

IEMS - OMS

IEMS - OMS INFORME SOBRE LOS

SISTEMAS DE SALUD MENTAL EN

PUERTO RICO



Organización
Panamericana
de la Salud



OFICINA REGIONAL PARA LAS

Organización
Mundial de la Salud
Américas



Instituto de Estadísticas
de Puerto Rico
Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Resumen Ejecutivo

El Instrumento de Evaluación de la Organización Mundial de la Salud para Sistemas de Salud Mental (OMS-IESM) se usó para recopilar información sobre el sistema de salud mental en Puerto Rico. La meta de recopilar esta información es mejorar el sistema de salud mental y proporcionar una línea base para monitorear el cambio. Esto permitirá que Puerto Rico elabore planes de salud mental basados en información con datos de línea base y objetivos definidos. También resultará beneficioso monitorear el progreso en la implementación de políticas de reforma, proporcionando servicios comunitarios e involucrando a los usuarios, familias y otras partes interesadas en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de salud mental. Cabe destacar, que los datos presentados sólo corresponden a la población atendida con fondos públicos, a menos que se indique lo contrario.

Para el 2012, Puerto Rico no contaba con un documento de política de salud mental. Sin embargo, la legislación del año 2000 identifica cuales deben ser las áreas de prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación en salud mental. Aunque no existía un documento que se considerado un plan nacional de salud mental, el Reglamento 6525 de 2002 dispone los principios y responsabilidades de los proveedores de servicios de salud mental en sus distintas modalidades. Para el año fiscal 2011- 2012, se destinó el 10% del presupuesto gubernamental para la atención de salud mental; de esta partida, el 15% estuvo dirigido a los hospitales psiquiátricos estatales.

Los servicios de salud mental en Puerto Rico estaban organizados de una forma híbrida y fragmentada. Esta situación representó un panorama complejo en términos del manejo de la atención de la salud mental. A nivel público la Administración de Seguros de Salud (ASES) estaba organizado en 8 regiones de salud y la Administración de Seguros de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) en 6 regiones administrativas. Los servicios de salud mental incluyeron evaluación, cernimiento y tratamiento, servicios ambulatorios, hospitalarios, hospitalización parcial y estabilización. También se brindaron servicios de desintoxicación, ambulancia y cubierta de farmacia. Sin embargo, se desconoce la magnitud de los servicios brindados a las personas con seguro médico privado. En la Isla había 8 unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y 6 hospitales psiquiátricos. Para el 2012, solo se utilizaron el 68% de las camas de psiquiatría autorizadas. A su vez, hubo una disminución de 3% en las camas utilizadas entre el 2008 y el 2012. Finalmente, el 47% de las camas de psiquiatría estaban ubicadas en San Juan.

La práctica de la medicina (prevención, diagnóstico y tratamiento) está regulada por ley, por lo que solo los médicos licenciados tienen la capacidad de prescribir medicamentos. Sin embargo, los médicos de atención primaria tenían restricciones para prescribir los medicamentos psicotrópicos. Se encontró que la mayoría de las clínicas de atención primaria de salud realizaron por lo menos un referido a un profesional de salud mental. Basado en los resultados de esta evaluación se reconoce que existía una necesidad de fortalecer la interacción entre los médicos de atención primaria y otros profesionales de salud mental.

Hubo diferencias en la cantidad de recursos humanos que trabajaban en los establecimientos de salud mental. La mayoría de los profesionales de la salud trabajaban en el sector privado. De todos los profesionales de la salud, los enfermeros y las enfermeras fueron el grupo más grande; a su vez, este fue el grupo de egresados universitarios más grande en el área de salud. También se encontró que existían organizaciones no inscritas jurídicamente que abogaban o velaban por los intereses de las personas con impedimentos.

En la Isla existen varios organismos de coordinación y supervisión para las campañas de educación del público y concienciación sobre salud mental y trastornos mentales. Las campañas fueron dirigidas a varios grupos poblacionales. Además, múltiples agencias gubernamentales ofrecieron apoyo a las necesidades de las personas con problemas de salud mental mediante acuerdos colaborativos. Para el 2012, en Puerto Rico, no existían disposiciones legales para que los empresarios contrataran cierto porcentaje de empleados con discapacidad. Sin embargo, si existían disposiciones que abogaban para que no se discriminara a las personas con discapacidad en el ámbito laboral.

Finalmente, en Puerto Rico no existe una lista formalmente definida de ítems de datos individuales que debían ser recopilados por todos los establecimientos de salud mental. La ASSMCA publicó un informe sobre los datos de sus usuarios de salud mental, pero estos no incluían comentarios. De las publicaciones científicas de salud en el país, el 17% fueron sobre salud mental. Estas investigaciones se enfocaron principalmente en estudios epidemiológicos en muestras de comunidad.

Introducción

El Estado Libre Asociado de Puerto Rico es un archipiélago que forma parte de las Antillas Mayores, islas ubicadas en la región del Mar Caribe y Océano Atlántico. La isla grande de Puerto Rico tiene un tamaño geográfico de cerca de 9,105 kilómetros cuadrados y es un territorio no incorporado de los Estados Unidos. La geografía en Puerto Rico se divide en 78 municipios, dos de estos son islas municipios al este de la isla grande. Como convencionalismo, todas las referencias a la Isla, se refiere a los 78 municipios. Los idiomas oficiales del país son el español y el inglés; entre sus principales grupos étnicos se encuentran: los puertorriqueños, los dominicanos, los cubanos, los mexicanos y otros grupos hispanos o latinos. El grupo religioso de mayor cantidad poblacional es el cristianismo (catolicismo y el protestantismo). El país es de un grupo de ingresos altos de acuerdo con los criterios de 2015 del Banco Mundial.

Desde mediados de la década de 2000, la población de Puerto Rico y su mediana de edad registraron una tendencia inversa; es decir, mientras la población disminuyó la mediana de edad aumentó. La población para el 2012 fue de 3,642,281 habitantes; de estos, el 19% tenía menos de 15 años y el 22% tenía más de 60 años. Para el 2012, la mediana de edad de la población fue 38 años: 36.1 en los hombres y 39.7 en las mujeres. La expectativa de vida al nacer fue de 79.4 años; 75.5 para los hombres, mientras que para las mujeres fue de 83.1. La tasa de alfabetización para la población de 18 años o más fue de 92%; 91.4% en los hombres y 92.5% en las mujeres. Según la Oficina del Censo de los Estados Unidos, el 12.4% de la población vive en zona rural y el 44.9% de la población vive bajo niveles de pobreza.

En el 2012, el sistema de salud mental de Puerto Rico era uno híbrido y fragmentado ya que tenía un componente público y uno privado. En el componente público, los servicios eran coordinados y ofrecidos por una agencia pública y por compañías privadas subcontratadas por el gobierno para brindar los servicios. Los servicios de salud mental ofrecidos a través del plan de salud del gobierno, para ese entonces conocido como Mi Salud, incluyen evaluación, cernimiento y tratamiento; servicios ambulatorios, hospitalarios, hospitalización parcial y estabilización. También ofrecen servicios de desintoxicación, ambulancia y cubierta de farmacia.

El presupuesto asignado para los servicios de salud, se basó en los presupuestos del Departamento de Salud (DS), la Administración de Seguros de Salud (ASES) y la Administración de Seguros de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). Este correspondió al 11% del PIB en términos corrientes. La inversión gubernamental per cápita en salud fue \$826.52, mientras que en salud mental fue \$74.47.

Para el 2012, el 7.2% de la población no tenía un plan médico. Por otro lado, en Puerto Rico hubo 246.8 camas de hospital en uso y 95 médicos generales por cada 100,000 habitantes. Del total de camas en uso, el 78.6% se encontraban en el sector privado. En términos de atención primaria, el 21% de los médicos generalistas trabajaban en el sector público, mientras que el 79% se encontraban en el sector privado. Finalmente, en la Isla habían 256.5 médicos especialistas, 724.9 profesionales de la enfermería y 61.8 profesionales en psicología por cada 100,000 habitantes.

RECONOCIMIENTO

Este estudio fue realizado por el equipo de trabajo del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, Kimberley Geerman, Mabel Hernández, Francisco Pesante y la Dra. Idania R. Rodríguez. El Instituto fue la entidad contratada para este fin por las Oficina de Coordinación de OPS/OMS en Puerto Rico y las oficinas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Washington DC. El apoyo técnico fue proporcionado por la Unidad Regional de Salud Mental y Programas Especializados de la OPS/OMS y el Equipo de Evidencia e Investigación de Salud Mental de la OMS en Ginebra.

La preparación de este estudio no hubiera sido posible sin la colaboración de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), el Departamento de Salud (DS), y la Administración de Seguros de Salud (ASES). La elaboración de este estudio también se ha beneficiado de la colaboración con: *APS Healthcare*, la Asociación de Hospitales, la Asociación de Psicología de Puerto Rico, la Asociación de Salud Primaria, la Asociación Puertorriqueña de Consejería Profesional, el Colegio de Médicos Cirujanos, el Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional, el Colegio de Profesionales de Trabajo Social en Puerto Rico, el Sistema Universitario Ana G. Méndez, la Universidad de Puerto Rico y la Universidad Interamericana. También nos colaboró la Administración de Seguro Social, el Consejo de Educación de Puerto Rico, la *Correctional Health Services Corporation*, el Departamento de Educación, el *First Hospital* Panamericano, el Hospital de Carolina Dr. Federico Trilla, el Hospital de Psiquiatría Dr. Ramón Fernández Marina, la Policía de Puerto Rico y la Rama Judicial. Finalmente agradecemos el apoyo brindado por Mariluz Bezares, Angelita Negrón, Myribel Santiago y Maria Muller de la ASSMCA, la Dra. Nydia Ortiz Nolasco y David Santiago de ASES, Susan Laureano y María Gracia de *APS Healthcare*, la Lcda. Rosa Hernández y Jonathan Morales del DS, Jonathan Fermín y Leira Nogué del Instituto de Estadísticas y Emma Bruno, voluntaria.

Los datos fueron recopilados en los años 2014 y 2015 y están basados en el año natural 2012, a menos que se indique lo contrario.

Dominio 1: Política y Marco Legislativo

Política, planes y legislación

Para el 2012, en Puerto Rico no existía un documento de política de salud mental. Sin embargo, Puerto Rico contaba con una legislación sobre salud mental que provee un marco de referencia para el funcionamiento del sistema. En la Ley 408 de 2000 de Salud Mental de Puerto Rico, según enmendada, se mencionan cuáles deben ser las áreas de prevención, tratamiento, recuperación, evaluación y rehabilitación de salud mental en la isla. Además, en la misma se establecen los principios básicos de los niveles de cuidado en el ofrecimiento de servicios de salud mental. Las disposiciones de la Ley 408 regulan los servicios de salud mental hasta el punto de que la calidad de los servicios se evalúa en relación a éstas. La Ley Núm. 183 del año 2008 actualiza algunos aspectos establecidos en la Ley 408, atemperándola ante algunos avances de la disciplina, el personal y los recursos dedicados a atender la población con condiciones de salud mental en sus diferentes contextos. La misma delega en la ASSMCA, como ente gubernamental, la conservación y restauración de la salud mental en Puerto Rico, así como la

prestación de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación. Esto incluye los servicios de trastornos por el uso de sustancias. La ASSMCA también funge como ente regulador mediante la otorgación de licencias de operación, registro de instituciones licenciadas y supervisión, el establecimiento de nuevos programas y reglamentos que rijan la actividad de los establecimientos dedicados a la prevención y tratamiento y rehabilitación, asignar fondos y atender querellas de los pacientes.

Al no existir un documento de política pública, no existe una lista única de medicamentos esenciales en el país. Sin embargo, cada aseguradora delinea una lista de medicamentos preferidos que su red de proveedores de salud puede prescribir. Por ejemplo, para establecer la lista de medicamentos de Mi Salud, la ASES tenía constituido un Comité de Farmacia compuesto por especialistas en medicina, farmacia y salud mental que se reunían periódicamente para revisar los formularios de medicamentos que se utilizaban. Las listas de medicamentos son sometidas ante la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico para aprobación. Entre la lista de medicamentos esenciales se encontraban los antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo y antiépilépticos.

En Puerto Rico, no existía un documento que se considerara un plan de salud mental. Sin embargo, la ASSMCA como el ente gubernamental que rige los servicios de salud mental, somete anualmente información sobre su necesidad presupuestaria, cronograma y metas ante la Oficina de Gerencia y Presupuesto. Además la ASSMCA se encuentra actualmente (año 2015) en el proceso de revisión del Reglamento 6525 de 2002, conocido como el Reglamento para la implantación de la Ley de Salud Mental de Puerto Rico. Éste dispone los principios, responsabilidades de los proveedores de servicios de salud mental en sus distintas modalidades (hospitalización, transicional, ambulatorios, menores o adultos) y la carta de derechos para los pacientes mentales (adultos y menores). Puerto Rico tampoco contaba con plan de contingencia para desastres o emergencia que permitiera establecer las acciones a seguir en este contexto.

Financiamiento de los servicios de salud mental

En el año fiscal 2011-2012, del presupuesto gubernamental aprobado al renglón de salud, el 10% de este fue dirigido al área de salud mental. Para determinar el presupuesto designado al área de salud se utilizó de base los presupuestos de las agencias ASSMCA, ASES y DS y para salud mental el presupuesto de la ASSMCA y el componente de salud mental de ASES. De todos los gastos invertidos en salud mental, el 15% fue utilizado en los hospitales psiquiátricos estatales. En esta categoría se incluye el gasto de ASES en los hospitales y el gasto de la ASSMCA para el hospital psiquiátrico estatal. Cabe destacar que se excluyeron los hospitales psiquiátricos forenses. En términos de asequibilidad de los servicios de salud mental, el 58% de la población tiene libre acceso a medicamentos psicotrópicos esenciales a través del plan de salud del gobierno Mi Salud. Para aquellas personas que pagan por sus medicamentos, el costo por día de medicamentos antipsicóticos es de \$5.12 y de medicamentos antidepresivos es de \$5.04.

En Puerto Rico, no aplica la cobertura de trastornos mentales por planes de seguro social según definidos en el OMS-IESM. En el caso del OMS-IESM, los planes de seguro social son una fuente de financiación para atender personas con problemas de salud mental al cual aportan monetariamente las personas con cierto ingreso. En Puerto Rico, al igual que en Estados Unidos,

el seguro social es un programa federal de beneficios cuyos fondos se obtienen mediante retención salarial o contribuciones para personas que trabajan por cuenta propia. Este programa ofrece beneficios a las personas de edad avanzada, sobrevivientes y con discapacidad.

GRÁFICO 1.1 GASTO EN SALUD PARA SALUD MENTAL

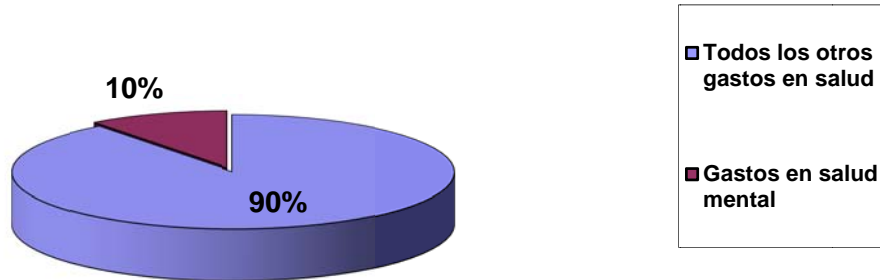
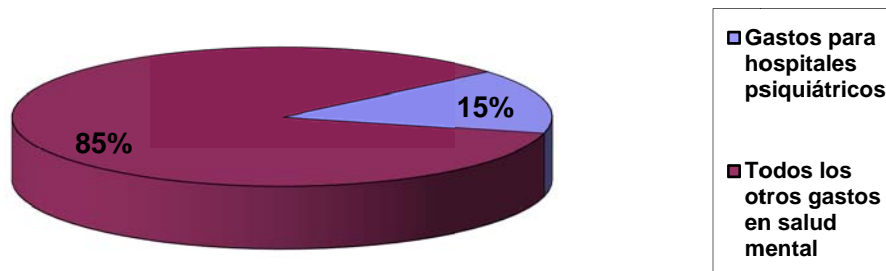


GRÁFICO 1.2 GASTO EN SALUD MENTAL PARA HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS



Políticas sobre derechos humanos

Hay distintos organismos que realizaban las funciones de vigilancia de derechos humanos. Entre estos se encuentran la ASSMCA, la Oficina del Procurador del Paciente (OPP), hoy conocida como la Oficina del Procurador de la Salud, y la Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) del DS. Estas entidades cuentan con disposiciones para atender quejas y querrelas que puedan surgir por parte de pacientes. También algunas de éstas regulan y fiscalizan la calidad en la prestación de servicios y el funcionamiento de las facilidades de salud.

Las disposiciones de la Carta de Derechos contempladas en la Ley 408-2000 y el Reglamento 7617-2008 de la OPP ha permitido que los hospitales psiquiátricos hayan recibido en el año 2012 por lo menos una revisión o inspección, para así poder garantizar la protección de los derechos

humanos de los pacientes. Por su parte, el 62% de las unidades psiquiátricas en hospitales de base comunitaria y establecimientos residenciales comunitarios recibieron al menos una revisión o inspección durante el periodo de referencia.

En términos de capacitación, el 100% del personal de los hospitales psiquiátricos y el 62% del personal de las unidades psiquiátricas de base comunitaria y establecimientos residenciales comunitarios recibieron por lo menos un día de capacitación, reunión u otro tipo de sesión de trabajo acerca de la protección de los derechos humanos de los pacientes en el año 2012.

Dominio 2: Servicios de Salud Mental

Organización de los servicios de salud mental

La ASSMCA es la autoridad nacional que proporciona asesoría al gobierno sobre políticas y legislación de salud mental. Además, para el 2012, estaba involucrada en la planificación, manejo, coordinación, supervisión y la evaluación de la calidad de servicios de salud mental a través de sus 6 regiones administrativas de salud (San Juan, Arecibo, Mayagüez, Fajardo, Ponce y Caguas). Entre los servicios de salud mental para adultos se encontraban los siguientes: 1 hospital psiquiátrico, 2 hospitales psiquiátricos forenses, 4 centros de salud mental, 2 centros de tratamiento psicosocial y los programas de hogares. A su vez, la ASSMCA ofrecía diversos servicios de salud mental dirigidos a niños y adolescentes. Entre estos se encontraban 2 residenciales con servicios por uso de sustancias y salud mental, 3 unidades de tratamiento integrados para niños, adolescentes y familias (UTAINAF), 1 clínica ambulatoria, 1 sala de emergencias, 3 centro de salud mental y 2 unidades psiquiátricas hospitalarias (una para niños y la otra para adolescentes). Es importante destacar que en uno de los centros de salud mental para niños y adolescentes se encontraban varias unidades de los servicios mencionados previamente. Durante este periodo, ASES brindó servicios en sus 8 regiones de salud a través de los grupos médicos primarios (GMPs) con el proyecto de colocación de psicólogos y trabajadores sociales 2 veces por semana. También ofreció servicios de salud mental contratados a través de APS *Healthcare*. Estos incluían los siguientes servicios: 1) evaluación, examen (cernimiento) y tratamiento a individuos, parejas, familias y grupos; 2) servicios ambulatorios con psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales; 3) servicios intensivos ambulatorios; 4) emergencia y servicios de intervención en crisis; 5) servicios de prevención y de educación secundaria; 6) tratamiento para pacientes diagnosticados con desorden de déficit de atención y 7) consulta y coordinación con otras agencias, entre otros.

Establecimientos de salud mental ambulatorios

Los datos presentados para los establecimientos de salud mental ambulatorios sólo corresponden a la población atendida con fondos públicos y provienen de los servicios facturados y pagados, los cuales no necesariamente incluyen la totalidad de los servicios brindados. Por tanto, los pacientes atendidos cuyo costo fue pagado mediante un plan privado o por cuenta propia no se contabilizaron en este análisis. Esta información de establecimientos de salud mental ambulatorios fue solicitada mediante cuestionarios electrónicos o vía telefónica, y la tasa de respuestas para éstos, fue de 0%.

ASES proveyó los servicios de salud mental mediante la subcontratación de la compañía *APS Healthcare*. Los datos provienen de los servicios facturados y pagados, los cuales no necesariamente incluyen la totalidad de los servicios brindados. Para el 2012, existían 73 establecimientos de salud mental ambulatorios disponibles en el país, de los cuales 8% estaban dirigidos a niños y adolescentes. Los establecimientos atendieron a 4,364 usuarios por cada 100,000 habitantes de la población general. Del total de usuarios atendidos en los establecimientos de salud mental ambulatorios, el 52% fueron mujeres. Por otra parte, el 29% de todos los usuarios fueron niños o adolescentes. La cantidad promedio de contactos por usuario en los establecimientos de tratamiento ambulatorio fue de 6.6.

Dentro de los usuarios atendidos en los establecimientos de salud mental ambulatorios, el 45% fueron diagnosticados principalmente con trastornos del estado del ánimo, mientras el 30% se encontraba en la categoría de “otros” trastornos mentales que excluyen aquellos por uso de sustancias psicoactivas, esquizofrenia y trastornos relacionados, trastornos neuróticos, personalidad y conducta. En Puerto Rico, para efectos de consulta médica se sigue utilizando la novena versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). Para utilizar la nomenclatura de la CIE-10 se utilizó un mapa de equivalencias (*crosswalk*) entre estos sistemas, el cual fue desarrollado por los *Centers for Medicare and Medicaid Services*.

Basado en los datos de las clínicas de *APS Healthcare* (18 de 73), el 25% de los establecimientos ambulatorios proporcionan atención de seguimiento en la comunidad. A su vez, basado en la ASSMCA, el 4% de los establecimientos tienen unidades móviles de salud mental. Se desconoce qué porcentaje de los establecimientos ambulatorios ofrecen tratamientos psicosociales como una alternativa de los tratamientos disponibles. También se desconoce qué porcentaje de los establecimientos de salud mental ambulatorios tenían por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos) disponible en el establecimiento o una farmacia cercana durante todo el año.

Establecimientos de tratamiento diurno

Según la información provista por la ASSMCA y *APS Healthcare*, existen 16 establecimientos de tratamiento diurno en el país. De estos, el 6% proveen solamente servicios a niños y adolescentes. Los establecimientos de tratamiento diurno de Puerto Rico atienden a 65.7 usuarios por cada 100,000 habitantes de la población general. Del total de los usuarios atendidos, el 54% fueron mujeres. Por otro lado, el 14% de todos los usuarios fueron niños o adolescentes. Se desconoce el promedio de días que los usuarios pasaron en establecimientos de tratamiento diurno. Sin embargo, en el establecimiento de tratamiento diurno que atiende únicamente a los niños y los adolescentes, el tratamiento mínimo es de 12 días.

Al igual que los datos de los establecimientos de salud mental ambulatorios, los datos presentados sólo corresponden a la población atendida con fondos públicos y provienen de los servicios facturados y pagados, los cuales no necesariamente incluyen la totalidad de los servicios brindados. Por tanto, los pacientes atendidos cuyo costo fue pagado mediante un plan privado o por cuenta propia no se contabilizaron en este análisis. Esto se debe a que tal

información fue solicitada mediante cuestionarios electrónicos o vía telefónica, y la tasa de respuestas para éstos fue de 0%.

Unidades psiquiátricas de base comunitaria para pacientes internos

Había 8 unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria disponibles en el país. Dos de los ocho hospitales de base comunitaria que ofrecían servicios psiquiátricos eran sede de un hospital psiquiátrico. De 262 camas autorizadas, solo habían 232 en uso; lo que representa 6.4 camas por cada 100,000 habitantes. Ninguna de estas camas era reservada para atender exclusivamente a niños y adolescentes. El 47% de las admisiones en unidades psiquiátricas de base comunitaria, fueron mujeres. Dentro de las admisiones en estos hospitales no hubo niños y adolescentes. Los dos diagnósticos principales de las admisiones en unidades psiquiátricas de base comunitaria correspondieron a trastornos del estado de ánimo afectivo con un 53% y a los trastornos mentales y de conducta debido a uso de sustancias psicoactivas con un 19%. Según mencionado anteriormente en Puerto Rico, se sigue utilizando la CIE-9 en vez de la CIE-10 por lo que se tuvo que utilizar un mapa de equivalencia.

Basado en la información obtenida, los pacientes dados de alta pasaron un promedio de 7.3 días internados en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria. Todos o casi todos (81% - 100%) los pacientes internos en unidades psiquiátricas de base comunitaria recibieron una o más intervenciones psicosociales durante el 2012. El 100% de las unidades psiquiátricas de base comunitaria tenían por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiépilépticos) disponible en el establecimiento.

Las medidas de admisiones, diagnósticos, promedio de días pacientes y las intervenciones psicosociales presentadas están basadas en 7 de 8 hospitales. Los datos de 2 de los 7 hospitales se obtuvieron mediante encuesta e incluyen a todos los pacientes atendidos. Los datos de los restantes 5 hospitales fueron provistos por *APS Healthcare* y solo incluyen los servicios facturados y pagados con el seguro de salud del gobierno, Mi Salud. Por tanto, estos valores pudiesen variar si se incluyeran la totalidad de pacientes atendidos y los datos del hospital que no fue contabilizado.

Establecimientos residenciales comunitarios

Según la SARAFS del DS existían 5 establecimientos residenciales comunitarios licenciados disponibles en el país para un total de 5.6 camas por cada 100,000 habitantes. Estos datos no incluyen los establecimientos privados que son licenciados por la ASSMCA. El 10% de las camas en establecimientos residenciales comunitarios estaban reservados para niños y adolescentes. El 31% de los usuarios atendidos en establecimientos residenciales comunitarios fueron mujeres. De todos los usuarios atendidos, el 18% fueron niños o adolescentes. La cantidad de usuarios en establecimientos residenciales comunitarios fueron 5.1 por cada 100,000 habitantes. Al 2012, la cantidad promedio de días pasados en establecimientos residenciales comunitarios fue de 640.2; lo que equivale a una estadía aproximada de 1 año y 9 meses.

Las medidas de usuarios atendidos estuvieron basadas en 2 establecimientos residenciales comunitarios administrados por la ASSMCA. No se incluyó el resto de los establecimientos licenciados por SARAFS ni la ASSMCA debido a que la información fue solicitada mediante cuestionarios electrónicos o vía telefónica, pero la tasa de respuesta fue muy baja como para ser utilizada como referencia.

Hospitales psiquiátricos

En Puerto Rico existían 6 hospitales psiquiátricos, los cuales estaban organizacionalmente integrados con establecimientos de salud mental ambulatorios. De 701 camas autorizadas para el 2012, 483 estaban en uso, para un total de 13.3 camas por cada 100,000 habitantes. El 16% de estas camas estaban reservadas para los niños y los adolescentes. El total de camas autorizadas aumentó de 581 a 701 entre el 2008 a 2012, sin embargo, la cantidad de camas en uso disminuyó un 3% durante este periodo de cinco años. Los principales grupos de diagnósticos de los pacientes admitidos en hospitales psiquiátricos fueron los trastornos del estado de ánimo afectivo con el 51% y los trastornos mentales y de conducta debido a uso de sustancias psicoactivas con el 22%. Como indicado previamente, para efectos de consulta médica se tuvo que utilizar un mapa de equivalencia ya que en Puerto Rico todavía se sigue utilizando la CIE-9 en vez de la CIE-10.

Los hospitales psiquiátricos atendieron 247.8 pacientes por cada 100,000 habitantes. El promedio de días pacientes en los 6 hospitales psiquiátricos fue de 10 días. Sin embargo, queremos resaltar que de estos, el hospital estatal tuvo una estadía promedio de 50 días ya que el gobierno acogió a los pacientes de estadía prolongada. Basado en una muestra de 2 hospitales se encontró que el 99% de los pacientes pasaron menos de un año y un 1% de los pacientes pasaron entre 1-4 años en hospitales psiquiátricos. Todos o casi todos (81% - 100%) de los pacientes recibieron una o más intervenciones psicosociales durante el 2012. El 100% de los hospitales psiquiátricos tenían por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos) disponible en el establecimiento.

Los datos de 2 hospitales se obtuvieron mediante encuesta e incluyen a todos los pacientes atendidos. Los datos de 4 hospitales fueron provistos por *APS Healthcare* y solo incluyeron los servicios facturados y pagados con el seguro de salud del gobierno. Los días pacientes de 4 hospitales se calcularon multiplicando la estadía promedio con el total de pacientes facturados y pagados *por APS Healthcare*. Por tanto, los valores pueden variar si se incluyeran todos los pacientes atendidos.

Establecimientos forenses y otros establecimientos residenciales

Además de las camas en los establecimientos de salud mental, hubo 322 camas en unidades forenses de hospitalización psiquiátrica para el 2012. También hubo 18 camas en otros establecimientos residenciales tales como hogares para personas con discapacidad intelectual (retardo mental), establecimientos de desintoxicación, hogares para indigentes, entre otros. Estos datos fueron provistos por la SARAFS y no incluyen otros establecimientos residenciales licenciados por la ASSMCA. La información de los otros establecimientos residenciales fue

solicitada mediante cuestionarios electrónicos o vía telefónica, la tasa de respuestas fue muy baja como para ser utilizada como referencia. Hubo 8.8 camas en unidades forenses de hospitalización psiquiátrica por cada 100,000 habitantes. El 100% de los pacientes en unidades forenses pasaron menos de 1 año en la misma.

Derechos humanos e igualdad

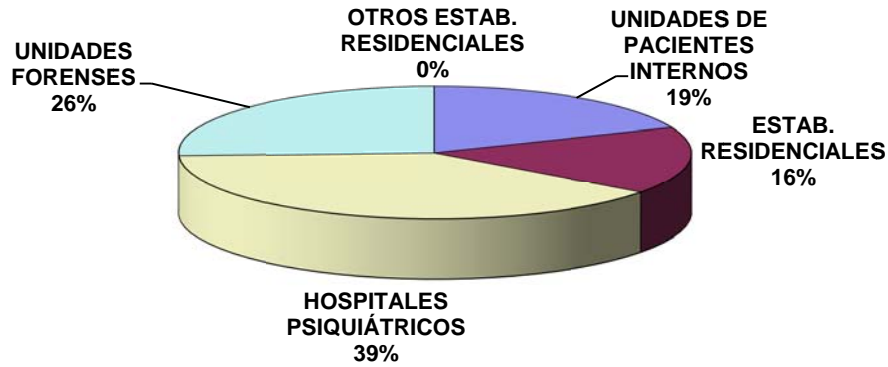
Las admisiones involuntarias en unidades psiquiátricas de base comunitaria representaron el 14% del total de admisiones; esto se basó en los datos de 7 de 8 hospitales. De estos, 2 hospitales respondieron mediante encuesta e incluyeron a todos los pacientes atendidos, mientras que los datos para los 5 hospitales restantes fueron provistos por *APS Healthcare* y solo incluyen personas atendidas con el plan de salud del gobierno. En los hospitales psiquiátricos, las admisiones involuntarias representan el 11% del total de admisiones. Estos datos se obtuvieron de un total de 6 hospitales; 1 de estos contestó vía encuesta electrónica mientras que los datos para los 5 restantes, se obtuvieron a través de *APS Healthcare* y solo incluyen datos de personas atendidas con el plan de salud del gobierno. Por tanto, estos valores pueden variar si se incluyeran todos los pacientes atendidos y los datos del hospital que no se contabilizó.

Aproximadamente entre 0 y 1 por ciento de los pacientes en unidades psiquiátricas de base comunitaria fueron restringidos o aislados por lo menos una vez en el 2012 mientras que en los hospitales psiquiátricos fue entre 2 y 5 por ciento. En las unidades psiquiátricas de base comunitaria se utilizó una muestra de 2 de 8 hospitales, tomando como referencia el 31 de diciembre. En los hospitales psiquiátricos se utilizó una muestra de 2 de 6 hospitales.

El 47% de las camas de psiquiatría en el país estaban ubicadas en o cerca de la ciudad más grande (San Juan). Poniendo esto en contexto, hubo 87.9 camas psiquiátricas por cada 100,000 habitantes de San Juan, mientras que hubo 19.6 camas psiquiátricas por cada 100,000 habitantes en Puerto Rico. Dicha distribución de camas impide el acceso a los usuarios que provienen de zonas rurales. Se desconoce si el acceso a los servicios de salud mental para usuarios minoritarios, es un problema en el país. No obstante, si utilizamos de ejemplo la proporción de pacientes por raza y origen étnico de los servicios ofrecidos por la ASSMCA, encontramos que estos están significativamente sub-representados en el uso de los servicios ambulatorios. Lo anterior es en base a la proporción al tamaño relativo de su población.

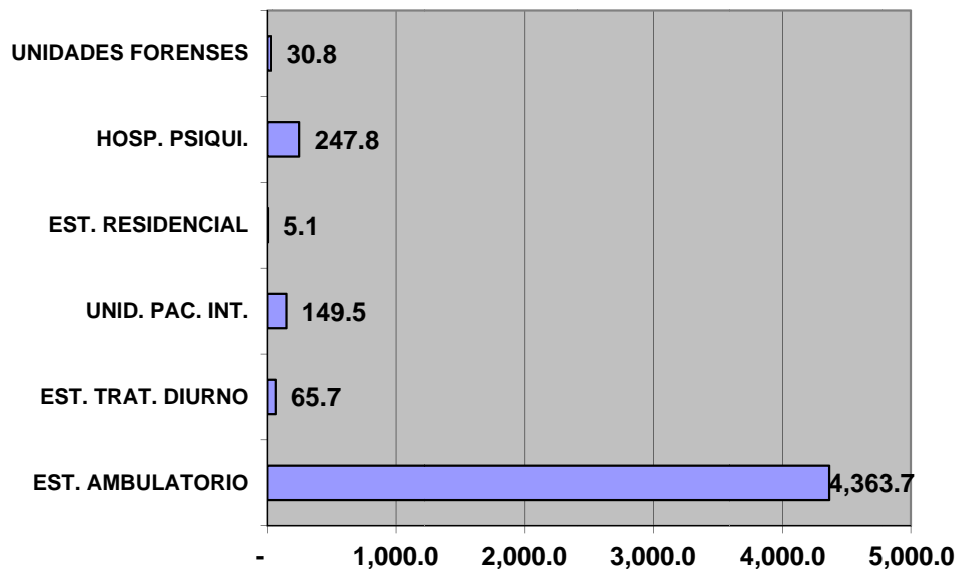
Cuadros de Resumen

GRÁFICO 2.1 - CAMAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL Y OTROS ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES



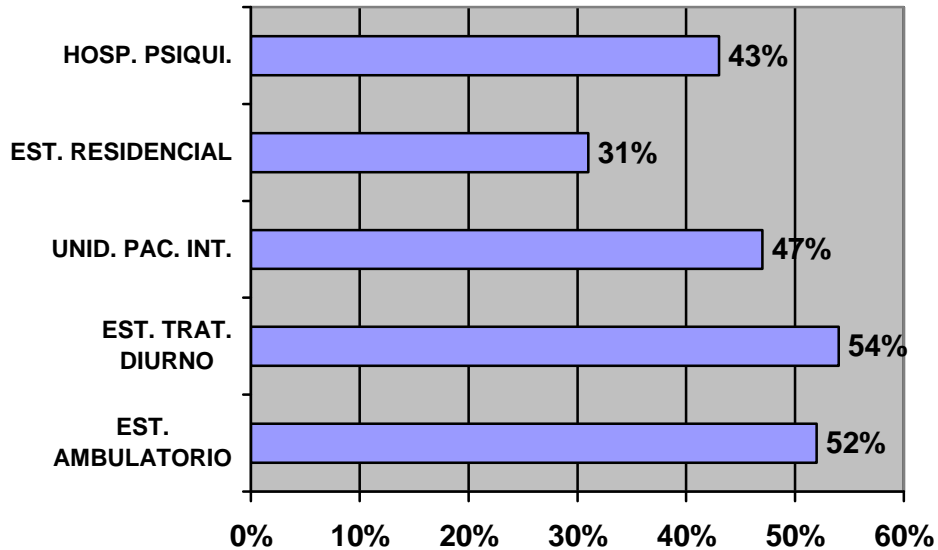
La mayoría de las camas en el país son proporcionadas por los hospitales psiquiátricos, seguido de las unidades forenses.

GRÁFICO 2.2 - PACIENTES ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL (tasa por 100.000 habitantes)



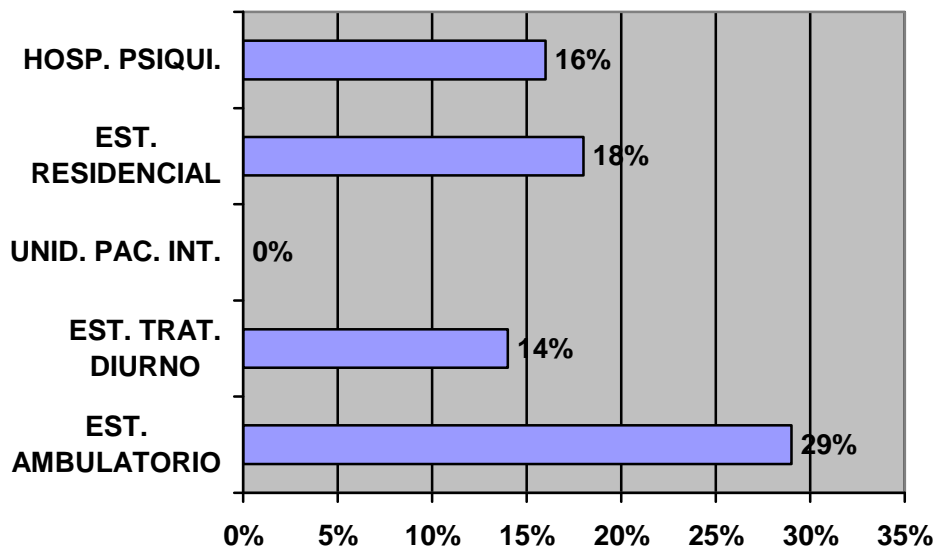
La mayoría de los usuarios son atendidos en establecimientos ambulatorios y en hospitales psiquiátricos. Por ende, la tasa de usuarios atendidos en establecimientos de tratamiento diurno, establecimientos residenciales y unidades forenses es menor.

GRÁFICO 2.3 - PORCENTAJES DE USUARIOS DE SEXO FEMENINO ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL



Los usuarios de sexo femenino representan el 51.1% de la población en todos los establecimientos de salud mental en el país. La proporción de usuarios de sexo femenino es más alta en las unidades de tratamiento diurno y los establecimientos ambulatorios. La proporción es más baja en hospitales psiquiátricos y establecimientos residenciales.

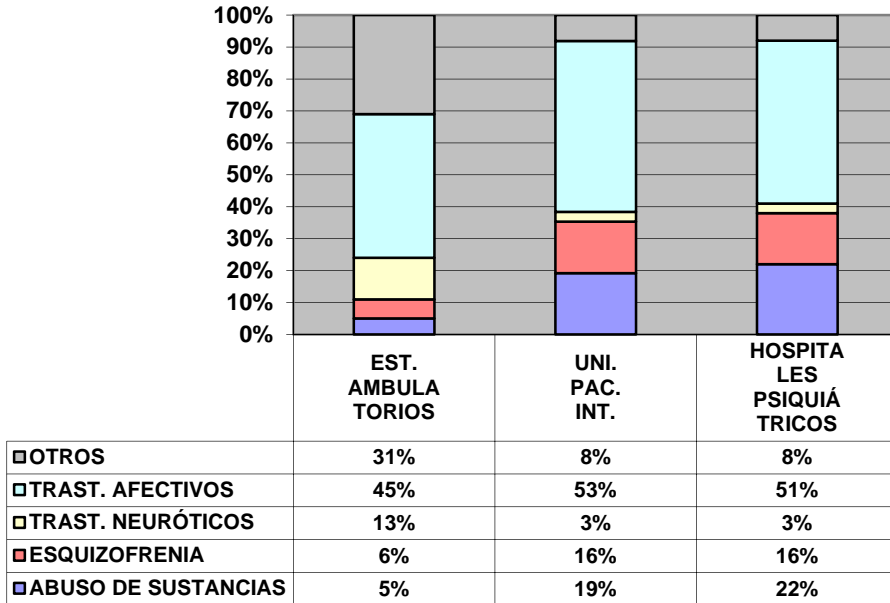
GRÁFICO 2.4 - PORCENTAJES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL



Existe variabilidad en el porcentaje de usuarios que son niños y adolescentes de un establecimiento a otro. No obstante, entre algunos establecimientos, estos porcentajes son

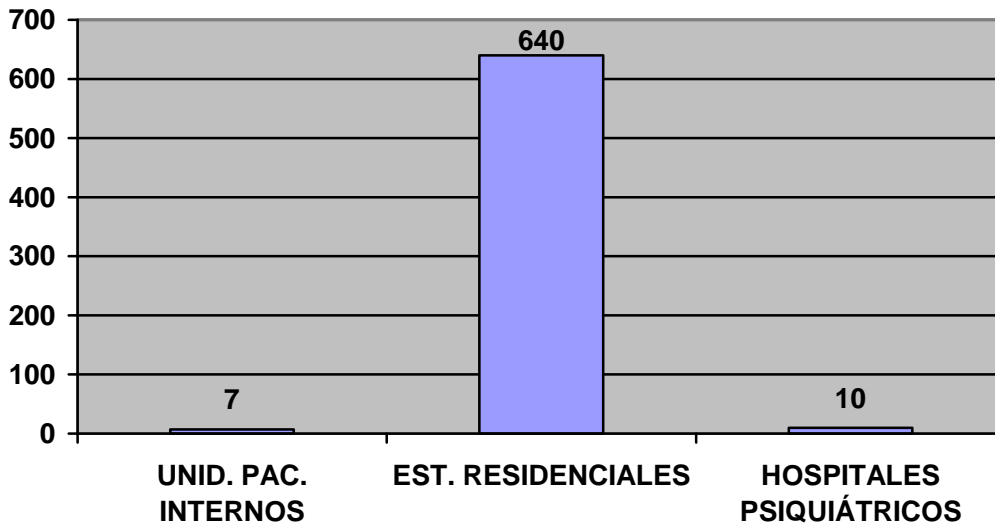
similares. Las diferencias más marcadas se encuentran en los establecimientos ambulatorios, quienes atienden el porcentaje mayor de niños y adolescentes. Por el contrario, en las unidades de pacientes internos (unidades en hospitales de base comunitaria) no se atiende esta población.

GRÁFICO 2.5 - PACIENTES ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL SEGÚN EL DIAGNÓSTICO



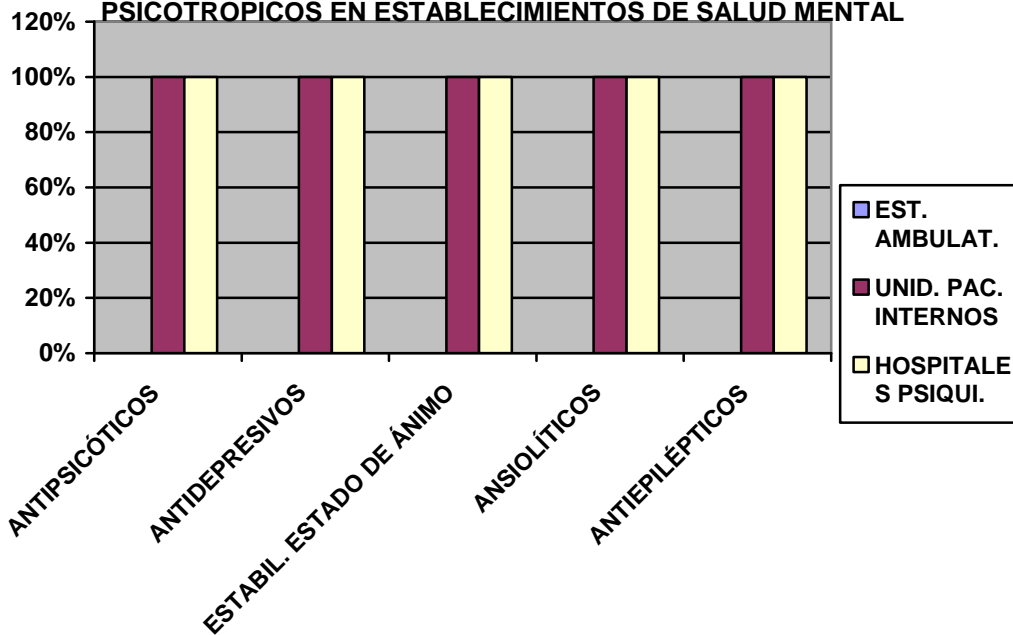
Aunque la distribución de los diagnósticos varía de acuerdo al establecimiento, los trastornos afectivos son más prevalentes en todos los establecimientos. En las unidades de pacientes internos (hospitales de base comunitaria) y hospitales psiquiátricos, los trastornos mentales por abuso de sustancias son el segundo diagnóstico de mayor prevalencia. Finalmente, en los establecimientos ambulatorios los diagnósticos categorizados como “otros” son el segundo diagnóstico más frecuente.

GRÁFICO 2.6 - TIEMPO DE ESTADÍA PROMEDIO EN ESTABLECIMIENTOS PARA PACIENTES INTERNOS



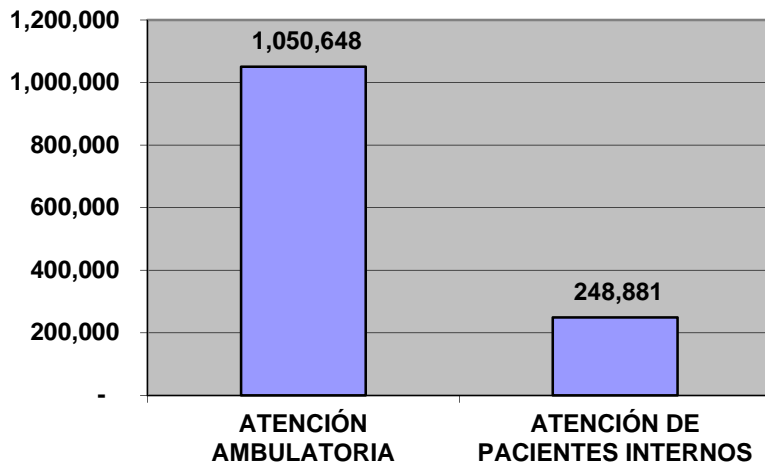
El período de estadía más largo fue para los usuarios está en los establecimientos residenciales comunitarios, seguido de los hospitales psiquiátricos y luego las unidades de pacientes internos (hospitales de base comunitaria).

GRÁFICO 2.7 - DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL



Los medicamentos psicotrópicos están disponibles en los hospitales psiquiátricos y en las unidades de pacientes internos (hospitales de base comunitaria). Se desconoce la disponibilidad de los mismos en los establecimientos ambulatorios.

GRÁFICO 2.8 ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS VERSUS ATENCIÓN AMBULATORIA



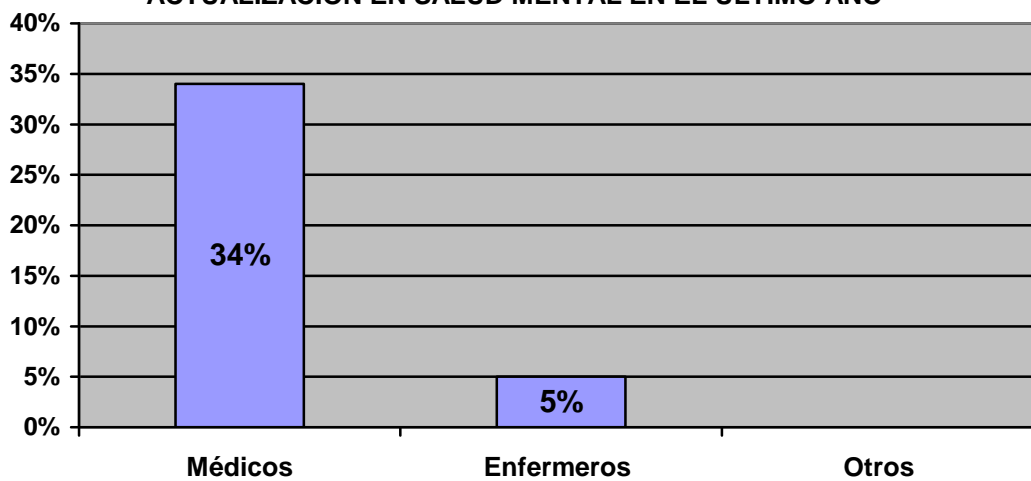
La relación entre los contactos de atención ambulatoria y días pasados en todos los establecimientos para pacientes internos (hospitales psiquiátricos, establecimientos residenciales y hospitales de base comunitaria) es un indicador de la medida de la atención comunitaria: en este país la relación es de 4:1.

DOMINIO 3: SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Capacitación en atención de salud mental para el personal de atención primaria

El 17% de la capacitación para doctores en medicina estuvo dedicado a salud mental en comparación con el 5% para los enfermeros. El porcentaje de la capacitación a doctores está basado en la capacitación brindada por la escuela de medicina del país, que es 1 de 4 escuelas de medicina en Puerto Rico; el resto de las escuelas de medicina son privadas. El porcentaje de capacitación a enfermeros, está basado en el promedio de diez escuelas a nivel de bachillerato mientras que el porcentaje que corresponde a la capacitación de personal de atención de la salud primaria que no es médico ni enfermero, no está disponible. En términos de capacitación de actualización, el 34% de los médicos indicaron que tuvieron por lo menos 2 días de actualización en temas de psiquiatría y salud mental, esto basado en una muestra no representativa de 14 médicos de un total de 41. Sin embargo, la legislación en Puerto Rico establece que todo médico debe contar con una licencia para ejercer y debe recertificarse cada 3 años, lo que implica que debe cumplir con todas las actualizaciones requeridas. El porcentaje de enfermeros y personal de atención primaria de la salud que no es médico ni enfermero que ha recibido capacitación de actualización se desconoce. No obstante, la ley en Puerto Rico requiere la renovación periódica de las licencias para poder ejercer la práctica de la profesión; dicho proceso requiere una cantidad de actualizaciones como requisito.

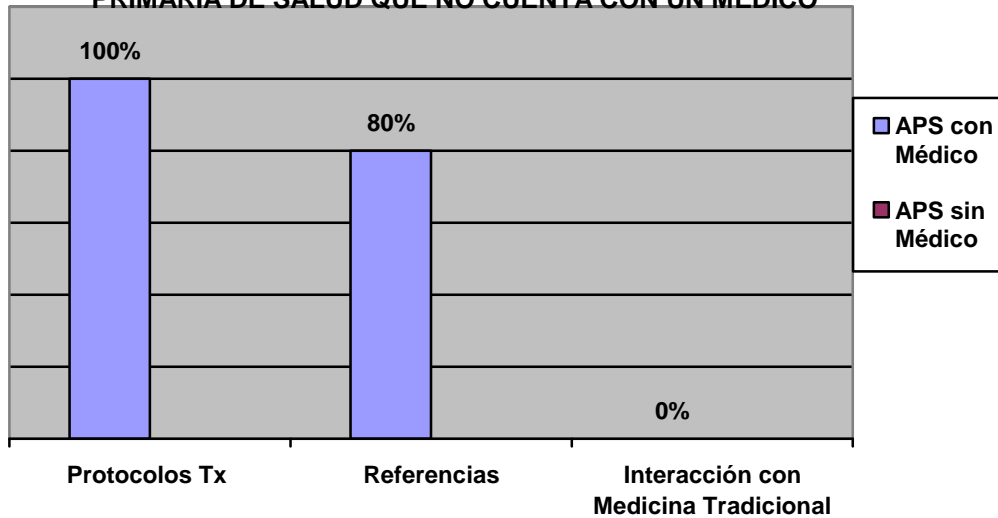
GRÁFICO 3.1 - % DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CON POR LO MENOS 2 DÍAS DE CAPACITACIÓN EN ACTUALIZACIÓN EN SALUD MENTAL EN EL ÚLTIMO AÑO



Salud mental en la atención primaria de salud

En el país, todas las clínicas de atención primaria de salud cuentan con un médico ya que la Ley Núm. 139 de 2008, según enmendada, conocida como la “Ley de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica”, regula, entre otras cosas, la práctica de la medicina en Puerto Rico. Bajo esta Ley, la práctica de la medicina incluye, entre otras cosas, brindar servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento a las personas. Estas actividades solo pueden ser realizadas por un profesional licenciado en medicina. Cuando evaluamos las clínicas de atención primaria de salud que cuentan con un médico, todas o casi todas (entre 81-100%) tienen protocolos de evaluación y tratamiento disponibles para condiciones claves de salud mental. La mayoría (entre 51- 80%) de las clínicas de atención primaria de salud que cuentan con un médico realizan en promedio por lo menos un referido a un profesional de salud mental. Con respecto a la interacción profesional entre el personal de atención primaria de salud y otros proveedores de atención de salud, algunos (entre 21-50%) de los médicos de atención primaria han interactuado con un profesional de salud mental por lo menos una vez durante el 2012. A su vez, ninguno de los establecimientos de atención primaria de salud que cuentan con un médico han tenido interacción con un médico complementario / alternativo / tradicional. Es importante destacar que este tipo de profesional no está incluido como proveedor de servicios dentro de la cubierta del plan de salud del gobierno Mi Salud. Los datos ofrecidos fueron basados en una muestra de médicos que completaron un cuestionario.

GRÁFICO 3.2 - COMPARACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) QUE CUENTA CON UN MÉDICO Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD QUE NO CUENTA CON UN MÉDICO



Prescripción en la atención primaria de salud

En Puerto Rico, no se permite prescribir medicamentos psicotrópicos bajo ninguna circunstancia a las enfermeras ni a los trabajadores de atención primaria de salud no médicos / no enfermero. Basado en la Ley 139-2008, según enmendada, solo los médicos licenciados pueden prescribir medicamentos. Sin embargo, los médicos de atención primaria de salud tienen restricciones para prescribir los medicamentos psicotrópicos. Lo anterior debido a que los planes médicos tienden a incluir estas restricciones en los servicios contractuales con los médicos e incluyen listas preferidas de medicamentos. En el caso del plan médico Mi Salud, existe una guía de medicamentos (*Preferred Drug List*) para los profesionales de la salud física y otra guía de medicamentos para los profesionales de la salud mental. En la guía de medicamentos para los profesionales de salud física se limita el tipo de medicamentos de salud mental que este profesional puede recetar. Con respecto a la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, algunas (entre el 21-50%) de las clínicas de atención primaria de salud que cuentan con un médico tienen por lo menos un medicamento psicotrópico de cada categoría terapéutica (antipsicótico, antidepresivo, estabilizador del estado de ánimo, ansiolítico y antiepiléptico) en el centro o en una farmacia cercana al centro o grupo primario.

DOMINIO 4: RECURSOS HUMANOS

Cantidad de recursos humanos en atención de salud mental

La cantidad total de recursos humanos que trabajaban en establecimientos de salud mental o práctica privada por cada 100,000 habitantes fue de 1,324.9. El desglose de acuerdo con la profesión fue el siguiente: 12.3 psiquiatra, 256.5 otros médicos (no especializados en psiquiatría), 724.9 enfermeros, 61.8 psicólogos, 193.9 trabajadores sociales, 24.2 terapeutas ocupacionales y 51.2 otro profesional de la salud o la salud mental (incluyendo personal auxiliar,

personal de atención primaria de salud que no es médico, asistentes de salud, asistentes médicos, consejeros psicosociales profesionales y para profesionales). La cantidad de psiquiatras y otros médicos activos está basada en datos preliminares del trienio 2010-2013. Mientras, que la cantidad de enfermeros, terapistas ocupacionales (incluye asistentes de terapia ocupacional y maestría en terapia ocupacional), y otros profesionales de la salud o la salud mental (incluye consejeros profesionales y consejeros en rehabilitación vocacional) activos, son datos del trienio 2007-2010. En la categoría de otros profesionales de salud o salud mental no se incluye asistentes de médicos ya que en Puerto Rico no existe ese tipo de profesional. La cantidad de psicólogos en establecimientos de salud mental se calculó aplicando la proporción de psicólogos activos del trienio 2007-2010 a la cantidad de profesionales con licencias activas en la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico. Por otro lado, la cantidad de trabajadores sociales está basada en los colegiados activos del Colegio de Trabajo Social aunque no necesariamente estén ejerciendo la profesión.

En Puerto Rico, el DS solo clasifica el lugar de trabajo de los profesionales de salud bajo las siguientes categorías: público, privado individual, práctica privada, sector privado, trabajo voluntario y sin determinar; este último no fue utilizado. Según los datos preliminares del trienio 2010-2013, el 23% de los psiquiatras trabajan en el sector público de salud, el 60% trabaja para ONGs, establecimientos de salud con fines de lucro y práctica privada y el 16% trabajan tanto para el sector público como el privado. El 30% de los psicólogos, enfermeros y terapistas ocupacionales trabajan en el sector público, el 15% de estos en ONGs, establecimientos de salud del gobierno y práctica privada y el 55% trabajan para ambos sectores. Usando las definiciones de sectores de trabajo del DS, el sector público se refiere a todos los establecimientos de salud del gobierno. Se incluyó en la categoría de trabajo de ONGs, establecimientos de salud con fines de lucro y práctica privada a todos los profesionales que el DS incluyó bajo la práctica privada individual, la práctica privada y el trabajo voluntario. Finalmente, se incluyó a los profesionales que trabajan en el sector público y privado a aquellos que el DS catalogó como el sector privado, ya que en este trabajan profesionales que se desempeñan principalmente en instalaciones privadas, pero no exclusivamente en estas.

La información relacionada al personal que trabajaba en los establecimientos de salud mental ambulatorio se basó en una muestra no representativa de 18 de 73 clínicas ambulatorias de salud mental que existen en Puerto Rico. De los 8 hospitales de base comunitaria que existen en Puerto Rico, sólo 2 hospitales suministraron datos para la cantidad de enfermeros y otros profesionales de la salud, mientras que 3 hospitales suministraron datos para la cantidad de psiquiatras, otros médicos y psicólogos, trabajadores sociales y terapistas ocupacionales. Por otro lado, de los 6 hospitales psiquiátricos en Puerto Rico, sólo 3 hospitales suministraron datos acerca del personal que trabaja en los mismos.

Los siguientes datos presentan un sub-registro del personal que trabajaba en estos establecimientos. En relación con el lugar de trabajo, 54 psiquiatras trabajan en establecimientos ambulatorios, 19 en unidades psiquiátricas de base comunitaria y 70 en hospitales psiquiátricos. En cuanto a los otros médicos, no especializados en salud mental, 37 trabajan en establecimientos ambulatorios, 11 en unidades psiquiátricas de base comunitaria y 33 en hospitales psiquiátricos. En relación con los enfermeros, 18 trabajan en establecimientos ambulatorios, 50 en unidades psiquiátricas de base comunitaria y 319 en hospitales psiquiátricos.

En relación con los psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, 99 en establecimientos ambulatorios, 25 en unidades psiquiátricas de base comunitaria y 84 en hospitales psiquiátricos. En relación con otro personal de salud o salud mental 8 trabajan en establecimientos ambulatorios, 55 en unidades psiquiátricas de base comunitaria y 201 en hospitales psiquiátricos. En términos de dotación de personal en establecimientos de salud mental, existen 0.08 psiquiatras por cama en unidades psiquiátricas de base comunitaria, en comparación con 0.14 psiquiatras por cama en hospitales psiquiátricos. Con respecto a los enfermeros, existen 0.22 enfermeros por cama en unidades psiquiátricas de base comunitaria, en comparación con 0.66 por cama en hospitales psiquiátricos. Por último, para otro personal de salud mental (por ejemplo, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, otro personal de salud o salud mental), existen 0.34 por cama para unidades psiquiátricas de base comunitaria y 0.59 por cama en hospitales psiquiátricos.

La distribución de los recursos humanos entre áreas urbanas y rurales es desigual según la definición que establece la Oficina del Censo de los Estados Unidos. En San Juan (que constituye la ciudad más grande de Puerto Rico) la tasa de psiquiatras en establecimientos de salud mental es de 10.52 por cada 100,000 habitantes, mientras que en el total de la isla esta tasa es de 3.32. La proporción entre las tasas antes mencionadas es de 3.17. Se desconoce las tasas de enfermeros que trabajan en establecimientos de salud mental en San Juan y el total de la isla.

GRÁFICO 4.1 - RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL
(tasa por 100.000 habitantes)

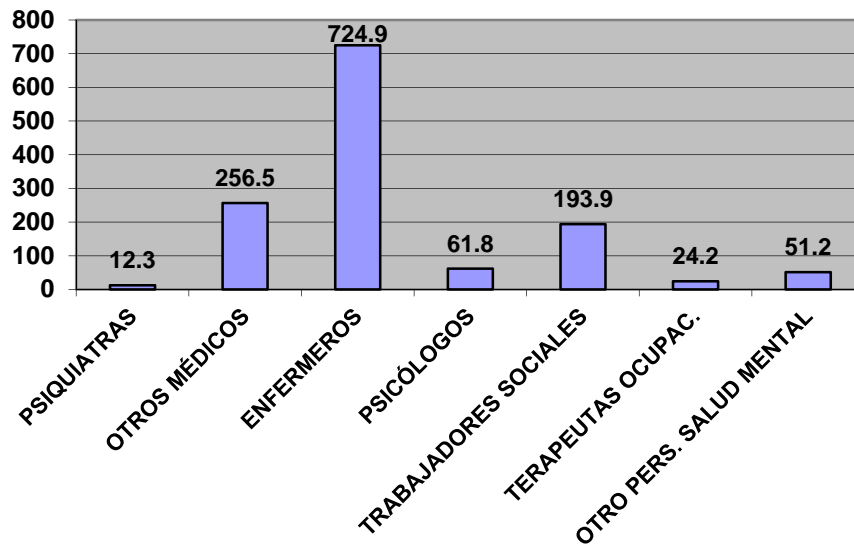


GRÁFICO 4.2 - PERSONAL QUE TRABAJA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL
(porcentaje en la gráfica, número en la tabla)

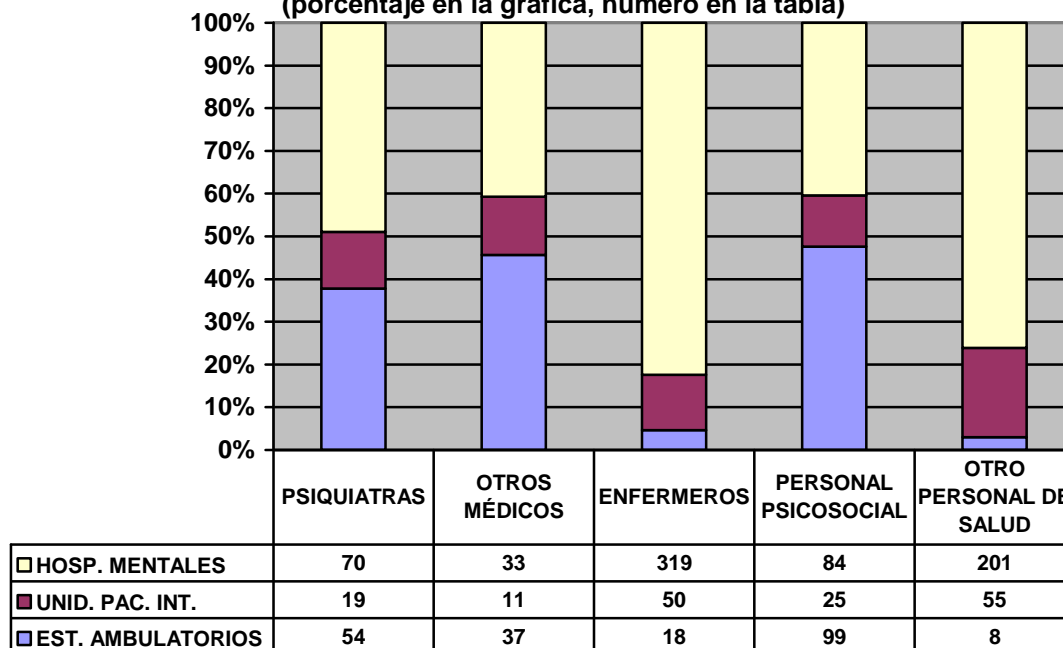
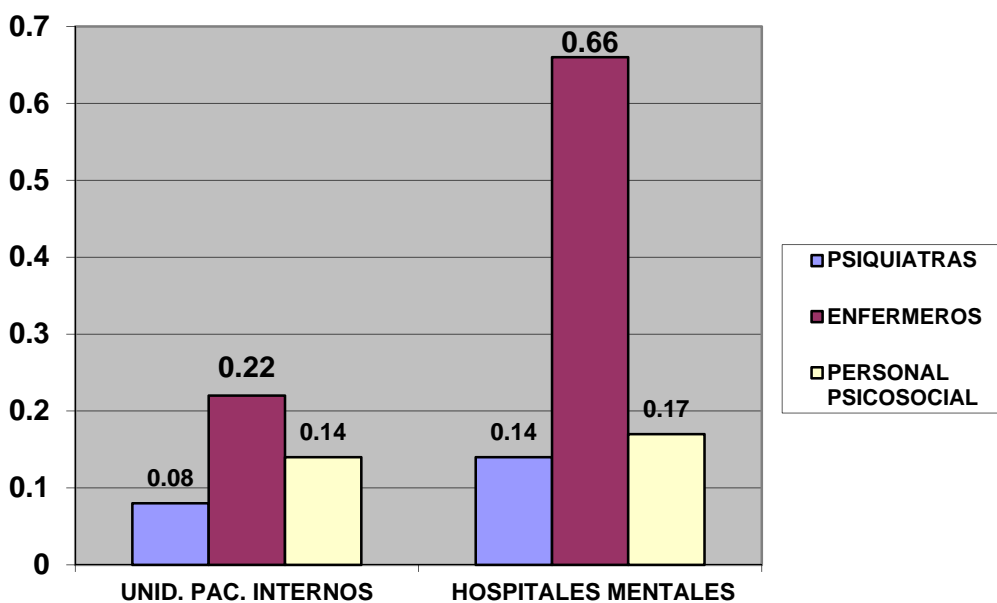


GRÁFICO 4.3 - RELACIÓN ENTRE RECURSOS HUMANOS Y CAMAS

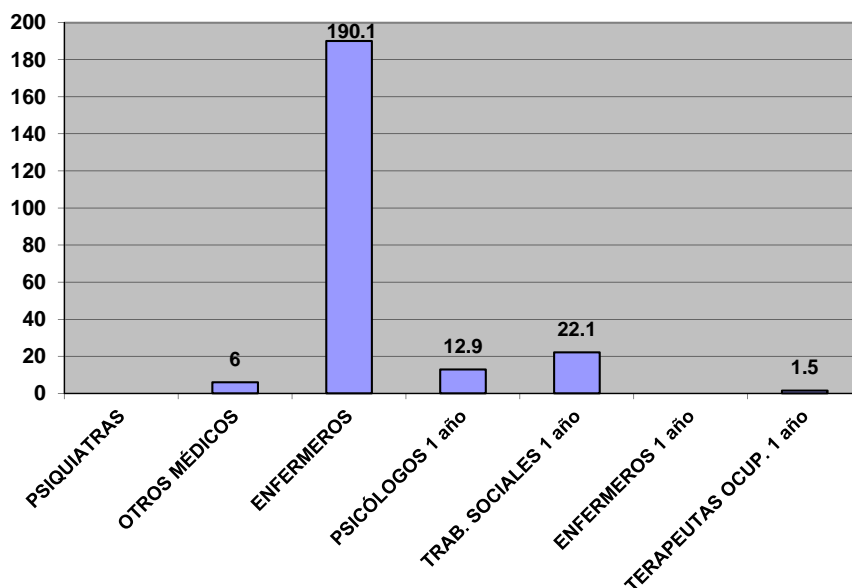


Capacitación de profesionales en salud mental

Basado en los datos del *Integrated Postsecondary Education Data System (IPEDS)*, la cantidad de profesionales graduados en el 2012 en instituciones académicas y educativas por cada 100,000 habitantes fue la siguiente: 6.0 otros médicos no especializados en psiquiatría, 190.1

enfermeros con grado menor a maestría, 12.9 psicólogos con estudios a nivel de maestría y doctorado, 22.1 trabajadores sociales y 1.5 terapeutas ocupacionales. Se desconoce si las personas que se graduaron de trabajo social y terapia ocupacional tenían por lo menos un año de formación en atención de salud mental. También se desconoce el porcentaje de psiquiatras que emigran a otros países dentro de los cinco años siguientes a la finalización de su capacitación. En cuanto a la capacitación de los profesionales de la salud, la legislación en Puerto Rico establece que todo médico debe contar con licencia y debe recertificarse cada 3 años. Esto implica que debe cumplir con todas las actualizaciones requeridas por el gobierno. El porcentaje de enfermeros y personal de atención primaria de la salud que no es médico ni enfermero que ha recibido capacitación de actualización se desconoce. No obstante, la ley en Puerto Rico requiere la renovación periódica de las licencias para poder ejercer la práctica de la profesión; dicho proceso requiere una cantidad de actualizaciones como requisito.

GRÁFICO 4.4 - PROFESIONALES GRADUADOS EN SALUD MENTAL (tasa por 100.000 habitantes)



Asociaciones de usuarios y familiares

Luego de la revisión de los bancos de datos de las organizaciones o asociaciones inscritas ante las autoridades gubernamentales, no se logró contacto con aquellas que por su descripción se alineaban a lo que podía constituir asociaciones de usuarios o consumidores. De igual manera, tampoco se logró contacto con asociaciones de familiares de usuarios o consumidores. No obstante, existen organizaciones no inscritas jurídicamente que abogan o velan por los intereses de las personas con impedimentos. El gobierno proporciona apoyo económico tanto a las asociaciones de usuarios como a las de familiares por medio de campañas de prevención y promoción de la salud y servicios de alcance y apoyo comunitario bajo la ASSMCA. La dificultad enfrentada para contactar tanto a las asociaciones de usuarios como de familiares no nos permitió conocer su nivel de vínculo en la formulación o implementación de políticas, planes

o legislación sobre salud mental en los últimos dos años. De igual manera, no contamos con la información para identificar la interacción habida entre los establecimientos de salud mental y las asociaciones de usuarios o familiares. Las ONGs que por su naturaleza fueron contactadas, informaron que no ofrecen servicios de asistencia individual tales como consejería, vivienda o grupos de apoyo a la población de salud mental. Ya muchos de estos servicios son ofrecidos por instituciones gubernamentales o establecimientos residenciales, en sus diferentes modalidades.

DOMINIO 5: EDUCACIÓN DEL PÚBLICO Y VÍNCULOS CON OTROS SECTORES

Campañas de educación del público y concientización sobre salud mental

Existen varios organismos de coordinación y supervisión para las campañas de educación del público y concientización sobre salud mental y trastornos mentales. Entidades gubernamentales como la ASSMCA, el DS y ASES, al igual que otros organismos como la Asociación de Salud Primaria, la Asociación de Hospitales, la Asociación Puertorriqueña de Consejería Profesional, el Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional, el Colegio de Profesionales de Trabajo Social en Puerto Rico, la Asociación de Psicología de Puerto Rico y *APS Healthcare*, entre otras, han realizado campañas de educación y concientización al público en el periodo de 2008 a 2012. Estas campañas han estado dirigidas a los siguientes grupos: la población general, niños, adolescentes, mujeres, supervivientes de traumas y otros grupos vulnerables o minorías. Sin embargo, se desconoce si alguna de las campañas realizadas durante el 2008 al 2012 fue exclusivamente dirigida a los grupos étnicos. Además, se han realizado campañas de educación y concientización dirigidas a diversos grupos profesionales tales como: los proveedores de atención de salud, sectores complementarios, maestros, personal de servicios sociales, líderes y políticos, así como otros grupos profesionales vinculados al sector de salud.

Disposiciones legislativas y financieras para personas con trastornos mentales

En Puerto Rico no existían disposiciones relativas a la obligación legal para que los empresarios contrataran cierto porcentaje de empleados con discapacidad. En cuanto a disposiciones legislativas contra la discriminación laboral, el título I y el V de la Ley Estadounidense sobre Discapacidad (*American Disability Act*) de 1990 y sus enmiendas, protegen contra el discrimen en la contratación a aquellos individuos con discapacidades físicas o mentales. También existen la Ley de Vivienda Equitativa y la Ley de Rehabilitación de 1973 - sección 504 – las cuales que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidad en programas subvencionados con fondos federales, Sin embargo, estas legislaciones no cuentan con disposiciones específicas para dar prioridad a personas con trastornos mentales en algunas de sus modalidades.

Vínculos con otros sectores

Múltiples agencias gubernamentales ofrecieron apoyo a las necesidades de las personas con problemas de salud mental mediante acuerdos colaborativos en los siguientes renglones: 1) atención de salud primaria (Cuerpo de Emergencias y DS), 2) VIH/SIDA (DS), 3) salud reproductiva (DS), 4) salud de niños y adolescentes (DS), 5) abusos de sustancias (ASSMCA), 6)

protección infantil (Departamento de Familia), 7) educación (Departamento de Educación), 8) vivienda (Departamento de Vivienda), 9) asistencia social (Departamento de la Vivienda y Departamento de la Familia) y 10) ancianos (Oficina del Procurador de las Personas Pensionadas y de la Tercera Edad). Algunas agencias colaboran entre sí en el ofrecimiento de servicios para garantizar el desarrollo integral de poblaciones específicas por ejemplo, edad avanzada. Sin embargo, no se identificaron programas en los renglones de empleo y justicia criminal.

En términos de apoyo a la salud del niño y adolescente, según el Departamento de Educación, el 100% de escuelas primarias y secundarias tienen un trabajador social a medio tiempo o a tiempo completo. Por otro lado, algunas escuelas secundarias (entre el 21% al 50%) realizan actividades en la escuela para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales. En relación con las actividades de salud mental en el sistema de justicia penal, todas o casi todas las cárceles (entre el 81% al 100%) tienen por lo menos un preso por mes en contacto de tratamiento con un profesional de salud mental. El porcentaje de presos con psicosis se encuentra entre 11% y 15% de la población del sistema carcelario en Puerto Rico. Se desconoce el porcentaje correspondiente a retardo mental en la población correccional. Con respecto a la capacitación, muchos de los miembros de la policía (entre 51% a 80%) participaron en actividades educativas sobre salud mental en el periodo de 2008 al 2012. Por su parte, algunos jueces y abogados (entre 21% a 50%) han participado de este tipo de actividades. Ninguno de los establecimientos de salud mental proveyó acceso a los usuarios que padecen trastornos graves, a programas que le provean empleo fuera del establecimiento. Por último, 48% de personas que reciben beneficios de asistencia social, por concepto de discapacidad a través de la Administración de Seguro Social de los Estados Unidos, los reciben debido a que padecen de alguna discapacidad mental.

DOMINIO 6: MONITOREO E INVESTIGACIÓN

En Puerto Rico no existe una lista formalmente definida de ítems de datos individuales que deben ser recopilados por todos los establecimientos de salud mental. Según se muestra en la tabla 6.1, la medida de la recopilación de datos es consistente entre los establecimientos de salud mental. ASES obtuvo datos del 100% de los hospitales psiquiátricos, unidades psiquiátricas de base comunitaria para pacientes internos y de los establecimientos de salud mental ambulatorios identificados. No obstante, estos datos sólo corresponden a los servicios facturados y pagados de las personas con el plan de salud del gobierno Mi Salud. La ASSMCA solo recibe datos de los pacientes atendidos en sus establecimientos y unidades de servicios. Basados en estos datos, la ASSMCA, mediante la Administración de Servicios de Uso de Sustancias y Salud Mental de Estados Unidos (SAMHSA, en inglés) publicó un informe sobre los mismos, pero estos no incluyen comentarios. Los datos publicados a través de SAMHSA no incluyen los datos de ASES ni de las aseguradoras privadas. ASES no publicó ningún informe sobre los datos transmitidos a ellos.

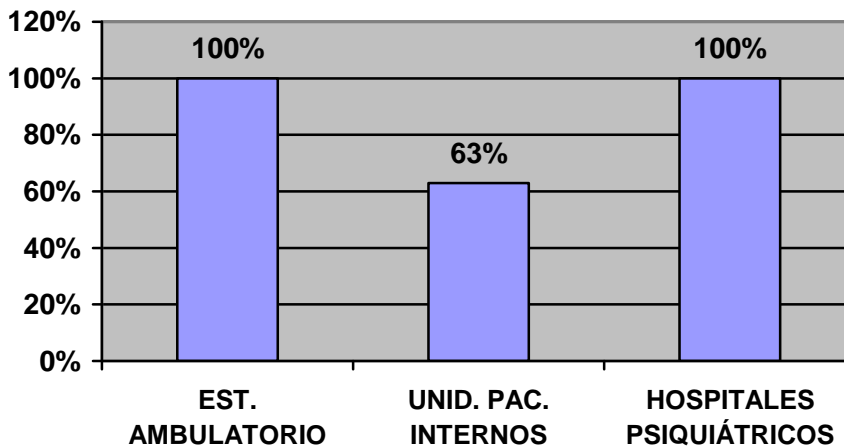
En términos de investigación, el 17% de todas las publicaciones de salud en el país fueron sobre salud mental. Este porcentaje está basado en aquellas publicaciones de libre acceso en la base de datos Pub Med. El 64.8 % de las investigaciones se enfocaron en estudios epidemiológicos en muestras de comunidad, el 16.2% en estudios epidemiológicos en muestras clínicas y el 11.4% en estudios no epidemiológicos clínicos o cuestionario de trastornos mentales. Además el 2.9% se enfocó en temas relacionados a la biología y la genética y el 1.9% en intervenciones

psicosociales o psicoterapéuticas. Por último, el 1.9% abordó temas relacionados a la investigación de servicios y el 0.9% en políticas, programas, financiación o economía.

Tabla 6.1 - Porcentaje de establecimientos de salud mental que recopilan y compilan datos según el tipo de información

	HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS	UNIDADES PARA PACIENTES INTERNOS	ESTABLECIMIENTOS AMBULATORIOS
N° de camas	100%	100%	-----
N° de admisiones de pacientes internos/usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios	100%	100%	100%
N° de días transcurridos/contac tos del usuario en estab. ambulatorios	100%	100%	100%
N° de admisiones involuntarias	100%	100%	-----
N° de usuarios restringidos	67%	100%	-----
Diagnósticos	100%	100%	100%

GRÁFICO 6.1 - PORCENTAJES DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL QUE TRANSMITEN DATOS AL DEPARTAMENTO DE SALUD



Limitaciones para la recolección de datos

El sistema de salud mental de Puerto Rico es uno complejo y fragmentado que comprende un conglomerado de agencias públicas y privadas, por lo que se requiere de la colaboración de diversos sectores para recopilar la información necesaria. Lo anterior se debe a diversos factores. Primero, las bases de datos administrativas no suelen ser útiles para este proyecto ya que no contienen la información requerida en el IESM-OMS. Segundo, la mayoría de los conceptos utilizados en el IESM-OMS no son de uso común en Puerto Rico, por lo que fue necesario atemperar los mismos al lenguaje médico utilizado en la isla. Tercero, como resultado, se desarrollaron 19 cuestionarios, tanto en papel como en línea, para los siguientes: (1) hospitales psiquiátricos, (2) hospitales de base comunitaria, (3) establecimientos residenciales, (4) otros establecimientos residenciales, (5) establecimientos de salud ambulatorios, (6) grupos de atención primaria, (7) los médicos de atención primaria, (8) los psiquiatras, (9) profesionales de la enfermería, (10) otros profesionales de la salud [consejeros, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales], (11) programas académicos de medicina, (12) programas académicos de psiquiatría, (13) programas académicos de trabajo social, (14) programas académicos de consejería, (15) programa académico de terapeutas ocupacionales, (16) programas académicos de enfermería, (17) programa académico de psicología, (18) organizaciones no gubernamentales, (19) proyectos de investigación. Aunque se logró contactar a la mayoría de los grupos, la respuesta de algunos de estos fue mínima.

Fortalezas, deficiencias, oportunidades y diseminación

Al analizar el sistema de salud mental, utilizando los dominios del IESM-OMS, se pueden identificar fortalezas y deficiencias. El sistema de salud mental de Puerto Rico ha logrado desarrollar una red de establecimientos de salud mental a todos los niveles de cuidado. No obstante, es necesario explorar si la cantidad de establecimientos y profesionales son suficientes para atender las necesidades de servicio de salud mental en esta población. También hay que explorar si los servicios son accesibles a las poblaciones de mayor necesidad. En Puerto Rico hay una mayor cantidad de hospitales de base comunitaria con unidades psiquiátricas que hospitales psiquiátricos. Sin embargo, al evaluar las camas en uso, hay una proporción mayor de camas en los hospitales psiquiátricos. De otro lado, al comparar la atención en salud en los hospitales psiquiátricos y los establecimientos de tratamiento ambulatorio, se observa que hay un mayor número de pacientes en el segundo. Esto es algo positivo ya que implica un movimiento a los nuevos paradigmas de tratamiento, en los que se utilizan los modelos menos restrictivos de atención en salud mental. Sin embargo, existe una limitación en los datos, ya que este análisis no incluye los pacientes privados y solo se incluyó información de los servicios facturados y pagados mediante el plan de salud del gobierno.

Referente a la capacitación al personal de salud, en el país existe una gran oferta en la formación de profesionales de salud. Es necesario explorar si estos nuevos profesionales están ofreciendo servicios en el país o fuera de Puerto Rico. También es necesario promover la educación sobre asuntos de salud mental a aquellos otros profesionales fuera de este campo de la salud mental, con la expectativa de que puedan identificar los comportamientos asociados a condiciones de salud mental. Esto permitirá que estas personas reciban intervenciones oportunas.

El nivel de capacitación en relación a salud mental de los policías y jueces debe incrementar. El país debe establecer un plan en el cual el personal del sistema judicial tenga capacitación en temas de salud mental. Esta recomendación es de suma importancia debido a que estos tienen a cargo, entre otros asuntos, velar por la seguridad e integridad de la vida de las personas. También en otros casos, este personal está en contacto directo con la población y debe conocer cómo identificar y manejar situaciones que involucren personas con necesidades de servicios de salud mental o el manejo de crisis. Aunque existen campañas relacionadas al tema de salud mental, estas no son suficientes. En general, se debe continuar con la educación sobre las condiciones mentales, en todos los sectores, de forma que se trabaje con los estigmas asociados a estos. Esta educación debe incluir el reconocimiento y manejo de condiciones mentales, ya sea personales o de otros. Esto permitirá que las personas puedan buscar ayuda a la brevedad posible y que cuenten con el apoyo de quienes le rodean.

Una fortaleza del sistema de salud mental es que en Puerto Rico existen múltiples mecanismos administrativos y judiciales para asegurar el acceso a los servicios y garantizar los derechos humanos de los pacientes de salud mental. Sin embargo, desconocemos de esfuerzos para promover que los diversos grupos étnicos y socioeconómicos tengan acceso a los servicios de salud mental. Basado en estos hallazgos generales, es necesario que se establezca un sistema de información general. Este sistema debe comprender diversos componentes y unos elementos básicos. Esto permitirá que se puedan recopilar y analizar datos que sean completos y confiables, pero que a su vez sean de rápido y universal acceso. Al ser el sistema de salud mental uno fragmentado, es necesario que se cuenten con registros administrativos actualizados y centralizados. Esto permitirá evaluar la ejecutoria y el rendimiento de los recursos (fiscales, humanos e investigativos, entre otros) para poder establecer planes estratégicos y correctivos que optimicen los servicios dirigidos a la población.

Esta evaluación no fue realizada por las agencias encargadas de los servicios de salud ni de salud mental del país. Corresponde a las autoridades pertinentes evaluar los hallazgos y determinar los planes de acción. Esto pudiera conllevar el modificar el plan de salud mental que se está evaluando, cambios en el plan decenal en el área de salud mental o una reconceptualización en la prestación de servicios.

Los resultados de este informe serán presentados públicamente. Principalmente, se le dará acceso a los colaboradores de este proyecto, incluyendo universidades, asociaciones profesionales y otros organismos. Se espera que los resultados de este estudio se utilicen para la planificación de servicios, el desarrollo de planes estratégicos y guía para la recopilación de datos esenciales.

