

**LA ESTIGMATIZACIÓN Y EL ACCESO A LA ATENCIÓN
DE SALUD EN AMÉRICA LATINA:
AMENAZAS Y PERSPECTIVAS**

**Cecilia Acuña
Mónica Bolis**

**Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud**

Julio 2005

La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y perspectivas*

Cecilia Acuña^[1]
Mónica Bolis^[2]
PAHO/WHO

La estigmatización asociada a los problemas de salud mental genera una serie de condiciones adversas conducentes a la exclusión en salud. Sin embargo, este fenómeno es en general poco estudiado desde la perspectiva de los sistemas de salud. El objetivo de este estudio es establecer la importancia del estigma como barrera de acceso a los servicios de salud e identificar elementos que permitan reducir la exclusión en salud asociada al mismo desde un ámbito que trasciende la protección de los derechos individuales de las personas con enfermedad mental y se inserta en el marco de la extensión de la protección social en salud. Con tal fin este trabajo busca realizar un análisis del tema sobre la base de lo que ocurre hoy en países de América Latina en relación con:

1. la caracterización del fenómeno de la exclusión en salud asociado al estigma y sus consecuencias; y
2. la propuesta de un conjunto de indicadores para medir diversos aspectos asociados al estigma, contribuyendo con ello a fortalecer políticas de protección social de salud para las personas portadoras de problemas de salud mental. Esto incluye la consideración a iniciativas que han resultado exitosas en identificar y actuar sobre el estigma.

En última instancia, la idea es ingresar al ámbito de la formulación de políticas inclusivas y polivalentes que incorporen los múltiples aspectos asociados a la valorización de las competencias de estas personas a través de un proceso en el cual el sistema de salud constituye el punto de partida. Se busca asimismo definir líneas de investigación sobre el tema para apoyar el diseño y formulación de políticas de salud orientadas a promover el acceso a la salud como un derecho social para las personas portadoras de problemas de salud mental. La identificación de indicadores para medir el fenómeno permitirá además incorporar su análisis en el trabajo rutinario de los sistemas de salud y será un aporte valioso al ejercicio de la función esencial de salud pública que dice relación con el acceso equitativo a la salud (1).

* Para ser presentado en el 29avo. Congreso de la Academia Internacional de Derecho y Salud Mental. París, Francia, 4-8 de julio de 2005.

^[1] Coordinadora del Proyecto OPS/OMS-ASDI sobre Extensión de la Protección Social en Salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. OPS/OMS, Washington, D.C.

^[2] Asesora Regional en Legislación de Salud, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. OPS/OMS, Washington, D.C.

En este trabajo, exclusión en salud se entiende como la falta de acceso de ciertos grupos de personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan (2). La estigmatización, por su parte, se asocia a un proceso social o a una experiencia personal caracterizada por la exclusión, el rechazo, la acusación o la desvalorización, que resultan en un juicio social adverso sobre una persona o un grupo (3). En este contexto, ONUSIDA plantea que *“Estigma es un poderoso medio de control social aplicado por medio de la marginalización, exclusión y ejercicio de poder sobre individuos que presentan ciertas características.”* (4).

Relevancia e implicaciones de la exclusión en salud desde el enfoque del estigma psiquiátrico

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) comenzó a estudiar y medir el fenómeno de la exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe, a principios de esta década. La necesidad de abordar este tema surgió como consecuencia de la constatación del impacto en salud de las reformas económicas implementadas durante las décadas de los años 1980 y 1990, que en la mayoría de los países trajeron como consecuencia un aumento de la pobreza, el empeoramiento en la distribución del ingreso y el incremento de las brechas entre pobres y ricos. En América Latina en particular, surgieron grandes cuestionamientos asociados a la inequidad en salud, la pobreza y, en este caso particular, la exclusión (5).

Los resultados de los mencionados estudios de medición muestran que entre un 20% y un 77% de la población no accede al sistema de salud cuando lo requiere y un 78% en promedio no cuenta con seguros de salud de ningún tipo (6). En términos globales, alrededor de un 30% del total de la población de América Latina y el Caribe (166 millones de personas) se encuentra excluida en forma parcial o total del acceso a los bienes y servicios de salud. La importancia de medir la exclusión se sustenta en varios argumentos. El más importante de ellos es que la exclusión en salud es la negación misma del derecho a la salud y de aquí surge el imperativo de actuar sobre ella por razones de carácter ético y legal. En adición al imperativo ético y legal, existe hoy el reconocimiento de que el buen desempeño de los sistemas de salud - en términos la eficiencia en la asignación de los recursos y de los resultados de salud de la población- depende de manera importante de lograr el acceso oportuno a los servicios de salud de los grupos más desfavorecidos, como único medio de evitar el enorme costo en mortalidad y discapacidad que la contención de la demanda por salud genera para estos grupos de la población, para el Estado y para la sociedad en su conjunto.

Las principales causas de exclusión en salud en América Latina y el Caribe pueden clasificarse de la siguiente manera (2), (7):

- *Externas al sistema de salud o con base en disparidades o barreras de acceso*, que pueden ser barreras económicas (nivel de pobreza, porcentaje familias no cubiertas por un seguro de salud, asociadas al empleo, etc.), geográficas, étnicas y/o culturales y relacionadas con la falta de infraestructura pública para la provisión de servicios básicos (agua, electricidad y alcantarillado).
- *Internas o propias del sistema de salud*, ya sea ligadas al proceso de atención sanitaria, a la infraestructura de la red de salud, a la asignación de recursos al interior del sistema de salud o a la cobertura efectiva, es decir, a lo que ocurre finalmente en el punto de atención, cuando el usuario entra en contacto con el proveedor del bien o servicio de salud.

Las personas afectadas por problemas de salud mental pueden ser objeto de todas las causales de exclusión mencionadas dependiendo de sus condiciones económicas, culturales, étnicas, de género, geográficas, de empleo, y otras. Además son objeto de exclusión debido a la naturaleza específica de sus problemas de salud, que conducen a una desvalorización de su posición social y generan autoexclusión por temor a ser discriminadas.

A pesar de su íntima relación con la exclusión en salud, la estigmatización no ha sido incluida por la investigación ni la doctrina como variable de exclusión junto con otros determinantes sociales que sí se han incorporado como el ingreso, la educación, el género, la etnia o la raza. Esto llama la atención por dos razones principales. En primer lugar, porque como toda variable de exclusión, la estigmatización se inserta en la pirámide de discriminación en el acceso. De hecho, la estigmatización constituye uno de los elementos principales sobre los que se basa la defensa de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. Las investigaciones realizadas durante la preparación de este trabajo demuestran que si bien la doctrina y la jurisprudencia han realizado importantes avances en términos de la defensa de los derechos personales de los individuos con enfermedad mental, el estigma como causante de exclusión de un servicio de salud, no ha sido considerado con la misma intensidad. Uno de los estudios más significativos en términos de los objetivos de este trabajo se realizó en Chile en 2003 en el ámbito del uso de los servicios de salud mental (8).

En segundo lugar porque la estigmatización en salud mental conlleva un elemento de pérdida de integración social que constituye la idea central de la exclusión social (6).^[3] En este caso, la estigmatización juega un rol central en la

^[3] La exclusión en salud puede considerarse como una componente de exclusión social. En este caso, es interesante la definición de exclusión del Gobierno inglés que lee de la siguiente manera: *Lo que puede ocurrir cuando las personas o las áreas sufren de una combinación de problemas ligados entre sí como el desempleo, falta de habilidades, bajo ingreso, viviendas pobres, ambientes de alta criminalidad, mala salud y quiebre de la estructura familiar*. Texto de creación de la Unidad de Exclusión Social por el Primer Ministro Inglés. Página de Exclusión Social del Gobierno Británico. Citado en *OPS/OMS-ASDI. Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*. Serie No. 1. Extensión de la Protección Social en Salud (Edición revisada – 2004).

ocurrencia del fenómeno de la exclusión en salud y ésta a su vez potencia la exclusión en otras esferas de actividad a lo largo de la vida de los individuos, especialmente en el sistema educativo y en el mundo laboral. El impacto del estigma como causal de exclusión en la generación de competencias y posteriormente del ingreso, produce un incremento en el nivel de pobreza de las personas con enfermedad mental. El círculo de pobreza no se detiene en el individuo, sino que afecta también a su familia al ser ésta la que en muchos casos debe encargarse de proveer los recursos que el afectado requiere para mantener sus niveles básicos de subsistencia. Por lo tanto, además de los costos que generan los tratamientos de largo alcance y la productividad perdida, es posible afirmar que los trastornos mentales contribuyen considerablemente a incrementar el nivel de pobreza (9).

La desvaloración que el sistema de salud realiza de la atención de los trastornos de conducta y la poca prioridad que confiere a los mismos, se traduce a su vez en la falta de identificación de alternativas capaces de lograr la inserción de las personas con enfermedad mental en la corriente educativa y laboral perpetuándose el círculo de daños y creando riesgos para el capital social. Como consecuencia de esto, los niños con trastornos de conducta generan costos adicionales entre las edades de 10 y 27 años que no se relacionan solamente con la atención, sino con los sistemas de educación y justicia (8).

La falta de identificación del estigma dentro del conjunto de variables de exclusión podría obedecer a tres factores principales. Uno de ellos tendría que ver con el mayor peso que se confiere a otras variables, como por ejemplo, la etnia y la raza. Esto es importante, si se considera que en términos totales la población indígena en América Latina se estima entre 33 y 40 millones de personas divididas en aproximadamente 400 grupos étnicos, y que con excepción de Uruguay, todos los países de la subregión tienen este tipo de población. La población afro latina y mestiza, por su parte, alcanza a 150 millones de personas, alrededor de un 30% de la población regional, concentrándose en Brasil (50%), Colombia (20%) y Venezuela (10%) (10).

Otro factor se enmarca en la esfera del ejercicio de los derechos ciudadanos. La falta de representatividad de las poblaciones con afecciones psiquiátricas hace que se vean en la generalidad de los casos impedidas de reclamar políticas de inclusión y hacer efectivos garantías de no discriminación surgidas de los instrumentos internacionales e derechos humanos e incorporadas a los textos constitucionales. Se suma a esto el efecto sinérgico enfermedad mental-estigma, que hace que estos grupos se aglutinen en el fondo de la escala económica y cultural, con lo cual su capacidad de incidir se ve más aún disminuida (11).

Finalmente, la marginación histórica de la atención psiquiátrica y de salud mental de los principales servicios sanitarios y sociales ha contribuido a

profundizar la irrelevancia de la variable estigma. La baja prioridad conferida a la problemática de salud mental por la generalidad de los agentes de salud se puede observar tanto en términos de la asignación presupuestaria como en el espacio que los planes y programas de salud le dedican, al no incluirlos en el mismo nivel que otras enfermedades (12). La marginalización de esta área trae consecuencia no solo para el sistema de salud en particular, sino también en términos de la proyección de la carga de enfermedad mental sobre el sistema económico y social. Aún cuando las estimaciones de costos no están disponibles para todos los trastornos mentales y menos aún para todos los países, es posible realizar comparaciones con base en estudios realizados en Gran Bretaña y Estados Unidos donde según los precios vigentes en 1990, los problemas de salud mental fueron responsables por el 2.5% del Producto Nacional Bruto (PNB). En los países de la Unión Europea, el porcentaje de estos costos llegaban a un promedio del 2% del PNB (9). Una estimación de la carga global de años de vida perdidos por discapacidad (DALYs) muestra que las condiciones mentales y neurológicas son unas de las contribuyentes más importantes a este fenómeno. Por ejemplo, en 1999 representaron el 11% de los DALYs perdidos como consecuencia de enfermedades y lesiones. Para el 2020 se espera que la cantidad de personas con enfermedad mental aumentará y, por lo tanto, la carga de enfermedad será del 15% de DALYs perdidos por año (12).

Caracterización del fenómeno de la exclusión en salud asociado al estigma

La caracterización del fenómeno de la exclusión en salud asociado al estigma implica la identificación de una serie de elementos que contribuyen a alejar a las personas de los servicios de salud. Para la caracterización del estigma como variable de exclusión en este trabajo se han analizado tres escenarios: 1) el individual, al estudiar el tema desde la autoexclusión o el rechazo a la atención psiquiátrica; 2) el institucional, en términos de la respuesta del sistema de salud con referencia al personal de salud, y 3) el comunitario también de cara al sistema de salud. En este caso hacemos referencia a las actitudes del resto de los demandantes de atención frente a lo que podría denominarse el *valor social del individuo* como portador de un problema de salud mental.

La autoexclusión o rechazo de la atención psiquiátrica

La causal más fuerte de rechazo a la atención psiquiátrica es la creencia de que los trastornos mentales no tienen tratamiento efectivo. Se une a esto el temor y la vergüenza asociado al estereotipo, tanto a nivel laboral, como en términos de la participación en diversos ámbitos de la sociedad (13). Estos temores resultan en gran medida de las evaluaciones que realizan los propios individuos en términos de la reacción adversa que prevén tanto desde lo social como lo económico. En este caso en particular, la mera inclusión de preguntas asociadas a la terapia psiquiátrica o psicológica genera aversión. Los

mecanismos privados de aseguramiento de salud centrados en las organizaciones de atención a la salud (HMOs) o en planes de seguro de tipo individual contribuyen a incrementar el temor asociado al estigma, al incorporar topes en el financiamiento de las atenciones de salud mental y en muchos casos un aumento de la prima a pagar en caso de que la persona sea identificada como portadora de un problema de salud mental. Se une a esto, la inclusión de preguntas destinadas a identificar este tipo de problemas en solicitudes de ingreso a instituciones educativas (14) o al mercado del trabajo.

En general existe coincidencia sobre los efectos de la autoexclusión y su condición de barrera a la atención. Se sabe que la autoexclusión genera un patrón de demanda por servicios de salud que conduce al aumento del costo debido a la sobre utilización de servicios de emergencia u hospitalarios y lleva en muchos casos a la deserción del tratamiento, con consecuentes agravaciones psicóticas y, en última instancia, suicidios. Sin embargo, las investigaciones realizadas revelan poca consideración al impacto del fenómeno del estigma sobre el acceso a los servicios. Solo se han encontrado dos referencias al tema, una genérica y otra más específica. En el primer caso, un estudio realizado en Costa Rica en 2004 revela el impacto de la estigmatización por trastornos psiquiátricos en aspectos asociados a al ámbito social y laboral: distanciamiento o rechazo social, grandes dificultades para encontrar trabajo, ser aceptados o aceptadas como pareja, participar en deportes y ser atropellados y atropelladas en sus derechos tanto en el ambiente cotidiano como en oficinas públicas y aún centros de salud (15).

El estudio chileno de 2004 trata el tema con mayor detalle y concluye que el estigma representó una importante barrera de acceso al tratamiento. Es uno de los pocos estudios que caracteriza el problema. Un tercio de las personas objeto de la muestra que incluyó 2,987 participantes con un nivel de respuesta del 90.3 por ciento, reveló que la estigmatización constituyó una barrera importante en el uso de los servicios de salud. La causal más importante fue el temor de que otros pudieran conocer sobre su consulta a un servicio de atención psiquiátrica. El nivel socioeconómico y de educación de los participantes que respondieron jugó un papel importante, quedando en evidencia que el temor a la estigmatización incrementaba en proporción inversa a los mismos (8).

La estigmatización asociada a la atención general de salud

Las condiciones asociadas al estigma, por su parte (estereotipo, discriminación y temor, entre otras), tiene consecuencias para el acceso a los servicios de salud generales, en términos de la percepción negativa que el equipo de salud pueda tener de este tipo de pacientes. En este ámbito es necesario explorar con mayor profundidad cómo se comporta el sistema cuando la persona portadora de un problema de salud mental requiere de otro tipo de atención que no sea eminentemente psiquiátrica en términos de cobertura efectiva, tiempos de espera y satisfacción de la demanda, ya que no se dispone

en la literatura de información que pueda ilustrar qué ocurre en este aspecto en los países de América Latina y el Caribe.

La estigmatización desde la comunidad usuaria

La estigmatización en este caso revela actitudes de la propia comunidad de usuarios de servicios de salud y tiene que ver con la desvalorización del portador de un problema de salud mental en términos de su contribución a los bienes sociales, como por ejemplo, a la generación del ingreso. Se trata de una conceptualización que no solo se sustenta en la percepción de la persona con enfermedad mental como un elemento de disrupción en el servicio de atención – mitos asociados a la violencia y al comportamiento imprevisible, o la asociación de la enfermedad mental al retraso mental--, sino que considera también el elemento de reproducción social. Es decir, genera en la mente del colectivo la idea de que los aportes de la persona con enfermedad mental al crecimiento económico y social resultan reducidos o nulos. Por lo tanto, el colectivo confiere precedencia a otros elementos que puedan contribuir al mismo de manera efectiva.

Tampoco se han encontrado datos con respecto a esta variable. Sin embargo, es posible coincidir que los argumentos en juego en este escenario son por lo común: *tengo que ir a trabajar, el o ella no o, que espere porque tiene tiempo y yo no*. Lo mismo puede decirse en cuanto al acceso a medicamentos, en términos de la percepción de que la población productiva debe tener prioridad al acceso a tratamiento de sus problemas de salud. La valoración negativa de las personas afectadas por problemas de salud mental en cuanto a su aporte a la comunidad en términos productivos o de reproducción social las sitúa en el último lugar de la escala de prioridades a la hora de atender sus necesidades de salud, más aún en las sociedades latinoamericanas donde existe una jerarquía social históricamente construida, que pone al hombre que trabaja y provee el sustento del hogar en el primer lugar de la escala de prioridades.

La formulación de indicadores para caracterizar la estigmatización como barrera de acceso a los servicios de salud

Las premisas sobre las que se basa este análisis son dos:

- a) La estigmatización opera como barrera de acceso a los servicios de salud en los portadores de problemas de salud mental y por lo tanto, es una causal de exclusión en salud
- b) Es posible identificar indicadores que son buenos “proxy” del fenómeno

En América Latina como en el resto del globo, existen iniciativas exitosas en términos de la eliminación del estigma como barrera no solo de exclusión social o laboral, sino también en términos de la variable bajo estudio. Uno de

ellos se refiere a la VIH/SIDA. Se encuentra que existe un paralelo entre los comportamientos individuales, institucionales y sociales relativos a esta patología y los que se evidencian en términos del VIH/SIDA: temores infundados por la falta de conocimiento de la enfermedad y de la existencia de terapias efectivas, asociaciones de las patologías con la baja productividad y el ausentismo laboral, asociaciones de la enfermedad a mitos religiosos o castigos con generacionales. Por lo tanto, para la construcción de los indicadores para identificar el estigma asociado a problemas de salud mental como causal de exclusión en salud, se han tomado como base, tipologías propias del VIH/SIDA (16).

La tipología de indicadores no opera en el vacío. Es decir no puede aplicarse en abstracto, sino que cada una de las aproximaciones realizadas debe analizarse también en contexto de otras variables transversales de carácter socioeconómico, como la pobreza (o vulnerabilidad social), ubicación geográfica (ámbito rural o ámbito urbano), educación, estructura familiar (en términos del fortalecimiento de la autoestima del individuo y capacidad de confrontar rechazos propios del estigma) y las diversas cosmovisiones asociadas a patrones culturales (como por ejemplo, de comunidades indígenas o afro descendientes). Estos factores actuarán acentuando o disminuyendo el potencial del estigma asociado al problema de salud mental como barrera de acceso a los servicios de salud. Para el caso de los países de la región y tomando como base a experiencia acumulada en los estudios de caracterización de la exclusión en salud ya realizados en ocho países y en dos estados subnacionales, se puede afirmar que la pobreza, el origen indígena, el vivir en el medio rural, el ser trabajador informal o desempleado y el ser analfabeto o monolingüe en una lengua distinta al español son factores que incrementarán el potencial del estigma asociado a problemas de salud mental como barrera de acceso a los servicios de salud (6).

Indicadores para medir la autoexclusión

Los indicadores de autoexclusión pueden elaborarse en atención a percepciones individuales como colectivas; en este último caso sobre todo en términos de repercusiones colaterales en cuanto a sus familiares y asociados.

A nivel individual:

- Número de personas que no buscan atención por temor al rechazo social
- Número de personas que creen que los trastornos psiquiátricos no tienen tratamiento efectivo y por ende los riesgos de acercarse a un servicio de salud son mayores que los beneficios
- Número de personas que no buscan atención por temor a la falta de confidencialidad (de parte de profesionales e instituciones y en cuanto

a los nuevos procedimientos automatizados para la construcción de historias clínicas)

- Número de personas que no declaran haber recibido atención psiquiátrica en solicitudes de empleo, contratación de seguros o ingreso a casas de estudio
- Número de personas que no buscan atención por temor a perder algún rol de autoridad (familia, comunidad religiosa)

A nivel colectivo:

- Número de personas que no buscan atención por temor a que sus familias se sientan avergonzadas

Sobre la base de estas percepciones, los indicadores sugeridos son:

- ✓ Porcentaje de deserción del tratamiento en pacientes afectados por estos problemas
- ✓ Porcentaje de personas portadoras de problemas de salud mental que, habiéndose sentido enfermas o estando accidentadas en los últimos tres meses, no consultaron al centro de salud por temor a ser discriminadas o maltratadas

Elaboración de Indicadores para medir la exclusión asociada a la atención general de salud

Para la elaboración de estos indicadores se recomienda considerar las actitudes del personal de salud frente a la persona portadora de problemas de salud mental en términos de:

- Temores asociados a reacciones violentas
- Percepciones de poder asociadas a la desvaloración de la persona con enfermedad mental –se le hace un favor en atenderla
- Indebida correlación entre la afección psíquica y la física –atender lo físico puede generar crisis que produzcan comportamientos violentos
- No tiene capacidad para seguir tratamientos ni recomendaciones terapéuticas

En función de estas percepciones, los indicadores sugeridos son:

- ✓ Tiempos de espera de las personas portadoras de un problema de salud mental en relación a los tiempos de espera de la población general
- ✓ Valor de la prima para las personas portadoras de un problema de salud mental en relación a la prima para grupos similares de población sin estos problemas en los planes de aseguramiento individual

- ✓ Porcentaje de esquemas de aseguramiento salud individual que consideran los problemas de salud mental como una preexistencia
- ✓ Porcentaje de la población portadora de problemas de salud mental afiliada a seguros, en relación al porcentaje de afiliación de la población general
- ✓ Porcentaje del gasto público de salud destinado a servicios de diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental
- ✓ Porcentaje de miembros del equipo de salud de nivel primario y secundario entrenados para atender las necesidades de salud general de los portadores de problemas de salud mental

Elaboración de Indicadores para medir la exclusión en salud inducida por actitudes de la comunidad usuaria

Para la elaboración de estos indicadores se recomienda considerar las actitudes de los miembros de la comunidad usuaria frente a la persona con problemas de salud mental en términos de:

- Disrupción (causan problemas, no siguen una línea de comportamiento previsible)
- No contribuyen a la cadena productiva por lo tanto no tienen prioridad
- No tienen obligaciones ni responsabilidades familiares

En relación a estas percepciones, los indicadores sugeridos son:

- ✓ Porcentaje de personas de una comunidad que piensan que la atención de salud a los portadores de estos problemas constituye una pérdida de recursos

Adicionalmente, se recomienda incorporar un indicador que muestre la preocupación de la sociedad por el tema, en términos de la existencia o no existencia de mecanismos legales que protejan los derechos a la atención de salud de esta personas.

Se propone agrupar el conjunto de indicadores de estigma como barrera de acceso a los servicios de salud de la siguiente manera:

Indicadores de estigma como barrera de acceso a los servicios de salud

Categoría	Indicador
<i>Autoexclusión</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de personas portadoras de problemas de salud mental que, habiéndose sentido enfermas o estando accidentadas en los últimos tres meses, no buscaron atención médica por temor a ser discriminadas, maltratadas, perder autoridad o confidencialidad - Porcentaje de deserción del tratamiento en pacientes afectados por estos problemas
<i>Exclusión asociada a la atención general de salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Tiempos de espera por atención de salud general de las personas portadoras de un problema de salud mental en relación a los tiempos de espera de la población general - Porcentaje del gasto público de salud destinado a servicios de diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental - Valor de la prima para las personas portadoras de un problema de salud mental en relación a la prima para grupos similares de población sin estos problemas en los planes de aseguramiento individual - Porcentaje de esquemas de aseguramiento salud individual que consideran los problemas de salud mental como una preexistencia - Porcentaje de la población portadora de problemas de salud mental afiliada a seguros, en relación al porcentaje de afiliación de la población general -Porcentaje de miembros del equipo de salud de nivel primario y secundario entrenados para atender las necesidades de salud general de los portadores de problemas de salud mental
<i>Exclusión en salud inducida por actitudes de la comunidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de personas de la comunidad que piensan que la atención de salud a los portadores de estos problemas constituye una pérdida de recursos -
<i>Marco jurídico/legal de protección específica de los derechos en salud de los portadores de problemas de salud mental</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Existe/no existe -Se aplica/no se aplica

Metodologías de medición

Para identificar el problema deberán utilizarse técnicas cuantitativas (medición del conjunto de indicadores independientes) y cualitativas (focus group y entrevistas a informantes clave).

Dado que la mayoría de las preguntas que es necesario formular para identificar el fenómeno no se encuentra actualmente en las encuestas de hogar, los organismos interesados en realizar la pesquisa deberán realizar sus propias

encuestas o hacer abogacía por la incorporación de estas preguntas en las encuestas que realiza el Ministerio de Salud u otras reparticiones públicas.

Debido a que la exclusión en salud es un fenómeno multicausal, es importante tener en cuenta las interacciones entre variables como la pobreza, el origen étnico, el género, el lugar de residencia y la estigmatización. Si se desea profundizar en este aspecto, se recomienda recurrir al análisis sobre la base de componentes principales, el cual permitirá identificar el peso de la variable estigmatización sobre la incidencia del fenómeno de la exclusión en salud en cada caso.

Estrategias

El acceso a la salud de las personas portadoras de problemas de salud mental no es actualmente una prioridad explícita de los sistemas de salud en la mayoría de los países de la región de América Latina y el Caribe, donde la agenda de salud está centrada en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se proponen tres etapas para poner este tema en la agenda política y sanitaria de los países:

1) La primera etapa es visibilizar el rol que el estigma juega en el acceso a la salud de estas personas y los costos sociales y económicos que ello implica para los Estados y las sociedades. Para cumplir este objetivo, se requiere recopilar información y evidencia al respecto. En este contexto resulta urgente formular y desarrollar una plataforma de iniciativas de investigación en el tema.

OPS/OMS ha definido la protección social en salud como *la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud a través del acceso a los servicios en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo* (5). En este contexto, el desarrollo de políticas y estrategias orientadas a extender la protección social en salud para las personas portadoras de problemas de salud mental se fortalece con un abordaje analítico-operacional basado en de los siguientes pasos:

- a) Conocer las causas de la exclusión en salud para este grupo poblacional, en particular el rol que la estigmatización juega como barrera de acceso
- b) Comprender los factores que la perpetúan
- c) Identificar las alternativas destinadas a mejorar la protección en salud para estos grupos excluidos que sean más adecuadas dadas las condiciones particulares del país o territorio
- d) Identificar los grupos de interés involucrados en la implementación de dichas alternativas
- e) Definir, planificar e implementar intervenciones

2) La disponibilidad de información permitirá pasar a la segunda etapa, centrada en hacer abogacía respecto de los derechos de estas personas en los países e incorporar la temática en la agenda pública. En este contexto, las actividades de diseminación de información deberían incorporar el diálogo social, como mecanismo de incorporación de los ciudadanos al tema.

3) Finalmente, el diseño y formulación de políticas destinadas a eliminar el estigma como barrera de acceso a los servicios de salud para las personas portadoras de problemas de salud mental, debería incluir de manera relevante la educación y capacitación del personal de salud del nivel primario de atención y de los líderes comunitarios en la atención adecuada de los problemas de salud de estas personas, así como la elaboración y diseminación de *cartas de derechos en salud* para este grupo de población, donde se establezcan claramente sus derechos y responsabilidades en cuanto a la atención de salud. Los mecanismos legales para hacer efectivo el ejercicio de este derecho deberán ser parte central de la implementación de estas políticas.

Referencias

1. OPS-OMS, *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Publicación Científica y Técnica No. 589, Washington, D.C. 2002. . La función específica en referencia es la Función 11, acceso equitativo a la salud.
2. OPS-OMS/ASDI. *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Serie No. 1. Extensión de la Protección Social en Salud (Edición revisada – 2004) Washington D. C.
3. WEISS, et al. Citado por Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México. *Informe del Proyecto Policy Mo Kexteya “Reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH en México”*. Informe final de la fase diagnóstica. Junio 2004.
4. ONUSIDA. 2000. *Análisis comparativo: estudios de investigación de India y Uganda*. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva. Switzerland.
5. OPS/OMS. *Ampliación de la protección social en material de salud: la iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo*. Documento presentado durante la 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54. a Sesión del Comité Regional. Washington, D. C., USA, 23-27 de septiembre de 2002.
<http://www.paho.org/english/gov/csp/csp26-12-e.pdf>
6. OPS-OMS/ASDI Estudios de caracterización de la exclusión en salud, 2001-2004 en <http://www.lachsr.org/extension/esp/index.html>
7. ROSENBERG, H., ANDERSSON, B. “Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe.” Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2), 2000. OPS/OMS, Washington, D.C.
8. VALDIVIA, S., Vicente, B, Kohn, R., Rioseco, P. Torres, S. *Use of mental services in Chile*. Pshichiatric Services. <http://ps.psychiatryonline.org> January 2004 Vol. 55 No. 1.
9. OMS. *Invertir en salud mental*. Ginebra, Suiza, 2004.
10. ECLAC. La discriminación étnica y racial en América Latina y el Caribe. <http://www.eclac.cl/>
11. Para un análisis interesante de este tema, véase Ministerio de Salud del Perú. *Lineamientos para la acción en salud mental*. Lima, Perú, 2004.
12. OMS. 54 Asamblea Mundial de la Salud, punto 10 del orden del día provisional. *Mesas redondas ministeriales*. A54/DIV/4. 10 de abril de 2001.
13. OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2001- Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, 2001.
14. Un análisis interesante de este tema puede encontrarse en Lawrence, S. *Psychiatric stigma follows you everywhere you go for the rest of your life*. <http://www.antipsychiatry.org/stigma.htm>
15. OPS/OMS. Ministerio de Salud. *Situación actual de la salud mental en Costa Rica*. Costa Rica, 2004.
16. INSP. Instituto Nacional de Salud Pública de México. *Informe del Proyecto Policy Mo Kexteya “Reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH en México”*. Informe final de la fase diagnóstica. Junio 2004.