales |
| 66- Zaida Porras Porras | Trabajadora Social | Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor |
| 67- Zaida Salazar Mora | Psicóloga | Escuela de Psicología Universidad de Costa Rica |

ANEXO N° 2 Declaraciones, Principios y Decretos Ejecutivos vigentes

2-1 Declaración de Caracas

DECLARACION DE CARACAS

Reestructuración de la atención psiquiátrica

Adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Las Organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

Notando,

1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;
2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados a:
 - a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,
 - b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,
 - c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental,
 - d) impartir una enseñanza insuficiente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

- 5- Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta Reestructuración;
- 6- Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual,

INSTAN:

A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

- 5- Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta Reestructuración;
- 6- Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual,

INSTAN:

A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

2.2 Declaratoria Corobicí, Asociación Centroamericana de Psiquiatría, San José, Costa Rica 2011

Declaratoria Corobicí Asociación Centroamericana de Psiquiatría San José, Costa Rica 2011.

de ASOCOPSI, el Domingo, 17 de abril de 2011 a las 19:27

En el marco del XXV Congreso Centroamericano de Psiquiatría: “Psiquiatría y Equilibrio” cuyos ejes temáticos fueron: 1–Derechos Humanos y Psiquiatría, 2– Psiquiatría Biológica, 3– Manejo Integral de los Trastornos Mentales se reunió la Asamblea General Ordinaria de delegados de la Asociación Centroamericana de Psiquiatría, creándose una convivencia afectiva e intercambio intelectual y académico en los que se discutieron los últimos avances científicos en cada uno de esos ejes temáticos para promover cambios importantes en la Salud de las personas y de los pueblos, impulsando las decisiones y voluntades políticas en Salud Mental, la aplicación de normativas e incentivar la recopilación de datos epidemiológicos que justifique el aumento de presupuestos reales que mejoren la Salud Mental en esta región. Dicha Asamblea está integrada por los y las Presidentes de las Asociaciones Guatemalteca, Salvadoreña, Hondureña, Nicaragüense, Costarricense, Panameña y Dominicana de Psiquiatría y ex–presidentes de ACAP. (Consejo consultivo) y la Secretaría Ejecutiva de ACAP.

CONSIDERANDO:

1. Que según la OMS la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.
2. Que las violaciones de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales se producen en comunidades del mundo entero en centros de salud mental, hospitales y en las comunidades en general.
3. Que el estigma que pesa sobre los trastornos mentales y la discriminación de los enfermos y sus familiares hacen que las personas no soliciten atención de salud mental impidiendo un abordaje temprano y oportuno de sus padecimientos.
4. Que la promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversas dependencias del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. Hasta el momento Costa Rica y Panamá son los únicos países centroamericano en que la Psiquiatría es reconocida como la quinta especialidad médica.
5. Que no puede haber salud mental cuando se violentan los Derechos Humanos de las personas por razón de su orientación sexual, etnia, religión, género, estado socioeconómico y político entre otras.
6. Que la violencia y discriminación contra las mujeres produce un impacto negativo en la Salud Mental y física de ellas y repercute negativamente en la

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

Salud Pública de las poblaciones generando consecuencias económicas importantes.

7. Que la evidencia científica es indispensable para la toma de decisiones en materia de salud mental.

ACUERDA:

1. Promover la salud mental desde un enfoque integral que contemple la relación mente cuerpo en armonía con las demás personas y su entorno, fortaleciendo la relación de la psiquiatría con otras áreas del saber humano como estrategia para enfrentar las demandas de la sociedad moderna; así como la difusión de herramientas terapéuticas complementarias que favorezcan estilos de vida saludable.
2. Fomentar la protección de los derechos humanos, la dignidad y la ética en psiquiatría mediante la promoción de los derechos humanos de personas con trastornos mentales.
3. Articular un plan de promoción de salud mental mediante el fomento del rol que juegan las organizaciones de pacientes y familiares en la lucha contra el estigma que sufren las personas con trastorno mental.
4. Identificar las necesidades de la situación actual de la salud mental en Centroamérica y el Caribe para demandar mayor inversión en salud mental, promover políticas, exigir el cumplimiento de leyes o convenios ya establecidos.
5. Demandar el fomento de nuevas estrategias gubernamentales a través de los profesionales en salud mental orientadas a lograr la rehabilitación psicosocial promoviendo la desinstitucionalización y asegurando la empleabilidad real de esta población para lograr una adecuada reinserción comunitaria.
6. Promover el respeto de los derechos humanos de grupos históricamente excluidos por nuestra sociedad y fomentando el acceso a salud mental por parte de estos grupos.
7. Denunciar las condiciones violentas y de discriminación en la vida de las mujeres que repercute negativamente en su salud mental y la importancia de un abordaje temprano y oportuno de dichas condiciones así como la discusión sobre los impactos de la violencia doméstica para la salud mental enfatizando en la investigación, la práctica y los programas novedosos para eliminar dichas conductas.
8. Visibilizar la carencia de recursos para la investigación; promover el patrocinio de estudios científicos autóctonos en salud mental y el establecimiento de redes regionales para la elaboración y distribución de información basada en evidencias científicas sobre el diagnóstico de las enfermedades mentales, tratamiento y rehabilitación de pacientes así como la caracterización epidemiológica de la patología psiquiátrica.

9. Incentivar la atención primaria temprana de salud mental mediante el mejoramiento en la capacitación de estudiantes de medicina, médicos generales y personal de salud.

10. Demandar a nuestros líderes políticos a buscar una mejora de la situación socioeconómica de nuestra región y el no uso de la violencia en resolución de conflictos ya que estos factores influyen directamente en el deterioro de la salud mental de la población centroamericana.

11. La ACAP se solidariza con el pueblo japonés y las víctimas de desastres naturales de las diferentes regiones del mundo instando a las comunidades y profesionales en salud a capacitarse y actualizarse en la prevención y mitigación de las consecuencias emocionales de dichos desastres.

Ratificamos y firmamos en la ciudad de San José, Costa Rica el día doce de abril del año dos mil once.

Dra. Sisy Castillo Ramírez

Presidenta de ACAP 2010–2011. Presidenta de la Asociación Costarricense de Psiquiatría.

Dr. Enrique Mendoza Gaitán

Presidente de la Asociación Psiquiátrica de Guatemala Representante zonal ante la APAL.

Dra. Tirza Merino Gómez

Representante de la Asociación Salvadoreña de Psiquiatría

Dra. Holly Palacios Guifarro

Presidenta la Asociación Hondureña de Psiquiatría

Dr. Carlos Fletes González

Presidente Asociación Nicaragüense de Psiquiatría

Dra. Lexma Ruíz Martez

Presidenta de la Sociedad Panameña de Psiquiatría

Dr. José Miguel Gómez Montero

Presidente de la Sociedad Dominicana de Psiquiatría.

Dra. Sara María Murillo Antúnez

Secretaria Ejecutiva ACAP 2007–2011

ANEXO 2-3 PRINCIPIOS DE BRASILIA

**La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años
después de la Declaración de Caracas**

PRINCIPIOS DE BRASILIA

**Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las
Américas**

El Ministerio de Salud de la República Federativa de Brasil, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocaron al personal gubernamental de salud mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares a la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental :15 años después de Caracas”, los días 7 a 9 del mes de noviembre del año 2005, con el fin de evaluar los desarrollos producidos desde 1990.

LOS PARTICIPANTES DE LA CONFERENCIA

DESTACAN

Que la Declaración de Caracas surgió como resultado de un análisis crítico del estado de la atención de salud mental en las Américas, que hacía ineludible su reforma ;

Que en la Declaración de Caracas consideró que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el hospital psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención y por acciones de salvaguarda el los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales ; y

Que la Declaración de Caracas ha sido endosada por todos los países de la Región de las Américas.

NOTAN

Que en los últimos quince años se han producido en el nivel regional avances en la reestructuración de la atención psiquiátrica;

Que las Resoluciones de los Consejos Directivos de la OPS en 1997 y 2001 constituyen importantes apoyos a los principios de la Declaración de Caracas;

Que los Estados Miembros de la OPS adoptaron en septiembre del 2005 la Declaración de Montevideo, la cual contiene nuevas orientaciones sobre la Atención Primaria de Salud, tales como la creación de sistemas sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención; y

Que la OMS ha formulado principios rectores que orientan la reforma de la atención de la salud mental a nivel global, los cuales fueron incluidos en el Informe Mundial de Salud Mental del 2001 y en otros programas e iniciativas.

TOMAN CONOCIMIENTO

Que los principios esenciales de la Declaración de Caracas están siendo implementados exitosamente en numerosos países de la Región;

Que con el transcurso del tiempo valiosas experiencias y lecciones se han acumulado, tanto de éxitos como de obstáculos;

Que la Declaración de Caracas ha sido utilizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como un estándar para interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos legales en los informes relacionados con los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales;

Que existen experiencias exitosas en algunos países que sirven de referencia para la OMS en sus acciones globales, tales como la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil, que promueve la movilización cultural, la reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención; y la reforma en Chile, que prescribe la integración de la salud mental dentro de las redes de servicios de salud pública. Cabe destacar ejemplos adicionales, entre otros, la integración de salud mental en la Atención Primaria de Salud y el desarrollo de servicios de salud mental infantojuveniles en Cuba; aspectos sobresalientes del "Modelo Nacional Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental", cuyo desarrollo contempla importantes acciones de prevención, hospitalización breve y reintegración social en México; el desarrollo de servicios de salud mental basado en la utilización de enfermeras calificadas en Belice y Jamaica; la atención a grupos vulnerables en el

Salvador, Guatemala y Nicaragua; y el desarrollo de un sistema de salud mental descentralizado en Panamá.

REITERAN

La validez de los principios rectores señalados en la Declaración de Caracas con relación a:

El papel central que corresponde a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales;

La necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren:

- 1- La provisión de una adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo, cuando sea necesario, la admisión en hospitales generales;
- 2- La formulación de respuestas que prevengan el surgimiento de nuevas generaciones de personas enfermas afectadas por trastornos psiquiátricos de larga evolución y discapacidad psicosocial;
- 3- El establecimiento de vínculos sólidos con los servicios de Atención Primaria de Salud con alta capacidad resolutive;
- 4- La participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental ; y
- 5- La concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población.

Cabe subrayar que si mucho se ha avanzado, aún más debe ser hecho para cumplir las acciones pendientes derivadas de la Declaración de Caracas. Por ejemplo, continúa siendo excesivo el número de camas en los hospitales psiquiátricos y, por contraste, demasiado exiguo el número de servicios alternativos en la comunidad. Además, aún es insuficiente la capacidad de documentación, monitoría y evaluación.

ADVIERTEN

Que los servicios de salud mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que sean hecho más evidentes en estos últimos quince años, tales como :

- 1- La vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis, que se han incrementado notablemente;
- 2- El aumento de la morbilidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia;
- 3- El aumento de las demandas de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso del alcohol; y
- 4- El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental , en especial con referencia a la atención de las víctimas.

Por lo tanto,

LOS AUSPICIADORES DE LA CONFERENCIA

RESUELVEN AUNAR ESFUERZOS A FIN DE :

- 1- Gestionar la realización de una Reunión Regional de Ministros de Salud que tenga como objetivo la formulación de un Plan de acción Regional con metas definidas;
- 2- Continuar sensibilizando a las autoridades nacionales respecto a la necesidad imperiosa de aumentar la inversión en salud mental para afrontar la dramática carga de morbilidad y discapacidad generada por los trastornos mentales;
- 3- Recopilar, documentar y diseminar las experiencias de atención en salud mental que hayan incorporado indicadores y estándares promovidos por la OPS y la OMS; y
- 4- Promover los programas de colaboración bi y multilateral entre países para el desarrollo de servicios , capacitación e investigación.

Y LLAMAN A TODAS LAS PARTES

INVOLUCRADAS A

Continuar trabajando firmemente en la implementación de los principios éticos, jurídicos, técnicos y políticos incluidos en la Declaración de Caracas

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Rodríguez, Jorge J.-ed. *“La Reforma de los servicios de salud mental : 15 años después de la Declaración de Caracas”*. Washington,D.C; OPS, 2007

ANEXO 2-4 Decreto Ejecutivo N° 20665-S

DECRETOS

N° 20665-S

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

Y EL MINISTRO DE SALUD

En uso de las facultades que les confieren los artículos 140, incisos 3) y 18) de la Constitución Política; 28 párrafo 2, inciso b) de la Ley General de la Administración Pública ; 1,2,3,4 y 9 de la Ley General de Salud.

Considerando:

1° Que los trastornos mentales son una de las principales causas de consulta en nuestro Sistema de Salud, y que para la atención adecuada de estos trastornos se requiere una reestructuración de los servicios de salud existente.

2° Que el Plan Nacional de Salud Mental contempla, entre otros aspectos:

- 1- La necesidad de servicios de diagnóstico y tratamiento para los problemas psiquiátricos en todos los hospitales generales.
- 2- La necesidad de superar el Hospital Psiquiátrico por medio del desarrollo de políticas integrales de salud mental formuladas por la Organización Mundial de la Salud y por la Oficina Panamericana de la Salud.
- 3- La necesidad de constituir equipos de psiquiatría y salud mental en los hospitales nacionales, regionales y periféricos, en estrecha coordinación con los sistemas locales de salud.
- 4- La necesidad de establecer modalidades de atención psiquiátrica, alternativas basadas en la comunidad y en las redes sociales establecidas en ella.
- 5- La necesidad de que se permita utilizar hasta el 5% de las camas de los hospitales generales para la atención de los enfermos mentales.

3° Que en la Declaración de Caracas de noviembre de 1990, de la cual nuestro país es signatario, se establece la necesidad de reestructurar la atención psiquiátrica y la salud mental en los siguientes niveles:

- 1) Sistema Nacional de Salud
- 2) Servicios psiquiátricos

- 3) Político y administrativo
- 4) Docente
- 5) Jurídico.

4° Que el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, en sesión ordinaria N° 557 de la Junta de Gobierno, celebrada el 16 de octubre de 1984, reconoció la Psiquiatría como la quinta especialidad clínica básica.

5° Que la Psiquiatría debe ser ubicada al mismo nivel que las demás especialidades clínicas básicas. **Por tanto,**

DECRETAN

Artículo 1°- Se reconoce la psiquiatría como la quinta especialidad clínica básica, congruente con el reconocimiento que de ella hizo el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Artículo 2°- Se ejecutará el Plan Nacional de Salud Mental congruente con la Declaración de Caracas hacia la reestructuración de la Atención Psiquiátrica y en Salud Mental en el nivel del Sistema Nacional de Salud incorporando dichos programas en los programas generales básicos de salud, y a nivel de servicios psiquiátricos. Además, se incorporará el Programa de Salud Mental en los programas de Atención Primaria, en coordinación con la supervisión del Departamento de salud Mental del Ministerio de Salud.

Artículo 3°- El Ministerio de Salud solicitará la colaboración de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud para elaborar un Programa Anual de Salud Mental, según niveles de atención y desde la perspectiva de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), acorde con el Plan Nacional de Salud Mental.

A nivel hospitalario se contemplarán los siguientes objetivos:

- a) Humanizar el medio ambiente terapéutico
- b) Proyectos para reubicar pacientes crónicos
- c) Fortalecer y generalizar programas terapéuticos rehabilitadores para pacientes crónicos internados sin posibilidad de egreso.
- d) Promover el establecimiento de una red descentralizada de servicios de atención psiquiátrica incorporada en la atención primaria de salud y dentro de los sistemas locales de salud. Estos servicios deben incluir acciones de promoción y fomento de la salud mental comunitaria.
- e) Velar que el sistema respete los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales.
- f) Fomentar el desarrollo de la investigación epidemiológica que retroalimente la planificación en salud mental.

Artículo 4°- El Ministerio de Salud solicitará la colaboración de las instituciones de educación superior para las actividades docentes de pre y postgrado de las distintas disciplinas de salud mental contemplen no solo la atención directa hospitalaria, sino también todos los niveles preventivos en la comunidad. Asimismo se les solicitará a dichas instituciones y a las de formación de profesionales y técnicos afines a la salud mental, que orienten sus programas curriculares conforme con la reestructuración de la atención psiquiátrica que aquí se propone.

Artículo 5°-Para la ejecución de la reestructuración propuesta se fortalecerá el Consejo Nacional de Salud Mental, organismo coordinador y ejecutor del Plan de Salud Mental, mediante:

- a) El aporte por partes iguales de todas las instituciones representadas, de los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para realizar las acciones que el mismo Consejo decida.
- b) Que el representante del Consejo tenga poder de decisión
- c) Que todo miembro del Consejo tenga como obligación fundamental la asistencia y la participación, tanto a las sesiones regulares y extraordinarias como a la ejecución de las acciones que el Consejo le encomiende.

Artículo 6°-Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República.-San José, a los veinticinco días del mes de junio de mil novecientos noventa y uno.

R.A.CALDERON F.-El Ministro de Salud, Carlos Castro Charpentier.-C-3910

Fuente: La Gaceta Diario oficial. Número 206. La Uruca, San José, Costa Rica, martes 29 de octubre de 1991. Archivos de la Imprenta Nacional.

ANEXO N° 3 DETERMINANTES BIOLÓGICOS

3-1 Genes Asociados a Trastornos Mentales en la Población Costarricense

Genes Asociados a Trastornos Mentales en la Población Costarricense

| | Función | Fenotipo asociado |
|--------------------------------------|---|--|
| NRG1¹ | Migración neural, NMDA receptores | SC, psicosis, psicosis con manía |
| MsrA² | Sistema de reparación oxidativa | SC, psicosis |
| TGIF³ | Factor de transcripción (inhibidor) | Psicosis |
| Enzima málica⁴ | Sistema de transferencia de malato (energía) | Psicosis, bipolar |
| SLC6A4⁵ | Transportador de serotonina | Mayor riesgo de depresión posterior a eventos traumáticos |
| CNR1⁶ | Receptor endógeno canabinoide | Esquizofrenia |

Fuente1: Raventós, 2012 (Elaborado para la Política Nacional de Salud Mental).

1 Walss-Bass C et al, Psychiatr Genet. 2006; Walss-Bass C et al, Acta Psychiatr Scand. 2006; Walss-Bass C et al, Biological Psychiatry 2006; Marballi Q et al, J Mol Med 2010

2 Walss-Bass C et al. Psychiatr Genet. 2006; Walss-Bass et al, AJMG, 2008

3 Chavarria-Siles I et al. Mol Psychiatry. 2007

4 Lee BD et al. Psychiatry Research, 2007 Schizophr Res. 2008

5 Contreras J et al. Acta Psychiatr Scand. 2009; Contreras J et al. Neurogenet. 2010

6 Chavarría-Siles I et al. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2008

3-2 Heredabilidad para un grupo de enfermedades mentales.

Heredabilidad y prevalencia de algunas enfermedades mentales

| Enfermedad | H² | Prevalencia por 100,000 |
|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| Autismo | 0.90 | 20-50 |
| Síndrome de Tourette | 0.90 | 50 |
| Anorexia nervosa | 0.65 | 100 |
| Enfermedad bipolar | 0.60 | 800 |
| Esquizofrenia | 0.80 | 1000 |
| Retardo mental leve | >0.56 | 2000 |
| Trastorno obsesivo-compulsivo | 0.45 | 2000 |
| Trastornos de pánico | 0.30 | 1700-3500 |
| Depresión | 0.45 | 5000-17000 |

Keller MC, Miller G. Behav Brain Sci. 2006; 29(4):385-404.

3-3 Trastornos del Desarrollo

**Egresos hospitalarios debido a Trastornos del Desarrollo por año según Centro de salud
C.C.S.S. 2005-2011**

| Centro de salud | Año de egreso | | | | | | |
|---------------------------------|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Total | 24 | 37 | 39 | 39 | 50 | 59 | 62 |
| H. Rafael A. Calderón Guardia | - | - | - | 1 | 1 | - | - |
| H. San Juan de Dios | 1 | 2 | 1 | - | - | - | - |
| H. Carlos Sáenz Herrera (Niños) | 4 | 5 | 6 | 10 | 10 | 6 | 7 |
| H. México | - | - | 1 | 3 | - | - | - |
| Centro Nac. de Rehabilitación | - | 1 | - | - | - | - | - |
| H. San Rafael de Alajuela | 5 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 |
| H. San Francisco de Asís | - | - | - | - | - | - | - |
| H. Carlos Luis Valverde Vega | - | 1 | 1 | - | - | - | 1 |
| H. San Vicente de Paúl | - | - | - | 2 | 2 | 2 | 1 |
| H. Psiquiátrico (Manuel Chapui) | 6 | 10 | 13 | 11 | 14 | 21 | 24 |
| H. Roberto Chacón Paut | - | - | - | - | - | - | - |

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

| | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|----|----|
| H. Max Peralta Jiménez | 2 | 2 | - | 1 | - | 1 | - |
| H. William Allen | 1 | - | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| H. Max Terán Valls | - | 1 | - | - | - | 1 | - |
| H. San Carlos | - | - | - | - | 1 | 1 | - |
| H. Monseñor Sanabria | 3 | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| H. Enrique Baltodano Briceño | - | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 1 |
| H. La Anexión | - | - | 2 | - | - | - | - |
| H. Tony Facio Castro | - | - | - | - | 1 | 1 | - |
| H. Guápiles | - | - | 1 | - | 3 | - | - |
| H. Fernando Escalante Pradilla | 1 | 5 | 5 | 1 | 4 | 7 | 13 |
| H. Golfito | 1 | - | 1 | 1 | 3 | 12 | 8 |
| H. Tomás Casas Casajús | - | - | - | - | - | - | - |
| H. Ciudad Neilly | - | - | 1 | 1 | 3 | - | 1 |
| H. San Vito de Coto Brus | - | - | - | - | 1 | - | 1 |

Nota: Datos del año 2011 preliminares, sujetos a cambios por revisiones.

FUENTE: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

3-4 Esquizofrenia

Egresos hospitalarios debido a Esquizofrenia por año según Centro de salud C.C.S.S. 2005-2011

| Centro de salud | Año de ocurrencia | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Total | 740 | 764 | 771 | 705 | 740 | 803 | 820 |
| H. Rafael A. Calderón Guardia | 9 | 4 | 4 | 2 | 3 | 4 | 11 |
| H. San Juan de Dios | 4 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| H. Carlos Sáenz Herrera (Niños) | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 0 |
| H. México | 5 | 0 | 3 | 2 | 3 | 4 | 10 |
| H. San Rafael de Alajuela | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| H. San Francisco de Asís | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| H. Carlos Luis Valverde Vega | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| H. San Vicente de Paúl | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| H. Psiquiátrico (Manuel Chapui) | 569 | 612 | 619 | 566 | 604 | 661 | 635 |
| H. Roberto Chacón Paut | 7 | 20 | 21 | 9 | 8 | 8 | 18 |
| H. Max Peralta Jiménez | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| H. William Allen | 7 | 4 | 4 | 2 | 2 | 3 | 5 |
| H. Max Terán Valls | 6 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| H. San Carlos | 11 | 17 | 12 | 4 | 11 | 17 | 25 |
| H. Los Chiles | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| H. Monseñor Sanabria | 8 | 6 | 5 | 3 | 2 | 4 | 4 |
| H. Enrique Baltodano Briceño | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| H. La Anexión | 7 | 12 | 11 | 9 | 7 | 2 | 7 |
| H. Upala | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| H. Tony Facio Castro | 53 | 48 | 39 | 38 | 42 | 37 | 45 |
| H. Guápiles | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| H. Fernando Escalante Pradilla | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 5 |
| H. Golfito | 17 | 15 | 13 | 15 | 14 | 19 | 20 |
| H. Tomás Casas Casajús | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 |
| H. Ciudad Neilly | 26 | 14 | 24 | 41 | 32 | 31 | 24 |
| H. San Vito de Coto Brus | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 |

Nota: Datos del año 2011 preliminares, sujetos a cambios por revisiones.

FUENTE: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

3-5 Trastorno Bipolar

Egresos hospitalarios de pacientes por trastorno bipolar según Centro de Salud por año C.C.S.S. 2005-2011

| Centro de salud | Año de ocurrencia | | | | | | |
|---------------------------|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Total | 693 | 637 | 641 | 566 | 563 | 466 | 467 |
| H. Rafael A. Calderón | | | | | | | |
| Guardia | 54 | 39 | 34 | 23 | 35 | 22 | 44 |
| H. San Juan de Dios | 1 | 1 | - | - | - | - | - |
| H. Carlos Sáenz Herrera | | | | | | | |
| (Niños) | - | - | - | - | - | 1 | 1 |
| H. México | - | 2 | - | 1 | 2 | - | 1 |
| H. Raul Blanco Cervantes | 2 | - | - | 4 | 2 | 2 | 7 |
| H. San Rafael de Alajuela | - | 1 | - | - | 2 | - | 1 |
| H. San Francisco de Asís | 3 | 3 | 2 | - | - | - | - |
| H. Carlos Luis Valverde | | | | | | | |
| Vega | 3 | 9 | 3 | - | 5 | 2 | 2 |
| H. San Vicente de Paúl | - | - | - | - | 1 | 1 | - |
| H. Psiquiátrico (Manuel | | | | | | | |
| Chapui) | 550 | 494 | 526 | 449 | 420 | 355 | 336 |
| H. Roberto Chacón Paut | 26 | 27 | 20 | 30 | 30 | 19 | 8 |
| H. Max Peralta Jiménez | - | - | - | 1 | 1 | - | - |
| H. William Allen | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 |
| H. Max Terán Valls | 3 | - | 1 | - | - | - | - |
| H. San Carlos | 11 | 16 | 14 | 16 | 15 | 13 | 17 |
| H. Los Chiles | 1 | - | - | - | - | - | - |
| H. Monseñor Sanabria | 6 | 8 | 6 | 3 | 4 | 11 | 4 |
| H. Enrique Baltodano | | | | | | | |
| Briceño | 1 | 3 | - | 1 | - | 2 | 1 |
| H. La Anexión | 6 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H. Tony Facio Castro | 20 | 18 | 20 | 21 | 25 | 19 | 21 |
| H. Fernando Escalante | | | | | | | |
| Pradilla | 1 | 6 | - | 7 | 11 | 4 | 6 |
| H. Golfito | - | 1 | 6 | 3 | 1 | 3 | 3 |
| H. Ciudad Neilly | 3 | 3 | 5 | 3 | 2 | 6 | 7 |

Nota: Datos del año 2011 preliminares, sujetos a cambios por revisiones.

FUENTE: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

3-6 Demencias

3-6-1 Alzheimer

**Egresos hospitalarios debido a Alzheimer según Centro de salud por año
C.C.S.S. 2005-2011**

| Centro de salud | Año de ocurrencia | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Total | 29 | 30 | 23 | 28 | 30 | 35 | 29 |
| H. Rafael A. Calderón Guardia | - | 3 | 2 | 9 | 8 | 6 | 5 |
| H. San Juan de Dios | 2 | - | 1 | - | 4 | - | 2 |
| H. México | 6 | 3 | - | 2 | 1 | 1 | - |
| H. Raul Blanco Cervantes | 1 | 10 | 5 | 6 | 4 | 4 | 2 |
| H. San Rafael de Alajuela | 1 | - | - | - | 3 | 1 | 3 |
| H. San Francisco de Asís | 1 | 2 | - | 1 | - | - | 1 |
| H. Carlos Luis Valverde Vega | - | 2 | - | - | - | 3 | 3 |
| H. San Vicente de Paúl | 1 | 1 | - | - | - | 2 | - |
| H. Psiquiátrico (Manuel Chapui) | 1 | - | 1 | 2 | 1 | 5 | 3 |
| H. Roberto Chacón Paut | 1 | - | - | 1 | - | - | - |
| H. Max Peralta Jiménez | 8 | 6 | 5 | 6 | 2 | 2 | 2 |
| H. William Allen | - | 1 | - | - | - | - | 2 |
| H. Max Terán Valls | - | - | - | - | 1 | 2 | 1 |
| H. San Carlos | - | - | 1 | - | - | - | - |
| H. Monseñor Sanabria | 5 | 1 | 1 | 1 | - | - | - |
| H. Enrique Baltodano Briceño | - | - | 1 | - | - | 2 | - |
| H. La Anexión | - | - | 1 | - | 1 | 1 | 1 |
| H. Tony Facio Castro | 1 | - | - | - | - | 2 | 1 |
| H. Guápiles | - | - | - | - | - | - | 1 |
| H. Fernando Escalante Pradilla | - | 1 | 1 | - | 3 | 1 | 1 |
| H. Tomás Casas Casajús | - | - | - | - | - | 1 | - |
| H. Ciudad Neilly | - | - | 3 | - | - | 1 | 1 |
| H. San Vito de Coto Brus | 1 | - | 1 | - | 2 | 1 | - |

Nota: Datos del año 2011 preliminares, sujetos a cambios por revisiones.

FUENTE: C.C.S.S., Área de Estadísticas en Salud.

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

3-6-2 Demencia vascular

Egresos hospitalarios debido a Demencia Vascular según Centro de salud y Diagnóstico Principal por año C.C.S.S. 2005-2011

| Centro de Salud y Diagnóstico Principal | año de ocurrencia | | | | | | |
|---|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Total | 27 | 47 | 45 | 41 | 29 | 43 | 39 |
| H. Rafael A. Calderón Guardia | 2 | 1 | - | 1 | 4 | 4 | 1 |
| Demencia vascular por infartos múltiples | 1 | 1 | - | - | 2 | - | 1 |
| Demencia vascular subcortical | - | - | - | - | 1 | - | - |
| Demencia vascular mixta, cortical y subcortical | - | - | - | - | - | - | - |
| Demencia vascular, no especificada | 1 | - | - | 1 | 1 | 4 | - |
| H. San Juan de Dios | - | 4 | - | 5 | 5 | 2 | 3 |
| Demencia vascular de comienzo agudo | - | - | - | - | - | 1 | - |
| Demencia vascular por infartos múltiples | - | 2 | - | 5 | 2 | - | 1 |
| Demencia vascular subcortical | - | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Demencia vascular mixta, cortical y subcortical | - | - | - | - | 1 | - | - |
| Otras demencias vasculares | - | - | - | - | - | - | - |
| Demencia vascular, no especificada | - | 1 | - | - | 1 | 1 | 2 |
| H. México | - | 1 | - | - | - | - | 2 |
| Demencia vascular por infartos múltiples | - | 1 | - | - | - | - | 1 |
| Demencia vascular, no especificada | - | - | - | - | - | - | 1 |
| H. Raul Blanco Cervantes | 14 | 25 | 19 | 14 | 10 | 24 | 18 |
| Demencia vascular por infartos múltiples | 5 | 2 | 3 | 1 | 2 | 9 | 6 |
| Demencia vascular subcortical | - | - | - | - | - | - | - |
| Demencia vascular mixta, cortical y subcortical | - | - | - | - | 1 | 2 | 2 |
| Otras demencias vasculares | 1 | - | - | 1 | - | - | 1 |
| Demencia vascular, no especificada | 8 | 23 | 16 | 12 | 7 | 13 | 9 |
| H. San Rafael de Alajuela | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Demencia vascular por infartos múltiples | - | - | - | - | - | - | 1 |

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

| | | | | | | | |
|---|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|
| Demencia vascular, no especificada | - | - | - | - | - | - | - |
| H. San Vicente de Paúl | 1 | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 2 |
| Demencia vascular, no especificada | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 2 |
| H. Psiquiátrico (Manuel Chapui) | 3 | 6 | 10 | 1 | 1 | 5 | 6 |
| Demencia vascular de comienzo agudo | - | 1 | - | - | - | - | - |
| Demencia vascular por infartos múltiples | - | 2 | - | - | - | - | - |
| Demencia vascular mixta, cortical y subcortical | - | - | - | - | - | - | - |
| Otras demencias vasculares | - | - | - | 1 | - | - | 1 |
| Demencia vascular, no especificada | 3 | 3 | 10 | - | 1 | 5 | 5 |
| H. Roberto Chacón Paut | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| Demencia vascular mixta, cortical y subcortical | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| Demencia vascular, no especificada | - | - | - | - | - | - | - |
| H. Max Peralta Jiménez | 3 | 3 | 10 | 7 | 1 | 3 | - |
| Demencia vascular por infartos múltiples | 2 | 2 | 4 | 1 | - | - | - |
| Demencia vascular, no especificada | 1 | 1 | 6 | 6 | 1 | 3 | - |
| H. William Allen | - | 1 | 1 | 4 | 2 | - | 2 |
| Otras demencias vasculares | - | - | - | - | 1 | - | - |
| Demencia vascular, no especificada | - | 1 | 1 | 4 | 1 | - | 2 |
| H. Max Terán Valls | 1 | - | - | - | - | - | - |
| Demencia vascular, no especificada | 1 | - | - | - | - | - | - |
| H. San Carlos | - | - | 1 | - | - | - | - |
| Demencia vascular, no especificada | - | - | 1 | - | - | - | - |
| H. Enrique Baltodano Briceño | - | 2 | - | 1 | 1 | - | - |
| Demencia vascular por infartos múltiples | - | - | - | - | 1 | - | - |
| Demencia vascular, no especificada | - | 2 | - | 1 | - | - | - |
| Demencia vascular, no especificada | 2 | 1 | - | - | - | - | - |
| Demencia vascular, no especificada | 2 | 1 | - | - | - | - | - |
| H. Tony Facio Castro | - | - | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 |
| Demencia vascular por infartos múltiples | - | - | - | 1 | - | 1 | 1 |
| Demencia vascular, no especificada | - | - | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| H. Guápiles | - | 1 | - | - | - | - | - |
| Demencia vascular por infartos múltiples | - | - | - | - | - | - | - |

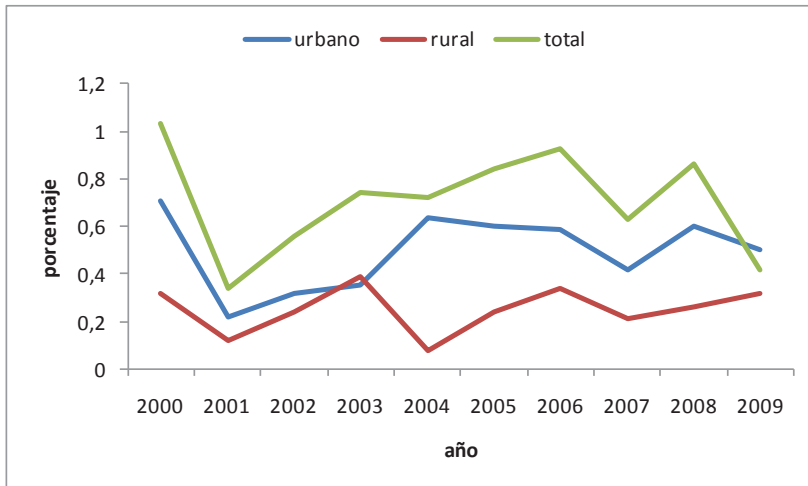
| | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|---|----------|
| Demencia vascular, no especificada | - | 1 | - | - | - | - | - |
| H. Fernando Escalante Pradilla | 1 | - | 2 | 3 | 2 | - | - |
| Demencia vascular por infartos múltiples | 1 | - | 2 | 3 | 2 | - | - |
| H. Golfito | - | 1 | - | 1 | 2 | - | - |
| Demencia vascular, no especificada | - | 1 | - | 1 | 2 | - | - |
| H. Ciudad Neilly | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| Demencia vascular, no especificada | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| H. San Vito de Coto Brus | - | 1 | - | - | - | - | 1 |
| Demencia vascular, no especificada | - | 1 | - | - | - | - | 1 |

Nota: Datos del año 2011 preliminares, sujetos a cambios por revisiones.

FUENTE: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

ANEXO N° 4 DETERMINANTES AMBIENTALES

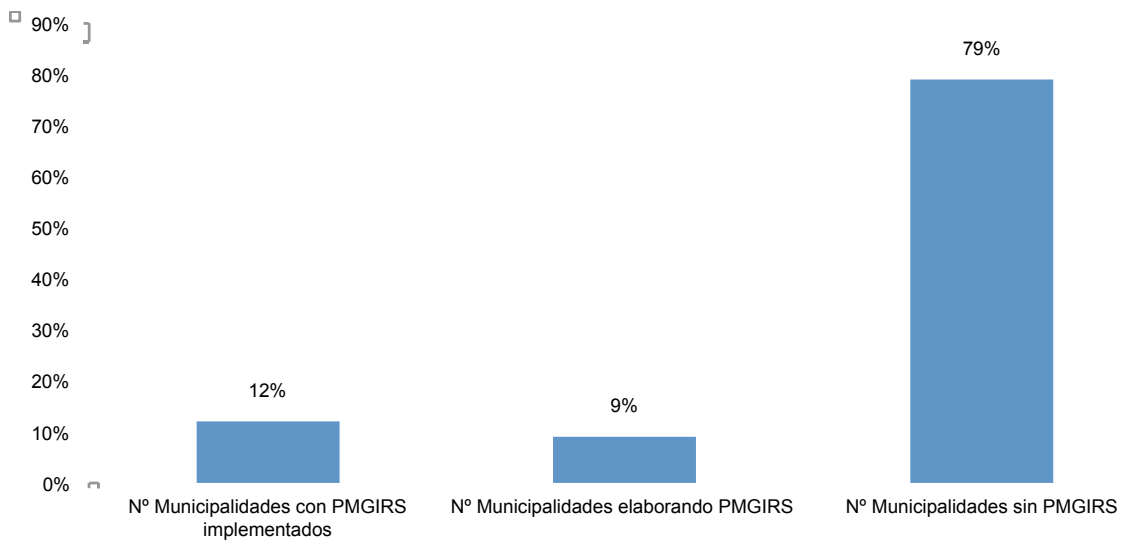
4-1 Porcentaje de tugurios en Costa Rica, 2000-2009



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud con base en datos de EHPM, INEC

4-2 Gestión de Residuos Sólidos

Municipalidades con Planes Municipales de Gestión de Residuos Sólidos (PMGIRS) implementado o en proceso de elaboración. 2008.



Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

4-3 Agua sometida a control de calidad

Población estimada que recibe agua sometida a control de calidad, según provincia.

Costa Rica. 2008

| Provincia | Población estimada que recibe agua sometida a control de calidad | Población total proyectada diciembre de 2008 | Cobertura (%) |
|-------------------|--|--|---------------|
| San José | 1.450.084 | 1.539.837 | 94,2 |
| Guanacaste | 225.241 | 308.386 | 73 |
| Puntarenas | 296.564 | 421.182 | 70,4 |
| Limón | 244.796 | 405.813 | 60,3 |
| Heredia | 239.242 | 408.926 | 58,5 |
| Alaiuela | 424.206 | 833.081 | 50,9 |
| Cartago | 194.659 | 495.249 | 39,3 |
| Total país | 3.074.792 | 4.412.474 | 69,7 |

Fuente: Dirección Garantía al Acceso de Servicios de Salud, con datos suministrados por el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

4-4 Contaminación sónica

Porcentaje de sitios estudiados por categoría

| Tipo de Exposición (norma EPA) | Centros Educativos 81 * | Hospitales 23 * | Poder judicial 16 * | Parques 36 * |
|---|----------------------------|--------------------|------------------------|-----------------|
| Moderada (Leq menos de 65 dbA) | 19% | 5% | 27% | 11% |
| Significativa (Leq entre 65 y 75 dbA) | 73% | 90% | 66% | 86% |
| Severa (Leq más de 75 db A) | 8% | 5% | 7% | 3% |

(*) número de sitios estudiados

Fuente: Investigación Araya Pochet

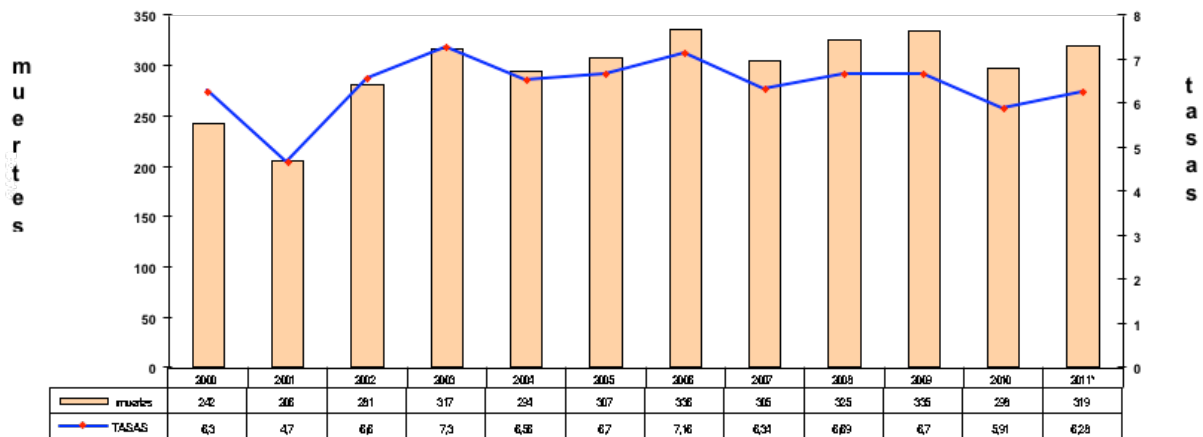
ANEXO N° 5 DETERMINANTES
SOCIO ECONÓMICOS Y CULTURALES

5-1 Suicidios

Mortalidad por suicidio

En el año 2011 se registró un total de 319 suicidios, para una tasa ajustada de 6,28 por 100.000 habitantes. El número de defunciones por suicidios aumentó en un 7,05% con respecto al total del año anterior. El 83,38 % de suicidios ocurrieron en hombres.

Mortalidad por suicidios segun año .
Costa Rica 2000-2011*
(tasas ajustadas por 100.000 habitantes)



*cifras preliminares

Fuente: INEC-Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud-Ministerio de Salud

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

El siguiente cuadro refleja la tendencia de la mortalidad por suicidios del 2007 al 2011, donde se observa que los grupos de 15 a 49 años son los de mayor peso ponderal:

MORTALIDAD POR SUICIDIOS SEGUN EDAD Y SEXO COSTA RICA 2007-2011 (Cifras absolutas)

| GRUPOS DE EDAD | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | | 2010 | | | 2011 | | |
|----------------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|
| | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. |
| TOTAL | 305 | 255 | 50 | 325 | 286 | 39 | 335 | 284 | 51 | 298 | 257 | 41 | 319 | 266 | 53 |
| 0 a 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 5 a 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 a 14 | 6 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 6 | 1 | 5 | 4 | 4 | 0 | 7 | 5 | 2 |
| 15 a 19 | 25 | 15 | 10 | 32 | 24 | 8 | 23 | 17 | 6 | 12 | 11 | 1 | 29 | 22 | 7 |
| 20 a 24 | 44 | 33 | 11 | 50 | 45 | 5 | 48 | 41 | 7 | 34 | 26 | 8 | 42 | 29 | 13 |
| 25 a 29 | 33 | 27 | 6 | 42 | 37 | 5 | 47 | 42 | 5 | 41 | 36 | 5 | 41 | 35 | 6 |
| 30 a 34 | 31 | 26 | 5 | 25 | 24 | 1 | 36 | 30 | 6 | 45 | 38 | 7 | 37 | 35 | 2 |
| 35 a 39 | 37 | 34 | 3 | 40 | 33 | 7 | 32 | 27 | 5 | 35 | 29 | 6 | 33 | 29 | 4 |
| 40 a 44 | 29 | 26 | 3 | 27 | 24 | 3 | 34 | 29 | 5 | 35 | 34 | 1 | 29 | 22 | 7 |
| 45 a 49 | 35 | 30 | 5 | 33 | 31 | 2 | 33 | 28 | 5 | 28 | 23 | 5 | 21 | 18 | 3 |
| 50 a 54 | 19 | 19 | 0 | 27 | 27 | 0 | 22 | 22 | 0 | 20 | 17 | 3 | 16 | 16 | 0 |
| 55 a 59 | 19 | 18 | 1 | 18 | 16 | 2 | 20 | 15 | 5 | 13 | 12 | 1 | 19 | 18 | 1 |
| 60 a 64 | 13 | 10 | 3 | 7 | 7 | 0 | 9 | 9 | 0 | 11 | 10 | 1 | 20 | 16 | 4 |
| 65 a 69 | 5 | 4 | 1 | 9 | 8 | 1 | 10 | 8 | 2 | 8 | 6 | 2 | 10 | 7 | 3 |
| 70 a 74 | 2 | 2 | 0 | 5 | 4 | 1 | 6 | 6 | 0 | 3 | 2 | 1 | 4 | 4 | 0 |
| 75 y más | 7 | 7 | 0 | 7 | 5 | 2 | 9 | 9 | 0 | 9 | 9 | 0 | 10 | 9 | 1 |

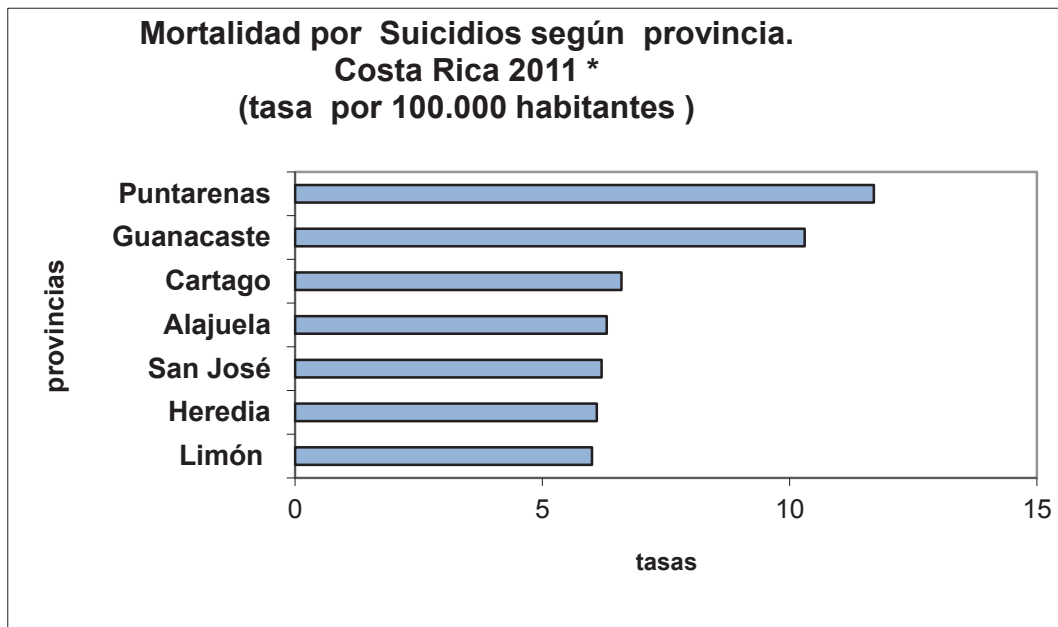
Fuente: INEC-M. Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

Con respecto a la provincia de residencia, la tasa más alta de suicidios en el año 2011 se registró en Puntarenas con 11,7 por 100.000 habitantes, seguida por Guanacaste con una tasa de 10,3. La provincia con la menor tasa es Limón con 6,0

MORTALIDAD POR SUICIDIOS SEGUN PROVINCIA DE RESIDENCIA COSTA RICA, 2011 (Tasa por 100000 habitantes)

| PROVINCIA | N° | Tasa |
|--------------|------------|------------|
| TOTAL | 319 | 6,9 |
| SAN JOSE | 102 | 6,2 |
| ALAJUELA | 56 | 6,3 |
| CARTAGO | 34 | 6,6 |
| HEREDIA | 28 | 6,1 |
| GUANACASTE | 29 | 10,3 |
| PUNTARENAS | 43 | 11,7 |
| LIMON | 27 | 6,0 |

Fuente: INEC-M. Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

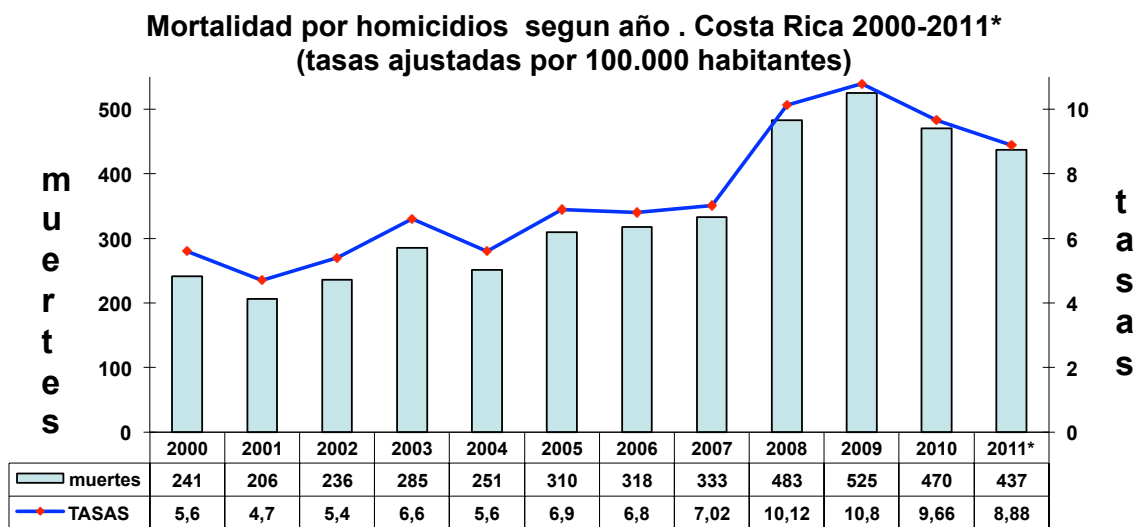


Fuente: INEC-M. Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, USIS

5.2 Homicidios

Mortalidad por Homicidios

En el año 2011 se registró un total de 437 muertes con una tasa ajustada de 8,88 por 100.000 habitantes. Esto representa una disminución del 7,02% en el total de estas muertes comparada con el año anterior, lo que se refleja en el siguiente gráfico:



*cifras preliminares

Fuente: INEC-M. Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

Un 86,04% corresponde al sexo masculino. El mayor porcentaje se encuentra entre edades de 15 a 54 años.

**MORTALIDAD POR HOMICIDIOS
SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO
COSTA RICA 2007-2011
(Cifras absolutas)**

| GRUPOS DE EDAD | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | | 2010 | | | 2011 | | |
|----------------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|
| | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. | Total | Masc. | Fem. |
| TOTAL | 333 | 296 | 37 | 483 | 430 | 53 | 525 | 469 | 56 | 470 | 424 | 46 | 437 | 376 | 61 |
| 0 a 4 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 3 | 1 | 2 | 11 | 4 | 7 | 7 | 4 | 3 |
| 5 a 9 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 |
| 10 a 14 | 1 | 1 | 0 | 4 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 5 | 2 | 3 | 5 | 1 | 4 |
| 15 a 19 | 33 | 28 | 5 | 39 | 33 | 6 | 60 | 55 | 5 | 41 | 40 | 1 | 53 | 45 | 8 |
| 20 a 24 | 52 | 46 | 6 | 108 | 97 | 11 | 84 | 75 | 9 | 85 | 78 | 7 | 74 | 67 | 7 |
| 25 a 29 | 62 | 58 | 4 | 85 | 75 | 10 | 95 | 87 | 8 | 74 | 69 | 5 | 62 | 54 | 8 |
| 30 a 34 | 45 | 40 | 5 | 62 | 58 | 4 | 64 | 58 | 6 | 61 | 58 | 3 | 61 | 50 | 11 |
| 35 a 39 | 37 | 32 | 5 | 41 | 33 | 8 | 48 | 44 | 4 | 57 | 52 | 5 | 39 | 36 | 3 |
| 40 a 44 | 38 | 34 | 4 | 51 | 44 | 7 | 37 | 32 | 5 | 34 | 33 | 1 | 40 | 37 | 3 |
| 45 a 49 | 20 | 17 | 3 | 26 | 25 | 1 | 36 | 34 | 2 | 24 | 20 | 4 | 31 | 26 | 5 |
| 50 a 54 | 20 | 18 | 2 | 18 | 17 | 1 | 27 | 25 | 2 | 27 | 26 | 1 | 15 | 15 | 0 |
| 55 a 59 | 9 | 9 | 0 | 19 | 18 | 1 | 22 | 21 | 1 | 13 | 10 | 3 | 11 | 11 | 0 |
| 60 a 64 | 5 | 5 | 0 | 11 | 11 | 0 | 8 | 7 | 1 | 9 | 7 | 2 | 13 | 10 | 3 |
| 65 a 69 | 5 | 4 | 1 | 6 | 6 | 0 | 13 | 8 | 5 | 11 | 10 | 1 | 7 | 5 | 2 |
| 70 a 74 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 | 0 | 9 | 8 | 1 | 3 | 2 | 1 | 9 | 8 | 1 |
| 75 y más | 4 | 4 | 0 | 6 | 5 | 1 | 13 | 12 | 1 | 14 | 13 | 1 | 8 | 7 | 1 |

Fuente: INEC-M.Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

La provincia de Limón es la que registró en el año 2011 la tasa más alta de homicidios con una tasa de 22,4 por 100.000 habitantes, seguida por Puntarenas con 15,2. La provincia que tiene

La provincia de Limón es la que registró en el año 2011 la tasa más alta de homicidios con una tasa de 22,4 por 100.000 habitantes, seguida por Puntarenas con 15,2. La provincia que tiene la menor tasa es Cartago con 4,3 por 100.000 habitantes, lo que se refleja en el siguiente cuadro:

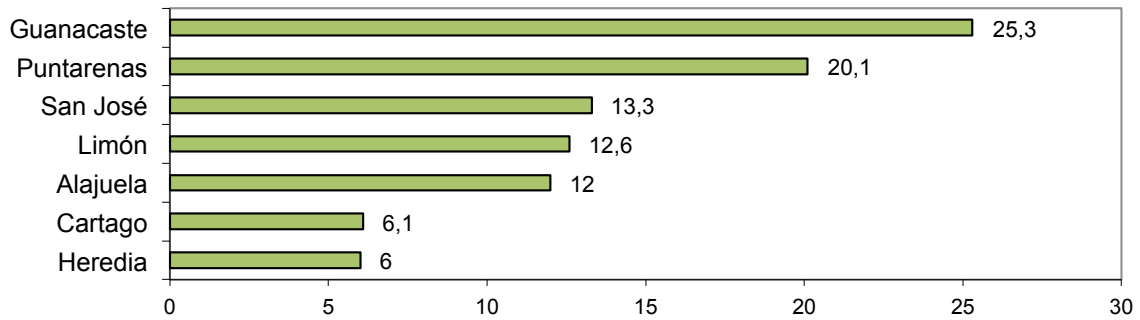
Mortalidad por Homicidios según provincia
Costa Rica 2011
(Tasa por 100000 habitantes)

| PROVINCIA | N° | Tasa |
|--------------|------------|------------|
| TOTAL | 437 | 9,5 |
| SAN JOSE | 167 | 10,1 |
| ALAJUELA | 41 | 4,6 |
| CARTAGO | 22 | 4,3 |
| HEREDIA | 31 | 6,8 |
| GUANACASTE | 19 | 6,8 |
| PUNTARENAS | 56 | 15,2 |
| LIMON | 101 | 22,4 |

Fuente: INEC- M.Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

5.3 Accidentes de tránsito

Mortalidad por accidentes de tránsito según provincia de ocurrencia .
Costa Rica 2011*
(tasa por 100.000 habitantes)



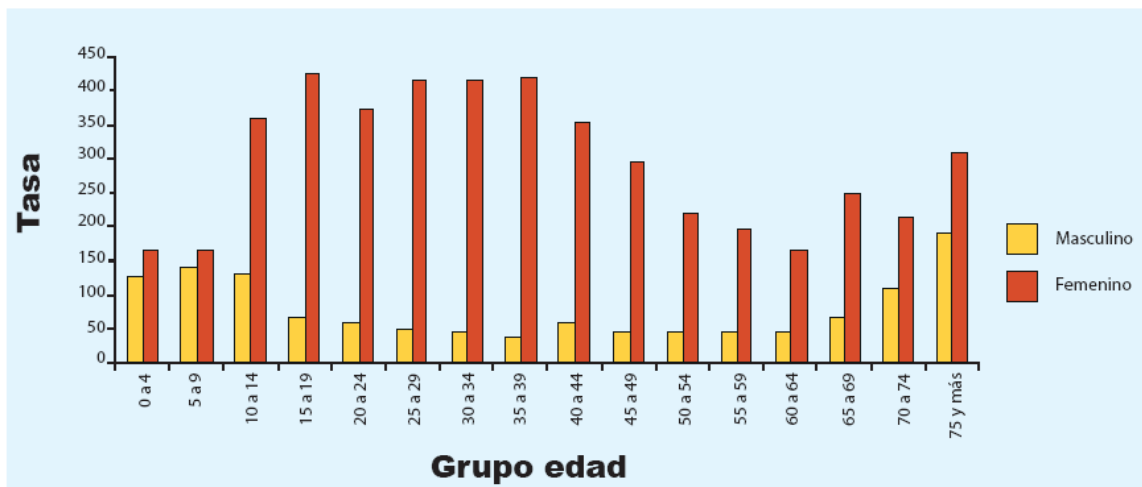
* cifras preliminares

Fuente: INEC- M.Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad Seguimiento de Indicadores de Salud

5.4 Violencia intrafamiliar

5.4.1 Incidencia según grupos de edad y sexo

Incidencia de casos de violencia intrafamiliar por grupo de edad según sexo. Costa Rica 2011
(tasa por 100000 habitantes)



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Seguimiento de Indicadores de Salud

5.4.2 Porcentajes de Violencia intrafamiliar según Provincias



5-5 Consumo de drogas

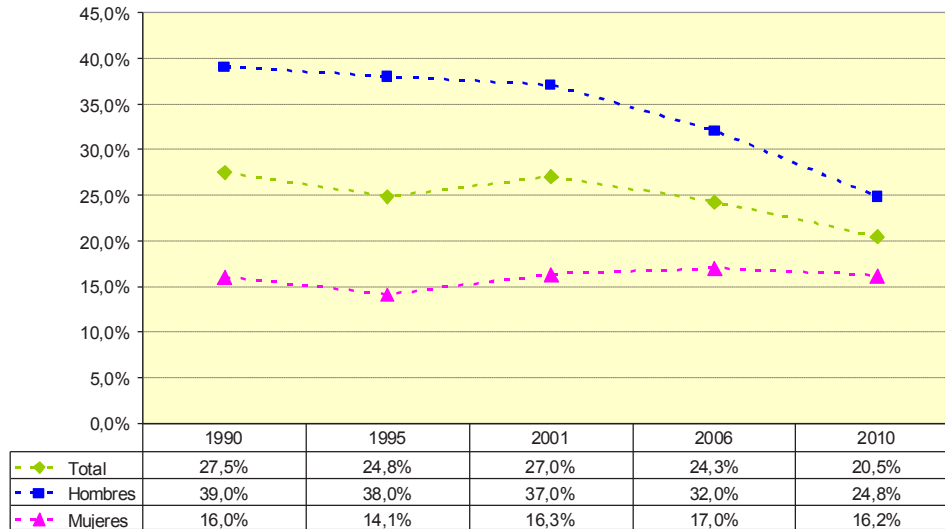
5-5-1 Edad promedio de inicio en el consumo de drogas en Costa Rica, en población general y colegial.

| Sustancia | Edad Promedio de Inicio | | | |
|-----------------------|-------------------------|----------------|---------|---------|
| | Colegiales (2009) | Hogares (2010) | | |
| | | General | Hombres | Mujeres |
| Alcohol | 12,80 | 17.4 | 16.6 | 18.5 |
| Tabaco | 12,69 | 16,5 | 15.9 | 17.4 |
| Marihuana | 14,05 | 16.7 | 16.5 | 17.1 |
| Cocaína | 13,88 | 19.2 | 19.3 | 18.8 |
| Crack | 13,26 | 19.5 | 19.2 | 20.9 |
| Tranquilizantes | 13,49 | | | |
| Estimulantes | 13,62 | | | |
| Alucinógenos | | 19.4 | 19.8 | 17.8 |
| Disolventes Volátiles | | 19.6 | 20.6 | 14.0 |

Fuente: IAFA. Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas.

5-5-2 Prevalencia del consumo de alcohol en Costa Rica

Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en último mes por residentes de 12 a 70 años en viviendas por sexo. Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006, 2010.

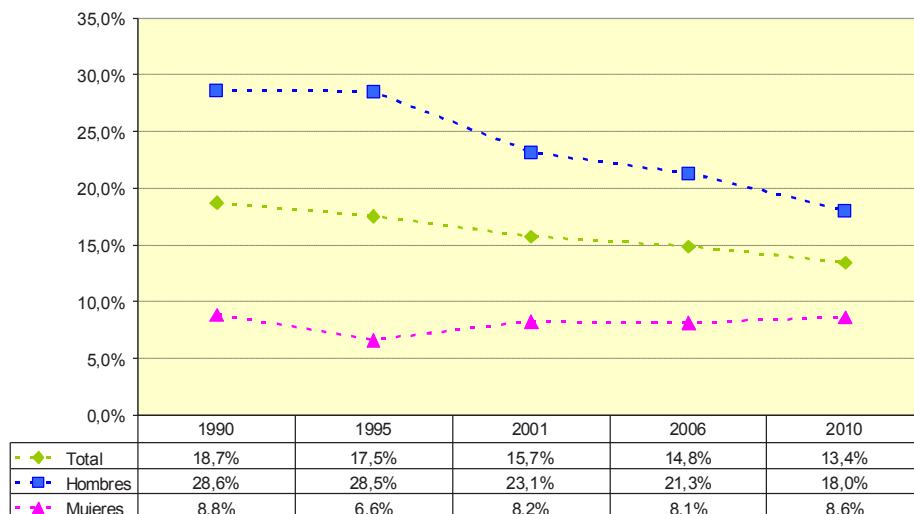


Año

Fuente: IAFA. Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas.

5-5-3 Prevalencia del fumado de tabaco en Costa Rica

Prevalencia del fumado de tabaco en último mes entre residentes de 12 a 70 años en viviendas por sexo. Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006, 2010

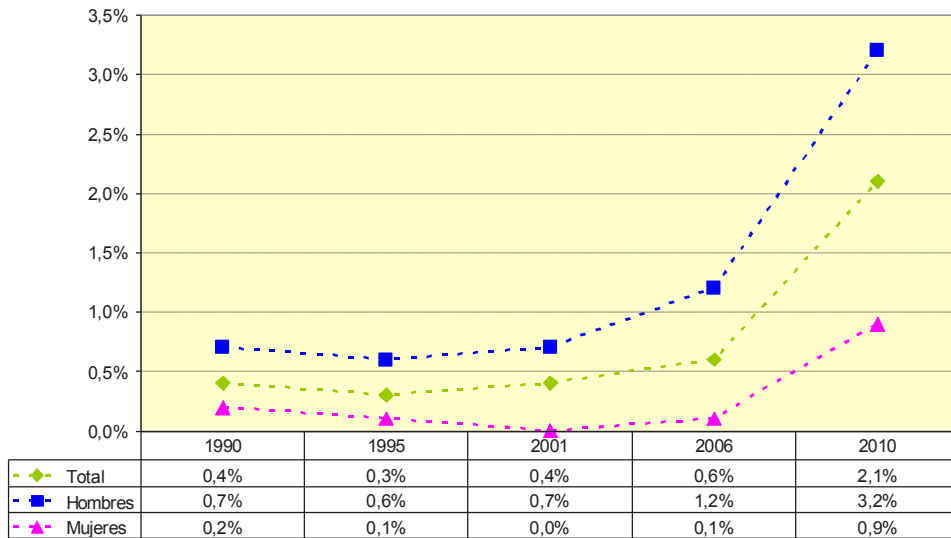


Año

Fuente: IAFA. Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas.

5-5-4 Consumo de marihuana

Prevalencia de último mes en consumo de marihuana entre residentes de 12 a 70 años en viviendas, por sexo. Costa Rica 1990, 1995, 2001, 2006, 2010.

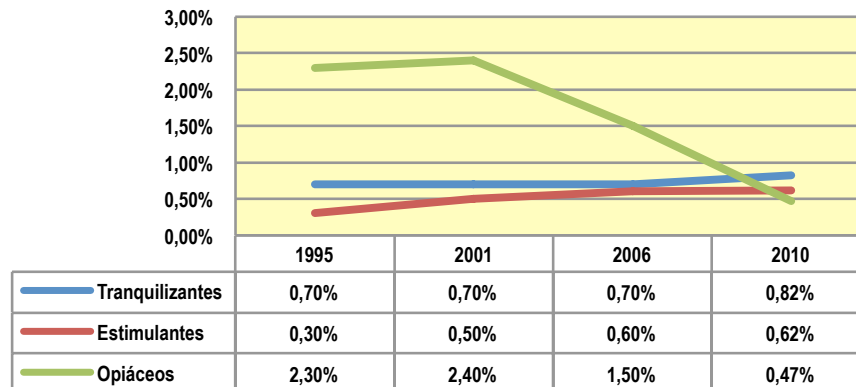


Año

Fuente: IAFA. Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas.

5-5-5 Consumo de medicamentos

Prevalencia de último mes en consumo sin prescripción médica de medicamentos entre residentes de 12 a 70 años en viviendas. Costa Rica 1995, 2001, 2006, 2010



Fuente: IAFA. Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas.

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

5-6 Pobreza

5-6-1 Hogares por nivel de pobreza según zona y región

Cuadro 1

Distribución porcentual de los hogares por nivel de pobreza. Según zona y región de planificación
Julio del 2011

| Zona y Región | Total | No Pobres | Pobres | | |
|--------------------------------|-------|-----------|--------|--------------------|-----------------|
| | | | Total | Pobreza no Extrema | Pobreza Extrema |
| Total País | 100,0 | 78,4 | 21,6 | 15,2 | 6,4 |
| Zona | | | | | |
| Urbano | 100,0 | 80,9 | 19,1 | 14,2 | 4,9 |
| Rural | 100,0 | 74,0 | 26,0 | 16,9 | 9,1 |
| Región de Planificación | | | | | |
| Central | 100,0 | 82,3 | 17,7 | 13,5 | 4,2 |
| Chorotega | 100,0 | 68,4 | 31,6 | 20,1 | 11,5 |
| Pacífico Central | 100,0 | 76,4 | 23,6 | 13,7 | 9,8 |
| Brunca | 100,0 | 67,3 | 32,7 | 19,0 | 13,7 |
| Huetar Atlántica | 100,0 | 70,7 | 29,3 | 19,4 | 9,9 |
| Huetar Norte | 100,0 | 72,2 | 27,8 | 18,2 | 9,6 |

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, INEC.

5-6-2 Ingreso promedio per cápita de los hogares

Cuadro1

Ingreso promedio per cápita de los hogares
Julio 2004 a Julio 2011

| Años | Quintiles del ingreso per cápita | | | | | |
|------|----------------------------------|--------|---------|---------|---------|---------|
| | Total | I | II | III | IV | V |
| 2004 | 121.152 | 25.736 | 54.559 | 87.224 | 143.379 | 361.927 |
| 2005 | 125.720 | 28.265 | 59.850 | 92.676 | 150.628 | 373.182 |
| 2006 | 130.615 | 28.303 | 58.645 | 91.803 | 151.133 | 405.107 |
| 2007 | 149.076 | 33.903 | 66.491 | 102.182 | 166.598 | 465.101 |
| 2008 | 151.541 | 35.638 | 68.591 | 105.344 | 171.733 | 459.707 |
| 2009 | 163.997 | 35.225 | 70.404 | 111.834 | 186.049 | 521.007 |
| 2010 | 268.592 | 46.519 | 98.512 | 157.082 | 263.187 | 777.277 |
| 2011 | 296.311 | 47.685 | 103.481 | 170.217 | 293.069 | 867.288 |

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, INEC.

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

5-7 Deserción escolar I y II ciclos

DESERCIÓN INTRA-ANUAL EN I Y II CICLOS
DEPENDENCIA: PÚBLICA, PRIVADA Y PRIVADA-SUBVENCIONADA
POR: PROVINCIA, PERÍODO: 2006-2010

| Provincia | Deserción | | | | | Porcentaje de Deserción | | | | |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| San José | 4.990 | 3.337 | 3.454 | 3.590 | 3.504 | 3,2 | 2,1 | 2,3 | 2,4 | 2,4 |
| Alajuela | 3.851 | 1.900 | 2.112 | 2.350 | 1.983 | 3,8 | 1,9 | 2,1 | 2,4 | 2,0 |
| Cartago | 1.325 | 969 | 1.313 | 1.407 | 1.324 | 2,3 | 1,7 | 2,3 | 2,5 | 2,4 |
| Heredia | 1.475 | 964 | 1.612 | 1.436 | 791 | 3,2 | 2,1 | 3,4 | 3,1 | 1,7 |
| Guanacaste | 1.776 | 1.301 | 1.275 | 1.237 | 1.318 | 4,3 | 3,2 | 3,2 | 3,1 | 3,4 |
| Puntarenas | 2.309 | 1.909 | 1.786 | 1.600 | 1.916 | 4,1 | 3,4 | 3,3 | 2,9 | 3,6 |
| Limón | 3.842 | 2.596 | 3.316 | 3.297 | 2.926 | 6,5 | 4,5 | 5,7 | 5,7 | 5,2 |
| Total | 19.568 | 12.976 | 14.868 | 14.917 | 13.762 | 3,8 | 2,5 | 2,9 | 3,0 | 2,8 |

Nota: la deserción se calcula matrícula inicial menos matrícula final. El porcentaje es con respecto a la matrícula inicial.

Fuente: Depto. Análisis Estadístico, MEP.

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

ANEXO N° 6

Determinantes de sistemas y servicios de salud

6-1 Causas de Consultas por trastornos mentales y del comportamiento, CCSS, 2010

Estimación de Consultas por Trastornos Mentales y del Comportamiento.1/C.C.S.S.2010

| Causa de consulta | Consultas | INDICADOR % |
|-----------------------------|-----------|----------------|
| TOTAL | 321320 | 100,00 |
| Alcoholismo | 5636 | 1,75 |
| Depend. Y abuso de drogas | 7474 | 2,33 |
| Psicosis | 24689 | 7,68 |
| Episodio depresivo | 128099 | 39,87 |
| Ansiedad | 62365 | 19,41 |
| Otros trastornos neuróticos | 27507 | 8,56 |
| Otra Alteración mental | 65550 | 20,40 |

1/Estimación con base en proporción obtenida de la Encuesta de Consulta Externa 2007

Fuente: C.C.S.S Area de Estadística en Salud

6-2- Morbilidad según egreso hospitalario por región de salud

Distribución de morbilidad según egreso hospitalario en el periodo 1997-2010 de acuerdo a la Región.

| Diagnóstico CIE-10 | Región ^{a,b} | | | | | | | Total |
|---|-----------------------|-------------|------------------|--------------|-------------|-------------|------------------|--------------|
| | Central Norte | Chorotega | Pacífico Central | Huétar Norte | Central Sur | Brunca | Huétar Atlántica | |
| 1. Trastornos mentales orgánicos (demencia) (F00-F09) | 231 | 133 | 252 | 260 | 778 | 592 | 346 | 2592 |
| 2. Dependencia de alcohol (F10) | 910 | 845 | 732 | 154 | 814 | 1741 | 543 | 5739 |
| 3. Esquizofrenia (F20) | 176 | 188 | 156 | 198 | 307 | 578 | 650 | 2253 |
| 4. Otros trast. comport. y los esquizoafec. (F11-F19,F21,F25) | 139 | 135 | 229 | 70 | 345 | 667 | 509 | 2094 |
| 5. Otro psicosis (F22-F24,F28-F29) | 96 | 86 | 71 | 201 | 144 | 256 | 302 | 1156 |
| 6. Episodio depresivo (F32) | 866 | 409 | 756 | 445 | 1506 | 817 | 681 | 5480 |
| 7. Trast. del humor (F30-F31,F34) | 143 | 93 | 110 | 161 | 641 | 214 | 257 | 1619 |
| 8. Otro trast. afectivos (F33,F38-F40) | 83 | 76 | 219 | 71 | 1420 | 157 | 213 | 2239 |
| 9. Ansiedad (F41) | 93 | 79 | 223 | 91 | 479 | 525 | 143 | 1633 |
| 10. Otros trast. neuróticos (F42-F48) | 211 | 96 | 227 | 85 | 347 | 315 | 147 | 1428 |
| 11. Otros trast. mentales (F50-F99) | 285 | 131 | 164 | 121 | 700 | 688 | 312 | 2401 |
| Total | 3233 | 2271 | 3139 | 1857 | 7481 | 6550 | 4103 | 28634 |

6-3 Egresos hospitalarios según centro médico y sexo

Egresos Hospitalarios del servicio psiquiatría según centro médico y sexo

Caja Costarricense de Seguro Social 2010.

(Cifras absolutas y relativas)

| Centro médico y grupo de edad | Sexo | | | | |
|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Total | Masculino | % | Femenino | % |
| Total | 5.158 | 2.349 | 45,54 | 2.809 | 54,46 |
| H. Psiquiátrico (Manuel Chapui) | 3.362 | 1.734 | 51,58 | 1.628 | 48,42 |
| H. Roberto Chacón Paut | 431 | 176 | 40,84 | 255 | 59,16 |
| H. Rafael A. Calderón Guardia | 393 | 13 | 3,31 | 380 | 96,69 |
| H. Carlos Luis Valverde Vega | 76 | 26 | 34,21 | 50 | 65,79 |
| H. Max Peralta Jiménez | 13 | 5 | 38,46 | 8 | 61,54 |
| H. William Allen | 54 | 18 | 33,33 | 36 | 66,67 |
| H. San Carlos | 168 | 74 | 44,05 | 94 | 55,95 |
| H. Monseñor Sanabria | 82 | 27 | 32,93 | 55 | 67,07 |
| H. Enrique Baltodano Briceño | 17 | 2 | 11,76 | 15 | 88,24 |
| H. Tony Facio Castro | 323 | 164 | 50,77 | 159 | 49,23 |
| H. Fernando Escalante Pradilla | 43 | 15 | 34,88 | 28 | 65,12 |
| H. Ciudad Neilly | 196 | 95 | 48,47 | 101 | 51,53 |

Fuente: C.C.S.S., Área de Estadística en Salud.

Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud

6-4 Red de Esquizofrenia.

6-4-1 Caracterización de Usuarios de la Red de Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo, según la edad, 2011

| Clasificación por Rango de Edad (años) | Número de usuarios |
|--|--------------------|
| 10 a 14 | 1 |
| 15 a 19 | 8 |
| 20 a 24 | 38 |
| 25 a 29 | 61 |
| 30 a 34 | 52 |
| 35 a 39 | 51 |
| 40 a 44 | 66 |
| 45 a 49 | 79 |
| 50 a 54 | 0 |
| 55 a 59 | 73 |
| 60 a 64 | 80 |
| 65 a 69 | 47 |
| 70 a 74 | 25 |
| 75 a 79 | 23 |
| Mayor de 80 | 11 |
| Información no llenada | 1 |

Fuente: Base de datos de la Red de Esquizofrenia y Trastorno Esquizo Afectivo, Registros médicos, Hospital Nacional Psiquiátrico

6-4-2 Red de Esquizofrénicos. Hospital Nacional Psiquiátrico



Fuente: REMES, Hospital nacional Psiquiátrico, 2011

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

6-5 Atenciones por fármaco dependencias en los CAIS

Atenciones en los CAID, IAFA, 2011

| Regiones - IAFA | Numero Atenciones | Numero Personas |
|-------------------------|-------------------|-----------------|
| CAID - Cartago | 2.913 | 995 |
| CAID - Alajuela | 1.161 | 270 |
| CAID - Occidente | 2.562 | 561 |
| CAID - Chorotega | 2.760 | 595 |
| CAID - Pacífico Central | 4.242 | 896 |
| CAID - Huetar Atlántica | 2.890 | 983 |
| CAID - Brunca | 1.614 | 191 |
| Total | 18.142 | 4.491 |

Fuente: IAFA,2011

6-6 Atenciones en los CENCINAI

Niños y niñas clientes de la Dirección CEN-CINAI, según nacionalidad. Costa Rica, Datos Básicos 2010

| Nacionalidad | Número de niños y niñas, por tipo servicio | | | | Total | % |
|----------------|--|-------|-------|------|--------|------|
| | API | CS | LECHE | DAF | | |
| Costarricenses | 17203 | 9822 | 76822 | 4899 | 108746 | 97,3 |
| Extranjeros | 594 | 219 | 2114 | 98 | 3025 | 2,7 |
| Total | 17797 | 10041 | 78936 | 4927 | 111771 | 100 |

Fuente : Dirección General de Nutrición y Desarrollo Infantil

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

6-7 Atenciones por trastornos mentales en centros privados

6-7-1 Egresos por trastornos mentales y del comportamiento

EGRESOS HOSPITALARIOS EN CLINICAS Y HOSPITALES PRIVADOS AÑO 2011

DIAGNÓSTICO

TOTAL EGRESOS

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

| |
|---|
| Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F00-F09) |
| Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas(F10-F19) |
| Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20-F29) |
| Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) |
| Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40-F48) |
| Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50-F59) |
| Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60-F69) |
| Trast. Emocionales y del comportamiento .que aparecen habitualmente en la niñez y la adolescencia (F90-F98) |

FUENTE: Clínicas y Hospitales Privados
Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud
Unidad Seguimiento de Indicadores

6-7-2 Atenciones por adicciones en centros privados

Egresos de pacientes de Hospitales, Clínicas y Centros Centro de Tratamiento para Adicciones, Costa Rica, 2011.

| Egresos de Pacientes registrados según tipo de Centro, 2011 | | |
|--|----------------------|------------------------------|
| Organizaciones | N° de Centros | N° Personas Egresadas |
| Hogares Salvando al Alcohólico | 14 | 2.805 |
| Hogares CREA (adultos y menores) | 22 | 1.158 |
| Otras ONG | 19 | 1.521 |
| ADEPEA | 1 | 470 |
| Total | 45 | 5.954 |

Fuente: **IAFA**, Estudios de Egresos y Atenciones al mes noviembre 2011.

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

ANEXO N°7: Indicadores de Salud Mental priorizados

Objetivo: incorporar al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud ,los indicadores que permitan la integración, análisis y difusión de información basada en la evidencia sobre la situación de la Salud Mental en el país, para la efectiva toma de decisiones por las autoridades competentes.

| Lineamientos | Estrategias | Responsables |
|--|---|---|
| Que los establecimientos públicos y privados notifiquen a través de un sistema electrónico los datos que contemplan la información de los indicadores priorizados en la Política Nacional de Salud Mental. | <p>Crear un sistema de información unificado y automatizado que recopile toda la información necesaria para la construcción de los indicadores del sistema nacional de información de salud mental.</p> <p>-Socializar los indicadores del sistema nacional de información de salud mental con el fin de facilitar la adecuada notificación y el análisis para establecer las acciones de seguimiento correspondientes.</p> | <p>Direcciones de Rectoría del nivel central del Ministerio de Salud.</p> <p>Establecimientos públicos y privados</p> <p>Nivel central y Direcciones Regionales de Rectoría del Ministerio de Salud</p> |
| Lineamientos | Estrategias | Responsable |
| 1. Solicitar datos de inversión en salud mental anual por institución | En acatamiento a la política nacional de salud mental, cada prestador de servicios deberá enviar un informe de acuerdo al flujo de información establecido, de acuerdo con la matriz estandarizada proporcionada por el M de Salud | Ministerio de Salud, DGASS |
| 3. Solicitar datos de camas psiquiátricas en establecimientos de salud mental públicos y privados. | En acatamiento a la política nacional de salud mental, cada prestador de servicios deberá enviar un informe, de acuerdo al flujo de información establecido y de acuerdo con la matriz estandarizada proporcionada por el M de Salud | Ministerio de Salud, DGASS |
| 4. Solicitar anualmente al Colegio Profesional, listado | En acatamiento a la política nacional de salud mental, | Ministerio de Salud, DGASS |

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

| | | |
|---|--|--|
| de psiquiatras activos. | cada prestador de servicios deberá enviar un informe, de acuerdo al flujo de información establecido y de acuerdo con la matriz estandarizada proporcionada por el M de Salud | |
| 5. Solicitar tasa de mortalidad por suicidios por sexo y grupos de edad, provincia, cantón y distrito | En acatamiento a la política nacional de salud mental, cada prestador de servicios deberá enviar un informe, de acuerdo al flujo de información establecido y de acuerdo con la matriz estandarizada proporcionada por el M de Salud | INEC, Ministerio de Salud, DVS |
| 6. Solicitar casos registrados con intentos de suicidio, según sexo y grupos de edad, en programas de seguimiento, por cantón y distrito | En acatamiento a la política nacional de salud mental, cada prestador de servicios deberá enviar un informe, de acuerdo al flujo de información establecido y de acuerdo con la matriz estandarizada proporcionada por el M de Salud | Ministerio de Salud, DVS Establecimientos públicos y privados |
| 7. Solicitar diagnóstico principal y clasificación según la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), con la especificidad, por grupos de edad y sexo. | En acatamiento a la política nacional de salud mental, cada prestador de servicios deberá enviar un informe, de acuerdo al flujo de información establecido y de acuerdo con la matriz estandarizada proporcionada por el M de Salud | Ministerio de Salud, DVS Establecimientos públicos y privados |
| 8. Solicitar número de casos atendidos, según sexo y grupos de edad, en establecimientos de salud mental públicos y privados | En acatamiento a la política nacional de salud mental, cada prestador de servicios deberá enviar un informe, de acuerdo al flujo de información establecido y de acuerdo con la matriz estandarizada proporcionada por el M de Salud | Ministerio de Salud, DVS Establecimientos públicos y privados |
| 9. Solicitar número de referencias de personas con signos o síntomas relacionados con afectación de su salud mental | En acatamiento a la política nacional de salud mental, cada prestador de servicios de atención primaria deberá enviar un informe, de | Ministerio de Salud, DVS Establecimientos públicos y privados |

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

| | | |
|---|---|--|
| registradas por el personal de atención primaria en la CCSS | acuerdo al flujo de información establecido y de acuerdo con la matriz estandarizada proporcionada por el M de Salud | |
| 10. Solicitar número de personas especializadas laborando en programas específicos de salud mental en establecimientos públicos y privados. | En acatamiento a la política nacional de salud mental, cada prestador de servicios de atención primaria deberá enviar un informe, de acuerdo al flujo de información establecido y de acuerdo con la matriz estandarizada proporcionada por el M de Salud | Ministerio de Salud, DGASS Establecimientos públicos y privados |

ANEXO N° 8 Recursos humanos en Salud Mental

8.1 Número de psiquiatras por habitantes según región

| Direcciones Regionales | Cantidad de psiquiatras | Habitantes por psiquiatra |
|------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Brunca | 4 | 75.434 |
| Central Norte | 12 | 124.936 |
| Central Sur | 9 | 184.253 |
| Chorotega | 2 | 162.784 |
| Huetar Atlántica | 3 | 152.855 |
| Huetar Norte | 2 | 104.505 |
| Pacífico Central | 2 | 119.599 |

Fuente: Cuadro elaborado para este documento. Informe de Auditoría de la especialidad de Psiquiatría, CCSS, 2010

8.2 Otros Recursos Humanos en Salud Mental

Recursos Humanos en Salud Mental. 2012

| Tipo de profesionales | Número (total nacional)* | Trabajan en la CCSS |
|---|---------------------------|---------------------|
| Psiquiatras | 170 activos. Todo el país | 109 |
| Psicólogos y psicólogas | 6.050 | 220 |
| Enfermeras y enfermeros especialistas en salud mental y Psiquiatría | 278 | 237 |
| Trabajadoras y trabajadores sociales | 2600 | 577 |
| Terapeutas ocupacionales | 198 | 42 |
| Profesionales en nutrición | 1182 | No hay datos |

Fuente: *Colegios Profesionales de Costa Rica

No todos los profesionales están abocados a acciones de salud mental sino a labores administrativas

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

8.3 Enfermeras(os) especialistas en Salud Mental y Psiquiatría según lugar de trabajo. Enero 2012

| LUGAR DE TRABAJO | TOTAL | MUJERES | HOMBRES |
|--|------------|------------|-----------|
| TOTAL | 278 | 240 | 38 |
| Hospital Nacional Psiquiátrico | 67 | 55 | 12 |
| Hospital San Juan de Dios | 29 | 27 | 2 |
| Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia | 19 | 17 | 2 |
| Hospital Dr. Tony Facio (Limón) | 12 | 11 | 1 |
| Hospital México | 10 | 9 | 1 |
| Universidad de Costa Rica | 10 | 10 | 0 |
| Hospital Nacional de Niños | 8 | 8 | 0 |
| Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes | 5 | 5 | 0 |
| Hospital Max Peralta (Cartago) | 5 | 4 | 1 |
| Hospital Monseñor Sanabria | 5 | 4 | 1 |
| Caja Costarricense del Seguro Social | 4 | 4 | 0 |
| Hospital San Francisco de Asís (Grecia) | 4 | 4 | 0 |
| Hospital San Rafael de Alajuela | 4 | 4 | 0 |
| Hospital Clínica Bíblica | 3 | 3 | 0 |
| Hospital de San Carlos | 3 | 2 | 1 |
| Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega (San Ramón) | 3 | 3 | 0 |
| Hospital Dr. Roberto Chacón Paut (Tres Ríos) | 3 | 1 | 2 |
| No indica | 3 | 3 | 0 |
| No Trabaja | 6 | 6 | 0 |
| Ministerio de Salud | 3 | 3 | 0 |
| CENARE | 2 | 2 | 0 |
| Clínica Central | 2 | 0 | 2 |
| Clínica Clorito Picado | 2 | 2 | 0 |
| Hospital de Guápiles | 2 | 1 | 1 |
| Hospital de San Vito | 2 | 1 | 1 |
| Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño (Liberia) | 2 | 1 | 1 |
| Hospital Dr. William Allen (Turrialba) | 2 | 2 | 0 |
| Hospital La Anexión (Nicoya) | 2 | 2 | 0 |
| Hospital La Católica | 2 | 2 | 0 |
| Hospital Los Chiles | 2 | 2 | 0 |
| Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) | 2 | 1 | 1 |
| Ministerio de Justicia | 2 | 2 | 0 |
| Universidad Latina de Costa Rica | 2 | 1 | 1 |
| COOPESALUD (Pavas) | 2 | 1 | 1 |
| Área de Mora y Palmichal | 1 | 1 | 0 |
| Área de Salud (Abangares) | 1 | 0 | 1 |
| Área de Salud (Aserrí) | 1 | 1 | 0 |
| Área de Salud (Desamparados) | 1 | 1 | 0 |

Política Nacional de Salud Mental 2012 - 2021

| | | | |
|--|---|---|---|
| Área de Salud de Heredia (Virilla) | 1 | 0 | 1 |
| Área de Salud (Goicoechea) | 1 | 1 | 0 |
| Área de Salud Belén Flores | 1 | 1 | 0 |
| Área de Salud Los Santos | 1 | 0 | 1 |
| Área de Salud de Coronado | 1 | 1 | 0 |
| Área de Salud de Osa | 1 | 1 | 0 |
| Área de Salud Desamparados | 1 | 1 | 0 |
| Área de Salud San Rafael de Oreamuno | 1 | 1 | 0 |
| Bristol Myers SQUBB | 1 | 0 | 1 |
| CENDEISS | 1 | 1 | 0 |
| Centro Nacional Dolor y Cuidado Paliativo | 1 | 0 | 1 |
| Centro Médico Santa Mónica | 1 | 1 | 0 |
| Cervecería de Costa Rica | 1 | 1 | 0 |
| Cinta Azul Ltda. | 1 | 1 | 0 |
| Clínica de Buenos Aires (Puntarenas) | 1 | 1 | 0 |
| Clínica de Chomes | 1 | 1 | 0 |
| Clínica de Coronado | 1 | 0 | 1 |
| Clínica de Esparza | 1 | 1 | 0 |
| Clínica de Paquera | 1 | 1 | 0 |
| Clínica de Parrita | 1 | 1 | 0 |
| Clínica de San Joaquín de Flores | 1 | 1 | 0 |
| Clínica de Tilarán | 1 | 1 | 0 |
| Clínica Dr. Carlos Durán Cartín | 1 | 1 | 0 |
| Clínica Dr. Marcial Fallas Díaz (Desamparados) | 1 | 1 | 0 |
| Desconocido | 1 | 1 | 0 |
| Enfermera Privada | 1 | 1 | 0 |
| Hospital Cima San José | 1 | 1 | 0 |
| Hospital Ciudad Neilly | 1 | 1 | 0 |
| Hospital de Golfito | 1 | 1 | 0 |
| Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit | 1 | 1 | 0 |
| Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla (Pérez Zeledón) | 1 | 1 | 0 |
| Hospital Dr. Tomás Casas (Ciudad Cortés) | 1 | 1 | 0 |
| Hospital San Vicente de Paul (Heredia) | 1 | 1 | 0 |
| INCIENSA | 1 | 1 | 0 |
| Instituto Costarricense contra el Cáncer | 1 | 1 | 0 |
| Instituto Nacional de Seguros (INS) | 1 | 1 | 0 |
| Instituto Santa Eufrasia | 1 | 1 | 0 |
| Propio | 1 | 0 | 1 |
| UMG Medical | 1 | 1 | 0 |
| Universidad Adventista de Centroamérica | 1 | 1 | 0 |

Fuente: Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica.

ANEXO N° 9 GLOSARIO DE TÉRMINOS

Análisis de Situación de Salud

Los análisis de situación de salud son procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Facilitan también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud.

Ingresos

En el ámbito de la economía, el concepto de ingresos es sin duda uno de los elementos más esenciales y relevantes con los que se puede trabajar. Entendemos por ingresos a todas las ganancias que ingresan al conjunto total del presupuesto de una entidad, ya sea pública o privada, individual o grupal. En términos más generales, los ingresos son los elementos tanto monetarios como no monetarios que se acumulan y que generan como consecuencia un círculo de consumo-ganancia. Recuperado de: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>

Autonomía

La autonomía personal implica al derecho de cada persona de poder tomar las decisiones que afectan a su vida personal, y especialmente el de poder vivir en el lugar que uno quiera y ser atendido por las personas (asistencia personal) que uno desee.

“Es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”.(www.wikipedia.org, 5 de junio,2012)

Es la capacidad de la persona para realizar por sí misma, sin ayuda o vigilancia de otras, los actos cotidianos elementales de supervivencia, tales como la alimentación, el aseo, el vestido, el manejo de aparatos o dispositivos mecánicos sencillos, la realización de pequeños desplazamientos, etc. La autonomía personal se ve afectada en aquellas enfermedades somáticas que impliquen una grave alteración de la motilidad y también en enfermedades mentales que den lugar a una grave desorganización de la conducta o que estén definidas por profundos defectos de la inteligencia.

Pobreza

Es el estado en que se encuentra un individuo o un conjunto de individuos de un grupo social que se caracteriza por:

- verse privado del consumo de bienes y servicios, lo cual genera un grado de insatisfacción de las necesidades básicas,

- encontrarse en condiciones de impotencia, al no poder ejercer su derecho a la opinión, al no poder oír su voz, lo cual limita su acceso al ejercicio político, y por ende al poder político efectivo,

- estar en alto grado de vulnerabilidad por carecer de protección adecuada lo cual le genera una situación de alta inseguridad jurídica, física, emocional, económica y en su estado de salud

Fuente: Ministerio de Salud, Plan Nacional de Salud, 2010-2021, Costa Rica. San José Costa Rica. Diciembre 2010. Producción Documental-Unidad de Gestión Integral de la Información

Según el Banco Mundial, la pobreza es hambre; es la carencia de protección; es estar enfermo y no tener con qué ir al médico; es no poder asistir a la escuela, no saber leer, no poder hablar correctamente; no tener un trabajo; es tener miedo al futuro, es vivir al día; la pobreza es perder un hijo debido a enfermedades provocadas por el uso de agua contaminada; es impotencia, es carecer de representación y libertad (WORLD BANK, 2000b). En otro documento la entidad define la pobreza como “un fenómeno multidimensional, que incluye incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, falta de control sobre los recursos, falta de educación y desarrollo de destrezas, deficiente salud, desnutrición, falta de vivienda, acceso limitado al agua y a los servicios sanitarios, vulnerabilidad a los cambios bruscos, violencia y crimen, falta de libertad política y de expresión” (THE WORLD BANK GROUP, 1999: 2).

De acuerdo con la Cepal, “La noción de pobreza expresa situaciones de carencia de recursos económicos o de condiciones de vida que la sociedad considera básicos de acuerdo con normas sociales de referencia que reflejan derechos sociales mínimos y objetivos públicos. Estas normas se expresan en términos tanto absolutos como relativos, y son variables en el tiempo y los diferentes espacios nacionales” (CEPAL, 2000a: 83).

Línea de pobreza, “ corresponde al costo de una canasta mínima de consumo básico individual o familiar (alimentos, vivienda, vestuario, artículos del hogar, el acceso a los servicios básicos de salud y educación, agua potable, recolección de basura, alcantarillado, energía y transporte público, o ambos componentes”.

Relacionada con la línea de pobreza está la línea de indigencia, para la cual el umbral de ingresos apenas alcanza para satisfacer los requerimientos nutricionales básicos de una familia.

“La pobreza debe concebirse como la privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos, que es el criterio habitual con el que se identifica la pobreza” (Sen, 2000:114).

Violencia Social

“La violencia es un fenómeno construido socialmente que se expresa a través de múltiples manifestaciones, cuyos significados varían históricamente dependiendo del momento y el contexto en que se producen, implica acciones u omisiones donde personas, grupos, instituciones, o Estados, utilizan un nivel excesivo de fuerza o poder”. (Rojas et al pg.4, 2004)

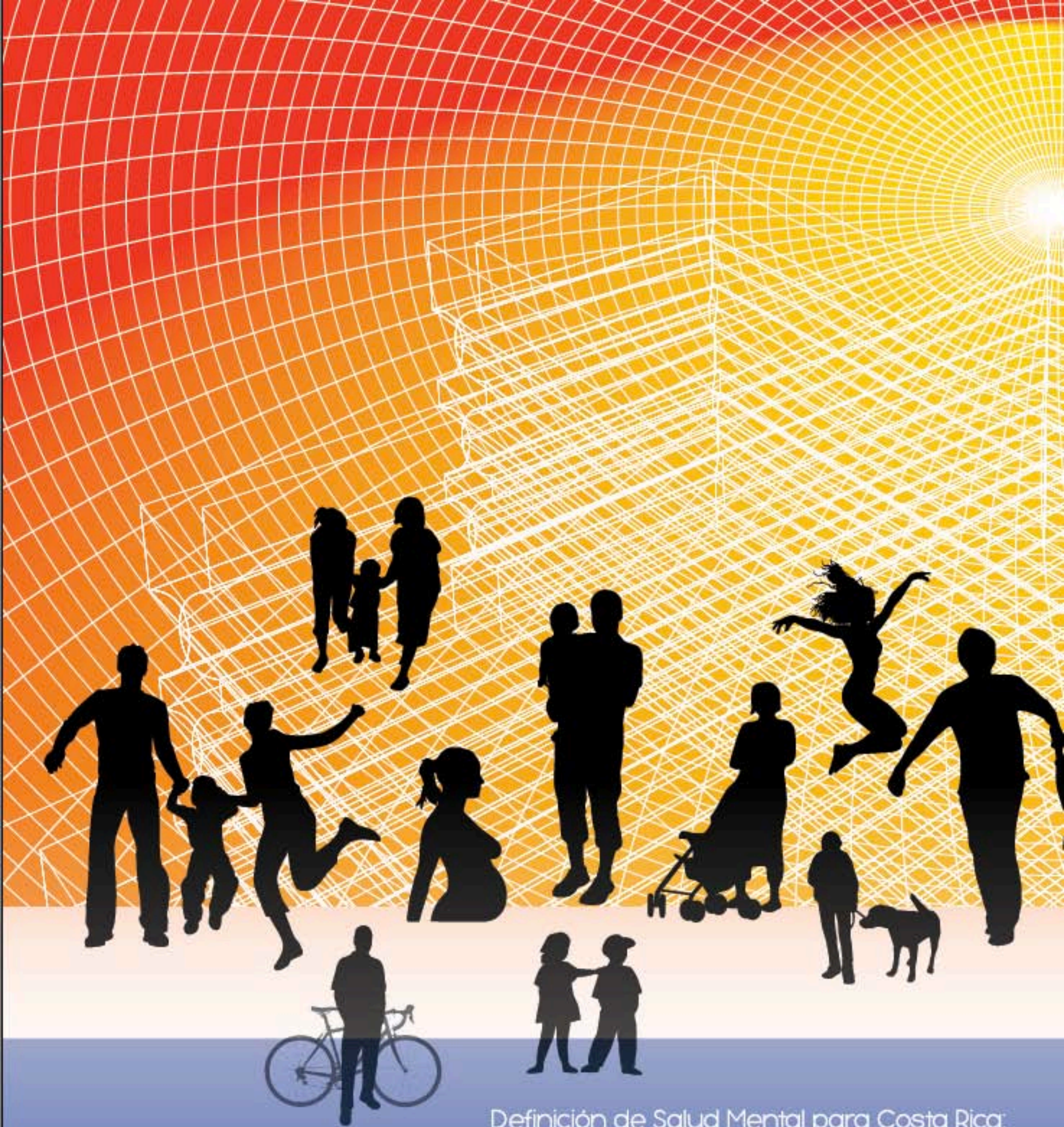
“La violencia es una expresión social determinada por las condiciones de vida. Hoy en día no hay sociedad que escape a su presencia en sus diversas manifestaciones y para analizar este fenómeno, debe de situarse el reconocimiento de su complejidad dado que existen múltiples formas de violencia, con diversos niveles de significación y efectos históricos”. Rojas et al, pag. 5, 2004).

La Organización Mundial de la Salud considera la violencia, como el uso deliberado de la fuerza físico o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de producir lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Esta definición considera las numerosas consecuencias del comportamiento violento, el suicidio, los conflictos armados, la muerte, las lesiones, la violencia intrafamiliar. Cubre también una amplia gama de actos que va más allá del acto físico, para incluir amenazas e intimidaciones. También los daños psíquicos, las privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de las personas, las familias y las comunidades, según el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, publicado por OPS/OMS, 2002.

Interculturalidad

La interculturalidad desde un enfoque integral y de derechos humanos, se refiere a la construcción de relaciones equitativas entre personas, comunidades, países y culturas. Para ello es necesario un abordaje sistémico del tema, es decir, trabajar la interculturalidad desde una perspectiva que incluya elementos históricos, sociales, culturales, políticos, económicos, educativos, antropológicos, ambientales, entre otros.

Una propuesta de educación e interculturalidad plantea un diálogo entre iguales y en igualdad de condiciones, el encuentro entre personas y culturas, el intercambio de saberes, hacia una educación intercultural, inclusiva y diversa. La riqueza de los saberes y conocimientos de cada cultura es uno de los objetivos fundamentales de la educación contemporánea. Es necesario que este objetivo se concrete no únicamente en contenidos o materias, sino en los mismos principios, enfoques y programas nacionales educativos, así como en la misma institucionalidad educativa.



Definición de Salud Mental para Costa Rica:

"La Salud Mental se entiende como un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente."