



COMISIÓN AMERICANA DE SALUD,
BIENESTAR Y SEGURIDAD SOCIAL

ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS EXITOSAS EN SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD MENTAL DE GRUPOS VULNERABLES ANTE EL IMPACTO DE LA COVID-19

Comisión Americana de Salud, Bienestar y
Seguridad Social

Dr. Fernando Quintanar Olguín





Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Daisy Corrales Díaz

Directora

Investigador Fernando Quintanar Olguín (Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social).

368.40970 / C163nt.4

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México

Análisis de experiencias exitosas en seguridad social y salud mental de grupos vulnerables ante el impacto de la COVID-19 / Fernando Quintanar Olguín. -- México: CISS: CIESS: CASBSS, 2021
60 p.: gráficas; 28 cm. -- (Nota técnica; 4)

Incluye referencias bibliográficas p. 57-60.

1. COVID-19 (Enfermedad) – Atención médica. 2. Salud mental – Estudio de casos. I. Quintanar Olguín, Fernando, autor. II Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México. III. Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social.

Biblioteca CIESS

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

San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice
Alcaldía Magdalena Contreras,
C. P. 10100, Ciudad de México.
Tel. (55) 5377 4700

Resumen

El análisis de experiencias exitosas en seguridad social y salud mental para grupos en condiciones de vulnerabilidad proporciona elementos que son útiles para poder saber qué es lo que se ha realizado y ha dado resultados positivos, y qué aspectos es pertinente rescatar que pudieran ser retomados para su replicación.

Se busca identificar los procesos, tipos y características que se presentan en un grupo de experiencias que se consideran exitosas en seguridad social y salud mental en diversos países de las Américas y el Caribe, tomando en cuenta el impacto que la pandemia de covid-19 tiene en la salud mental en los países de la región y en los grupos en condición de vulnerabilidad, como migrantes, mujeres, personas con discapacidad y adultos mayores. Como método, se revisó la literatura disponible en fuentes primarias, secundarias y bases de

datos de organizaciones internacionales, sociedades y asociaciones. Los resultados han mostrado que las experiencias exitosas se han caracterizado por realizarse en forma comunitaria y con la participación de los beneficiados. La mayor parte de las experiencias exitosas y buenas prácticas se han orientado a la salud general, pero poco a la salud mental. Además, se puede identificar una diferencia entre países y, según las acciones que realizaron, agruparlos en tres bloques, que son: planeación y tecnología, asistencia y economía, y aplicabilidad y atención a usuarios, según los resultados de sus programas. Por último, se puede ver cómo se empieza a generar información con los enfoques con los que se trabajó en este documento y es necesaria mayor investigación actualizada y sistematizada sobre la pandemia de la covid-19 y otras pandemias.

Índice

Resumen

Introducción

1. Perspectivas teóricas para la salud mental de grupos en condición de vulnerabilidad
 - 1.1. Enfoque de determinantes sociales
 - 1.2. Enfoque de curso de vida
 - 1.3. Enfoque de caos y complejidad

2. Seguridad social como derecho humano: la atención a grupos en condición de vulnerabilidad
 - 2.1. Seguridad social y derechos humanos
 - 2.2. Grupos en condición de vulnerabilidad

3. Salud mental y efectos de la covid-19
 - 3.1. Salud pública
 - 3.2. Salud mental
 - 3.3. Salud mental y efectos de la pandemia de covid-19
 - 3.4. Implicaciones de la cuarentena por covid-19 en la salud mental
 - 3.5. Atención a problemas en salud mental por covid-19

4. Experiencias exitosas o buenas prácticas en salud y seguridad social
 - 4.1. Estudio de experiencias exitosas y buenas prácticas en salud mental y seguridad social

5. Ejemplos de experiencias y resultados
 - 5.1. Resultados por enfoques teóricos
 - 5.2. Resultados estadísticos

Conclusiones y recomendaciones

Bibliografía

Introducción

Recientemente, el secretario general de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) António Guterres (2020) y Juan Ramón de la Fuente (2020), embajador de México ante el organismo, señalaron que los servicios de salud mental son parte esencial de las diferentes respuestas de todos los gobiernos ante la presencia y efectos de la covid-19, que pone en riesgo a la población en general, sobre todo a las personas en condición de vulnerabilidad en sus diferentes formas. De la Fuente resalta el mensaje del secretario Guterres, ya que es la primera vez en la historia que un líder mundial presenta el tema de la salud mental con una importancia que no se le había dado antes. Una cuestión interesante en este sentido es que, al revisar las experiencias exitosas en salud mental, resultó que el tema en realidad ha sido poco tratado en el mundo en general, y es el campo de la salud que menos recursos ha recibido, como lo veremos más adelante. Por esta razón, es necesario contar con documentos que puedan ser retomados como guías que orienten en algunas de las acciones que se podrían tomar a nivel de gobierno o de acciones institucionales en temas de salud mental, como estrategias de intervención social y no solamente con tecnología médica

y hospitalaria, que es lo que incrementa los costos de atención.

Considerando que las poblaciones de todos los países de América y el Caribe se conforman por diferentes tipos de grupos en condición de vulnerabilidad, cada uno con diferentes necesidades, es importante revisar cuáles han sido las experiencias exitosas en la atención que se les ha brindado y cuáles podrían ser replicadas, consideradas como referentes o ejemplos a seguir por sus resultados. Por esta razón, el presente documento tiene la finalidad de identificar, según lo reportado en la literatura, los procesos, tipos y características, que tiene un grupo de experiencias exitosas en brindar seguridad social y salud mental, en cualquiera de sus modalidades, en diversos países de las Américas y el Caribe, incluyendo el impacto que la pandemia de covid-19 tiene en la salud mental en los países de la región, en los que se han asentado diversas formas de miedo, dolor y sufrimiento.

El secretario general de la ONU, António Guterres, ha señalado que el aislamiento social ha generado otras formas de dolor. Es necesario considerar que, en la salud mental, el origen del dolor es prácticamente invisible

pues suele tener un inicio vivencial y afectivo, pero en la salud física el dolor tiene un origen físico y sus comienzos se pueden identificar materialmente. Hoy la covid-19 ha reunido diversas formas de expresión del dolor que se deben atender conjuntamente en sus expresiones materiales y vivenciales.

Dentro de los planes de desarrollo para las políticas públicas en los diferentes países de América y el Caribe ha habido experiencias exitosas de programas de salud mental dirigidos a grupos en condición de vulnerabilidad, que han podido mantenerse por un buen tiempo o han tenido un impacto considerable generando cambios importantes en la población beneficiada, pero también han provocado cambios en las formas de pensar, en la organización de los servicios de salud y en los problemas mismos.

Como se verá en el presente documento, este tipo de experiencias abarca diversas modalidades y temas en diferentes niveles de aplicación y alcance. Su importancia radica en que estos elementos permiten realizar análisis de aspectos que generalmente han quedado fuera de la revisión de las propuestas, las cuales son valiosas pero que siguen un patrón repetitivo en su análisis y presentación, que

suele dar por hecho situaciones que se consideran incluidas o implícitas. En ese sentido, no permiten hacer visibles diversas condiciones, como inestabilidad social, debilidad en la salud personal, fragilidad en las redes de apoyo social y otras más que afectan, concretamente, a las personas en distintos grupos en condición de vulnerabilidad, específicamente en los temas de salud mental y de atención a crisis, como la generada por la covid-19.

Es decir, la forma de presentar propuestas de políticas públicas y acciones de gobierno suele partir de considerar un conjunto poblacional relativamente definido, con diversidad de vertientes en los grupos y personas que lo conforman. Pero esto no es así, pues existe una variedad de necesidades en grupos específicos; en nuestro caso, los grupos en condición de vulnerabilidad de migrantes, mujeres, adultos mayores y personas con discapacidad, que no quedan cubiertas por la forma en la que se les trata o se pretende hacerles llegar los recursos y acciones de los programas de atención. Al tomar los datos en conjunto y reportarlos en forma global, se dejan de ver condiciones particulares en las que llegan a estar estos grupos vulnerables.

Varios de los análisis que se hacen de las experiencias exitosas, o buenas prácticas, se realizan a partir de los determinantes sociales y curso de vida como enfoques teóricos, pero hoy en día también se considera el enfoque de caos y complejidad, como lo expone Bang (2014), como un enfoque que complementa los otros dos. Esto es debido a que brindan elementos conceptuales que permiten pensar con diferentes elementos para una comprensión distinta de las condiciones en las que se trabaja con grupos en condición de vulnerabilidad, más específicamente con migrantes, adultos mayores, personas con discapacidad, y mujeres.

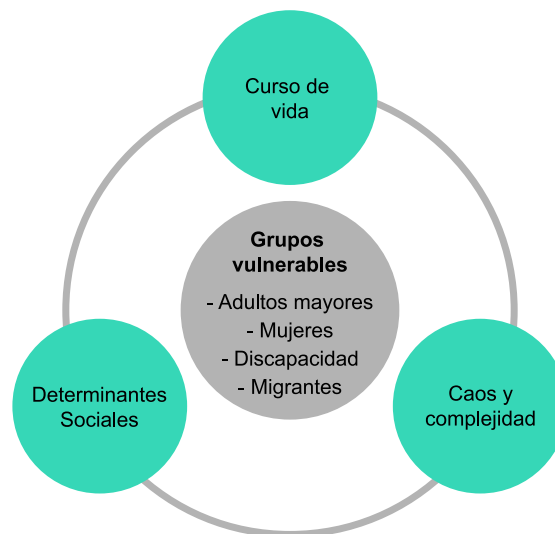
Por lo expuesto hasta el momento, la presente nota técnica se encuentra organizada en cinco secciones. En la primera se examinan las perspectivas teóricas desde las cuales se trabajó en el análisis de las experiencias exitosas. En la segunda se habla de la seguridad social y la salud como los principales derechos humanos. La tercera sección se centra en la salud mental y sus afecciones por covid-19. En la cuarta sección se mencionan las experiencias exitosas en salud y salud mental. En la última sección se reportan los ejemplos y resultados del análisis de las experiencias exitosas y buenas prácticas, y se presentan algunos comentarios desde los enfoques con los que se trabajó.

1. Perspectivas teóricas para la salud mental de grupos en condición de vulnerabilidad

Actualmente, los problemas de seguridad social y salud, particularmente la salud mental

de grupos en condición de vulnerabilidad, suelen tratarse desde los enfoques de determinantes sociales, curso de vida, caos y complejidad, que podemos representar en la Figura 1.

Figura. 1. Enfoques teóricos para el análisis de la salud mental de grupos vulnerables con posibles afecciones por covid-19



Fuente: Elaboración propia, CIESS (2020).

En la figura anterior se representa la relación de enfoques que brindan los componentes conceptuales, sociales y psicológicos, que facilitan disponer de conceptos para concebir de forma diferente el análisis de los contextos en los cuales las personas adultas y menores de edad, en grupos en condición de vulnerabilidad, se ven afectadas por carencias, riesgos o limitantes en el acceso a seguridad social y servicios de salud. Dado

que los enfoques teóricos de curso de vida y caos y complejidad, que aquí se presentan, empiezan a ser considerados en los temas de salud y salud mental, próximamente se contará con más propuestas y análisis desde estos enfoques; en el caso de los determinantes sociales ya se tiene cierta historia de aportaciones en el área de la salud. Con base en sus coincidencias conceptuales, a continuación se presenta una breve

explicación de cada uno de los enfoques que ha servido de referencia para la elaboración de la presente nota técnica.

1.1 Enfoque de determinantes sociales

Para Berenzon y Vargas (2014), los determinantes sociales de la salud mental son las condiciones de la sociedad en la cual las personas se desenvuelven y que impactan su salud mental, aun cuando muchos de los determinantes son cambios sociales a nivel mundial. Las autoras plantean que los determinantes sociales se pueden agrupar en dos grandes categorías. Una es la conformada por determinantes sociales particulares, dentro de la cual se encuentran la exclusión de los no-productivos, la desprotección de desvalidos, pocas oportunidades de desarrollo, violencia, migración, inseguridad, desnutrición, pobre cobertura educativa, falta de servicios sanitarios y estigma social. En la segunda categoría están los determinantes sociales universales, que incluyen la globalización, las condiciones económicas, los servicios de salud, la educación y la cultura. Recapitulando sobre lo señalado por las autoras, se nota la falta de consideración explícita de la participación de los medios de comunicación

y el papel que tienen en los determinantes sociales. Las necesidades sociales no médicas o los determinantes sociales de la salud (SDOH, por sus siglas en inglés), tienen una gran influencia en los resultados de salud de un individuo.

Los SDOH son las condiciones bajo las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, pero también podemos incluir el que mueran. Los factores que influyen fuertemente en los resultados de salud incluyen acceso a la atención médica; acceso a agua limpia y servicios públicos (por ejemplo, electricidad, saneamiento, calefacción y refrigeración); acceso a alimentos nutritivos; apoyo tanto social como familiar y de otro tipo; entorno social y físico de la primera infancia, incluyendo atención al niño; alfabetización en educación y salud; orientación étnica y cultural; género; recursos de vivienda y transporte; capacidad de comunicación lingüística; instalaciones recreativas y de seguridad en el vecindario; seguridad laboral y otros factores sociales estresantes, como la exposición a violencia y otros factores adversos en el entorno del hogar; identificación sexual; estado socioeconómico; valores espirituales o religiosos, y estatus social, considerando grado de integración vs. aislamiento.

Según el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 2017, al estudiar los determinantes sociales, se ha puesto énfasis en la importancia de la acción multisectorial, la inaceptabilidad de inequidades notables en materia de salud y la salud como derecho humano. Las acciones en relación con los determinantes sociales de la salud en la región de las Américas, partiendo de la base de la equidad, llevaron a reconocer las causas complejas y duraderas de la inequidad mediante la investigación epidemiológica y en las ciencias sociales.

Repensando lo expuesto por Bang (2014) y Élder, Johnson y Crosnoe (2003) respecto a la complejidad y curso de vida, se puede reconocer la necesidad de trabajar con colectivos de personas vulnerables para examinarlos desde una visión de proceso grupal. Este proceso muestra que las cargas psicosociales que afectan a las personas son inevitables y surgen de forma natural cuando las personas se reúnen con cierta regularidad y comparten determinantes sociales. En el caso de la salud, existen necesidades particulares comprometidas por los determinantes sociales en relación con la salud mental en las Américas y el Caribe, independientemente de los ingresos de cada

país. Su prevalencia y distribución social cada día está mejor documentada, según reportan la OPS y la OMS (2017), al señalar que los datos indican que los factores de riesgo sociales, de muchos trastornos mentales comunes, frecuentemente están asociados a las desigualdades sociales: cuanto mayor es la desigualdad social, mayor es el riesgo de verse afectado por algún padecimiento mental. En el caso de la pandemia de covid-19, sus efectos parecen corroborar esta idea, pues las personas han reaccionado de forma diferente a la cuarentena y a la información disponible, según el estrato social, nivel educativo y zona geográfica en la que se encuentran.

Los trastornos de salud mental pueden estar determinados por diversos entornos geográficos, sociales, económicos y físicos que influyen en diferentes etapas de la vida, así como por tener mayor edad con riesgo de problemas de deterioro cognitivo o demencia. La repercusión de estos determinantes sociales en la salud mental puede acumularse durante el curso de la vida, de ahí la importancia de emplear la *perspectiva del curso de la vida* al considerar las causas fundamentales de la salud y la morbilidad, lo cual aumenta la gravedad de los trastornos de

salud mental y la incidencia de nuevos trastornos.

Los estudios de Rodríguez (2016), Berenzon y Vargas (2014), y García y Vélez (2013) han mostrado que los principales determinantes sociales de la salud asociados a los trastornos de salud mental son el sexo, la edad, los ingresos, el nivel de escolaridad, la etnicidad y la zona geográfica de residencia, así como la religión. Hoy se tiene información que señala que en los grupos sociales con niveles de ingresos inferiores se presentan mayores tasas de depresión y consumo de sustancias psicoactivas. Las personas de escasos recursos y socialmente desfavorecidas sufren de manera desproporcionada más trastornos mentales comunes, como depresión, ansiedad y suicidio, con sus consecuencias adversas (OMS, 2004a).

Además de los ingresos familiares, el bajo nivel de instrucción, las desventajas materiales, el desempleo y el empleo informal sin acceso a la seguridad social, son otros factores comúnmente asociados a trastornos mentales. El género es otro determinante social importante para comprender diferencias entre hombres, mujeres y miembros de la población lesbiana, gay, bisexual, transexual, transgénero, travesti, intersexual y *queer*

(LGBTTTIQ), pues algunos trastornos de salud mental prevalecen más en mujeres que en hombres. De hecho, las mujeres experimentan la repercusión de los determinantes sociales, económicos, de salud y ambientales en formas distintas que los hombres; son ellas las que informan más intentos de suicidio, mientras que los hombres cometen más suicidios mortales y más agresivos, y los miembros de la comunidad LGBTTTIQ, además, suelen verse afectados por otras formas de discriminación (Berenzon y Vargas, 2014). En el caso del abuso de sustancias psicoactivas, las mujeres suelen ser las cuidadoras principales, aun cuando ellas padezcan alguna adicción. En el caso de la cuarentena por covid-19, ya hay indicios de cómo se ven afectadas por esta condición (Guterres, 2020).

1.2 Enfoque de curso de vida

Al curso de vida, básicamente, se le ve como una secuencia, basada en la edad, roles y eventos definidos socialmente que se encuentran establecidos sobre el tiempo y el espacio histórico (Élder, Johnson, Crosnoe, 2003; Gastron, 2006).

Los principios rectores del enfoque de curso de vida establecen que el estudio diacrónico de los fenómenos y la consideración siempre

presente de los procesos y de lo contextual resaltan el manejo de la dimensión temporal. Esta perspectiva ha llevado a la práctica del análisis de la temporalidad teniendo como hilo conductor el entrelazamiento de trayectorias vitales, haciendo evidente que aún la concepción más básica de trayectoria remite a la dimensión diacrónica y al seguimiento de procesos en el tiempo. Los estudios estrictamente longitudinales se diseñan y plantean a largo plazo, y no sólo tienen que confiar en la memoria de las personas, sino que deben pensar en las inevitables reelaboraciones que todas las personas realizan sobre los hechos pasados (Blanco, 2011).

Según el documento anteriormente mencionado de la OPS y la OMS (2017), la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud elaboró en 2008 un informe final de su trabajo en el que se formularon tres recomendaciones para la acción: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución desigual del dinero, el poder y los recursos; y medir y comprender el problema y evaluar los efectos de las intervenciones.

Según Blanco (2011), los principios del curso de vida aparecieron como respuestas potenciales a problemas como el estudio del

tiempo, del *timing* o momento pertinente y sus efectos; reconocer y medir los efectos de la biografía personal y la historia social en las vidas humanas; conceder a la agencia humana su peso y replantear las preguntas de investigación en términos de trayectorias y patrones en vez de cadenas causales.

En el enfoque de curso de vida se trata la familia, considerándola como un conjunto de carreras individuales que son mutuamente contingentes, en un momento y contexto, cuya dinámica es la que da forma a la familia como unidad y también en referencia a las relaciones personales. Este enfoque examina principalmente transiciones individuales y familiares, y no etapas fijas. El curso de vida da seguimiento al individuo y sus movimientos inmersos en configuraciones familiares y analiza cómo se da una sincronización de transiciones individuales y familiares en diferentes ámbitos como historia escolar, eventos demográficos, entradas y salidas del sistema educativo y mercado de trabajo, historia religiosa, migración, historia de salud, encuentro con el arte, ejercicio del tiempo libre y otros. Blanco (2011) señaló que metodológicamente el enfoque de curso de vida cuenta con tres conceptos básicos organizadores del análisis del curso de vida, y

cinco principios. Los tres conceptos básicos son trayectoria, transición y *turning point*.

El concepto de trayectoria hace referencia a un camino a lo largo de toda la vida, a una línea de vida o carrera que puede variar y cambiar de sentido, grado y proporción. Se puede definir por el proceso de envejecimiento o el movimiento a lo largo de la forma como se estructura la edad. Las trayectorias abarcan diversidad de ámbitos o dominios, por ejemplo, trabajo, salud, escolaridad, vida reproductiva, religiosidad, migración, y muchos más, que son interdependientes. El análisis de las trayectorias vitales, tanto en un mismo individuo como en su relación con otros o con agrupamientos como la familia de origen y procreación, es básico para el enfoque del curso de vida e incluye el entrelazamiento de dichas trayectorias que dan la visión dinámica del comportamiento a lo largo del curso de vida.

Por otro lado, la transición hace referencia a cambios de estado, posición o situación, no necesariamente predeterminados o previsible. Al igual que las trayectorias, hay algunos cambios que tienen mayores o menores probabilidades de ocurrir debido a que prevalece un sistema de expectativas en

torno a la edad, la cual también varía según el ambiente y la cultura. Es frecuente que varias transiciones puedan ocurrir simultáneamente.

Con las transiciones, se asumen nuevos roles que marcan otros y nuevos derechos y obligaciones, que pueden implicar nuevas facetas de identidad social. En el enfoque del curso de vida se destaca que las transiciones no son fijas ni están predeterminadas y siempre están contenidas en las trayectorias, que son las que les dan forma y sentido. Las transiciones pueden describirse según su *timing*, o tiempo de oportunidad, y su secuencia, y los estados de las transiciones se pueden identificar por su duración.

El tercer concepto es el de *turning point* y se trata de eventos que provocan fuertes modificaciones que se traducen en virajes en la dirección del curso de vida. Este “cambio de estado” puede surgir de acontecimientos fácilmente identificables, ya sean desfavorables, como la muerte de un familiar significativo, o puede tratarse de situaciones que se califican como subjetivas. En cualquier caso, se presenta un cambio que implica la discontinuidad en una o más de las trayectorias vitales. A diferencia de las trayectorias y las transiciones, los *turning points* no pueden ser determinados

prospectivamente, sino sólo de manera retrospectiva y tomando como relación las vidas individuales. Así, un *turning point* implica un cambio cualitativo en el largo plazo del curso de vida del individuo.

Estos tres conceptos reflejan la naturaleza temporal de las vidas de todos los individuos, captan la idea del movimiento a lo largo de los momentos históricos y biográficos, y representan las herramientas básicas de análisis del enfoque del curso de vida. Estos elementos conceptuales nos permiten pensar en los atributos de la vida de las personas en grupos en condición de vulnerabilidad que las exponen a mayores condiciones de riesgo y diferentes formas de amenazas que, además, están condicionadas por diversos determinantes sociales.

El enfoque del curso de vida cuenta con cinco principios básicos vinculados a los conceptos anteriores. Según Blanco (2011), son:

1) *El principio del desarrollo a lo largo del tiempo.* Este primer principio se refiere a la necesidad de tener una perspectiva de largo plazo en la investigación y el análisis, ya que el desarrollo humano es un proceso que abarca del nacimiento a la muerte.

2) *El principio de tiempo y lugar.* Este principio apunta directamente a la importancia del contexto, pues se asume que el curso de vida está incorporado en los tiempos históricos y está moldeado por ellos y por los lugares que cada persona experimenta. La idea básica es que las biografías de las personas se ubican en tiempos históricos y comunidades determinados, y que todos los que pertenecen a una cohorte comparten características comunes, aunque, no son homogéneas.

3) *El principio del timing.* Este principio se refiere al momento en la vida de una persona en el cual sucede un evento. Un mismo acontecimiento repercutirá de manera muy diferente en la vida de un individuo dependiendo de la edad y circunstancias en las que pueda ocurrir, por ejemplo, la muerte de un familiar, un despido laboral o un reconocimiento muy importante. El momento en el que se presentan las transiciones puede tener consecuencias a largo plazo. El caso de la maternidad adolescente es un buen ejemplo de esto, no sólo en otras trayectorias propias, como la escolar o laboral, sino en la dinámica de la familia de origen, incluso en las futuras trayectorias del propio hijo de la madre adolescente. Este principio postula que las repercusiones de una transición o una sucesión de transiciones en el desarrollo de

una persona son contingentes y dependen de en qué momento de su vida ocurren. El tema central de este principio es el de procesos de acumulación de ventajas y desventajas a lo largo del curso de vida.

4) *El principio de “vidas interconectadas”*. Este principio afirma que las vidas humanas siempre se viven en interdependencia a partir de redes de relaciones compartidas que son redes en las que se expresan las influencias histórico-sociales. Es porque las vidas se viven en interdependencia que las transiciones individuales frecuentemente implican transiciones en las vidas de otras personas, como lo evidencia la dinámica familiar, que incluye el análisis de la transmisión y las relaciones intergeneracionales. En este principio se incluye el interés por analizar las relaciones entre amigos, pares, vecinos, y entre maestros y alumnos.

5) *El principio del libre albedrío*. Este principio deriva de la discusión sobre los nexos y la causalidad entre lo individual y lo estructural. Lo que se quiere destacar es que los individuos hacen elecciones y llevan a cabo actividades y construyen su propio curso de vida.

Según Blanco (2011), ejercen su libre albedrío dentro de una estructura de oportunidades que implica limitaciones y proviene de las circunstancias históricas y sociales. Además, el libre albedrío individual está inevitablemente atado a las fuerzas históricas y sociales lo cual lleva a que las personas puedan moldear sus vidas, pero dentro de límites socialmente estructurados, como se refleja en las oportunidades y las limitaciones que históricamente también cambian.

1.3 Enfoque de caos y complejidad

Las características del enfoque de caos y complejidad ponen en entredicho la concepción de objetividad y relación causal, son las teorías de la complejidad las que cuestionan la idea, originalmente griega, de la contradicción. Un indicador fundamental de la presencia de la complejidad son los desórdenes y el caos, pero hay procesos metodológicos que se utilizan en el análisis de este enfoque, siguiendo el trabajo de Miguel (2008), quien resalta que el fluir del caos y la complejidad puede ser entendido en dos sentidos básicos: el primero es como una forma de entender gráficamente la evolución de un fenómeno con indicadores cuantificables, y el otro también puede ser una forma en la cual se pueden identificar diversas

variaciones de un proceso observable y no cuantificable, un proceso que sigue un curso no lineal y por momentos recursivo, que se puede asociar a la naturaleza del curso de vida.

Según Miguel (2008), el paso inicial del análisis no lineal de un fenómeno sugiere conceptualizar o detectar la complejidad, el objeto-sujeto de análisis a considerar, y en nuestro caso, a todas las personas en grupos en condición de vulnerabilidad: migrantes, mujeres, personas con discapacidad y adultos mayores. El procedimiento sugerido para estudiar problemas se puede desarrollar considerando los siguientes puntos:

- 1) Especificar el fenómeno o caso de estudio, y partir de algún criterio de delimitación de cuándo se llegan a presentar el caos y la complejidad en dicho fenómeno, así como sus componentes, mecanismos, niveles, estructuras, dinámicas y tendencias.
- 2) Definir un factor de identificación-agregación o de diversidad de las variables o elementos que integran el objeto de estudio como fenómeno principal y sus epifenómenos asociados, que permiten detectar indicadores comunes de tipo cuantitativo o cualitativo.
- 3) Definir el factor transferencia que consiste en determinar una escala o escalas de valoración o ponderación de factores que integran el evento u objeto de estudio.
- 4) Definir el factor de interacción que permita detectar las siguientes cualidades de las variables consideradas:
 - i) *Dirección o causalidad del fenómeno.*
 - ii) *Magnitud* las asociaciones de las variables involucradas.
 - iii) *Retroalimentación* en los círculos virtuosos y los círculos viciosos en los que pueden incluirse los atractores y activadores de caos sincronizados con el desarrollo del evento a estudiar.
 - iv) *Vulnerabilidad o dependencia*, que consiste en determinar las variables o círculos virtuosos o viciosos que forman parte del sistema de interacciones y causalidades.
- 5) Adoptar el factor de clasificación de la complejidad, que consiste en utilizar criterios de clasificación de la complejidad hasta llegar a una condición de caos. Estos criterios son la linealidad del sistema y distintos niveles de complejidad. Este enfoque permite contar con elementos conceptuales novedosos que Bang (2014) y Miguel (2008) han retomado para realizar

análisis de diversos casos en cuestiones sociales y de salud en algunos lugares de América Latina y México.

2. Seguridad social como derecho humano: la atención a grupos en condición de vulnerabilidad

Las crisis generadas por la covid-19 se han expresado de diferentes formas, incluyendo discusiones de tipo bioético que están relacionadas con el derecho a la seguridad social y con los derechos humanos básicos. La pandemia de covid-19 lleva a tener que revisar formas alternativas para fortalecer el acceso a la seguridad social respetando los derechos humanos.

2.1 Seguridad social y derechos humanos

Un planteamiento central en relación con la seguridad social es que dicha seguridad es fundamental para garantizar el desarrollo económico y social a largo plazo de individuos y grupos sociales. Actualmente, en todo el mundo aumenta la aceptación de la importancia que tienen los sistemas de seguridad social para la sociedad. Cada día se reconoce más que los sistemas de seguridad social deberían ser considerados como un factor productivo en el desarrollo económico (AISS, s. f.).

La seguridad social es un término que se refiere al bienestar de ciudadanos integrantes de una comunidad. La Organización Internacional de Trabajo (OIT, 2001) la define como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte. La seguridad social es también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos e hijas. Se considera que la seguridad social es un derecho humano cuyo objetivo es contribuir al bienestar personal y social, en el que se incluye un conjunto de transferencias y servicios de carácter solidario y público, cuya responsabilidad fundamental recae en el Estado, y busca proteger a los individuos y las colectividades ante riesgos sociales, reduce la vulnerabilidad social y promueve la recuperación ante las consecuencias de un riesgo social materializado, dignificando las distintas etapas de la vida, promoviendo la inclusión y el reconocimiento de la diversidad social (Sánchez-Belmont, Ramírez, Romero, 2019).

En la actualidad, la mayoría de los países cuenta con algún tipo de sistema de seguridad social. Los más comunes son los que se refieren a pensiones de vejez, invalidez y supervivencia, seguidos por programas de prestaciones laborales por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, además incluyen enfermedad y maternidad, subsidios familiares y prestaciones por desempleo.

Estudiar la seguridad social asumida como un derecho humano fundamental compromete a trabajar reconociendo las implicaciones que este tratamiento plantea para todas las personas y no solamente para las que se encuentran en algún grupo vulnerable. No se trata solamente de garantizar que a las personas se les brinde todo, sino que también debemos pensar si brindar todo lo necesario realmente resuelve lo indispensable, pues hay personas que, nos guste o no, deciden permanecer en condición de vulnerabilidad, aunque se les presente todo de manera más accesible para ellas.

Dentro de la seguridad social como derecho humano se incluye el acceso a la salud y todos los planteamientos necesarios para hacer de ella una realidad. En este sentido, la OMS (2017) plantea que el goce del derecho a la

salud está estrechamente relacionado con otros derechos, pero el derecho a la salud implica libertades y derechos. Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo sin injerencias. Entre los derechos se incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de gozar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

La misma OMS señala que los grupos sociales vulnerables y marginados suelen tener menos probabilidades de disfrutar del derecho a la salud, y suelen verse afectados por tres de las enfermedades transmisibles más mortíferas en la actualidad, que son paludismo, VIH-sida y tuberculosis, que afectan en una forma desproporcionada a las poblaciones más empobrecidas del mundo imponiéndole una enorme carga a las economías de los países en desarrollo.

Hay países, con algunos grupos como las comunidades indígenas, que están expuestos a mayores tasas de enfermedad y afrontan importantes dificultades para acceder a una atención sanitaria de calidad y asequible. Sus registros de tasas de mortalidad y morbilidad son sustancialmente más altos que los de la población en general, debido a enfermedades

no transmisibles como el cáncer, las cardiopatías, las enfermedades respiratorias crónicas y el síndrome metabólico con todas sus implicaciones. Las personas particularmente vulnerables a la infección por el VIH están expuestas a ser víctimas de leyes y políticas que agravan la marginación y dificultan más aún el acceso a servicios de prevención y atención, siendo éstas una forma de violación a sus derechos humanos.

Las violaciones de los derechos humanos pueden conllevar graves consecuencias sanitarias. La discriminación en la prestación de servicios de salud, ya sea manifiesta o implícita, es una forma de violación a los derechos humanos fundamentales. Una buena cantidad de personas con trastornos de salud mental permanecen en centros para enfermos mentales contra su voluntad, a pesar de que tienen la capacidad de tomar decisiones sobre su futuro. Es común observar que, cuando faltan camas de hospital, se suele dar de alta prematuramente a personas de esos grupos a pesar de seguir con el mismo padecimiento, lo que suele propiciar altas tasas de readmisión en condiciones peores de cómo llegaron al principio, y en ocasiones incluso se presentan defunciones. Esto constituye otra forma de violación a su derecho a recibir tratamiento

(OMS, 2017). Muchas personas con padecimientos mentales sufren maltrato físico y emocional, abusos sexuales y abandono en hospitales y cárceles, pero también en el interior de sus comunidades.

A menudo se les priva del derecho de tomar decisiones por sí mismas, quitándoles la oportunidad de elegir. A muchas de estas personas se les niega sistemáticamente el derecho a tomar decisiones sobre la atención y tratamiento de salud mental que reciben, el lugar donde quieren vivir, así como sus asuntos personales y financieros. Todo esto se presenta a pesar de saber que las personas con problemas de salud mental también tienen más probabilidades de morir prematuramente, en comparación con la población general.

2.2 Grupos en condición de vulnerabilidad

Pizarro (2001) plantea que los términos “vulnerabilidad” y “grupos en condición de vulnerabilidad” son usados con frecuencia y tienen diferencias importantes. El concepto de vulnerabilidad social surge del estudio sobre desastres naturales y se explica considerando la inseguridad e indefensión que experimentan comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida por el impacto de algún tipo de evento traumático

económico o social, además del manejo de recursos y estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar ese evento. Según Pizarro el enfoque de vulnerabilidad proporciona una visión más integral sobre las condiciones de vida de las personas de escasos recursos al dar cuenta de las condiciones tanto de indefensión como de inseguridad, exposición a riesgos, *shocks* y estrés provocados por eventos socioeconómicos extremos.

Los cambios en el entorno económico, social y político, generados por *shocks* repentinos o transformaciones de carácter estructural, pueden llegar a ser tan adversos sobre las familias y comunidades como los desastres naturales.

En la década de 1990 se pensaba que la vulnerabilidad se manifestaba en cuatro dimensiones de la vida social, en las que se incluía el trabajo, el capital humano, el capital físico del sector informal y las relaciones sociales. Pizarro (2001) comentó que, en el caso de la primera dimensión, los trabajadores se enfrentan a mayor inestabilidad y precariedad en el empleo y al incremento de la informalidad que lleva al debilitamiento de las organizaciones sindicales y la disminución de sus

capacidades de negociación. El trabajo es el más importante de los recursos con los que cuentan los grupos de ingresos medios y bajos en áreas urbanas; si el trabajo se pierde o es inestable, los recursos se debilitan. En la segunda dimensión, denominada capital humano, se observa un aumento de la indefensión de las personas. A finales de la década de 1990, cualquier tipo de educación y sistema de salud no aseguraba las mismas garantías de fortalecimiento de oportunidades de progreso en la vida. La tercera dimensión en que se manifiesta la vulnerabilidad social se encuentra en el debilitamiento del capital físico del sector informal. Los trabajadores por cuenta propia, los artesanos, los talleres y pequeños negocios familiares, las microempresas y las unidades económicas solidarias ven debilitados sus activos productivos con un patrón de desarrollo que limita las políticas estatales de protección y subsidios. La cuarta dimensión en la que se constata la vulnerabilidad se refiere a las relaciones sociales en las que los vínculos y redes que tienen las personas y familias son determinantes para acceder a oportunidades de trabajo, información y posiciones de poder.

Como se puede notar en estas cuatro dimensiones, el elemento central que comparten ante la vulnerabilidad es el

debilitamiento de vínculos y relaciones, de ahí la importancia de estudiar estos componentes, pues suelen ser el origen de la fragilidad social, de la migración e incluso de la violencia social. Retomando lo planteado por Trostle y Bronfman (1999), se puede mencionar que la relación entre la seguridad social y la migración obliga a considerar aspectos que deben ajustarse a las condiciones de cada país. Esta relación exige a los funcionarios, autoridades y profesionales, quienes deberán trabajar temas sobre grupos en condición de vulnerabilidad, actualizarse en temas referentes a la seguridad social y políticas públicas, así como en la relación entre política y la investigación científica en salud para la toma de decisiones en atención de problemas y necesidades de la población.

La población migrante corre el riesgo de enfermar durante el proceso de desplazamiento, se ve afectada por la restricción en la seguridad social a la que tiene derecho y suele presentar problemas de salud mental, como depresión, trastornos de ansiedad, violencia familiar, adicciones, mayor riesgo de suicidio, estrés postraumático, explotación sexual y tráfico de personas; además, es indispensable pensar

en la integración, la inclusión y las cuestiones legales que surgen para ella (OMS, 2019).

San Narciso (2019) plantea que las políticas de salud pública deben ser intersectoriales, pues tienen que ver con la salud, la vivienda, el bienestar social y el trabajo, lo cual requiere de tratamientos diferentes a los que suelen hacerse hasta ahora en la atención a grupos en condición de vulnerabilidad, dentro de los que la autora incluye la soledad.

Para el caso de la población migrante, como parte de los grupos en condición de vulnerabilidad, Maldonado, Martínez y Martínez (2018) plantean que las regiones de destino suelen ser países desarrollados que viven una realidad en la cual predominan dos situaciones demográficas opuestas a las regiones del sur, en las que hay un avanzado proceso de envejecimiento poblacional y una segunda transición demográfica, caracterizada por procesos de individuación y un debilitamiento de la familia.

De este modo, los países de origen de los migrantes transfieren en la práctica una parte de su bono demográfico mediante la migración internacional hacia los países centrales con un doble efecto, pues por un lado, reducen la presión sobre la economía y el mercado de trabajo en sus países de origen,

y por el otro, contribuyen a disminuir el déficit de población económicamente activa de los países desarrollados del norte.

A nivel individual, la migración responde a varias motivaciones posibles. En América Latina se ha observado en distintas etapas y subregiones en las que predomina la búsqueda de mayores oportunidades laborales y económicas, que responde a un contexto de origen con desigualdades de género y elevados niveles de pobreza y precariedad, que favorecen la posibilidad de emigrar hacia un entorno percibido como más favorable.

Maldonado, Martínez y Martínez (2018) señalan la importancia de destacar situaciones marcadas por la condición del país emisor, receptor, de tránsito y/o de retorno, con distintos orígenes y destinos de migración, y con las diversas características socioculturales, demográficas y económicas de quienes migran. También se identifican proyectos migratorios y personas que se encuentran en distintas etapas de este “ciclo de vida de la migración”, que no involucra solamente a la persona que migra, sino al conjunto de su familia y comunidad, tanto de origen como de destino.

Históricamente, las dictaduras de las décadas de 1960 y 1970 fueron el origen de muchos movimientos migrantes, pero más recientemente la violencia, y los contextos sociales con elevada conflictividad e inseguridad públicas han llegado a motivar flujos desesperados y multitudinarios de migración, en los que la motivación principal es la búsqueda forzosa de mejores condiciones de vida, tratando de evitar violencia y reclutamientos forzosos en organizaciones criminales de diversos tipos y que pocas veces se han reportado en el impacto que tienen en los programas de salud y de seguridad social. También los desastres naturales han motivado flujos importantes de migración. En la región, desde Haití hasta Honduras, terremotos o huracanes, respectivamente, nutren la migración, dentro y fuera de la región (Maldonado, Martínez y Martínez, 2018).

Dentro de los grupos sociales se encuentran los migrantes y dentro del concepto de bienestar se incluye el acceso a la salud; pero la condición de migración tiene diversas implicaciones, tanto positivas como negativas, que tienen un costo emocional y psicosocial que afecta la salud mental, que aún carece de muchos recursos tanto técnicos como humanos que requieren ser formados,

capacitados y/o actualizados, con enfoques diferentes que vayan más allá de lo clínico y la psicopatología, dentro de los programas de salud (OMS, OPS y Canadian International Development Agency, 2011). Por lo anterior es necesario examinar de manera diferenciada los temas con los que se trabajará en el presente caso, considerando las diferencias que tiene el Caribe con el resto de América Latina y las otras subregiones del continente, pues lo que se proponga deberá corresponder a sus necesidades.

Tomando como ejemplo lo que señala la OMS (2018) para grupos en condición de vulnerabilidad, en el caso de la discapacidad se muestra mucha diversidad. Algunos problemas de salud vinculados con la discapacidad involucran a diversos participantes en sus cuidados y necesidades de asistencia sanitaria, pero eso no sucede con otros grupos. Los sistemas de salud tienen la obligación de brindar todos los servicios a las personas con discapacidad, pues tienen las mismas necesidades de salud que cualquier persona y necesitan el acceso a los servicios de asistencia sanitaria. En relación con la discapacidad la OMS señala lo siguiente:

- De la población mundial, 15% padece alguna forma de discapacidad, esto es más de mil millones de personas.
- Con el aumento del envejecimiento poblacional las tasas de discapacidad están aumentando por enfermedades crónicas, entre otras causas.
- Las personas con discapacidad tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria, lo que genera necesidades insatisfechas a este respecto.

3. Salud mental y efectos de la covid-19

El nuevo coronavirus, la pandemia de covid-19 que causó y la cuarentena que ha sido necesario seguir afectaron la salud mental de diferentes personas y comunidades, generando sentimientos de vulnerabilidad, ansiedad y depresión, que se deben atender dentro de los sistemas de salud y la atención a la salud pública, como se revisará en esta sección.

3.1 Salud pública

La salud es un derecho humano que tiene huella más allá de la persona como individuo. La salud tiene impacto a través de las

generaciones, es decir, la salud de los abuelos tiene implicaciones en la salud de los padres, y la salud de los padres tiene implicaciones en la salud de los hijos, y así sucesivamente. La OMS, en 1986, en la ciudad de Ottawa, definió la promoción de la salud como un esfuerzo orientado a proporcionar a los pueblos y grupos sociales los medios necesarios con el fin de mejorar su salud y ejercer mayor control sobre ella. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe tener la capacidad de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y poder cambiar o adaptarse al medio ambiente. En este sentido, la salud se percibe como la fuente de riqueza de la vida cotidiana y no solamente como un objetivo en sí mismo. Pero la salud tiene diversas ramificaciones en niveles de atención y tipos de atención que se puedan brindar, cada una de esas ramas de la salud y la medicina cuenta con un presupuesto definido, pero el caso de la salud mental es muy particular por el tipo de problemas que atiende y la forma de brindar la atención en este rubro.

3.2 Salud mental

Retomando lo expresado por Lozano, Frenk y González (1996), se puede asumir que falta

mayor atención a la salud mental de la población migrante y a los impactos importantes que tienen los años de vida productiva que se han perdido, además de las complicaciones sociales que las personas migrantes afectadas en su salud tienen en relación con su condición familiar, laboral, e incluso con su funcionalidad y autonomía en entornos ajenos a su origen. Falta cumplir las metas para la cobertura de la protección social en distintos grupos sociales y generacionales, no basta con que las personas vivan más años, se trata de que lo hagan en condiciones de bienestar y calidad de vida que puedan ser garantizadas por el Estado mediante la seguridad social.

La OMS (2013) ha presentado un Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 en el que considera a los grupos en condición de vulnerabilidad. En dicho plan de acción se aclara que la expresión “trastornos mentales” se refiere a una serie de trastornos mentales y conductuales incluidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, décima revisión (CIE-10). Entre ellos, se encuentran trastornos con alta carga de morbilidad, como depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, demencia, trastornos por abuso de

sustancias, discapacidades intelectuales y trastornos conductuales y del desarrollo, incluido el autismo, que generalmente inician en la infancia y la adolescencia. Junto con la atención a la demencia y a los trastornos por abuso de sustancias, también pueden ser necesarias otras estrategias preventivas en las que se incluyen la prevención del suicidio y afecciones como la epilepsia. En este plan de acción, la expresión “grupos en condición de vulnerabilidad” se refiere a individuos o grupos de individuos que son vulnerables a las situaciones sociales y ambientes a los que están expuestos, en oposición a cualquier problema inherente de debilidad o falta de capacidad de los colectivos sociales. Además, esta expresión debe aplicarse en los países en función de la situación nacional que tienen; en este sentido, la presencia de la covid-19 debe ser considerada por sus implicaciones tanto en la salud mental de la población como en los casos de grupos en condición de vulnerabilidad.

Según Roses (2005), se calculaba que el número de personas con trastornos mentales en la región de las Américas habría aumentado de 114 millones en 1990 a 176 millones en 2010. Ya en 2000, este tipo de trastornos representaba 24% de la carga de enfermedades en la región, siendo la

depresión el principal componente de esa carga. El análisis de estas cifras debe tener en cuenta que los problemas de salud mental afectan tanto a los adultos como a los adolescentes y niños, de los cuales cerca de 20% sufren trastornos que exigen apoyo o intervención de servicios de salud mental.

Según Roses (2005), en un informe de la OMS de 2002 sobre la salud en el mundo, el abuso de alcohol es el factor de riesgo que más influye en la carga de enfermedades en las Américas (más de 10% de la carga de morbilidad general) y en 2000 ocasionó como mínimo 225 000 defunciones y representó 10 250 000 años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Hoy en día el alcohol continúa siendo el factor que más contribuye a los accidentes de tránsito, a muerte por lesiones externas y violencia, además es causante de innumerables enfermedades crónicas. Aunque la frecuencia del consumo de drogas ilícitas en la región es mucho menor que la del alcohol, se observa una tendencia ascendente y se asocia con la transmisión de la infección por el VIH y otras enfermedades infecciosas debido al uso de drogas inyectables.

Roses también señala que los primeros resultados de las encuestas de salud mental

realizadas en varios países de América Latina demuestran que cerca de 80% de las personas con problemas de salud mental no tienen acceso a los servicios de salud, también reporta que desde 2005 la OPS había señalado que varios estudios multicéntricos mostraban que los daños que se ocasionan, asociados al consumo del alcohol, no solamente afectan la salud sino que sus efectos negativos también se dan en la cultura, en la que se hace natural la violencia de género y hacia las poblaciones indígenas. Esta autora también hace notar que las principales medidas propuestas para responder a las necesidades de las poblaciones en materia de salud mental son la integración de la salud mental en la atención primaria, desarrollar servicios en la comunidad y combatir el estigma que implican estos trastornos. Hay acciones que han probado ser efectivas por estar dirigidas a divulgar el conocimiento adquirido sobre padecimientos mentales, además de contar con políticas más eficaces para prevenir y controlar el consumo de alcohol en la región que prevén aumentar los impuestos sobre las bebidas alcohólicas, reducir las horas y los lugares de expendio, controlar la publicidad y limitar al acceso a menores de edad. Según los resultados disponibles, esta última medida

ha sido la más eficaz de todas las aplicadas en la prevención y control del consumo de alcohol en la región.

La finalidad de estas iniciativas ha sido contribuir de manera más eficaz al cumplimiento de la Resolución 58.26 en las Américas, adoptada por la OMS en mayo de 2005.

3.3 Salud mental y efectos de la pandemia de covid-19

Para Guterres (2020), secretario general de la ONU, el virus de la covid-19 ataca nuestra salud física y también aumenta el sufrimiento psicológico por el dolor emocional que puede causar. Señala que el aislamiento y las restricciones a la circulación, la aflicción por la pérdida de seres queridos, la conmoción causada por la pérdida del empleo, las dificultades que surgen en la dinámica familiar, la incertidumbre y el miedo al futuro, son algunos de los efectos de la covid-19 en la salud mental, en la cual la depresión y la ansiedad siguen siendo las mayores causas de sufrimiento en la actualidad en el planeta.

Guterres expone que, tras decenios de abandono y falta de inversión en los servicios de salud mental, la pandemia de la covid-19

está afectando ahora a las familias y comunidades con un estrés mental adicional. Quienes tienen un mayor riesgo en su salud son los trabajadores de la salud que están en primera línea, las personas mayores, con padecimientos crónico-degenerativos como diabetes, hipertensión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los adolescentes y los jóvenes, los que padecen trastornos de salud mental preexistentes y los que están atrapados en conflictos y crisis. El riesgo tiene doble naturaleza, por un lado, está el riesgo al contagio de infección de covid-19, y por el otro, está el riesgo a la afectación a la salud mental por efectos de la pandemia y la cuarentena que se debe de cumplir como medida protectora. Conforme nos recuperamos de la pandemia, debemos establecer más servicios de salud mental a nivel de la comunidad y asegurarnos de que la salud mental se incluya en la cobertura sanitaria universal.

Los efectos de la cuarentena por covid-19 han despertado inquietudes en los especialistas en salud mental por las implicaciones que tiene en la vida cotidiana de las personas que han tenido que cambiar su rutina diaria, al igual que el riesgo de escasez de medicamento, como es el caso de los antidepresivos y ansiolíticos, que implica la

interrupción de los tratamientos (Berger, 2020). Algunos cambios a realizar confrontan a las personas con sus estilos de vida, decisiones, formas de relaciones familiares y de pareja, y al mismo tiempo muestran que muchas de las formas de actuar que se tenían no son las mejores en este momento y se pueden desencadenar diferentes crisis que, de no controlarse, pueden llegar a terminar en alguna forma de afección mental.

Haciendo un seguimiento de cómo ha evolucionado la salud mental en las Américas y el Caribe, en 2017 la OPS reportó que en 2014 había en la región cerca de 9.8 millones de adultos (4.1%) que padecían alguna enfermedad mental grave (5.0% en las mujeres y 3.1% en los hombres). Lo interesante de esto es que la OPS hizo notar que el trastorno por estrés postraumático (TEPT) se ha convertido en un importante problema de salud en el continente con una prevalencia calculada en 6.8% en el curso de vida de la población, como consecuencia de la exposición a agresiones personales violentas o violencia con armas de fuego, secuestros, desastres naturales o causados por el hombre, accidentes, combates militares, amenazas de grupos criminales y otros eventos traumáticos. En el mismo documento, la OPS reportó que en 2014, en el mundo,

alrededor de 4.9% de los adolescentes de entre 12 y 17 años consumieron cigarrillos y 9.4% había consumido drogas ilícitas en el mes anterior al estudio. Más de 6% de los adolescentes reportaron un consumo excesivo de bebidas alcohólicas en el último mes; además, la tasa de mortalidad por intoxicación por consumo de opioides registró un notable aumento de 137.1%, de 6.2 muertes por 100 000 habitantes en 2000 a 14.7 en 2014.

En lo que se refiere a los trastornos mentales, la OPS (2017) señala que es urgente integrar el componente de salud mental en los escenarios de atención primaria y secundaria, en lugar de brindar tratamiento específico en instituciones psiquiátricas.

Las personas con discapacidades, tanto físicas como mentales, necesitan mayor acceso no sólo a los servicios de salud, sino también a centros de rehabilitación y de apoyo psicológico; además, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) notificaron 36 132 defunciones por armas de fuego en 2015, con una tasa ajustada según la edad de 11.1 por cada 100 000 habitantes.

Retomando lo señalado por la OPS, es necesario mejorar la seguridad vial mediante

legislaciones y regulaciones más exigentes relativas a la reducción de la velocidad de circulación, el uso obligatorio del cinturón de seguridad y la utilización de cascos protectores para los motociclistas, entre otros requisitos. Por medio de la educación y la divulgación hay que promover la cortesía vial, y una conducta más responsable de los transeúntes y los conductores de vehículos.

Todas las formas de violencia tanto familiar y de género, como la resultante de conflictos sociales y económicos, suelen darse en lugares donde hay una débil estructura gubernamental y un sistema judicial ineficiente. Entre otros determinantes estructurales, se encuentran también las altas tasas de desempleo o subempleo, las desigualdades sociales y económicas, y la falta de oportunidades de educación y escolaridad, así como la persistencia de formas de discriminación por razones culturales, raciales, étnicas y de género (Roses, 2005).

Por lo que son necesarias más y mejores estrategias para prevenir la violencia, entre ellas legislaciones y regulaciones que limiten drásticamente el acceso a todo tipo de armas, promuevan la reducción del consumo excesivo de drogas y alcohol, y ofrezcan

mejores condiciones de apoyo y protección a las víctimas.

Adoptar la perspectiva de curso de vida implica trascender la visión restringida de las enfermedades crónicas e incorporar la visión más incluyente de las condiciones crónicas y las distintas etapas de la vida, desde la niñez hasta la tercera edad, que no implican por sí mismas enfermedad, pero sí plantean múltiples necesidades, a menudo inadvertidas o subestimadas, que en el curso de pocos años podrían darle forma a la organización de los sistemas de salud. Por otro lado, complementar esta perspectiva con la de determinantes sociales permite reconocer la manera en la que se dan condiciones en las cuales se detectan conexiones entre algunas afecciones y otras afecciones o eventos cotidianos; así, es posible entender que las adicciones al alcohol y drogas suelen estar relacionadas con la salud mental, distintas formas de violencia social y con el riesgo de accidentes, en condiciones que no siempre requieren atención farmacológica sino que es posible atenderlas con los llamados tratamientos no-farmacológicos. En lo mencionado por la OPS (2017), se señala lo siguiente:

- a) *Salud mental*. Los principales factores que contribuyen a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones, la mortalidad prematura y el aumento de riesgo para otras condiciones de salud, básicamente son los trastornos mentales y neurológicos, así como el abuso de sustancias. En 2013, la prevalencia de estos trastornos en las Américas, estimada para 12 meses, varió entre 18.7% y 24.2%: la tasa de trastornos de ansiedad, entre 9.3% y 16.1%; la de trastornos afectivos, entre 7.0% y 8.7%, y la de trastornos por el abuso de sustancias, entre 3.6% y 5.3%.
- b) *Lesiones causadas por accidentes de tránsito*. En las Américas, las lesiones por accidentes de tránsito causaron la muerte de 154 089 personas en 2013, lo que representa 12% de las muertes por accidentes de tránsito en todo el mundo, y un aumento de 3% en las defunciones por esa causa, en comparación con 2010.
- c) *Violencia*. En América Latina y el Caribe se encuentran 18 de los 20 países con la mayor tasa de homicidios en el mundo, debido en parte a la actividad de pandillas y al crimen organizado. Los hombres son víctimas de mayores niveles de violencia mortal, pero las mujeres tienen mayor

riesgo de ser asesinadas por un compañero y de sufrir violencia sexual y otras formas de violencia no mortal. La OMS calcula que casi una tercera parte (29.8%) de las mujeres que en algún momento tuvieron pareja en América Latina y el Caribe han sufrido maltrato físico o sexual por parte de un compañero íntimo en algún momento de su vida. La mayoría de los niños de 0 a 17 años de edad sufren abuso físico, sexual o emocional cada año (58% en América Latina y el Caribe y 61% en América del Norte).

La promoción de la salud mental implica definir un ámbito específico de intervención dentro de un modelo de atención centrado en la prevención de desórdenes mentales. Dichos ordenamientos tendrían una aproximación a las enfermedades mentales definidas según diagnósticos psicopatológicos individuales e incluidos en la epidemiología psiquiátrica vigente, dejando fuera los problemas de salud/salud mental que hacen al padecimiento subjetivo de una comunidad en su conjunto, y que no están relacionados necesariamente con diagnósticos psicopatológicos.

Según Bang (2014), uno de los problemas colectivos de salud/salud mental al que nos

referimos es, por ejemplo, el debilitamiento de lazos sociales y la fragilidad de las redes de contención comunitaria y soledad relacional. Nuestra sociedad se caracteriza por haber transitado un largo y complejo proceso de desarticulación de sus formas de organización colectiva, que incluyen los vínculos construidos en la colonia o el barrio y la vecindad, los familiares extensos, así como los gremiales y de participación política que se hacen débiles y están en riesgo de romperse. Simultáneamente, hay una tendencia a la restricción en espacios públicos y áreas amplias de la ciudad que son vividas como peligrosas.

La inclusión de una mirada que identifique este tipo de problemas dentro del campo de acciones de prevención y promoción de salud mental comunitaria requiere de una apertura conceptual hacia el reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad, se requiere una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que permita aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con otros en la heterogeneidad. Estos padecimientos presentan su correlato en la trama social, en tanto emergentes de problemas vividos de forma colectiva, que

exceden la posibilidad del abordaje puramente individual. En este sentido, es posible impulsar prácticas en salud y salud mental basadas en lo relacional, en las cuales el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo. Reconociendo múltiples determinantes y entrecruzamientos en el campo de problemas de salud/salud mental, su estudio incluye, necesariamente, un enfoque comunitario, complejo e integral. Esta apertura conceptual permite pensar que la estrategia de promoción en salud mental comunitaria debería orientarse a la generación de procesos participativos que pongan en juego la creatividad.

Para que personas con padecimientos mentales, puedan ser asistidas en su comunidad, ésta también debe estar preparada. El tratamiento comunitario genera aquí grandes oportunidades y fortalezas desde una propuesta que trabaja no sólo con usuarios del sistema de salud mental, sino que incluye a su comunidad en el examen de problemas psicosociales en su complejidad, produciendo una ampliación de la visión clínica.

Rodríguez (2016) comenta que los determinantes sociales de la salud mental incluyen el rol de la religiosidad de las

personas desde la revisión bibliográfica y la experiencia personal. La religiosidad de las personas puede influir en la salud mental mediante tres factores: sentido de valor moral, apoyo de la comunidad de fe y ejercicio de la espiritualidad, pero además, recomienda realizar intervenciones interculturales entre diferentes grupos sociales y generacionales, que posibilite la formación de redes, vínculos y soporte social.

3.4 Implicaciones de la cuarentena por covid-19 en la salud mental

Uno de los eventos que más impacto tiene en la alteración de la salud mental, de una persona o una comunidad, son las catástrofes y desastres, dentro de las cuales se pueden incluir pandemias, como la de la influenza, la fiebre española, el ébola y otras, en las cuales fue necesario aplicar medidas de cuarentena y aislamiento social. En nuestro caso, tenemos presente el impacto de la pandemia de covid-19 y de la cuarentena que la mayor parte de la población que no labora en actividades esenciales se ha visto obligada a cumplir.

La pandemia ha tenido cinco impactos principales en la salud mental en México y en

algunos otros lugares de las Américas y el Caribe, generados básicamente por la afección por covid-19, por la presencia de la pandemia y por la cuarentena. Un primer impacto ha sido en la afectación de estados emocionales de las personas sin antecedentes de problemas en salud mental. El segundo impacto ha sido el aumento de las complicaciones de personas que ya presentan afectaciones en su salud mental y las implicaciones que esto tiene para su familia y cuidadores principales. El tercer impacto se ha dado en las propias personas afectadas por la covid-19, que han atentado contra su propia vida o la vida del personal de salud. La cuarta afección se ha dado en el colapso que sufre el personal de salud cuando se ha visto rebasado por la demanda de atención a la que se pueda cumplir, llevándolo al propio contagio y en algunos casos al suicidio. El quinto impacto se ha dado en colectivos sociales en los que se ha dado una exacerbación de formas de comportamiento antisocial que se han expresado con agresividad a personal de salud, instalaciones hospitalarias y personas afectadas por covid-19. En este último caso se incluyen actos de violencia y desobediencia social que ponen en riesgo a miembros de una comunidad, al exponerse innecesariamente a riesgos de

contagio, por propiciar formas de convivencia, reuniones y celebraciones por fechas festivas y aniversarios.

En este sentido, es necesario diferenciar afectaciones psicopatológicas de padecimientos de tipo psiquiátrico, de tipo neuropsicológico y de tipo psicológico. En el caso de los dos primeros tipos de padecimientos, se requiere atención médica especializada, pues suelen atenderse con tratamientos farmacológicos; pero en el caso de padecimientos de tipo psicológico, se pueden presentar en personas sin antecedentes, con alteraciones en sus formas de comportamiento que bien pueden ser una muestra de los mecanismos de defensa, tan propios de los estados psicológicos, que son formas de respuesta natural para poder manejar situaciones fuera del propio control y que buscan una forma de adaptación al entorno cotidiano.

Esta idea es importante porque hace una distinción básica entre la psicopatología y los procesos adaptativos en la vida diaria, en los que se activan mecanismos psicológicos de defensa que se presentan no solamente por padecer covid-19, sino por la cuarentena en sí misma y las medidas que se han tomado al

respecto, así como por la presencia de la pandemia.

En relación con lo anterior, la mayor parte de la literatura disponible sobre los efectos de la covid-19 se centra en reportar los tipos de padecimientos que se han empezado a presentar por la pandemia y el confinamiento; además, aún faltan estudios clínicos y de investigación social y aplicada orientados a investigar lo que la pandemia ha dejado en la cultura y la sociedad.

Según lo citado en la literatura, más lo reportado por usuarios, se pueden representar los efectos que la covid-19 tiene en la salud mental en la Tabla 1. Esta tabla se encuentra organizada en tres filas y cuatro columnas. En la primera columna se encuentra la posible fuente en la cual se generan las posibles complicaciones en salud mental. Las siguientes tres columnas se refieren a los tipos de afecciones posibles según su tipología, empezando por los efectos a nivel neuropsicológico, le siguen los efectos de tipo psiquiátrico y por último los efectos de tipo psicológico. Las tres filas corresponden a las tres posibles fuentes de origen del riesgo de los efectos, considerando la covid-19, la cuarentena y el aislamiento social, y la

pandemia. Hay que notar que hay afecciones que también se ven impactadas por la covid-19, como las complicaciones renales afectadas por la imposibilidad de ir a terapia renal sustitutiva por el aislamiento domiciliario.

Tabla 1. Efectos en la salud mental por covid-19

	Neuropsicológicos	Psiquiátricos	Psicológicos
Covid-19	Complicaciones de tipo hipertensivo y respiratorio, en personas con mal de Parkinson, demencia, secuelas de eventos cerebro vasculares.	Malestares físicos no entendidos por quienes los padecen. Aumento de sensaciones de malestar y estados de confusión. Incremento de irritación y agresividad.	Aumento de la ansiedad, miedo, irritabilidad y depresión. Alteraciones del comportamiento y la personalidad.
Cuarentena y aislamiento social	Restricciones de la ayuda de cuidadores, aumento del miedo y de la sensación de dependencia y de ser una carga para otros. Debilitamiento de las redes de apoyo social. Agotamiento emocional.	Sensación de amenaza a la propia persona, posible incremento de reacciones paranoicas. Si se tienen adicciones a sustancias, puede incrementar el síndrome de abstinencia. Aburrimiento y monotonía, depresión y riesgo de desamparo aprendido. Conductas obsesivas y de evitación, así como aumento de fobias. Riesgo de aumento de delirios y deliriums.	Incremento en trastornos del sueño comúnmente asociados a la ansiedad, miedo, agresividad, irritabilidad, depresión y posibilidad de estar en estado de desamparo aprendido. Aumento de la sensación de vacío y sin sentido existencial. Agotamiento emocional, ideación suicida e incremento del pensamiento mágico y religioso, pudiendo caer en fanatismos, intolerancia. Es posible que haya afecciones en la intimidad y vida sexual. Aumento de riesgo de violencia intrafamiliar.
Pandemia	Confusión en el manejo de la información. Miedo y magnificación de la soledad. Agotamiento emocional.	Aumento en la fragilidad de los vínculos afectivos tanto con la familia como con el personal de salud. Incremento de la desconfianza e intolerancia ante familiares y conocidos.	Aumento de la sensación de amenaza, soledad, culpa, desconfianza y demanda de exigencias sociales. Ideación suicida e incremento de riesgo suicida. Banalización de riesgos y amenazas de contagio. Estrés postraumático. Aumento de comportamiento social irracional y ruptura de límites de contención, creencias mágicas y religiosas, pudiendo caer en fanatismo y movilización social. Presencia de comportamientos de evitación.

Fuente: Elaboración propia.

Por estudios en otras pandemias, y dentro de los efectos que se sabe que ha tenido la covid-19 en la salud mental, se han identificado ira, aburrimiento, actos suicidas, mayor enojo, molestia, miedo, frustración, culpa, impotencia, aislamiento, soledad, nerviosismo, tristeza, preocupación, confusión, y menor alegría; además, hay diferencias por grupo de edad entre jóvenes y

adultos, entre los que no tienen hijos y los que tienen uno solo en comparación con los que tienen tres o más, además hay diferencias por nivel educativo y compromiso laboral, sobre todo con profesionales de la salud (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg, Rubin y James, 2020).

3.5 Atención a problemas en salud mental por covid-19

Dentro de las estrategias para la atención a la salud mental en cuarentena por covid-19, se recomienda dosificar la propia cuarentena tomando como referencia diez días y el estado de salud de los profesionales que atienden a la población. Pero también hay que estar atentos a los predictores psicológicos de impacto dentro de los que se incluyen educación, tipo de familia, edad, ocupación y género. También hay que identificar los estresores durante la cuarentena, tales como duración de la cuarentena, riesgo real e imaginario de contagios, reconocimiento de síntomas físicos potencialmente relacionados con la infección, y embarazo en mujeres o con hijos pequeños; también hay que considerar el fastidio y aburrimiento, los suministros inadecuados o insuficientes, así como la información inadecuada.

Es indispensable considerar los efectos posteriores a la cuarentena, tales como el estado de las finanzas considerando gastos, ingresos, deudas y apoyos económicos; el estigma que se tiene por un tiempo posterior a lo sucedido con los cambios que se dan en las relaciones personales, así como la educación e información general sobre la

enfermedad (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg, Rubin y James, 2020; Cisternas, 2020). En concreto, algunas de las recomendaciones que los autores citados plantean son:

- 1) Reducir o dosificar la cuarentena, es decir, que el tiempo de aislamiento no se aplique de forma general sino a actividades y lugares concretos donde pudiera existir mayor riesgo.
- 2) Brindar la mayor información posible a la población en riesgo, expresada en forma sencilla con respaldo visual y texto.
- 3) Proporcionar suministros adecuados a las personas afectadas y sus familiares, incluyendo dispositivos electrónicos, cubrebocas, caretas y otros.
- 4) Formar grupos de apoyo con personas que puedan compartir experiencias vividas y formas de afrontarlas.
- 5) Brindar atención especial a personal de salud colapsado y agredido. En este sentido, se recomienda abrir un espacio para el desahogo catártico de forma dirigida y orientada considerando la frustración por la agresión recibida.

6) Fomentar el altruismo y evitar actitudes estigmatizantes que lleven a generar más prejuicios y compliquen las relaciones interpersonales.

7) Reconocer las diferencias culturales de los diferentes grupos de personas afectadas y de quienes brindan la atención requerida.

Dentro de las estrategias de atención, hay que reconocer diferentes tipos de sesgos que orientan nuestras formas de comportamiento, como plantea el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2020), que señala que un sesgo cognitivo es un efecto psicológico que provoca una distorsión en nuestro procesamiento mental, que nos lleva a realizar juicios inexactos e interpretaciones irracionales. Un sesgo cognitivo pone en evidencia que somos mucho más irracionales de lo que creemos.

Uno de ellos es el sesgo de confirmación en el cual tendemos a considerar como cierto aquello que coincide con lo que pensamos previamente. Así, si veo un mercado en el que se han vaciado algunas estanterías, se confirma mi idea, irracional, de apurarme a comprar y acaparar antes de quedarme sin nada.

Otro sesgo conocido es el de la negatividad. En él nos atraen más las noticias negativas.

En este sentido, con la epidemia del nuevo coronavirus, lo difícil es encontrar noticias positivas en los medios, lo cual provoca que cuando éstas se den aparezca lo que se llama heurística de disponibilidad, centrándonos en ver lo negativo.

Piña (2020) presenta la idea de la hipocondría social y retoma la información de otros estudios, como los de Britez, Torrales, Valenzuela y Chávez (2012) y Starcevic (2014), y la define como la preocupación por el miedo a tener, o la creencia de que se tiene, una enfermedad física grave basándose en la interpretación errónea de síntomas corporales. Aunque útil, esta definición planteó dificultades relacionadas principalmente con la integridad del concepto de hipocondría y su separación de otros trastornos. Además, en la hipocondría se considera una serie de componentes esenciales y los dos primeros son básicos: 1) convicción de enfermedad; 2) miedo a la enfermedad; 3) preocupación corporal con atención focalizada e interés y vigilancia de las funciones y sensaciones corporales; 4) síntomas somáticos, y 5) conductas hipocondríacas con comprobaciones repetidas sobre la salud, incluyendo el diagnóstico y la búsqueda de tranquilidad al reconocer un síntoma o padecimiento.

Revisando lo expuesto por los autores citados, puede verse que en la actualidad son muchas las personas que están padeciendo esta afección porque es tanto el temor que representa que, sin tener el virus o ningún tipo de factor que pueda representar riesgo de contagio, por el hecho de escuchar diferentes tipos de informaciones, sienten los síntomas. Es lo que se denomina hipocondría social.

Retomando el trabajo de Ferguz realizado en 2010, Piña (2020) destaca dos características distintivas entre la convicción de enfermedad y la fobia a la enfermedad. Por un lado, están las variables de percepción corporal, como es la amplificación somato-sensorial, que son propias de la fobia a la enfermedad, pero no de la convicción de enfermedad. Por otro lado, está la desregulación emocional mediante la evitación y revaloración cognitiva, que son predictores de la convicción de enfermedad y no de la fobia a la enfermedad. Una característica común entre fobia y convicción de enfermedad, es que ambas predicen un incremento en la utilización de recursos médicos; pero también se señala que este concepto tiene implicaciones serias a nivel social.

4. Experiencias exitosas o buenas prácticas en salud y seguridad social

Las buenas prácticas de la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS) también proporcionan ejemplos prácticos para ilustrar las diversas alternativas que ofrecen orientación sobre las principales áreas estratégicas para la administración de la seguridad social. La AISS (2020) define una buena práctica como cualquier tipo de experiencia que puede ser una acción, una medida, un proceso, un programa, un proyecto, un procedimiento o una tecnología adoptada en una organización de seguridad social con el fin de impulsar la mejora en sus capacidades administrativas y operativas, y/o el eficiente suministro de sus programas. A las buenas prácticas también se les llama experiencias exitosas, pero el grupo chileno Buenas Prácticas APS (2018) define las experiencias exitosas y las buenas prácticas de la siguiente manera:

Experiencia exitosa: es una experiencia con buenos resultados, pero que no necesariamente se ha convertido en práctica.

Práctica prometedora: es una experiencia exitosa en la que se cuenta

con elementos que permitirían institucionalizarla.

Buena práctica: es una experiencia que parte de un resultado valioso desde la perspectiva sanitaria en la atención primaria y que se sostiene en el tiempo.

Una buena práctica es una experiencia o intervención que puede servir de modelo para otras organizaciones por haberse implementado con resultados positivos, eficaces y útiles en contextos concretos, contribuyendo al afrontamiento, regulación, mejoría o solución de problemas y/o dificultades presentes en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción a usuarios u otros. Una buena práctica tiene las siguientes características:

- Presenta un resultado valioso para el usuario.
- Es sencilla y simple.
- Emerge como respuesta a una situación que es necesario modificar o mejorar.
- Es pertinente y adecuada al contexto local en el que se implementa.

- Es sostenible en el tiempo pudiendo mantenerse y producir efectos duraderos.
- Fomenta la replicación de la experiencia en una situación distinta pero con condiciones similares.
- Es innovadora en el sentido de que no sólo implica una nueva acción sino que puede ser un modo diferente y creativo de realizar prácticas tradicionales o de reorganizarlas.
- Considera elementos de evaluación de resultados, retroalimentación de las acciones y reorganización de ellas a partir de lo aprendido.

La difusión de las buenas prácticas recoge y valora tanto el trabajo como los saberes y las acciones que realizan las personas en su trabajo cotidiano, permitiendo generar conocimiento válido empíricamente, transferible y útil. Los criterios que sigue la AISS (2020) para evaluar las buenas prácticas son los siguientes:

1. Resultados obtenidos. La buena práctica ha respondido de forma eficiente y eficaz al problema o desafío identificado. Se hacen pruebas del efecto de la buena práctica, de los resultados obtenidos y de la calidad de su puesta en práctica mediante la comparación de los objetivos definidos con

los resultados obtenidos en realidad, de los indicadores clave del desempeño, comparaciones de la situación previa y posterior a la acción, medición del beneficio en términos de costos y otras estadísticas pertinentes.

2. **Carácter innovador.** La buena práctica ha mostrado enfoques o soluciones originales y con miras al futuro que son pioneros e innovadores en la organización, el país o la región en su conjunto. La innovación abarca una amplia gama de iniciativas que van desde mejoras continuas y cambios progresivos hasta grandes transformaciones trascendentales y vanguardistas en salud y seguridad social.
3. **Solidez.** La buena práctica tiene un historial que demuestra que su eficacia no es efímera ni transitoria, que sus beneficios y su valor añadido están bien asentados y se prevé que sean duraderos. La buena práctica cuenta con el sustento de que se permitirá obtener resultados predecibles de forma duradera.
4. **Potencial de reproducción.** La buena práctica contiene los factores indispensables para poder ser reproducida señalando los riesgos que podrían impedir que se pusiera en práctica de forma

satisfactoria. Puede inspirar a otras administraciones de seguridad social que se enfrenten a problemas o desafíos similares a retomar acciones que han mostrado tener resultados.

Para Bang (2014), el comienzo del siglo XXI confluye con el retorno a los postulados originales de la Atención Primaria de la Salud (OMS/OPS, 2005). La implementación de esta estrategia durante la década neoliberal de 1990 había sido, en nuestra región, predominantemente de carácter selectivo, basada en acciones de prevención y programas focalizados de asistencia básica para población sin recursos. Este enfoque generó la precarización en la atención de los sectores sociales más desfavorecidos.

Por el contrario, desde una perspectiva integral, se considera la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia reordenadora de los sistemas con lógica universalista y basada en la idea de derechos. Desde este marco se da una articulación posible entre la estrategia de APS integral y prácticas de prevención y promoción de salud mental, como oportunidad para retomar y profundizar objetivos de implementación de políticas de salud mental con base en la comunidad.

Desde una perspectiva diferente, que parte de una lectura compleja y crítica de la situación de salud colectiva en nuestra región, el Movimiento de Medicina Social/Salud Colectiva propone una referencia creciente a la idea de promoción de la salud asociada a un conjunto de valores colectivos: vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y asociación, entre otros. Se refiere también a una combinación de estrategias, que no se reduce a campañas de “buena alimentación” o promoción del deporte en los individuos, sino que define, junto a cada población, cuáles serán las acciones promotoras de salud.

Según la OMS (2014), las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico de las personas. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. Apoyadas en éstas y otras definiciones de organismos internacionales, diversas corrientes de la psicología y la medicina intentan definir el objeto de este

nuevo campo que se sustenta en el avance de las neurociencias y su relación con los determinantes sociales de la salud mental (OMS, 2004b). Estos avances permitieron reconocer cómo influyen las condiciones ambientales en el desarrollo cerebral de las personas y se replantea la relación entre investigación, práctica y políticas de salud.

Aquí es importante plantear una alternativa a la visión predominante y normativa de la promoción de salud/salud mental, cuyo ideal ha sido la conducta saludable socialmente deseable. Entendemos la promoción de salud mental comunitaria desde una perspectiva de salud integral y no normativa. La prevención en salud mental es aquella que se dirige al desanudamiento de situaciones sociales problema, cuyas acciones se orientan a facilitar procesos en los que se enuncian conflictos y se desvelan problemas a elaborar. Su objetivo es que las personas puedan operar en la transformación de situaciones generadoras de malestar en las que resulta imprescindible la participación activa de la comunidad en prácticas y políticas de salud que afectan a los primeros niveles de atención y, específicamente, en lo referente a promoción en salud mental.

Según Bang (2014), desde el paradigma de la complejidad, la teoría de redes aporta valiosas herramientas para pensar las prácticas de participación comunitaria en salud y salud mental al diferenciarse de expresiones abstractas ajenas a las personas afectadas. En este nuevo paradigma, comienza a pensarse el cambio como un proceso que se da en forma discontinua, por medio de sistemas autoorganizados.

Desde esta perspectiva, la participación social es en sí un factor de salud mental, ya que restituye lazos de solidaridad social y se diferencia de lo patologizante de vivir situaciones conflictivas de forma individual y pasiva. Enfocándose en esta dimensión subjetiva de los procesos participativos, es posible tomar tres aspectos como indicadores de participación comunitaria en salud y salud mental. Estos aspectos son: a) generación de espacios de encuentro comunitario e intercambio sobre problemas e inquietudes compartidas; b) clara y concreta circulación de la información, y c) posibilidad de los participantes de incidir en la toma conjunta de decisiones.

Siguiendo esta forma de entender la promoción de salud mental, las prácticas requieren de estrategias de intervención

múltiples en las que las personas en grupos en condición de vulnerabilidad tengan la posibilidad de participar e involucrarse en la formación de espacios de recreación, meriendas comunitarias, organización de festivales, jornadas solidarias, asambleas, talleres artísticos o productivos, reuniones en plazas y tantos otros dispositivos participativos. Las acciones se van tejiendo de acuerdo con las necesidades, recursos y características de cada población y de cada tipo de grupo. El trabajo en el cual se involucra a los niños suele ser una buena puerta de entrada para conocer a las familias y sus problemas, y poder implementar acciones para atenderlas, pero con distinto nivel de impacto. Una particularidad del trabajo comunitario es su necesaria articulación en red con instituciones, referentes sociales y organizaciones, así como los vínculos que se forman en ellas.

La forma de tratamiento que aquí se presenta permite desvelar y atender conjuntamente diferentes problemas, como los procesos de estigmatización asociados a los padecimientos emocionales o psicológicos y psiquiátricos, el consumo problemático de sustancias, los problemas de vivienda o recursos comunitarios, las situaciones conflictivas en la adolescencia, las dificultades

de acceso a las instituciones del barrio, el aislamiento social general, los diversos procesos de segregación y exclusión, entre tantos otros. Hay que entender que estas situaciones conllevan un alto padecimiento subjetivo, es decir, las personas que se encuentran en condición de vulnerabilidad suelen vivir una experiencia y vivencia crónicas de malestar, ansiedad e incomodidad que se naturalizan y ya no se les percibe, pero no dejan de impactar en las condiciones de la vida cotidiana en las que se notan formas de diferenciación social. Por esta razón se propone asumir que las personas en condición de vulnerabilidad deben ser tratadas de forma colectiva y comunitaria.

Como se ha visto en la literatura revisada, el trabajo en el que se logró involucrar la participación de los integrantes de la comunidad o en el que se daba oportunidad de trabajar colectivamente fue el que garantizó mejores resultados.

4.1 Estudio de experiencias exitosas y buenas prácticas en salud mental y seguridad social

En función de la información revisada anteriormente, el presente documento tiene la

finalidad de reportar un estudio descriptivo, exploratorio y transversal de experiencias exitosas, y buenas prácticas sobre salud mental y el impacto de la covid-19 que se ha reportado en grupos en condición de vulnerabilidad mencionados en la literatura. Durante el desarrollo de la metodología seguida se definió trabajar con los grupos en condición de vulnerabilidad, migrantes, personas con discapacidad, mujeres y adultos mayores, que hayan sido atendidos en algún programa que se pueda catalogar con criterios de buena práctica o experiencia exitosa en la atención a la salud mental.

El estudio se realizó mediante la consulta de las páginas de internet de los organismos y asociaciones internacionales, como la ONU, la OMS, la OPS, la OIT, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, la AISS, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y otras más, incluyendo revistas especializadas de salud pública y ciencia sociales, en las que se consideraron los ministerios y secretarías de salud de cada país que pudieran haber reportado casos de experiencias exitosas o buenas prácticas en la salud mental, para la atención a grupos en condición de vulnerabilidad en el Caribe y las Américas, considerando lo referente al posible impacto

de la covid-19. Una vez identificadas las páginas y bases, se realizó el análisis de la información disponible identificando las características que dichas experiencias reportan tener para poder ser consideradas. En este análisis se trabajó bajo el método multinivel con el fin de identificar la orientación y los alcances que se tienen en las propuestas. Al final, se realizó un análisis cualitativo por enfoques teóricos y uno gráfico de la información obtenida.

5. Ejemplos de experiencias y resultados

Se trabajó con la información de 23 países y los primeros resultados mostraron que el total de ellos en América y el Caribe cuentan con una amplia variedad de experiencias exitosas y buenas prácticas, en una diversidad de aspectos como la educación, el trabajo, la

administración pública, la seguridad social, incluso la conservación ambiental. Se retomó la clasificación que la AISS ha desarrollado desde hace varios años para catalogar las propuestas que le llegan y a partir de eso definir los criterios para evaluarlas. Al final se trabajó con 17 rubros para facilitar el análisis de las experiencias y buenas prácticas. Al centrarnos específicamente en salud, se van concretando acciones particulares de distinto tipo dirigidas a mejorar la calidad del servicio de salud y el tipo de atención que se proporciona. Cabe hacer mención de que hasta el momento se pudieron revisar experiencias reportadas desde 2006 hasta 2019. Ninguna de las experiencias encontradas hace referencia a algún caso de experiencias exitosas ante la covid-19, como se puede observar en la Tabla 2.

Tabla 2. Categorías de experiencias exitosas y buenas prácticas en salud según la AISS	Etiqueta de temas
Accidentes y enfermedades profesionales	AccEnPr
Actuarial	Actu
Calidad de los servicios	CalSer
Comunicación	Comun
Discapacidad	Disc
Empleo	Emp
Errores, evasión y fraude	ErrEvFr
Extensión de la cobertura	ExtCob
Gobierno y administración	GobAdm
Maternidad	Mater
Políticas y programas sociales	PolPrgSoc
Prestaciones familiares	PrestFam
Recaudación y cobranza de cotizaciones	RecCobCot
Salud	Salud
Tecnologías de información y comunicación	TICs
Vejez - Pensiones	VejPen
Estrategias comunitarias	EstCom

Fuente: Elaboración propia a partir de las categorías propuesta por la AISS.

5.1. Resultados por enfoques teóricos

Retomando las propuestas de enfoques teóricos para el análisis de la información, podemos integrar los resultados en tres apartados.

En el primer apartado sobre determinantes sociales se puede resaltar lo evidente que resultan los beneficios en salud. La mayoría de las experiencias exitosas se caracterizó por haberse realizado con la participación de los integrantes de la comunidad, dentro de la cual se pueden incluir a los cuidadores que apoyaron a personas con discapacidad, a personas con alteraciones mentales y adultos mayores. Además, se rescató la importancia de la actualización, capacitación y formación del personal de salud en temas de salud mental, con la finalidad de que pudieran detectar problemas desde el primer nivel de atención y tuvieran elementos para orientar y/o canalizar según los padecimientos detectados.

Hay que considerar que si bien se realizó mucho trabajo con mujeres esto no necesariamente implicaba un enfoque de género, pero los principales problemas que se atendieron fueron: depresión, ansiedad, adicciones, violencia familiar y alcoholismo que afectaban de distinta forma a las mujeres

y adultos mayores. Lo importante, como se pudo observar en los casos de experiencias exitosas y buenas prácticas de Belice y Chile, es que la capacitación del personal de salud se dirigió a personal de enfermería, medicina y trabajo social, que podían cubrir la falta de profesionales de psicología, psiquiatría y psicoterapeutas que es una condición reportada en el caso de Bahamas, Bermudas y Jamaica, que son países carentes de recursos humanos especializados y suficientes para la atención de la salud mental de su población.

Por otro lado, también destaca el hecho de que, desde un análisis de determinantes sociales, ha sido importante el fortalecimiento de los factores protectores de la salud mental, como talleres para aprender a manejar conflictos y presiones sociales en los jóvenes, la orientación familiar, la orientación de género en las relaciones de pareja, el control al acceso de tabaco y alcohol, el fomento de actividades culturales y práctica del tiempo libre y, quizá lo más importante, que muchos de los temas, actividades y propuestas de atención a la salud mental se realizaban con fines preventivos y de detección desde el primer nivel.

Una condición importante, desde la perspectiva de determinantes sociales, es que varias experiencias reportaban, de forma directa o indirecta, su realización con apoyo de los miembros de la comunidad. Esto es central debido a que el trabajo mediante intervención comunitaria potencia muchos recursos con impacto positivo en la salud, un ejemplo de esto es el fortalecimiento de las redes sociales y las relaciones intergeneracionales. El trabajo comunitario dinamiza fuerzas psicosociales que, cuando pueden ser encauzadas, se convierten en factores protectores de la comunidad cuando se enfrentan a riesgos sociales, desastres naturales, presiones políticas, comportamiento delictivo y antisocial, así como ante carencias económicas y materiales, pues también se tienen comportamientos solidarios, cooperativos y de protección al ambiente, entre otros, que suelen estar presentes en el caso de las actividades culturales, artísticas y deportivas.

En el segundo apartado referente al curso de vida destaca el hecho de que en las experiencias exitosas se pueden identificar eventos significativos que marcan cambios importantes en las vidas de las personas. El hecho de poder acceder a servicios de salud cuando antes no se podía, contar con áreas

de atención en salud mental que antes no se tenían y saber que en la comunidad ya se cuenta con instalaciones de salud que antes no había, son eventos que brindan seguridad y son valorados por los habitantes de la comunidad.

Desde el enfoque de curso de vida, los conceptos de trayectoria, transición y *turning point* se presentan con naturalidad en el desarrollo de experiencias exitosas y buenas prácticas. Las acciones para brindar acceso a los servicios de salud comprometen cambios positivos en la trayectoria de vida, señalan transiciones importantes en la dinámica de la vida de las personas, y marcan puntos de inflexión en la salud de las personas, pues al contar con el acceso a los servicios de salud ya no se permitiría que se les privara de ellos.

Las experiencias exitosas y las buenas prácticas brindan la posibilidad de que las personas puedan, con mayor seguridad, proyectar en el tiempo sus cambios en la salud y los momentos en que se pueden presentar, tal es el caso de los padecimientos crónico-degenerativos asociados a la edad. También se presenta el fenómeno de entrelazamiento en los cursos de vida de las personas que comparten actividades comunes, como talleres de diversos tipos, y esto a su vez

puede inducir a acciones protectoras de la salud en las personas, ya sea en forma individual, en su familia o con sus vecinos. Las experiencias exitosas influyen en el curso de vida de las personas de forma individual pero también de manera compartida. Cuando se logra esto es cuando la experiencia exitosa se arraiga en los espacios de atención y en la comunidad.

Una cuestión interesante desde la perspectiva de curso de vida es que muchas experiencias de orientación y educación para la salud se dan de forma grupal, pero pocas veces se ha profundizado en el tema. Blanco (2014), al analizar las experiencias comunitarias señala la importancia del trabajo compartido de manera grupal. Este tema sería una línea importante a explorar en el futuro de la seguridad social y la salud. También destaca el reconocimiento al trabajo de antropólogos y psicólogos sociales y comunitarios, con lo cual la atención a la salud no se reduce solamente a personal de enfermería, medicina y trabajo social.

Para finalizar lo referente a esta sección, cabe señalar que, dada la naturaleza de esta perspectiva, aún es muy pronto para saber el impacto de la pandemia de covid-19. De los casos revisados en la literatura ninguno se

refería a cómo implementar el trabajo con grupos en condición de vulnerabilidad afectados por pandemias y desastres.

Lo que se puede resaltar es que hay diferencias importantes en la forma en la que se da el curso de vida de las personas en condición de vulnerabilidad en diferentes grupos, pero además, una forma de vulnerabilidad puede llegar a traslaparse con otra a lo largo del tiempo. En relación con esto, podemos señalar que el envejecimiento es un proceso continuo en el tiempo y que la discapacidad tiene muchas formas de manifestarse, hay formas de discapacidad permanentes y otras pasajeras; algunas discapacidades son desde el nacimiento y otras se adquieren; otras formas de discapacidad se dan de forma natural y algunas se presentan por cuestiones psicosociales, como en el caso de agresiones que dejan daños físicos irreversibles o temporales. Pero las personas con discapacidad también envejecen y el envejecer también puede llevar a alguna otra forma de discapacidad. En ambos casos, el curso de vida se va conformando según los eventos que se presentan y los recursos físicos, personales y materiales de todos los individuos. Las condiciones de salud mental en estos dos casos son diferentes, así que se

tendrá que trabajar en impulsar la inversión para atender a las personas en su salud mental en cualquier condición en la que se encuentren, como lo señaló el secretario general de la ONU António Guterres (2020).

En el tercer apartado referente al enfoque de caos y complejidad, se pudo observar que al hacer un análisis multinivel destacan los niveles familiares, grupales y comunitarios en comparación con los casos individuales y ambientales. Lo interesante en este caso es que, aunque no se reporta en los informes revisados, se puede observar una ramificación de los procesos obtenidos en las experiencias exitosas y buenas prácticas de salud mental. Un ejemplo es el que mencionan la OPS (2013) y Eligton (s. f.) al presentar la experiencia de Belice, que cerró las puertas de su principal hospital psiquiátrico, lo que implicó capacitación de personal y cambio de protocolos de atención en primer nivel. Los cambios de un servicio se generalizaron a todos los demás servicios y a un cambio de actitudes tanto del personal como de las comunidades. Estas ramificaciones pueden ser entendidas como un efecto fractal en el cual los atributos de un suceso se replican en otros sucesos de la misma naturaleza. Por otro lado, los procesos mismos tuvieron que transitar en una serie de

condiciones según las afecciones mentales que se presentaban. En este caso, el personal de enfermería contaba con la formación y habilidades necesarias para tratar casos de depresión, adicciones o ansiedad en personas atendidas en primer nivel. Es de llamar la atención que también se pudo observar lo que se podría llamar casos de estructuras disipativas, es decir, que en cuanto se abrieron los programas y servicios con la participación comunitaria se pudo observar una tendencia a que se conservaran. La comunidad protegía su mantenimiento en los centros de salud. Bastó que la atención en dichos centros fuera más cercana a las personas y esto facilitó que los usuarios se sintieran más tomados en cuenta, lo que de alguna forma resalta una manera diferente de respetar los derechos humanos de los usuarios. Además, esto llevó a considerar otras formas de ejercer sus servicios por parte de los profesionales de la salud mental, que fueron capacitados por la OMS y la OPS, además de incluir clínicas ambulatorias con servicios integrales.

5.2. Resultados estadísticos

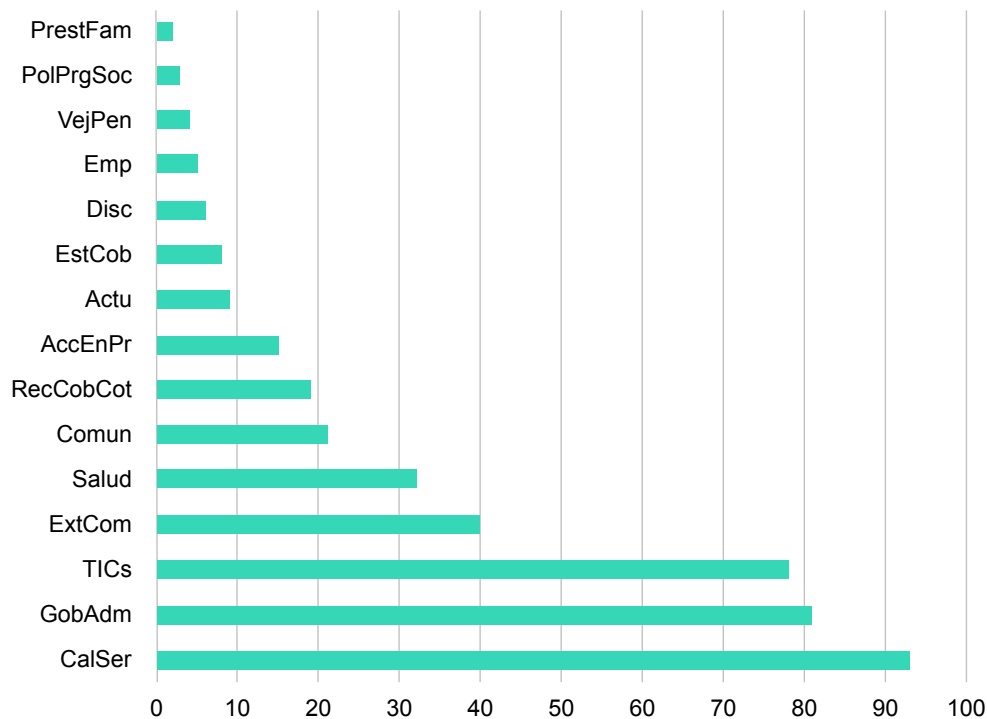
Es importante señalar que en ninguna experiencia exitosa revisada se contó con información sobre migrantes o afecciones a la

salud mental por covid-19, y los principales grupos identificados en las experiencias revisadas correspondían a mujeres, personas con discapacidad y adultos mayores.

En la Figura 2 se observa que el tipo de experiencias y prácticas en salud que más

destacan se pueden agrupar en tres bloques. El primer bloque son las experiencias y prácticas referentes a calidad del servicio (CalSer), gobierno y administración (GobAdm), y tecnologías de la información (TICs), que varían entre 98 y 73 casos.

Figura 2. Tipos de experiencias y buenas prácticas en salud



Fuente: Elaboración propia.

El segundo bloque varía de 15 a 40 casos, que incluyen extensión y cobertura (ExtCob), salud de pacientes (Salud), comunicación (Comun), recaudación, cobranza y cotizaciones (RecCobCot), accidentes y

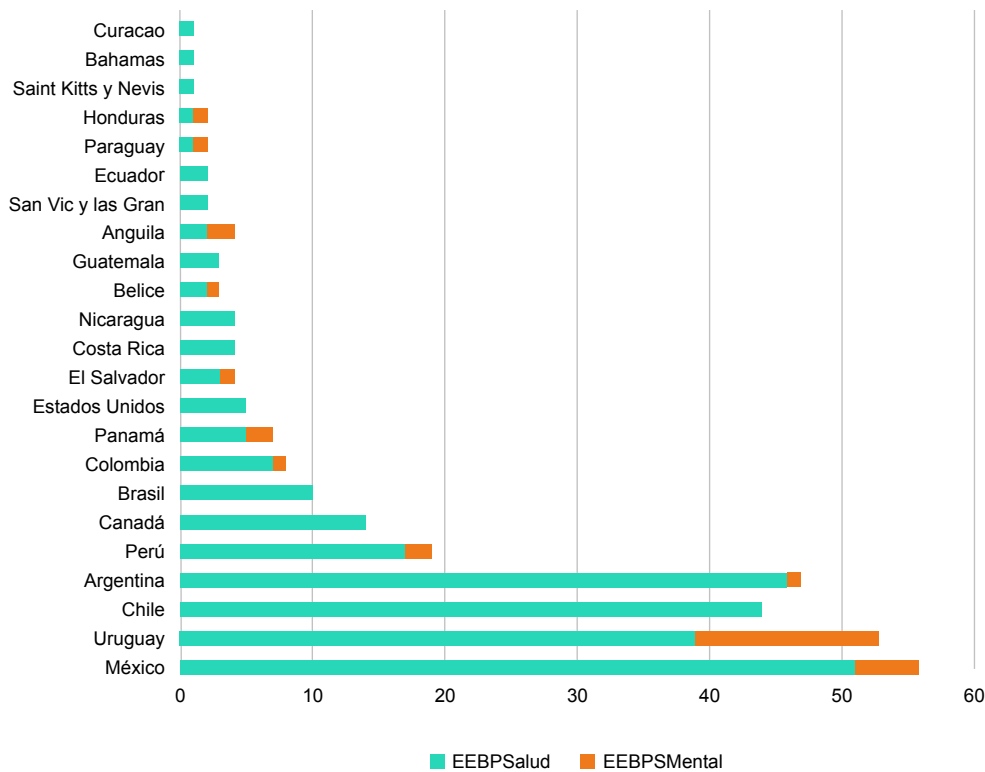
enfermedades profesionales (AccEnPr). Un tercer bloque, que varía de 1 a 9 casos, incluye temas actuariales (Actu), extensión y cobertura (ExtCob), discapacidad (Disc), empleo (Emp), vejez y pensiones (VejPen),

políticas y programas sociales (PolPrgSoc), y prestaciones familiares (PrestFam).

Como se puede ver, el primer bloque se caracteriza por experiencias referentes a cuestiones de planeación, administrativas y

tecnológicas. El segundo bloque incluye procedimientos operativos de desarrollo de cuestiones asistenciales y económicas. El tercer bloque incluye principalmente experiencias de cuestiones de aplicabilidad y de atención a usuarios en seguridad social.

Figura 3. Total de experiencias exitosas y buenas prácticas en salud y salud mental



Fuente: Elaboración propia.

En la figura 3 se reporta el total de experiencias exitosas y buenas prácticas en salud y salud mental en 23 países. La gráfica se organizó considerando los países que más reportes tenían de experiencias y buenas prácticas en salud hasta los que menos casos

de experiencias habían reportado. En azul se señalan los casos de experiencias y buenas prácticas en salud, y en anaranjado se señalan los casos de experiencias exitosas o buenas prácticas en salud mental.

Si agrupamos el total de países por la cantidad de experiencias que reportan, se observa que se pueden formar tres grupos de reportes, altos, medios y bajos. En el primer grupo de reportes altos se tiene a México con 55, Uruguay con 53, Chile con 50 y Argentina con 47, que son los que más casos de experiencia reportan en salud, pero de los cuatro, solamente Uruguay y Chile son los que más ejemplos reportan de experiencia exitosas en salud mental, con 14 para Uruguay, seis casos para Chile, cinco para México y uno para Argentina.

En el segundo bloque, correspondiente a reportes medios, se tiene a Perú con 19 casos, Canadá con 14, Brasil con 10, Colombia con ocho, Panamá con siete, Estados Unidos con cinco, pero El Salvador, Costa Rica y Nicaragua reportan cuatro casos de experiencia exitosas. Otros países que reportan experiencias exitosas en salud mental son Perú con dos, Colombia con una, Panamá con dos, y El Salvador con una. Los demás países de este segundo bloque no reportan experiencias en salud mental.

En el tercer bloque se agrupa el resto de países con los que se trabajó en este reporte: Belice, Guatemala, Anguila, San Vicente y las Granadinas, Ecuador, Paraguay, Honduras,

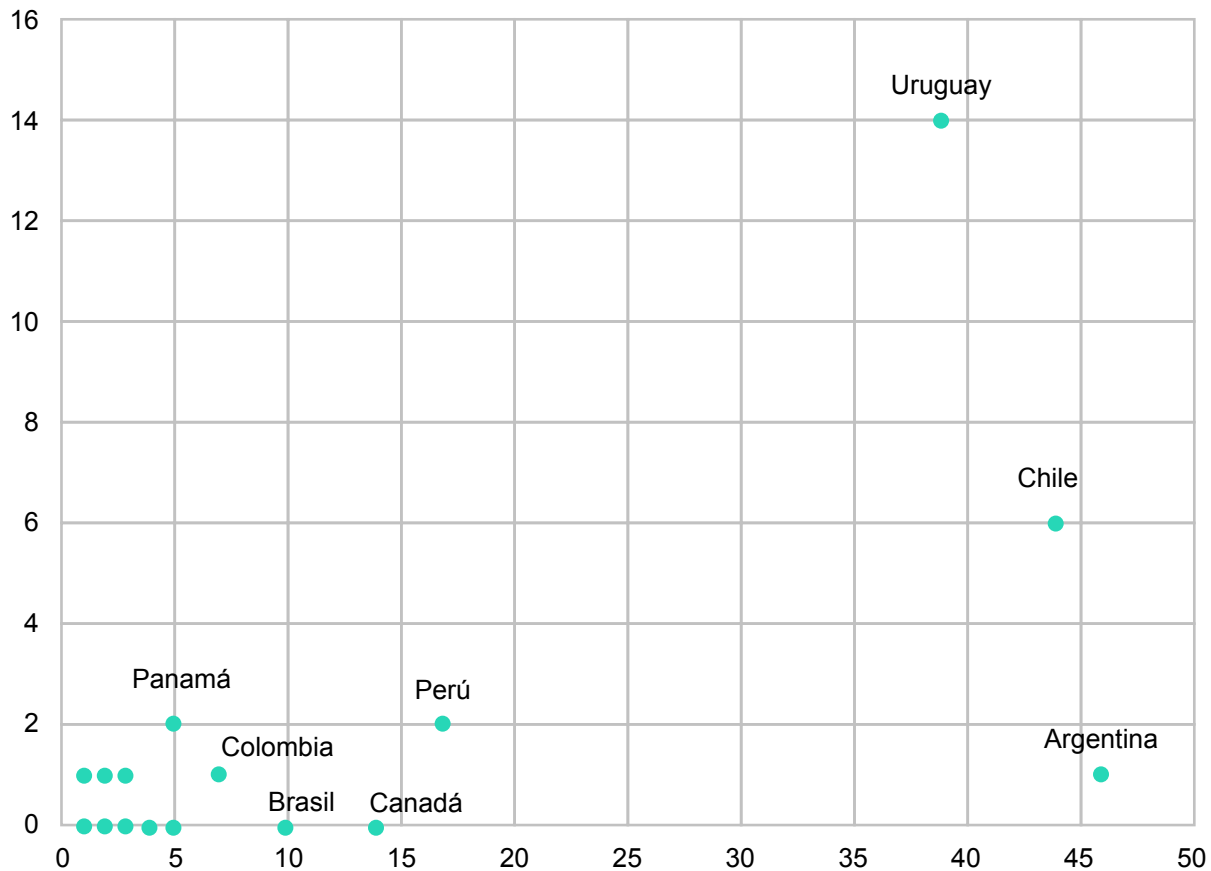
San Cristóbal y Nieves, Bahamas y Curazao. En todos estos casos, se reportan de una a tres experiencias exitosas en salud, pero solamente Belice, Anguila, Paraguay y Honduras reportan una experiencia exitosa en salud mental.

En la Figura 4 se muestra un diagrama de dispersión que muestra la relación entre los casos reportados de experiencias exitosas en salud y el número de experiencias exitosas en salud mental. Lo interesante de esta gráfica es que muestra que el total de 23 países con los que se trabajó se pueden conjuntar en dos grupos, de los cuales uno estaría conformado por Uruguay, Chile, México y Argentina, como los cuatro países con el mayor número de experiencias exitosas en salud reportadas, pero de los cuales Argentina reporta solamente una experiencia en salud mental, siendo Uruguay el que más experiencias exitosas reporta en salud mental con 14 casos y con 39 experiencias exitosas, pues es el país que más ha invertido en este rubro. Con una diferencia notable de experiencias reportadas, se conforma el segundo grupo en el que destacan Perú con 17 experiencias exitosas en salud y dos en salud mental, Colombia con siete y una, y Panamá con cinco y dos, respectivamente. De este grupo, solamente El Salvador, Belice, Anguila,

Paraguay y Honduras reportan una experiencia exitosa en salud mental. El resto de los países no reporta experiencias de este

tipo, aunque tiene al menos una experiencia exitosa en salud.

Figura 4. Relación entre experiencias exitosas reportadas en salud y salud mental



Fuente: Elaboración propia.

Los resultados encontrados en este caso reflejan lo que ya se ha señalado en la literatura, es decir, se hace evidente que el rubro de salud mental es al que menos recursos se le destinan y el que menos

atención recibe. En general, los problemas de salud mental a los que se ha brindado mayor atención son depresión y ansiedad, adicciones y consumo de sustancias, ideación suicida e intentos de suicidio, epilepsia,

trastornos del comportamiento, incluyendo trastorno obsesivo compulsivo (TOC). En menor medida se atienden padecimientos de esquizofrenia, comportamiento sociópata, psicosis y estrés postraumático.

En un análisis multinivel básico se observó que en general las acciones, estrategias y propuestas de atención prácticamente han dejado de centrarse en la atención farmacológica y terapia individual por sí sola, casi la totalidad de experiencias exitosas revisadas se han centrado en capacitar y actualizar al personal de salud de primer nivel, incluyendo a personal médico, de enfermería, de trabajo social y personal de nivel técnico; se ha ampliado la capacitación de profesionales de salud mental incluyendo profesionales de medicina, enfermería y psicología. Sin dejar de brindar atención a nivel farmacológico y de psicoterapia individual las experiencias reportadas, se han centrado en la no institucionalización en la medida de lo posible, en la orientación familiar y vecinal en la comunidad, en el desarrollo de estrategias y programas comunitarios a nivel preventivo mediante actividades culturales, artísticas, lúdicas y deportivas dirigidas, es decir, aprendiendo a utilizar el tiempo libre con sentido.

En el nivel más alto del análisis multinivel se tienen el desarrollo de propuestas legislativas en relación con la salud mental, que incluyen el derecho a la educación, y el trabajo en un escenario solidario e incluyente. También se han encontrado propuestas de colaboración entre dependencias, como en Chile y Uruguay, pero también entre países.

Conclusiones y recomendaciones

Webster, Brooks, Smith, Woodland, Wessely y Rubin (2020), en una revisión sobre la literatura existente sobre los efectos de cuarentenas, han señalado que adherirse a la cuarentena es difícil debido a las decisiones sobre cómo aplicarla y a que debe sustentarse en la mejor evidencia disponible para aumentar la probabilidad de personas que se adhieran a los protocolos de cuidado. Las personas varían en su adherencia a la cuarentena durante la infección por brotes de enfermedades, pero esto depende de factores psicológicos y prácticos asociados a brotes de enfermedades infecciosas y cuarentena. Cuando la cuarentena se considera necesaria se deben tomar medidas para minimizar el riesgo de incumplimiento al proporcionar una justificación oportuna y clara para la cuarentena e información sobre protocolos. Se recomienda hacer énfasis en las normas

sociales para alentar este comportamiento altruista; se debe promover la disposición de las personas a tomar precauciones para cuidar a otros; se debe buscar aumentar la percepción de beneficios que tendrá la cuarentena en la salud pública; además, se debe actuar para garantizar que se proporcionan suministros suficientes. Los principales factores que influyen, o están asociados a las decisiones de adhesión, fueron los conocimientos que la gente tenía sobre la enfermedad y el procedimiento de cuarentena, las normas sociales, los beneficios percibidos de la cuarentena y el riesgo percibido de la enfermedad, así como problemas prácticos, como quedarse sin suministros o las consecuencias financieras de estar sin trabajo.

Considerando lo anterior se pueden retomar algunos aspectos que han caracterizado a las experiencias exitosas y buenas prácticas que se examinaron en este reporte. Ante todo, resalta la importancia que se le ha dado a la formación de recursos humanos, tanto especializados como técnicos, a los que se les orientó en la detección de problemas de salud mental y adicciones, se impulsó mediante cursos y talleres la identificación de problemas en el desarrollo infantil y se brindó información de cómo proporcionar orientación en caso de

embarazos adolescentes, depresión y ansiedad, entre otros.

Sin embargo, no se pudo identificar la forma en la que se podrían hacer las distinciones de los padecimientos en salud mental. Esto es importante debido a que suelen ser confundidos por personas que no son profesionales en el campo. Lo que sí se pudo observar es que la capacitación se orientaba a diferenciar atención a la salud mental en comparación con la enfermedad mental.

También fue posible identificar que se ha hecho mayor énfasis en la no institucionalización en la medida de lo posible, acompañada de tratamientos no-farmacológicos, y se han resaltado mucho diversos modelos de intervención comunitaria, sobre todo en Uruguay, Chile, Perú y Belice. En estas estrategias de atención se trabajó en la identificación de escenarios de riesgo, así como en la realización de mapeos de la comunidad de forma vecinal. Muchas de estas actividades fueron coordinadas por profesionales de trabajo social, antropología, sociología y psicólogos sociales y comunitarios, con cuyo trabajo se tenía un contacto más directo en puntos clave de la comunidad.

Las estrategias comunitarias que se identificaban en estas experiencias se organizaban en barrios muy específicos con problemas definidos, centros de salud, escuelas y centros comunitarios de las municipalidades, considerando los llamados frentes de entrada a la comunidad.

Lo importante de todo esto es que en las experiencias exitosas reportadas en salud mental se trabajó cuidando la no criminalización, en primera instancia, de los comportamientos antisociales o públicamente disfuncionales. Además, se ha trabajado mucho en el reconocimiento y fortalecimiento de los factores protectores de la salud mental.

Una de las cosas que llama la atención es que en las estrategias comunitarias y grupales se recurrió con frecuencia a práctica del tiempo libre y actividades culturales, de forma dirigida y coordinada con los propios integrantes de la comunidad y los profesionales de la salud. En el desarrollo de estas estrategias, se buscó la construcción de redes de apoyo comunitario vecinal, además de desarrollar alternativas para la colaboración interinstitucional, incluyendo centros de salud, escuelas y otros espacios sociales definidos.

Una característica de los grupos en condición de vulnerabilidad es la de sentirse en

condición de indefensión. La indefensión genera una sensación de inseguridad extrema y es muy riesgosa; esto se debe a que la persona pierde el control de la relación con su entorno y se le puede confundir con condiciones depresivas. Esto pone en evidencia que los profesionales de la salud deben ser capacitados en el tratamiento de estas condiciones de indefensión y en hacer visibles circunstancias y eventos que suelen pasar desapercibidos en los contextos en los que hay más riesgo de afectaciones a la salud mental.

Es evidente el vacío que se tiene sobre la salud mental de grupos en condiciones de vulnerabilidad. Las acciones y programas de salud mental se han diseñado para atender padecimientos definidos de salud mental, no se hacen diferencias explícitas sobre si se tiene discapacidad o se es migrante o nativo del lugar. Lo que sí puede ver son los cambios en la consideración de la presencia de la mujer en la atención a la salud mental.

Como observaciones finales sobre las experiencias exitosas en salud mental, podemos decir que hace falta trabajar en la capacitación de personal de salud para aprender a destrabar los vínculos de conexión disfuncionales entre pacientes, cuidadores

familiares y profesionales de la salud mental. Uno de los principales componentes que dificulta brindar una atención con resultados más claros y permanentes es la dificultad por pagar el precio de los costos emocionales asociados a los problemas de salud mental. Aprender a superar los costos emocionales implica romper con muchas creencias sobre compromisos asumidos, obligaciones y responsabilidades familiares, asuntos pendientes e inconclusos en las relaciones familiares e interpersonales, y reconocimiento de la formación de límites. También se requiere realizar cambios en las formas de convivencia en las que suelen confundirse los problemas, por ejemplo, confundir la sobreprotección y evitación del dolor con el cuidado y cariño familiar que lleva a evitar

responsabilidades. Pero los profesionales de la salud también tienen que aprender a cambiar esquemas de referencia basados en intervenciones con una visión de causa y efecto, la atención a la salud mental de cualquier persona, pero sobre todo de quienes están en grupos en condición de vulnerabilidad, no siempre tienen un efecto lineal y causal. Para entender los efectos de la covid-19, las experiencias exitosas y las buenas prácticas en salud mental, tienden a romper estos esquemas de atención a la salud al trabajar con una visión comunitaria y grupal que trasciende la visión básicamente clínica.

Bibliografía

- AISS. (2020). *Buenas prácticas de seguridad social*. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://ww1.issa.int/es/good-practices>
- AISS (2020). *La seguridad social: un derecho humano fundamental*. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://ww1.issa.int/es/node/165137>
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas Individuo y Sociedad*, 13 (2), 109-120.
- Benavidesa, F., Delclósa, J. y Serra, C. (2018). Estado del bienestar y salud pública, una relación que debe ser actualizada. *Gaceta Sanitaria*, 32 (2), 193-197.
- Berenzon, S. y Vargas, I., (2014). Salud mental y sociedad. En De la Fuente, J. R. (Coord.), *Salud mental y medicina psicológica*, (p. 12-21). México: UNAM/McGraw-Hill.
- Berger, M. (2020). La escasez de antidepresivos Zoloft reportada en medio de la pandemia de COVID-19. Consultado el 4 de junio 2020. Disponible en <https://www.healthline.com/health-news/shortages-of-antidepressant-zoloft-reported-in-the-midst-of-covid-19-pandemic>
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5 (8), 5-31.
- Bronfman M. y Castro R. (Coords.) (1999). *Salud, cambio social y política pública: perspectivas desde América Latina*. México: Editorial Edamex/Instituto Nacional de Salud Pública/Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg. N. y Rubin, G. J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *Lancet*, 395 (10227), 912-920. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cisternas, M. L. (2020). Salud mental, el otro flanco que ataca el COVID-19, 3 de abril. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://radio.uchile.cl/2020/04/03/salud-mental-el-otro-flanco-que-ataca-el-covid-19/>
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2020). COVID-19 una perspectiva desde la psicología, 12 de marzo. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://www.investigacionyciencia.es/blogs/psicologia-y-neurociencia/68/posts/covid-19-una-perspectiva-desde-la-psicologa-18425>
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2020). Decálogo de recomendaciones para profesionales del ámbito sanitario para un afrontamiento psicológico eficaz ante el malestar generado por el brote de Coronavirus-Covid 19, 2 de abril. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8657
- Comunidad de Prácticas en APS. (2018). ¿Qué es una buena práctica?. Consultado

- el 26 de agosto de 2020. Disponible en <http://buenaspracticapsaps.cl/que-es-una-buena-practica/>
- Élder, G., Johnson, M. y Crosnoe, R. (2003). Teoría del curso de emergencia y desarrollo de la vida. En J. Mortimer y M. Shanahan, M. (Eds.). *Manual del curso de vida* (p. 3-19). Boston: Springer.
- Elington Cayetano, C. (2018). Belice: un ejemplo de atención de salud mental en la comunidad. En J. J. Rodríguez (Ed.), *Salud mental en la comunidad*. Washington, D. C.: OPS. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51463/9789275330654_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fuente, J. R de la. (2020, junio 1). El COVID-19 y la salud mental, *El Universal*. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/juan-ramon-de-la-fuente/el-covid-19-y-la-salud-mental>
- García-Ramírez, J. A. y Vélez-Álvarez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Revista Salud Pública* 15 (5), 731-742.
- Garciamarin, H. (2019). *La fundación de la Conferencia Interamericana de la Seguridad Social (1942)*. México: CISS. Consultado el 26 de agosto. Disponible en <https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/La-fundacion-de-la-conferencia-interamericana-de-seguridad-social.pdf>
- Gastrón, L. (2006). Handbook of the Life Course. En J. Mortimer y M. Shanahan (Comps.). *Manual sobre curso de vida*. Nueva York: Springer.
- González, C. y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, 49 (supl.4), 448-458.
- Grupo BuenasPrácticas APS. (2014). ¿Qué es una buena práctica? Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <http://buenaspracticapsaps.cl/que-es-una-buena-practica/>
- Guterres, A. (2020). Los servicios de salud mental son parte esencial en todas las respuestas de los gobiernos al COVID-19, 13 de mayo. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://www.un.org/es/coronavirus/articles/servicios-de-salud-mental-respuesta-gobiernos-covid-19>
- Lozano, R., Frenk, J. y González, M. (1996). El peso de la enfermedad en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 36 (6), 419-429.
- Maldonado, C., Martínez, J. y Martínez, R. (2018). Protección social y migración: una mirada desde las vulnerabilidades a lo largo del ciclo de la migración y de la vida de las personas. Santiago: CEPAL. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44021-proteccion-social-migracion-mirada-vulnerabilidades-lo-largo-ciclo-la-migracion>
- Miguel, A. (2008). *La teoría de la complejidad y el caos en la ciencia regional*. México: Instituto Tecnológico de Oaxaca.
- OIT. (2001). Hechos concretos sobre la seguridad social. Ginebra. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en

- https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf
- OMS. (2019). Los migrantes y los refugiados presentan un mayor riesgo de tener mala salud que las poblaciones de acogida. Comunicado de prensa, 21 de enero. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/detail/21-01-2019-21-01-2019-21-01-2019-migrants-and-refugees-at-higher-risk-of-developing-ill-health>
- OMS. (2018). Discapacidad y salud, 16 de enero. Recuperado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/disability-and-health>
- OMS. (2017). Salud y derechos humanos, 29 de diciembre. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OMS,de%20salud%20de%20calidad%20suficiente>
- OMS. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2010). *Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2004). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS, 8 de septiembre. Ginebra: OMS. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- OMS. (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica. Informe compendiado*. Ginebra: OMS. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en https://www.who.int/mental_health/evidencia/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- OMS, OPS y Canadian International Development Agency. (2011). *Who-Aims Report on Mental Health Systems in the Caribbean Region*. Canadá: OPS/OMS. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en https://www.who.int/mental_health/evidencia/mh_systems_caribbeans_en.pdf?ua=1
- OPS. (2017). *Salud en las Américas del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington, D. C.: OMS.
- OPS. (2013). Belice: una puerta más amplia a la salud mental, 23 de diciembre. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9247:2013-belice-puerta-mas-amplia-salud-mental&Itemid=135&lang=es
- OPS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Washington, D. C.: OPS.
- OPS/OMS. (2017). Construyendo la salud en el curso de vida. Salud en las Américas. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=construyendo-la-salud-en-el-curso-de-la-vida&lang=es
- OPS/OMS. (2017). Determinantes sociales de la salud de las Américas. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en

- https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es
- Palacios, G. (2019). *Crónica de una jornada institucional. Historia del CIESS (1963-2012)*. México: CISS. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/Cronica-de-una-jornada-institucional-historia-del-CIESS.pdf>
- Pedersen, D. (1999). El impacto de la pobreza, el racismo y la violencia política sobre la salud de los pueblos indioamericanos. En Bronfman M. y Castro R. (Coords.). *Salud, cambio social y política pública: perspectivas desde América Latina*. México: Edamex/Instituto Nacional de Salud Pública/Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud.
- Piña-Ferrer, L. (2020). El COVID 19: Impacto psicológico en los seres humanos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud*. Salud y vida, 4 (7), 188.
- Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Santiago: CEPAL. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf
- Rodríguez-Yunta, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y Bioética*, 20 (2), 192-204.
- Roses Periago, M. N. (2005). La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (4-5), 226-228.
- Trostle, J. y Bronfman, M. (1999). El papel de la investigación en políticas de salud: una revisión estratégica de la literatura. En Bronfman M. y Castro R. (Coords.). *Salud, cambio social y política pública: perspectivas desde América Latina*. México: Edamex/Instituto Nacional de Salud Pública/Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud.
- Sánchez-Belmont Montiel, M., Ramírez Villela, M. Á. y Romero Suárez F. (2019). *Propuesta conceptual para el análisis de la seguridad social desde la CISS*. México: CISS. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/Propuesta-conceptual-para-el-analisis-de-la-seguridad-social-desde-la-CISS.pdf>
- San Narciso, M. (2019). La soledad: una epidemia del siglo XXI. *Periódico. España*, 11 de enero. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://www.elperiodico.com/es/cuaderno/20190111/soledad-vejez-envejecimiento-epidemia-siglo-xxi-7240229>
- Webster, R. K., Brooks, S. K., Smith L. E., Woodland L., Wessely S., y Rubin G. J. (2020). How to Improve Adherence with Quarantine: Rapid Review of the Evidence. *Public Health*, 182, 163-169. Consultado el 26 de agosto de 2020. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350620300718>