



Acta Médica Costarricense

ISSN: 0001-6002

actamedica@medicos.sa.cr

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Costa Rica

Contreras-Rojas, Javier; Raventós, Henriette
Foro sobre salud mental 2011, conclusiones y pasos futuros
Acta Médica Costarricense, vol. 55, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 132-138
Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43428797006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Foro sobre salud mental 2011, conclusiones y pasos futuros

(Mental health panel 2011, conclusions and future steps)

Javier Contreras-Rojas¹ y Henriette Raventós^{1,2}

Resumen

Antecedentes: la salud es un proceso social que tiene como fin el bienestar físico y mental del individuo a través de todas las etapas de su vida. A pesar de numerosos esfuerzos, en Costa Rica, el abordaje en salud mental se ha basado principalmente en la atención de la enfermedad y muy poco en la prevención. Se resumen las conclusiones sobre el Foro de Salud Mental.

Métodos: foro de discusión sobre salud mental con la participación de prestadores de servicios, investigadores, los que definen las políticas a nivel gubernamental y los usuarios.

Resultados: participación de 148 representantes de distintas instituciones y organizaciones. Se resalta la ausencia de indicadores salutogénicos y escasa medición del impacto en las acciones de prevención y promoción. Existe inconformidad con la calidad y acceso a la atención. Se documenta un único programa de rehabilitación psicosocial con pocos recursos intermedios.

Discusión: el proceso de consulta y discusión incluye a usuarios quienes, junto con los otros autores, identifican necesidades y proponen posibles soluciones en salud mental. Dificultad para la implementación de un plan de acción concreto constituye la principal limitante en promoción, atención y rehabilitación.

Conclusión: se llevan a cabo programas específicos, pero en la mayoría se desconoce la eficacia de dichas acciones. Es necesario establecer y fortalecer un ente rector de dichos esfuerzos, que asegure el éxito de un plan de salud mental nacional.

Descriptores: Plan Nacional de Salud Mental, Caja Costarricense de Seguro Social, organizaciones no gubernamentales.

Abstract

Background: Health is a social process that seeks physical and mental wellbeing through every stage of the individual's life. In spite of great efforts, in Costa Rica the approach to mental health has focused on treatment and very little on prevention and promotion. This work summarizes the conclusions of the Mental Health Panel.

Methods: A discussion forum on mental health with participation of health providers, researchers, policy makers and users of health services.

Results: Representatives from 148 organizations and institutions participated. There is a lack of salutogenic indicators and minimal assessment of the impact of prevention and promotion of mental health. Only one program for psychosocial rehabilitation was identified.

Afiliación de los autores:

¹Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular, Universidad de Costa Rica.

²Escuela de Biología, Universidad de Costa Rica

✉dr.javiercontreras@gmail.com

Conclusion: The discussion process included users, who, along with other actors identified needs and priority action areas. The difficulties related to the implementation of a specific action plan are the main barrier to achieve effective mental health promotion, treatment and rehabilitation.

There are specific programs, but in the majority of cases, their effectiveness is unknown. It is necessary to establish a leading institution and strengthen its role to ensure the success of a national mental health program.

Keywords: National Mental Health Program, Caja Costarricense del Seguro Social, non-governmental organizations.

Fecha recibido: 7 de enero de 2013

Fecha aprobado: 9 de mayo de 2013

Se puede afirmar que la salud, como el estado de completo bienestar a través de las etapas de la vida, no es posible sin un entorno social, económico, cultural y medio ambiental sano, que contemple la cobertura de las necesidades básicas (empleo, vivienda, alimentación, educación, recreación).¹ Existe consenso en cuanto a que el modelo curativo es poco eficiente, caro, y produce menos bienestar que la prevención y promoción.² El modelo de atención médica tradicional (médicocentrista) ha demostrado ser poco eficiente; el paciente asume una actitud pasiva y poco responsable de su condición, lo que dificulta la prevención y el control de las enfermedades mentales. La alternativa a dicho modelo incluye la incorporación de tres estrategias: prevención y promoción de la salud, atención y rehabilitación.

1. **Prevención y promoción:** el individuo es el actor principal, sujeto con derechos, pero también con deberes sobre su propia salud. La educación empodera a la persona para que adquiera el compromiso sobre su salud.³ El Estado, a la vez, es responsable de buscar garantizar los derechos a un trabajo, vivienda, educación, alimentación, servicios de salud y un entorno social y laboral libre de violencia y contaminantes ambientales. En la niñez es especialmente importante contar con un ambiente sano, factores protectores como vacunación, higiene y alimentación adecuada, y la guía de los padres y otros adultos a cargo del cuidado y educación formal.
2. **Atención:** el usuario debe participar en el proceso de diagnóstico y tratamiento; debe contar con la información completa sobre su enfermedad, las opciones terapéuticas, la evolución de la enfermedad y los indicadores que le permitan reconocer tempranamente una descompensación. Todas las personas deben tener acceso a un diagnóstico oportuno, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos modernos, basados en evidencia y atención no institucionalizada, que sea menos restrictiva de sus libertades.⁴ Idealmente, estos recursos deben estar disponibles a nivel comunitario.
3. **Rehabilitación:** las enfermedades mentales crónicas (psicosis orgánicas, esquizofrenia y desorden bipolar), de inicio en la adolescencia o en adultos jóvenes, generalmente conducen a algún nivel de deterioro o discapacidad. El deterioro es menor con un tratamiento adecuado y oportuno desde el primer brote, que además disminuya la intensidad y frecuencia de las descompensaciones. Los periodos largos de

hospitalización y encierro también aumentan el deterioro.⁵ La rehabilitación incluye entonces las estrategias que aseguren la participación familiar y permitan una adecuada reinserción social.

Costa Rica cuenta con fortalezas en el campo de la salud pública, como son la existencia de seguridad social que cubre casi la totalidad de la población, programas de salud mental enfocados en la niñez y la adolescencia, y una amplia red de servicios ambulatorios y de internamiento breve en hospitales generales. Sin embargo, según el Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Costa Rica (OMS en 2008), existen debilidades importantes en salud mental.⁶ Entre ellas se menciona: 1. el Plan Nacional de Salud Mental no cuenta con financiamiento; 2. pobre sensibilización y empoderamiento de los equipos de salud; 3. enfoque de atención principalmente farmacológico; 4. insuficiente recurso humano capacitado en salud mental; 5. del 3% del presupuesto nacional de salud designado para salud mental en la CCSS, el 67% es para los dos hospitales psiquiátricos y el 33% restante para los demás servicios de salud y para realizar actividades de prevención; 6. ausencia de protocolos actualizados en la prescripción de fármacos; 7. deficiente capacitación en salud mental en la atención primaria, y 8. ausencia de planificación e investigación en salud mental, por lo que existe un gran vacío en el conocimiento sobre el perfil epidemiológico de los trastornos mentales en el país.

El informe final de la especialidad de psiquiatría, realizado por la Auditoría Interna de la CCSS en 2010, identifica necesidades específicas en salud mental.⁷ En este se recomienda a la gerencia médica lo siguiente: 1. realizar un diagnóstico situacional de los principales padecimientos mentales a nivel nacional; 2. ajustar el Plan Institucional en Salud Mental a lo establecido por el Ministerio de Salud en el Plan Nacional de Salud; 3. crear un cronograma de acciones estratégicas para el cumplimiento de este plan; 4. elaborar un manual de procedimientos para la atención psiquiátrica en los tres niveles; 5. confeccionar un cronograma del plan de divulgación y capacitación a los tres niveles con base en dicho manual; 6. de acuerdo con el Decreto Ejecutivo No. 20665-S (29 de octubre de 1991), en que se declara la psiquiatría como la quinta especialidad clínica, elaborar un estudio técnico que evalúe la disponibilidad del recurso humano, tecnológico y económico para salud mental; 7. evaluar la pertinencia de eliminar la dependencia jerárquica de psiquiatría de la Jefatura de Medicina; 8. elaborar una estrategia para fortalecer los servicios

Cuadro 1. Fases del proceso de consulta y discusión

Actividades de concienciación y discusión realizadas en relación con el Día Internacional de la Salud Mental: mesas redondas, conferencias, consultas jurídicas, actividades culturales de concienciación.

Primer borrador: resume las conclusiones de este primer proceso.

Discusión virtual: permite incorporar temas que no fueron analizados, así como mejorar los puntos expuestos para elaborar un segundo borrador.

Trabajo presencial: listado de acciones concretas, plan de implementación, instituciones y personas responsables, y presupuestos, dirigidos a problemas prioritarios en salud mental.

regionales de salud mental y así cumplir con la Declaración de Caracas;⁸ 9. actualizar las proyecciones definidas en el documento “Necesidades de Especialistas Médicos para la Caja Costarricense de Seguro Social” (CENDEISS); 10. mediante la participación de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, realizar estudio técnico de la factibilidad de ampliar el tiempo de atención en la consulta de psiquiatría, y 11. coordinar el país.

Actualmente se llevan a cabo diversos esfuerzos enfocados a promover y mejorar la salud mental. El borrador de la Política de Salud Mental se basa en los siguientes principios: coordinación intersectorial e interinstitucional; asignación de recursos institucionales según las necesidades; actualización de la legislación; ampliación de la cobertura a distintos niveles de participación; creación de planes de acción específicos; enfoque de derechos, riesgo, género y diversidad; educación permanente del equipo de salud mental; campañas de sensibilización para combatir la estigmatización; aumento del número de profesionales de la salud mental; investigación y evaluación del impacto.

Este artículo tiene como objetivo dar a conocer la discusión sobre salud mental, tomando en cuenta la realimentación brindada por otros actores igualmente importantes. Además de la participación de autoridades del Estado y de los prestadores de servicios, se cuenta con la participación de los pacientes y familiares. Se describe de manera breve la metodología del Foro y se discuten las conclusiones, conforme lo expuesto por los participantes.

Métodos

Se organizó un foro de consulta y discusión sobre salud mental, con la participación de distintos actores dentro de los cuales están: 1. los prestadores de servicios de atención, promoción y rehabilitación; 2. los investigadores; 3. los que definen las políticas a nivel gubernamental, y 4) los usuarios y sus familiares a través de varias organizaciones no gubernamentales (ONG). Esta discusión se llevó a cabo en la sede del Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) ubicada en Los Yoses, Montes de Oca, el 10 de octubre de 2011, con la moderación de la Dra. Henriette Raventós Vorst, investigadora de la Universidad de Costa Rica.

La meta fue definir los vacíos en el conocimiento sobre la situación e intervenciones en salud mental en Costa Rica, y las estrategias que mejorarían la calidad de vida de esta población. El cuadro 1 ilustra el procedimiento llevado a cabo.

Resultados

Se contó con la participación de 148 representantes de distintas instituciones y organizaciones. El cuadro 2 resume las instituciones y organizaciones representadas en la actividad.

Cuadro 2. Instituciones y organizaciones, según número de asistentes

Institución/organización	Asistentes
MS	34
IAFA	25
ONG	24
AyA	12
UCR	10
CCSS	9
Miembros de la prensa nacional	9
Otros ministerios del Gobierno	8
Municipalidades	5
DH	5
Otros	7
Total	148

MS: Ministerio de Salud; IAFA: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia; ONG: organizaciones no gubernamentales; AyA: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados; UCR: Universidad de Costa Rica; CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social; DH: Defensoría de los Habitantes

Cuadro 3. Obstáculos y posibles soluciones identificadas, según la estrategia de salud		
Estrategia	Obstáculos	Posibles soluciones
Prevención y promoción	No se cuenta con indicadores salutogénicos Los datos estadísticos sobre las intervenciones son escasos	Establecer un ente rector que centralice la base de datos de las distintas acciones
	Escasa medición de las intervenciones realizadas	Evaluar el impacto de las intervenciones (costo/beneficio)
	ONG realizan acciones únicamente en el Valle Central Ausencia de un plan de promoción de la salud mental	Realizar investigación sobre factores salutogénicos
Atención	Inconformidad con la calidad de atención brindada	Promover la participación del usuario para conocer necesidades de la atención
	Escasa medición de las intervenciones de atención por parte de las ONG	
	ONG están concentradas en el Valle Central	
	Pobre accesibilidad y apoyo a pacientes en crisis	
	Falta mayor capacitación en salud mental a nivel primario	Mejorar la formación en salud mental como parte del curriculum universitario
	Poca claridad en el plan de atención de jóvenes con trastornos de adicción	
	Necesidad de mayor apoyo al adulto mayor con demencia y sus cuidadores	
	Limitación en el tiempo de atención en consulta externa psiquiátrica	Implementar modelos de atención con mayor capacidad resolutive a nivel primario
	Necesidad de medicamentos nuevos ya aprobados en psiquiatría	
	Escaso acceso a psicoterapia para los pacientes y sus familiares	
Rehabilitación	Existencia de un único programa de rehabilitación psicosocial	Creación de programas de rehabilitación según necesidades de los usuarios
	Pocos recursos intermedios (entre hospitalización y retorno a la sociedad)	Estimular mayor participación de la familia en proceso de rehabilitación psicosocial
	Ambigüedad en la Ley 7600 en materia de discapacidad mental.	Educar a la población general sobre salud mental para combatir el estigma
		Implementar campaña de sensibilización sobre discapacidad dirigida a empleadores

Este documento es el segundo borrador mencionado en el punto 2, que es el instrumento de trabajo para la elaboración

de un plan preliminar de acciones. El cuadro 3 resume los obstáculos identificados y las posibles soluciones planteadas

por los asistentes. Siguiendo recomendaciones de distintos organismos internacionales, se agrupan las conclusiones según la estrategia de salud por seguir.

Discusión

Como afirmó el director ejecutivo del IIDH en Costa Rica (Dr. Roberto Cuellar Martínez), “la salud mental es la base de la ética de la libertad”. Hay tratados internacionales ratificados a nivel nacional que, en términos generales, garantizan la protección de los derechos humanos y el derecho a la salud. Sin embargo, la Defensora de los Habitantes de Costa Rica (MSc. Ofelia Taitelbaum Yoselewich), recuerda que “la ratificación no es suficiente si no existe un compromiso nacional para establecer un programa de acción local, que incluya políticas de prevención, promoción, tratamiento, reinserción social y disminución del estigma”. Hay poblaciones más vulnerables que están expuestas a mayor exclusión y desigualdad, y a las que se debe prestar mayor atención, como las mujeres, poblaciones indígenas, grupos en desventaja económica, poblaciones sexualmente diversas y personas VIH positivas.

La Dra. Sisy Castillo Ramírez (viceministra de Salud) y la Licda. Rose Mary Madden Arias (IIDH), mencionaron que aún existen vacíos legales como, por ejemplo, la Ley contra el Acoso Laboral. Otras leyes igualmente necesarias son aquellas que garanticen la igualdad de derechos de todos ciudadanos (e.g. ley sobre sociedades de convivencia de parejas del mismo sexo, ley para la regulación de la investigación biomédica, control de la publicidad del tabaco y fertilización in vitro). En algunas ocasiones, las leyes existentes carecen de instrumentos jurídicos adicionales (e.g. reglamentos) que garanticen su aplicación.

Ejemplos de intervenciones en prevención y promoción

Entre las intervenciones discutidas están: 1. prevención del consumo de drogas (IAFA), 2. protocolos de prevención de la violencia en centros educativos (Ministerio de Educación Pública), 3. atención comunitaria del adulto mayor (Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes), 4. manejo del acoso moral y laboral (MS), 5. redes para la prevención del menor en riesgo psicosocial (Fundación Saint-Exupéry), 6. otras intervenciones como yoga, arte y danza. Únicamente los programas de prevención del consumo de drogas del IAFA y las redes para la prevención del menor en riesgo psicosocial de la Fundación Saint-Exupéry, mencionaron mediciones para determinar el impacto de la intervención. Pero, solo la Fundación Saint-Exupéry mostró los resultados. El IAFA aún no cuenta con datos, ya que la primera evaluación será hasta 2012. Miembros de la Academia Nacional de Policía denunciaron “la pobre capacitación que recibe la fuerza pública en materia de salud mental y la ausencia de protocolos a seguir cuando atienden situaciones relacionadas con salud mental”. En el cuerpo de policía existen mitos en cuanto al abordaje de personas con cualquier trastorno mental, y no parece haber una línea de comunicación directa entre los oficiales e instituciones como el IAFA y la CCSS.

Estrategias en prevención y promoción

Para definir las estrategias prioritarias de promoción que puedan ser escaladas en pro de la prevención y la promoción, se recomienda: realizar un listado de todas las intervenciones que están realizando las diferentes organizaciones, incluyendo pero no limitado la CCSS, ministerios, IAFA, Patronato Nacional de la Infancia (PANI), UCR y ONG; documentar los resultados de tales investigaciones para medir el impacto y comparar su eficacia, según costo/beneficio, y crear/designar un ente con capacidad de liderazgo que centralice la información de los distintos sectores/organizaciones. Tener un inventario de las distintas acciones en curso es fundamental para evitar duplicación de esfuerzos y hacer un uso más eficiente de los recursos. Un ejemplo específico, como la prevención de la deserción escolar, también es vital para garantizar un crecimiento adecuado y acceso a oportunidades. Un entorno saludable, libre de violencia, acoso, noxas (e.g. drogas, tabaco y otros contaminantes ambientales), se extiende desde la casa, la comunidad, la escuela y los sitios de trabajo.

Ejemplos de intervenciones en atención

Se presentó el enfoque de la Fundación Costarricense de Trastorno Bipolar (FUCOTBI) y la Asociación Costarricense de Trastornos Afectivos Recurrentes (ACOTAR). Ambas ONG brindan atención a personas con trastornos del estado del ánimo (e.g. psicoeducación a familiares y pacientes, psicoterapia individual y de grupo). También realizan campañas de educación a través de medios formales e informales, cuya meta es disminuir el estigma. Se presentó acciones concretas, pero no se han diseñado instrumentos para medir su impacto. También se mencionó que las actividades de atención que realizan las ONG se limitan al Valle Central.

El público manifestó las siguientes quejas en relación con los servicios públicos de atención en salud mental: dificultad para conseguir transporte de un paciente descompensado de la casa al centro médico; el médico general no tiene suficiente formación o sensibilidad para la detección, diagnóstico y tratamiento de este tipo de patologías; el tratamiento para los adolescentes que se inician con consumo de drogas es deficiente; existe poco apoyo para el cuidador del adulto mayor con demencia; la consulta externa con el psiquiatra de la CCSS dura únicamente 15 minutos; el acceso a nuevos psicofármacos es limitado, por lo que frecuentemente se deben comprar a nivel privado, y la disponibilidad de psicoterapia en la mayoría de centros es muy limitada.

Estrategias de intervención en atención

Para definir las estrategias prioritarias en el eje de atención a las personas con una enfermedad neuropsiquiátrica, es indispensable contar con la opinión del usuario y su familia.⁹ Estos pueden aportar información vital con respecto a sus necesidades y expectativas de atención a nivel de la seguridad social. También debe mejorarse la formación del primer nivel de atención en el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento. Una mayor capacitación a nivel primario permitirá un diagnóstico más temprano y oportuno, reduciendo

el riesgo de complicaciones. Mayor eficiencia en el manejo de estos pacientes a nivel primario y comunitario disminuiría la carga de citas en los servicios de psiquiatría, lo cual representa una medida práctica para solventar la actual carencia de especialistas.¹⁰ Estas acciones deben seguir las recomendaciones y algoritmos internacionales para el tratamiento de las enfermedades mentales prioritarias. Se requiere un plan de implementación que incluya la medición del impacto. Finalmente, se debe analizar, en un tiempo prudencial, la eficacia de los cambios propuestos, y propiciar las intervenciones eficaces para aumentar la cobertura. Una eventual solución es que los estudios de impacto se efectúen a nivel piloto por las ONG, y que la CCSS asuma el compromiso de implementarlas, si prueban ser exitosas.

El estigma constituye el principal motivo por el que los individuos no buscan atención profesional en salud mental.¹¹ El temor a ser catalogado como “loco”, hace que las personas no reciban ayuda temprana, se retrase el diagnóstico, la enfermedad tome un curso más tórpido, aumentando las complicaciones del manejo, y un peor pronóstico general. En otros países, la educación (tanto de los pacientes y familiares, como de la población general, en temas de salud mental) y la exposición de los grupos en desventaja (en este caso pacientes mentales), constituyen las medidas más efectivas para combatir el estigma.¹² En Costa Rica se requiere un plan educativo que involucre a los medios de comunicación masiva y que llegue a la mayor parte de la población. Pacientes más empoderados y con mejor autoestima tendrán más posibilidad de luchar por sus derechos, asegurando una mejor calidad de vida. La psicoterapia en todas sus modalidades debe acompañar a la farmacoterapia. Otras terapias complementarias que pueden incorporarse en la atención, incluyen: zooterapia, danzaterapia, yogaterapia, arteterapia (estas se mencionan con más detalle en el siguiente apartado).

Ejemplos de intervenciones en el eje de rehabilitación

El servicio de hospital diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico presentó su programa de rehabilitación conductual, física y cognitiva, cuya meta es alcanzar el máximo nivel de funcionamiento y autonomía del individuo. En este se entrena a las personas en actividades de la vida diaria, de convivencia, modificaciones conductuales y cognitivas, así como el desarrollo de habilidades laborales. Mediante el programa se ha logrado disminuir significativamente la cantidad de personas recluidas por largos periodos en el Hospital. Se planteó la necesidad de contar con hogares intermedios, albergues, familias solidarias y hogares unipersonales para el retorno del usuario a su comunidad. Existe un programa de gestión de trabajos, en el que se pretende conformar una cooperativa y así conseguir un mayor impacto en el proceso de reinserción laboral. El AyA expuso un programa de oportunidades de empleo para las personas con discapacidad, en el cual se enfatizan las discapacidades físicas con poca mención, sobre las discapacidades mentales.

Se observa que el único programa de rehabilitación existente está circunscrito a un ambiente hospitalario en un solo centro médico. Esto dificulta el acceso a usuarios de zonas alejadas y puede crear resistencia en pacientes con experiencias

negativas en ese centro. También se dieron a conocer terapias complementarias basadas en interacción con perros, danza, arte, yoga y locución en radio. Se trata de modalidades relativamente recientes que aún no cuentan con medición de impacto en el medio.

Estrategias de intervenciones en el eje de rehabilitación

Además de la realimentación brindada por familiares y pacientes, se recomienda que estos programas sean accesibles a personas de todo el país. Es preciso hacer uso de instalaciones comunales existentes, como centros educativos o religiosos. La reinserción social con mayor o menor autonomía, que depende de cada caso, debe asegurar la posibilidad de obtener trabajo y vivienda.¹³ Se considera que la empleabilidad mejoraría con campañas de información para disminuir el estigma y educar a los empleadores en las adecuaciones necesarias para personas con discapacidades o enfermedades mentales. La educación en general debe buscar erradicar mitos en torno a las personas con enfermedad mental, para cambiar la visión de la familia, la comunidad, los medios de comunicación y el mismo personal de salud. Conviene crear programas de capacitación para mejorar las habilidades y destrezas de este grupo y lograr una mayor competitividad en el mercado laboral. A nivel de vivienda, se debe estudiar la viabilidad de contar con familias, hogares solidarios o albergues intermedios.

La salud mental es inseparable de la salud y bienestar general de las personas. Las estrategias más eficaces son, en general, de promoción de la salud, que son obligaciones colectivas, dentro de un marco ideológico de país, donde todos los ciudadanos tengan acceso a un ambiente saludable, educación, vivienda, alimentación, empleo, recreación, y puedan así llevar a cabo sus planes de vida. Urge definir una agenda de intervenciones que posibiliten mejorar la calidad de vida de personas con trastornos mentales. Para esto se requiere identificar las necesidades y prioridades del usuario y su familia, hacer un inventario de las intervenciones que han mostrado ser eficaces, implementar esas acciones a nivel local, para que luego sean escaladas en el corto, mediano y largo plazos. La meta de este esfuerzo es realizar un listado de acciones concretas consideradas prioritarias por los participantes de la discusión. Es pertinente garantizar el respeto de derechos como la confidencialidad de la información, el derecho al tratamiento oportuno, y el derecho a la libertad de elección y al consentimiento informado.

Conflictos de interés: no existe conflicto de interés.

Agradecimientos: los autores agradecen a todos los participantes de este foro.

Referencias

1. WHO. Basic documents. 43rd ed. Geneva, World Health Organization 2001.
2. WHO. Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Geneva, World Health Organization 1998.

3. Bowie CR, Twamley EW, Anderson H, Halpen B, Patterson TL, Harvey PD. Self-assessment of functional status in schizophrenia. *J Psychiatric Res* 2007;41:1012–1018.
4. Dixon LB, Dickerson F, Bellack, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RV *et al.* The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36:48– 70.
5. Landon BE, Gill JM, Antonelli RC, Rich EC. Prospects for rebuilding primary care using the patient-centered medical home. *Health Aff* 2010;29:827–834.
6. Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Costa Rica utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS) COSTA RICA 2008.
7. CCSS, Auditoría Interna. **Área** de Servicios de Salud. Informe en la especialidad de psiquiatría de la red de servicios de salud. Oficio: ASS-347-2010, 24 de noviembre de 2010 (documento impreso).
8. Iniciativa Regional de reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Declaración de Caracas 1990.
9. Funk M, Minoletti A, Drew N, Taylor J, Saraceno B. Advocacy for mental health: roles for consumer and family organizations and governments. *Health PromotInt*, 2006, 21:70-75.
10. Daly R: Psychiatry could benefit from education, work force changes. *Psychiatric News*, May 7 2010, 4,28.
11. Eaton J, Agomoh AO. Developing mental health services in Nigeria: the impact of a community-based mental health awareness programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43:552-8.
12. Wahl OF. Media madness: public images of mental illness. New Brunswick: Rutgers University Press 1995.
13. Chatterjee S, Pillai A, Jain S, Cohen A, Patel V. Outcomes of people with psychotic disorders in a community-based rehabilitation programme in rural India. *Br J Psychiatry* 2009; 195:433–439.