

# Plan Nacional de Salud Mental

República Dominicana 2019-2022



MINISTERIO DE  
SALUD PÚBLICA



Ministerio de Salud Pública

# **Plan Nacional de Salud Mental**

## República Dominicana 2019-2022

**Santo Domingo, República Dominicana**

2019

Título original: Plan Nacional de Salud Mental: República Dominicana 2019-2022

Citar: Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Mental: República Dominicana 2019-2022. Santo Domingo: MSP; 2019.

Ministerio de Salud Pública, Ave. Héctor Homero Hernández esquina Ave. Tiradentes, Ensanche La Fe, Santo Domingo, República Dominicana.

© Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de un amplio proceso de discusión, revisión documental nacional e internacional, así como del consenso multisectorial y la participación de actores clave.

ISBN: -

**Revisión de texto y corrección de estilo:** Rosario Guzmán; rosarioaguzman@gmail.com

**Diseño y diagramación:** Liliana Peralta; lperalta@koart.com.do

**Impresión:** Primera edición 500 ejemplares

Impreso en Santo Domingo, República Dominicana, marzo 2019



## **Autoridades**

**Dr. Rafael Sánchez Cárdenas**  
Ministro de Salud Pública

**Dr. Juan José Santana Medrano**  
Viceministro de Planificación y Desarrollo

**Dr. Francisco Neftalí Vásquez**  
Viceministro de Garantía de la Calidad

**Dr. Héctor Quezada**  
Viceministro de Salud Colectiva

**Dr. Oscar Emilio Suriel Vargas**  
Director Gestión de Salud de la Población

**Dr. Ángel Vidal Almánzar Valdez**  
Encargado del Departamento de Salud Mental

## **Coordinación Técnica**

Martha Alixandra Rodríguez Soto

Humberto López

Patricia Minerva Reyna Liberato de Bencosme

## **Equipo Técnico**

Elías Tejeda Read

María Leonor Guillermo

Suzana Amneris Guerrero Martínez

Ana Elizabeth Ruiz Muñoz

Limbania Escarramán

Paola Isabel Ditrén Calderón

Ana Delia Figueroa

Ana Victoria Reyes Sánchez

Wendy Maribel Pérez Mejía

Marlen Aragonés Melendi

Isis Martínez Guzmán

## **Colaboradores**

Dania Guzmán

Patricia la Hoz

Julio Mieses

Dairy Aza

## **Organismo de Cooperación**

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

### **Coordinación Técnica**

Jorge Rodríguez

Hernán Rodríguez

### **Equipo Técnico**

Carmen Martínez

Alexandra Rodríguez

## TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	9
SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	10
I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. ANTECEDENTES Y MARCO REFERENCIAL.....	13
III. MARCO LEGAL Y TÉCNICO-NORMATIVO.....	15
3.1 Legislación.....	15
3.2 Resoluciones ministeriales.....	15
IV. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD MENTAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA.....	17
4.1 Situación epidemiológica de los trastornos mentales .....	17
4.2 Organización de los servicios de salud mental.....	18
4.3 Recursos humanos especializados:.....	22
V. PLAN DE ACCCIÓN DE SALUD MENTAL 2019-2022.....	25
5.1 Propósito, Alcance y Objetivo del Plan.....	25
5.2 Líneas estratégicas.....	25
<b>Línea estratégica 1:</b> fortalecimiento de la rectoría y gestión técnico-administrativa en el ámbito de la salud mental.....	25
<b>Línea estratégica 2:</b> promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y problemas psicosociales.....	29
<b>Línea estratégica 3:</b> Gestión de la cobertura y acceso a una atención de salud mental, integral y de calidad, a través de la descentralización, basado en un modelo comunitario.....	34
<b>Línea estratégica 4:</b> fortalecimiento del monitoreo y cumplimiento de las directrices para la producción, evaluación y utilización de la información sobre salud mental.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS .....	51
FICHAS DE INDICADORES.....	55



## PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública ha desarrollado el Plan Nacional de Salud Mental 2019-2022 para guiar las intervenciones de salud que se realicen en el país, dejando atrás su abordaje tradicional biomédico, para pasar hacia un modelo de salud pública, comunitario y participativo. El mismo representa la oportunidad de integrar la Red de servicios de salud con un primer, un segundo y un tercer nivel fortalecidos. El primero, como puerta de entrada al sistema; el segundo con los centros de salud mental comunitarios como eje articulador de la red de salud mental en el ámbito territorial; y el tercero con unidades de intervención en crisis, en donde el individuo es el centro de la atención, ampliando el acceso equitativo a servicios de calidad, en el marco de los derechos humanos y el respeto a la dignidad humana.

Los trastornos de salud mental y por uso de sustancias tienen una alta prevalencia y son factores que contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones físicas y la mortalidad prematura, además de aumentar el riesgo de padecer otras condiciones de salud. Las cifras en las Américas son contundentes, en donde 1 de cada 4 personas en esta Región sufre algún trastorno de salud mental o por uso de sustancias durante su vida.

El presente Plan expresa las metas y los compromisos que se han asumido a nivel internacional y local. Se establecen cuatro líneas estratégicas, dirigidas a abordar el fortalecimiento de la rectoría y gestión técnica-administrativa, la promoción de la salud, la prevención de los trastornos mentales y los problemas psicosociales, la gestión de la cobertura y acceso a una atención de salud mental, integral y de calidad, basado en un modelo comunitario; y al fortalecimiento del monitoreo y el cumplimiento de las directrices, para la producción, evolución y utilización de información sobre salud mental.

Son muchos los desafíos, pero las acciones contenidas en este Plan deben responder a la carga de las enfermedades mentales y, en el marco de los avances, afianzar los logros alcanzados, profundizar las reformas planteadas y asegurar la sostenibilidad. ¡Este Ministerio asume el compromiso!

**Dr. Rafael Sánchez Cárdenas**  
Ministro de Salud Pública

## SIGLAS Y ACRÓNIMOS

<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>AVAD</b>	Año de Vida Ajustado según Discapacidad
<b>CCSM</b>	Centro Comunitario de Salud Mental
<b>CIE</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>CPNA</b>	Centros del Primer Nivel de Atención
<b>DAS</b>	Dirección de Área de Salud
<b>DIES</b>	Dirección de Información y Estadísticas en Salud
<b>DPS</b>	Dirección Provincial de Salud
<b>DSM</b>	Departamento de Salud Mental
<b>mhGAP</b>	Programa para reducir las brechas en salud mental/OMS (por su sigla en inglés)
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>OBC</b>	Organizaciones de base comunitaria
<b>OBF</b>	Organización basada en la fe
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización no gubernamental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PBS</b>	Plan Básico de Salud
<b>RBC</b>	Rehabilitación basada en la comunidad
<b>RHB</b>	Rehabilitación
<b>SINAVE</b>	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
<b>SM</b>	Salud mental
<b>SNS</b>	Servicio Nacional de Salud
<b>UNAP</b>	Unidad de Atención Primaria
<b>WHO-AIMS</b>	Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (por su sigla en inglés)

## I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales constituyen un creciente problema de salud en el mundo; representan el 14% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe (ALC), medida en Años de Vida Ajustados según Discapacidad (AVAD). Existe una alta morbilidad por trastornos mentales -con una carga asociada de discapacidad y mortalidad- y, sin embargo, la respuesta de los servicios de salud es insuficiente. La resultante es una gran brecha de tratamiento que supera, como promedio, el 60-70% en Latinoamérica y el Caribe<sup>1</sup>.

Entre los factores que actúan como condicionantes de la salud mental están la pobreza, la marginalidad, las inequidades sociales, el estigma, las violaciones de los derechos humanos y las barreras en el acceso a la atención oportuna; esto último asociado a la creencia errónea de que todas las intervenciones en salud mental requieren de tecnología y de personal especializado. La realidad es que una gran proporción de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas puede ser atendida por proveedores de atención primaria de salud y en servicios especializados descentralizados.

Alineados con la visión estratégica de la política de gobierno, y con el fin de contribuir al mejoramiento del estado de salud y la calidad de vida de la población dominicana, se requiere implementar un Plan Nacional de Salud Mental para el cuatrienio 2019-2022, basado en estrategias costo-efectivas y sensibles a las necesidades psicosociales de la población.

El plan se fundamenta en un análisis de situación y en las mejores experiencias nacionales e internacionales en este campo; también se ha revisado la evidencia científica disponible. Se enfatiza en la articulación interinstitucional y la participación social, de modo que se integren los esfuerzos para alcanzar las metas planteadas.

Se establece, como referencia para el desarrollo de este Plan, un modelo integral de salud mental basado en la comunidad, en consonancia con la política nacional de salud. Tiene como propósito aumentar la capacidad resolutoria de la red de servicios de salud -en todos los niveles de atención- para ofertar un paquete de intervenciones coordinado y armónico que incluya la promoción, prevención, atención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y por uso de sustancias.

Es importante destacar que este documento se encuentra alineado con el Plan Integral de Acción en Salud Mental (aprobado por la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, OMS, 2013) y el Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 para las Américas (aprobado por el 55.<sup>o</sup> Consejo Directivo de la OPS, 2014).

<sup>1</sup>Planes de Acción en Salud Mental –Global y Regional (OMS y OPS). Ver bibliografía.



## II. ANTECEDENTES Y MARCO REFERENCIAL

La atención de salud mental en la República Dominicana se desarrolló, en el pasado, basada en un modelo institucional-manicomial centrado en el Hospital Psiquiátrico Padre Billini, inaugurado en 1959. Posteriormente, de manera progresiva, los servicios psiquiátricos se expandieron con la creación de consultas externas y unidades comunitarias de salud mental, así como hospitalizaciones de corta estadía en algunos hospitales generales.

En el periodo 2014-2017 se profundiza la reestructuración de los servicios de salud mental, que fue acompañada de una significativa inversión financiera. Fue cerrado el Hospital Psiquiátrico Padre Billini para ser convertido en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (de referencia nacional), que funciona como una institución para apoyar a las personas con enfermedad mental grave a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, promoviendo su integración a la comunidad y a sus familias<sup>2</sup>.

Los servicios de hospitalización de casos agudos y la emergencia del Hospital Padre Billini fueron trasladados a hospitales generales. En paralelo con los cambios en la red hospitalaria, se desarrolla el fortalecimiento del primer nivel de atención, mediante la integración del componente de salud mental y fomentando la participación comunitaria. Con este fin, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha adaptado la metodología de la Organización Mundial de la Salud (Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por su sigla en inglés) y sus guías o herramientas.

Las metas presidenciales establecidas por el Gobierno para el 2021 incluyen la continuación del proceso de ampliación, mejora y descentralización de los servicios de salud mental, de manera que se asegure una cobertura total de la población dominicana. Estos antecedentes son las bases que permiten emprender con optimismo una nueva etapa que marca el presente Plan Nacional de Salud Mental.

El Plan se basa en un modelo integral de atención a los problemas psicosociales y de salud mental que afectan más frecuentemente a las comunidades. Para esto, se hace necesario un cambio de paradigma: la transición del modelo hospitalario-asilar a uno de base comunitaria. Esto conduce –entre otras cosas- a la evolución del referente “psiquiátrico” a uno más amplio e integral de “salud mental” y a la plena integración de la salud mental dentro del sistema de salud. Del énfasis, casi exclusivo, en la curación, el país avanza a posicionar de manera prioritaria, la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas psicosociales y los trastornos mentales.

<sup>2</sup>Ministerio de Salud Pública, Resolución No. 000019, que crea las unidades de intervención en crisis (de salud mental) y modifica la función y y denominación del Hospital psiquiátrico Padre Billini a Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Los servicios de salud mental en la República Dominicana forman parte de la Red Integrada de Servicios de Salud; el desafío es fortalecer su articulación y la capacidad de respuesta a las necesidades de la población en este campo. Un reto importante será desarrollar un programa de rehabilitación basado en la comunidad (RBC) y asegurar un funcionamiento efectivo del recién creado Centro de Rehabilitación Psicosocial.

El país no dispone de investigaciones o encuestas comunitarias nacionales de morbilidad por trastornos mentales; también son limitados los estudios de prevalencia por demanda en servicios de salud. Sin embargo, los datos disponibles sobre la epidemiología de los trastornos mentales en ALC, permiten extrapolar muchos de esos hallazgos y puede servir de marco de referencia para la República Dominicana<sup>3</sup>.

Una revisión de varios estudios epidemiológicos ejecutados en la Región muestra una prevalencia de 12 meses para todos los trastornos mentales de entre 18,7% y 24,2%. Las tasas medianas de prevalencia de 12 meses en la población adulta en algunos trastornos son: psicosis no afectiva 1,0%; depresión mayor 5,2%; y abuso/dependencia del alcohol 4,6%.

En términos de carga y prevalencia, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. En las Américas, 65.000 personas mueren por suicidio cada año. La tasa de suicidio ajustada según la edad, por 100.000 habitantes, es de 7,3 (11,5 hombres y 3,0 mujeres).

Los trastornos debidos al uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas son un problema creciente en términos epidemiológicos y con gran impacto social; sin embargo, la brecha de tratamiento es muy alta, y no se dispone de los servicios adecuados para afrontar esta situación. La prevalencia de demencia en los adultos mayores oscila entre 6,46 % y 8,48%; y las proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada 20 años.

La organización de los servicios de salud mental no es homogénea en ALC. Algunos países han puesto en práctica experiencias innovadoras basadas en la comunidad. Muchos otros aún tienen un sistema altamente centralizado, donde la respuesta a los problemas de salud mental está concentrada en los hospitales psiquiátricos, con un desarrollo escaso de otros servicios alternativos. El papel de la atención primaria en el ámbito de la salud mental es limitado, aunque la situación está cambiando gradualmente. En lo referente a los recursos humanos, hay disparidad entre los países, pero se observa una tendencia general a la concentración de los recursos en las ciudades capitales y grandes urbes.

---

<sup>3</sup>Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud / Publicación Científica y Técnica No.632. Washington, DC, 2009.

## III. MARCO LEGAL Y TÉCNICO-NORMATIVO

### 3.1 Legislación

Ley General de Salud (Ley No. 42-01), en su título IV, en sus artículos 87-89 sustenta la rehabilitación en salud mental. Se destaca además, que en el capítulo II Art. 114 declara asegurar a la población el acceso a medicamentos seguros, eficaces y de calidad óptima; y en el párrafo I, Art.118 el desarrollo del cuadro básico de medicamentos esenciales; y, en el Capítulo IV párrafo II, se garantiza el uso racional de los medicamentos en el sistema nacional de salud y en la atención primaria; en el capítulo VI, Art.33 insta a la promoción de la investigación; y sobre el Sistema de Información, Capítulo VII, en el Art. 34, establece la necesidad de la creación un sistema de información general de salud.

**Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.**

**Ley No. 1-12 que establece la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030.**

**Ley No. 123-15 que crea el Servicio Nacional de Salud.**

**Ley No. 12-06 sobre Salud Mental.** Se destaca el Artículo 1, que establece como objeto regular el derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental de todas las personas en el ámbito de lo dispuesto en la Ley General de Salud; y en su Libro I, Artículo 3, indica que la atención será parte del sistema de asistencia sanitaria y social. En el artículo 4 establece la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental.

**Ley No. 5-13 sobre Discapacidad.**

**Ley No. 50-88 sobre Drogas y Sustancias Controladas de la República Dominicana y sus Modificaciones.** En su capítulo IV, artículo 57 dice: la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, a través de la Comisión Multidisciplinaria que funcionará bajo su dependencia, asumirá la responsabilidad del tratamiento y rehabilitación de las personas adictas.

### **3.2 Resoluciones ministeriales**

- Resolución No. 000019-16 que crea las Unidades de Intervención en Crisis (de Salud Mental) y modifica la función y denominación del Hospital Psiquiátrico Padre Billini del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Billini (Centro de Salud Mental Padre Billini).
- Resolución No. 000010-16 que pone en vigencia los Protocolos de atención para diversos eventos clínicos.
- Disposición No. 000026-14 que aprueba el Modelo de Atención en Salud.
- Resolución No. 00004, que declara la actualización de enfermedades y eventos de notificación obligatoria del sistema nacional de salud, en su párrafo tercero en el literal E, establece la notificación semanal a través del EPI-2, en centros de salud seleccionados para la vigilancia de las enfermedades y eventos relacionados con la salud mental, alcoholismo, crisis de ansiedad, de depresión, drogodependencia, intento suicida (conducta suicida), maltrato físico (violencia física) y violencia sexual.

## IV. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD MENTAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

### 4.1 Situación epidemiológica de los trastornos mentales

Según el Análisis de Situación de Salud realizado por el MSP en el año 2014, se presenta la salud mental como un problema complejo, que no se ha podido valorar en su justa dimensión por la escasa disponibilidad de datos. También se considera que los recursos financieros destinados a este tema son insuficientes para satisfacer la necesidad de prevención y atención a las personas afectadas.

Las estimaciones realizadas sobre la prevalencia de las enfermedades mentales en el país muestran:

- Aproximadamente, un 20% de la población dominicana sufre de trastornos mentales.
- Se reportó un total de 464.164 casos atendidos por depresión, con una prevalencia estimada de un 4,7% de la población general.
- El trastorno mental más frecuente es la ansiedad, con un total de 570.312 casos atendidos, para una prevalencia estimada de 5,7%.

Los trastornos mentales por grupo de edad:

- En la población de 15-49 años, los trastornos mentales ocupan la cuarta parte de la carga de enfermedad de hombres y mujeres. Se destacan por su frecuencia, la depresión 6,4%, los desórdenes de ansiedad 4,0% y el uso de drogas 1,4%. De manera agrupada, los trastornos mentales y de comportamiento aportan la mayor carga de enfermedad 17,3%, sin diferencia significativa entre hombres y mujeres.
- En el grupo de edad de 5 a 14 años, los trastornos mentales representan el 10% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).
- Entre los adultos mayores la incidencia de demencia aumenta exponencialmente con el aumento de la edad, duplicándose cuando la edad se incrementa en 6,3 años. El incremento va del 3,9 por 1.000 años persona a la edad de 60-64 años al 10,4 por 1.000 años persona a la edad de 90 años y más<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup>Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015.

## Conducta suicida:

Entre el 2000 y el 2014 la tasa nacional de suicidio aumentó en casi un 32%, pasando de 5 suicidios por cada cien mil habitantes mayores de cinco años a casi unos 7 en 2014<sup>5</sup>. Desde el 2015 al 2017, la tasa aumentó de 5,5 a 6,3<sup>6</sup>. Los datos sobre suicidio reportados por el Departamento de Salud Mental (2017) muestran<sup>7</sup> un total de 578 defunciones por suicidio, el 83% del sexo masculino y el 17% femenino; el grupo de edad de 21 a 30 años fue el más afectado; y, la depresión estuvo asociada en el 31,5% de los casos reportados.

Sobre el consumo de alcohol en el país, en la población masculina el consumo de alcohol es el doble de la población femenina, con tasas de 21% y 9,1% respectivamente<sup>8</sup>.

La Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2007 (ENDESA 2007) evidencia que una de cada 3 mujeres entre 15 y 49 años que ha estado alguna vez casada o unida, sufre o ha sufrido violencia por parte de su pareja o expareja<sup>9</sup>. El 19% de las mujeres que sufrieron algún tipo de agresión buscó atención médica, y solo una tercera parte del personal de salud que atendió a esas mujeres informó a las autoridades. Según la ENDESA 2013, existe una significativa asociación entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica. Se reportó que el 64% de las mujeres cuyo esposo actual o anterior se emborracha a menudo, informó haber sido víctima de algún tipo de violencia<sup>10</sup>.

---

<sup>5</sup>ONE. Estadísticas vitales, septiembre 2017. Disponibles en: <https://www.one.gob.do/demograficas/estadisticas-vitales>

<sup>6</sup>Ministerio de Salud Pública, Departamento de Salud Mental, base de datos suicidio 2017.

<sup>7</sup>Ministerio de Salud Pública, Departamento de Salud Mental, base de datos suicidio 2017.

<sup>8</sup>Ministerio de Salud Pública; Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Encuesta Demográfica y de Salud 2013. Santo Domingo: CESDEM; 2014.

<sup>9</sup>Centro de Estudios Sociales y Demográficos; Macro International. Encuesta Demográfica y de Salud 2007. Santo Domingo: CESDEM; 2008.

<sup>10</sup>Ministerio de Salud Pública; Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Op. Cit.

## 4.2 Organización de los servicios de salud mental

El Modelo de Atención establece una Red Integrada de Servicios de Salud, que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación, y que integra tanto los dispositivos privados como públicos. La atención primaria actúa como puerta de entrada al sistema (Centros de Atención Primaria); y la prestación de servicios especializados se ofrece en el lugar más apropiado (Centros Especializados de Atención en Salud)<sup>11</sup>.

### Esquema del Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud en la República Dominicana



Fuente: SNS. R.D. 2012.

### Centros Especializados y de Atención Primaria, SNS, 2017

Descripción	Cantidad
<b>Centros Especializados de Atención en Salud</b>	
Hospitales Generales	145
Hospitales de Alta Especialidad	16
Hospitales Especializados	48
Centros Diagnósticos	42
Centros Ambulatorios	60
<b>Centros de Atención Primaria</b>	
Centros Primer Nivel	1445
Centros de Zona	150
UNAP	1832

Fuente: Servicio Nacional de Salud. Memoria anual institucional, febrero 2017.

<sup>11</sup>Ministerio de Salud Pública. Modelo de atención en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana. Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud, 2012.

La República Dominicana ha venido realizando serias transformaciones para lograr el acceso universal a la atención en salud mental. La desmanicomialización ha sido una prioridad, amparada en la Ley 12-06 sobre la Salud Mental. Se cerró el hospital psiquiátrico nacional y fue creado el Centro de Rehabilitación Psicosocial<sup>12</sup>. El MSP, con el apoyo directo del Gobierno Central, ha desarrollado las Unidades de Intervención en Crisis (UIC), en el marco de las Metas Presidenciales, específicamente la que establece la “Ampliación de la cobertura de salud mental en la red pública de salud a nivel nacional”.

### **Cumplimiento de las Metas Presidenciales para Salud Mental, del 2017 al 2021.**

<b>Línea de acción</b>	<b>Indicador</b>	<b>Datos al 2017</b>	<b>Brecha al 2021</b>	<b>Meta al 2021</b>
Ampliación de la cobertura de salud mental en la red pública de salud a nivel nacional	No. de unidades de intervención en crisis funcionando para la atención de personas con enfermedades mentales en todo el país	11	6	17

*Fuente: Informe Metas Presidenciales, abril 2018. Departamento Salud Mental, 2018.*

La red de servicios de salud mental se organiza en base a un modelo comunitario, que coloca como eje esencial la atención en los establecimientos de atención primaria (CPS/UNAP); y un segundo nivel de atención descentralizado, con sistemáticos y efectivos mecanismos de referencia y contrarreferencia. Los Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM) -en fase de planificación- tendrán un papel muy importante en la atención especializada y en la articulación con el nivel primario.

El segundo nivel lo integran los servicios ambulatorios descentralizados de SM, insertados en diferentes unidades del sistema, y las unidades de salud mental/intervención en crisis de los hospitales generales que deben dar respuesta a las necesidades de hospitalización psiquiátrica (corta estadía). También los centros y servicios focalizados en la rehabilitación psicosocial, como hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial ambulatoria y dispositivos residenciales para personas con trastornos mentales graves para la inserción comunitaria (viviendas protegidas, hogares de paso, viviendas tuteladas, entre otros).

<sup>12</sup>Informe ejecutivo sobre metas presidenciales, enero/2018.

Se dispone del Centro de Rehabilitación Psicosocial de referencia nacional y de otros servicios de rehabilitación psicosocial de tipo residencial (incluye sector privado, sociedad civil, ONG, OBC y GBF). También están los centros de rehabilitación ambulatorios: a) uno en la provincia de Salcedo y otro en San Juan; y b) el Centro de Rehabilitación Psicosocial y Desarrollo Humano (RESIDE), auspiciado por el Despacho de la Primera Dama en coordinación con el Ministerio de Salud. Se prevé, adicionalmente, la organización de servicios de salud mental infanto-juvenil, psicogeriatría y de atención a adicciones, así como el fortalecimiento de mecanismos de participación comunitaria.

Funcionan diez unidades de intervención en crisis para adultos y una para menores y adolescentes, con un total de 98 camas psiquiátricas para hospitalización breve. En los próximos dos años está programada la apertura de seis nuevas UIC en las provincias de San Juan de la Maguana, Puerto Plata, San Pedro de Macorís, La Vega, Santo Domingo y Valverde Mao. De esta manera, se estará ampliando la disponibilidad de camas psiquiátricas para intervención en crisis a un total de 148.

La atención a las emergencias por trastornos mentales se desarrolla en los diferentes servicios de urgencias de la red nacional de servicios de salud; así como la hospitalización de los casos que lo requieran, aun cuando estos no cuenten con una UIC.

**Para completar la respuesta a la demanda de atención integral y el acceso universal a los servicios de salud mental, se le ha concedido especial prioridad a la integración del componente de salud mental a la atención primaria, usando la estrategia de la OMS (mhGAP):**

- En el 2013 se capacitaron 30 personas como facilitadores en mhGAP.
- En el 2017 se capacitaron en la estrategia mhGAP alrededor de 237 personas: 77% médicos, 4,2% enfermeras, 3% psicólogos y 6% personal de gestión de salud de los SRS, DPS-DAS.
- Se priorizaron cinco provincias: Santo Domingo Este, Monte Plata, Barahona, Hermanas Mirabal (Salcedo) y Puerto Plata, para el desarrollo de la estrategia mhGAP.
- Unas 130 unidades de APS cuentan con personal capacitado en esta estrategia.

## Disponibilidad de medicamentos:

- Desde 2006, se implementó el programa de distribución de psicofármacos a través de las Clínicas para Pacientes de Larga Evolución (CLIPLE).
- El Programa de Medicamentos Esenciales/Central de apoyo logístico (PROMESE/CAL) dispone de psicofármacos a bajo costo.
- El cuadro básico de medicamentos esenciales dispone de 17 psicofármacos, para uso en el nivel especializado de atención.

## Costo de los medicamentos antipsicóticos y antidepressivos<sup>13</sup>:

La República Dominicana es parte del 57% de países de la región con acceso gratuito a los psicotrónicos esenciales. El costo diario de la dosis media de un antipsicótico (genérico disponible en el mercado) representa el 12% del salario mínimo nacional, equivalente a RD \$19.00 (US \$0.58 dólares) por día. El costo diario de la dosis media de un antidepressivo representa el 10% del salario mínimo, equivalente a RD \$16.00 (US \$0.49 dólares) por día.

La inversión en salud mental en el año 2013 fue de un 0,73% del gasto público en salud. La República Dominicana pertenece al 7,5% de países con un presupuesto en salud mental inferior al 1% de la región<sup>14</sup>.

El Sistema de Información de Salud Mental es débil (ASIS, 2014). En cuanto a la vigilancia epidemiológica, se cuenta con una regulación, donde se definen los eventos de notificación obligatoria del sistema nacional de salud. Estos son: alcoholismo, crisis de ansiedad, de depresión, drogodependencia, intento suicida (conducta suicida), maltrato físico y violencia sexual.

## 4.3 Recursos humanos especializados:

### Según el Servicio Nacional de Salud (abril, 2018) se cuenta con:

- 150 psiquiatras nombrados en el sistema nacional de salud pública. El 80% de estos, distribuidos en 4 provincias del país, el 65% en Santo Domingo, seguido del 7% en Santiago, 5% San Cristóbal y, por último, el 4% en San Francisco de Macorís. El 20% restante está distribuido en el resto del país.
- 467 psicólogos nombrados en el sistema nacional de salud pública. El 81% de estos, distribuidos en 4 provincias del país, el 64% en Santo Domingo, seguido del 9% en Santiago, 5% San Cristóbal y por último, un 3% en La Vega. El 19% restante está distribuido en el resto del país.

<sup>13</sup>OPS/OMS/SESPAS. IESM-OMS Informe sobre el sistema de salud mental en República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana, 2008. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/dominican\\_republic\\_who\\_aims\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/dominican_republic_who_aims_spanish.pdf)

<sup>14</sup>Organización Panamericana de la Salud. WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS, 2013.

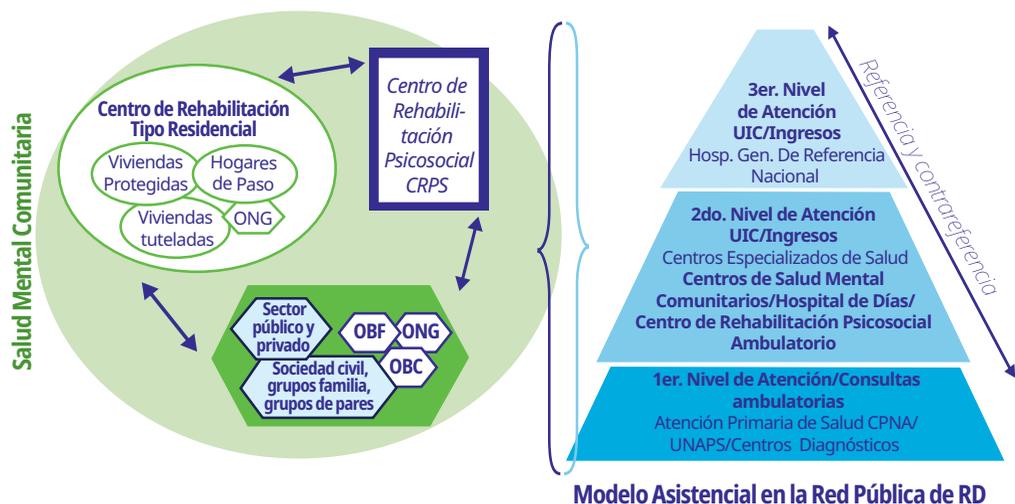
Estos datos hacen evidente la concentración de los psicólogos y psiquiatras en el área capitalina. Algunas provincias del país no disponen de médicos especialistas psiquiatras, como es el caso de Samaná, Pedernales, Jimaní, Bahoruco, Hato Mayor del Rey, Dajabón, Santiago Rodríguez, Independencia, y Jarabacoa, entre otras.

### Distribución territorial de psiquiatras y psicólogos en la República Dominicana, abril-2018

Provincias	No. de Psiquiatras	%	No. de Psicólogos	%
Gran Santo Domingo	97	65	299	64
Santiago	10	7	42	9
San Cristóbal	7	5	23	5
Duarte	6	4	-	-
La Vega	-	-	12	3
<b>Sub-total</b>	<b>120</b>	<b>80</b>	<b>376</b>	<b>81</b>
Otras Provincias	30	20	91	19
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>	<b>467</b>	<b>100</b>

Fuente: SNS

### Modelos de Organización de la Red de Servicios de Salud Mental, 2018



Fuente: MSP/DSM, 2018

## **Alineación con las metas nacionales y los Objetivos de Desarrollo Sostenible vinculados a la salud mental.**

La República Dominicana cuenta con un marco normativo orientado al desarrollo, que se sustenta en la Ley N° 1-12 de la Estrategia Nacional de Desarrollo (END), que en su objetivo específico 2.2.1, línea de acción 2.2.1.16 establece “Asegurar la provisión de servicios de salud mental de calidad, a la población que lo requiera”.

Programa de Gobierno 2016-2020: el Programa de gobierno, destaca como “prioridad nacional superar las desigualdades sociales en salud y promover la salud de las familias y comunidades...”.

Objetivos de Desarrollo Sostenible: el objetivo No. 3, Salud y Bienestar "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", en sus metas:

- 3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
- 3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

## V. PLAN DE ACCIÓN DE SALUD MENTAL 2019-2022

El Plan Nacional de Salud Mental 2019-2022, traza el marco para la planificación en los niveles local y nacional, tomando como referencia sus cuatro áreas estratégicas, que engloban los objetivos y resultados con sus correspondientes indicadores<sup>15</sup>.

Las áreas estratégicas están en correspondencia con el análisis de situación actual, las principales brechas y las necesidades identificadas. El Plan se orienta prioritariamente a cubrir las necesidades del país y está alineado con las recomendaciones aportadas por la OPS/OMS y el marco programático de salud mental de los niveles global y regional.

### 5.1 Propósito, Alcance y Objetivo del Plan

**Propósito:** contribuir a la reducción de la carga por enfermedades mentales y el consumo excesivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, a través del desarrollo de estrategias y programas de prevención, promoción, atención integral, rehabilitación e inclusión social de las personas afectadas y sus familias, en un marco de equidad y respeto a los derechos humanos.

**Alcance:** es aplicable a todo el sector salud, público y privado, con una visión intersectorial e interinstitucional.

**Objetivo general:** disponer de los lineamientos estratégicos que permitan un abordaje integral y coordinado de la salud mental, para la reducción de la morbilidad, discapacidad y mortalidad asociada a los trastornos mentales, y la disminución de las brechas de atención integral.

### 5.2 Líneas estratégicas

**Línea estratégica 1:** fortalecimiento de la rectoría y gestión técnico-administrativa en el ámbito de la salud mental

**Descripción:**

La legislación sobre salud mental proporciona un marco jurídico para las políticas públicas en salud, así como para promover y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Los dispositivos legales relacionados con la salud mental, deben corresponderse con los principios y valores fundamentales de los instrumentos internacionales de derechos humanos y estar acorde con los mejores estándares técnicos.

---

<sup>15</sup>Ver anexos

El liderazgo y capacidad de gestión del Ministerio de Salud son esenciales para implementar este Plan Nacional de Salud Mental y facilitar la organización de un modelo de servicios basado en la comunidad, que promueva y proteja los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y sus familiares. También otros sectores e instituciones, así como la sociedad civil, desempeñan un papel fundamental en la preparación e implementación de los planes y leyes. Por otro lado, el Plan Nacional de Salud Mental debe impulsar el desarrollo de documentos técnico-normativos que faciliten su implementación.

Un problema esencial es la insuficiencia de recursos humanos y financieros dedicados a la salud mental y su inequitativa distribución, especialmente cuando se compara con la carga que representan los trastornos mentales y los derivados del uso de sustancias. Por otro lado, la estructura del gasto, en muchos casos, muestra que una elevada proporción del presupuesto de salud mental se destina a los servicios hospitalarios y residenciales. En resumen, existe la necesidad no solo de aumentar el presupuesto, sino también de evaluar la reorientación de los recursos hacia sistemas ambulatorios y basados en la comunidad.

### **Objetivos:**

1.1 Disponer de un marco legal y técnico normativo actualizado e implementándose en el campo de la salud mental, que facilite el desarrollo de un modelo de atención integral basado en la comunidad.

1.2 Disponer de recursos financieros y humanos para la aplicación de las políticas públicas y el plan de salud mental, asegurando que los mismos se utilicen en un modelo de servicios especializados basados en la comunidad.

### **Indicadores por Objetivo:**

1.1.1 Número de documentos que sustentan el marco legal técnico normativo para la atención integral en la temática de salud mental.

Línea de base<sup>16</sup> : 5

Meta: 9

1.2.1 Porcentaje del gasto público de salud destinado a la salud mental.

Línea de base: 0.73% (2017)

Meta: 5%

---

<sup>16</sup>1) Protocolo de atención a las urgencias psiquiátricas en pacientes adultos 2) Protocolo de atención a las emergencias por intoxicación al uso y abuso de sustancias psicoactivas 3) Protocolo de atención para el manejo de los trastornos depresivos en el adulto. 4) Protocolo de atención para el tratamiento de la esquizofrenia 5) Protocolo de atención en red del trastorno afectivo bipolar.

### 1.2.2 Porcentaje del gasto nacional en salud mental destinado a los servicios hospitalarios y residenciales de salud mental.

Línea de base: ND. A establecer en 2019

Meta: por definir (%)

### 1.2.3 Tasa de psiquiatras y psicólogos, por cada 100.000 habitantes.

Línea de base<sup>17</sup>: 1,08 psiquiatras y 3,9 psicólogos por 100.000 habitantes.

Meta: aumentar la tasa de psiquiatras a 2.02\*.

---

<sup>17</sup>Organización Mundial de la Salud. (2014). Datos del observatorio mundial de la salud: Recursos humanos por país. Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en>

\*Este aumento cubre un 40% de la brecha estimada para el 2022. En el caso de la tasa de psicólogos, se propone mantener la cobertura mejorando la distribución geográfica. En este indicador no se ha incluido la tasa de enfermeras especializadas en salud mental, ya que no existe un programa de formación que respalde la especialidad en salud mental.

**Objetivo 1.1:** disponer de un marco legal y técnico normativo actualizado e implementándose en el campo de la salud mental, que facilite el desarrollo de un modelo integral basado en la comunidad.

Resultado	Producto	Iniciativas/Acciones
1.1.1 Mejorado el marco legal y técnico normativo necesario para la atención integral en salud mental.	Actualizada la legislación de salud mental y su reglamentación.	Impulsar la actualización de la Ley sobre Salud Mental y alinearla con el marco legal actual del país y los estándares internacionales. Participar en la preparación del Reglamento de la Ley sobre Salud Mental y promover su aprobación. Promover multisectorialmente y con participación de la sociedad civil la aplicación de la Ley sobre Salud Mental y su Reglamento.
	Protocolos y guías para atención en salud mental disponibles.	Desarrollar y diseminar protocolos y guías de salud mental para la atención integral, alineados al marco legal y programático nacional, así como los instrumentos técnicos nacionales e internacionales existentes (ej. mhGAP).
1.1.2 Ejecución de las políticas públicas y plan nacional de salud mental.	Plan Nacional de Salud Mental implementado en el país.	Implementar el Plan Nacional de Salud Mental 2019-2022 mediante los POA. Establecer cooperación con otros programas de salud, en particular para atender necesidades psicosociales específicas como niñez, adolescencia, adulto mayor, discapacidad intelectual, situaciones de desastres y emergencias, violencia; y, abuso de sustancias.
	Acuerdos de cooperación con otros sectores e instituciones establecidos.	Desarrollar mecanismos de coordinación intersectorial y participación social, -incluidos los movimientos de usuarios y familiares; así como, acuerdos con los sectores sociales con el fin de facilitar la atención y rehabilitación psicosocial; además de apoyar la ejecución del Plan de Salud Mental y la promoción de la causa.

**Objetivo 1.2:** disponer de recursos financieros y humanos para la ejecución de las políticas públicas y el plan de salud mental, asegurando que los mismo se utilicen en un modelo de servicios especializados basados en la comunidad.

Resultado	Producto	Iniciativas/Acciones
1.2.1 Ejecución de las acciones planificadas en los servicios de salud mental para reducir la brecha de atención.	Aumentada la inversión nacional destinada a la salud mental.	Gestionar recursos financieros y humanos para la implementación y expansión sostenible del modelo de atención en salud mental. Evaluar la estructura del gasto que permita el cierre de brechas en la atención de salud mental. Difundir las experiencias exitosas y lecciones aprendidas, que describan la transferencia del gasto de dispositivos hospitalarios y residenciales a los servicios ambulatorios de base comunitaria en salud mental.

## **Línea estratégica 2: promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y problemas psicosociales.**

### **Descripción:**

La línea estratégica de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, es el marco referencial para las acciones permanentes en las políticas públicas, garantizando la participación comunitaria activa, coordinación multisectorial, movilización social y desarrollo de redes comunitarias que generen información oportuna dirigida a las personas y las comunidades.

La promoción y la prevención abarcan una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas al beneficio y la protección de la salud, así como el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Esta estrategia propone un enfoque amplio e integral diferente al curativo. Se plantea un abordaje biopsicosocial de los factores de riesgos, que incluye la identificación precoz y atención a las condiciones de riesgo y problemas psicosociales o de salud mental; así como, reducir el consumo de alcohol y drogas, actuar sobre las condiciones que contribuyen a la violencia, la discriminación, la estigmatización y las violaciones de derechos humanos que, generalmente, afectan a las personas con trastornos mentales; además

del abordaje de los factores de protección, incluido el empoderamiento y la generación de resiliencia en las diferentes etapas de la vida, desde un contexto de atención comunitaria.

La prevención del suicidio es una de las prioridades nacionales. Muchas personas que intentan suicidarse son jóvenes y adultos mayores o proceden de grupos vulnerables. Por otro lado, las tasas de suicidio podrían estar subestimadas y existen deficiencias en los mecanismos de vigilancia. Dado que hay muchos factores de riesgo asociados a la conducta suicida, las medidas preventivas deben ser multisectoriales. Se ha demostrado la eficiencia de intervenciones como la reducción del acceso a medios letales (especialmente armas de fuego, plaguicidas y medicamentos); una conducta informativa responsable y ética por parte de los medios de comunicación, la identificación y protección de las personas con riesgo de suicidio (en particular los que han cometido intentos suicidas previos) y el tratamiento apropiado de trastornos mentales, en especial la depresión.

### **Objetivos:**

2.1 Contribuir a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y problemas psicosociales, con un enfoque multisectorial y de movilización social, desde el contexto de la red nacional de servicios de salud.

2.2 Prevenir la conducta suicida y reducir la mortalidad por suicidio.

### **Indicadores por Objetivos:**

2.1.1 % de provincias implementando la estrategia nacional para la prevención y atención a los problemas relacionado con el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Línea de base: ND

Meta: 85% de las provincias prioritarias con la estrategia implementada.

2.2.1 % de provincias implementando la estrategia nacional para la prevención del suicidio e intento suicida.

Línea de base: ND

Meta: 85% de las provincias prioritarias con la estrategia implementada.

2.2.2 Tasa nacional de intento suicida (por 100.000 habitantes), desglosada por provincias, grupos de edad y sexo, y método empleado.

Línea de base: ND<sup>18</sup>

Meta: sistema de registro y notificación de intentos suicidas funcionando y tasa disponible en 2022.

---

<sup>18</sup>Programada la vigilancia epidemiológica a través del SINAVE, para el 2019.

Tasa de mortalidad por suicidio, por 100.000 habitantes, desglosada por provincias, grupos de edad y sexo, y método empleado.

Línea de base: tasa nacional 6.2 (2016)

Meta: disminuir a una tasa de 5.0

**Objetivo 2.1:** contribuir a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y problemas psicosociales, con un enfoque multisectorial y de movilización social, desde el contexto de la red nacional de servicios de salud.

Resultado	Producto	Iniciativas/Acciones
2.1.1 Mejoradas las capacidades para la promoción y protección de la salud mental.	Estrategias de Prevención y Promoción de la Salud Mental diseminadas e implementadas en el territorio nacional.	<p>Desarrollar acuerdos multisectoriales para el diseño y ejecución de estrategias para la prevención y promoción en el campo de la salud mental.</p> <p>Priorizar intervenciones para niños, niñas y adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) identificación e intervención temprana de factores de riesgo;</li> <li>b) promover el desarrollo psicosocial;</li> <li>c) apoyo a padres, madres y familias;</li> <li>d) iniciativas comunitarias de apoyo a la infancia que incluyan oportunidades de educación temprana;</li> <li>e) diagnóstico precoz y tratamiento apropiado de los trastornos mentales;</li> <li>f) implementar actividades escolares de promoción de la salud, como preparación para la vida, fomento de estilos de vida saludable, contra la intimidación y la violencia, y los riesgos del consumo de sustancias;</li> <li>g) apoyar iniciativas comunitarias de promoción y prevención en salud mental, con enfoque de riesgo;</li> <li>h) desarrollar intervenciones (como campañas y educación comunitaria), orientadas a la reducción del estigma y la discriminación de las personas viviendo con una condición mental;</li> <li>i) creación, regulación y fomento de espacios saludables en la comunidad.</li> </ul>
	Evaluados los resultados e impacto de las estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental.	Evaluación de los resultados, la efectividad y lecciones aprendidas en la aplicación de las estrategias de promoción y prevención.

Resultado	Producto	Iniciativas/Acciones
<p>2.1.2 Aumentado el conocimiento y las capacidades para la prevención de los trastornos mentales y el abordaje multisectorial de los riesgos psicosociales, en las diferentes etapas de vida, desde el contexto de la atención primaria y comunitaria.</p>	<p>Mejorada la prevención de los problemas relacionados con el uso de sustancia psicoactivas.</p>	<p>Difundir e implementar el Programa de prevención de problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.  Identificar e intervenir tempranamente en la APS las personas en situación de riesgo.  Diseño y ejecución de campañas de comunicación para la prevención del alcoholismo con enfoque en poblaciones vulnerables (jóvenes, embarazadas y otros).  Desarrollo de intervenciones para la reducción de daños por consumo de sustancias psicoactivas en condición de vulnerabilidad (deambulantes/sin hogar, menores y adolescentes).</p>
	<p>Desarrollada la Estrategia nacional para la prevención y atención a la patología dual.</p>	<p>Implementación de la Estrategia nacional para la prevención y atención a la patología dual.  Implementación de intervenciones para la prevención del espectro alcohólico fetal.</p>
	<p>Personas -adultos y menores- víctimas de violencia psicosocial y física participan de actividades de prevención y protección.</p>	<p>Formular e implementar la estrategia nacional de prevención de diferentes modalidades de violencia psicosocial y física.  Establecer cooperación con otros programas de salud, en particular para atender necesidades psicosociales específicas como mujeres, niños y adolescentes víctimas de la violencia.</p>

## Objetivo 2.2: prevenir la conducta suicida y reducir la mortalidad por suicidio.

Resultado	Producto	Iniciativas/Acciones
2.2.1 Aumentado el conocimiento y las capacidades para la prevención de la conducta suicida, en el marco de un abordaje multisectorial del riesgo.	Mejorada la participación nacional, en el contexto de Centroamérica, en el proyecto sobre la Conducta Suicida y Salud Mental.	Participación activa en el Observatorio Centroamericano y de la República Dominicana de la Conducta Suicida y Salud Mental.
	Reducción de la mortalidad por suicidio y morbilidad por lesiones autoinfligidas.	<p>Implementar el programa nacional para la prevención de la conducta suicida, con énfasis en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) promover en los medios de comunicación una información responsable, en relación con los casos de suicidio;</li> <li>b) favorecer las regulaciones legales y medidas prácticas para restringir el acceso a medios letales; y,</li> <li>c) mejorar la respuesta del sistema de salud a la conducta suicida en los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> <li>-evaluación y manejo de los casos de conducta suicida, de acuerdo a las normas y guías existentes;</li> <li>-identificación y manejo precoz de los trastornos mentales, en particular la depresión;</li> <li>-identificación y manejo de las condiciones de riesgo;</li> <li>-vigilancia epidemiológica;</li> <li>-implementación de la notificación y registro de casos de intento suicida;</li> <li>-capacitación a los equipos del nivel primario;</li> <li>-promoción del apoyo psicosocial –familiar y comunitario-, tanto para quienes hayan intentado suicidarse como para las familias de quienes se suicidaron.</li> </ul> </li> </ul>

### **Línea estratégica 3: gestión de la cobertura y acceso a una atención de salud mental, integral y de calidad, a través de la descentralización, basado en un modelo comunitario.**

#### **Descripción:**

La gestión de la cobertura y acceso a una atención de salud mental integral y de calidad, en la República Dominicana. Se proyecta basado en un modelo integral de base comunitaria, con principios básicos como la descentralización, la inserción del componente de salud mental en la atención primaria de salud y en los hospitales generales, la existencia de una red de servicios especializados, la participación social, la coordinación intersectorial, y el abordaje de derechos humanos.

Una tarea aún no concluida en el país es la reestructuración de los servicios de salud mental. El desarrollo del modelo comunitario implica planificar nuevos servicios y alternativas que permitan sustituir al antiguo modelo de base hospitalaria. Los dispositivos hospitalarios y residenciales, aún consumen gran parte de los recursos dedicados a la salud mental, por lo que una estrategia podría ser utilizar algunos recursos de los mismos para establecer servicios especializados vinculados a la atención primaria y la comunidad.

#### **Algunos elementos importantes:**

- La disponibilidad de psicofármacos esenciales en los servicios especializados y en la atención primaria de salud resulta crucial.
- La evaluación sistemática de los servicios de salud mental garantiza que se preste una atención de calidad y que se respeten los derechos humanos de los usuarios y sus familiares.
- Los desastres naturales o provocados por el hombre tienen consecuencias para la salud física y mental, por lo que al planificar la respuesta del sector de la salud se debe asegurar la disponibilidad de servicios de salud mental y de apoyo psicosocial.
- La disponibilidad de trabajadores de salud mental competentes y su distribución equitativa es fundamental para la expansión de los servicios. La educación continua debe reflejar las necesidades del nuevo modelo de servicios. Los profesionales especializados deberán facilitar la capacitación, el apoyo y la supervisión del personal no especializado.

La integración del componente de salud mental en la atención primaria se desarrolla a través de la transferencia de competencias desde el nivel especializado hacia la APS en sus diferentes dispositivos (CPNA/UNAP), teniendo como marco de referencia el "Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP)" de la OMS.

**Objetivos:**

3.1 Gestionar la cobertura y acceso a una atención de salud mental integral y de calidad en la red nacional de servicios de salud.

3.2: Integrar la salud mental en la Atención Primaria, fortaleciendo la participación social en el contexto comunitario.

**Indicadores por Objetivos:**

3.1.1 No. de unidades de intervención en crisis funcionando para a la atención de personas con enfermedades mentales en todo el país.

Línea de base: 11

Meta: 17

3.1.2 Tasa de consultas o contactos por trastornos mentales atendidos en servicios ambulatorios de salud mental, por 100.000 habitantes.

Línea de base: 1.581,8 consultas (160.855<sup>19</sup>/10.169.172<sup>20\*</sup>100.000 habitantes =1.581,8)

Meta: Aumentar en un 30% (2.055 consultas o contactos).

3.1.3 Tasa de consultas de emergencia e ingresos en Unidades de Intervención en Crisis con diagnóstico de trastorno mental, por 100.000 habitantes.

Línea de base: 37,9 (3864<sup>21</sup>/10.169.172<sup>19\*</sup> 100.000 habitantes =37,9)

Meta: reducir en un 10%

3.1.4 Tasa de personas con trastornos mentales severos atendidos en servicios de salud (CRPS, residencias y servicios ambulatorios de SM), por 100.000 habitantes (desglosados por tipo de servicios).

Línea de base: 1,07 (109 usuarios /10.169.172<sup>22\*</sup>100.000 habitantes=1,07)

Meta: aumentar en un 3% (por aumento de los dispositivos residenciales)

3.2.1 Porcentaje de médicos de Atención Primaria entrenados en salud mental.

Línea de base: 237/3930: 6,03%

Meta: aumentar en un 45%

3.2.2 Tasa de consultas o contactos por trastornos mentales atendidos en servicios de Atención Primaria, por 100.000 habitantes.

Línea de base. ND.

Meta: Sistema de registro y notificación de personas/casos con trastornos mentales atendidos en servicios de Atención Primaria disponible en 2022.

<sup>19</sup>Casos de salud mental atendidos, ATLAS 2017.

<sup>20</sup><https://www.one.gob.do/>, visto 26 de diciembre 2018.

<sup>21</sup>Total de Ingresos en las Unidades de Intervención en Crisis UIC, Reporte acumulado de las UIC período 2016-2017, MSP 2018.

<sup>22</sup>(fuente: levantamiento de sectorización y zonificación SNS).

**Objetivo 3.1:** gestionar la cobertura y acceso a una atención de salud mental integral y de calidad en la red nacional de servicios de salud.

Resultado	Producto	Iniciativas/Acciones
<p>3.1.1 Aumentada la cobertura y acceso a una atención de salud mental integral y de calidad en la red nacional de servicios de salud.</p>	<p>Desarrollados espacios de articulación en el nivel local para salud mental.</p>	<p>Establecer mecanismos locales de articulación entre la red pública de atención en salud y los equipos descentralizados de salud mental para garantizar la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas con trastornos mentales.</p>
	<p>Personas con trastornos mentales asegurados por el régimen de seguridad social, según legislación vigente.</p>	<p>Ampliar la cobertura del régimen de seguridad social a las personas con enfermedad mental, según lo establece el Sistema Dominicano de Seguridad Social, en la Ley 87-01.</p>
	<p>Continuación del proceso de reestructuración y fortalecimiento de los servicios de SM de la red pública</p>	<p>Desarrollo de competencias del personal especializado para la atención integral, consultas especializadas de enlace y atención a las urgencias psiquiátricas. Organizar, ampliar y fortalecer la red de servicios de salud mental basada en un modelo comunitario, acorde con las características del sistema de salud del país y los recursos disponibles. Crear unidades de intervención en crisis en las provincias, siguiendo/acompañando las metas presidenciales.</p> <p>Disponer de servicios de hospitalización para personas con trastornos mentales severos, de acuerdo a la cartera de servicios de los hospitales generales y especializados a nivel nacional. Organizar y fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia.</p>

		<p>Continuar el proceso de reestructuración y descentralización de los servicios de salud mental: servicios ambulatorios de salud mental descentralizados y vinculados con la APS y con la red del segundo nivel de atención/ especializado.</p> <p>Desarrollo de servicios para la atención a los trastornos relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.</p> <p>Implementar programas para prevención y atención a las personas con demencia, promoviendo el apoyo psicosocial – familiar y comunitario.</p>
	<p>Evaluar las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud mental.</p>	<p>Evaluar la cobertura y la equidad en el acceso a los servicios de SM, en especial de las poblaciones rurales y pobres, así como grupos con necesidades psicosociales especiales (por ejemplo, ancianos, personas con discapacidad intelectual, víctimas de la violencia, entre otros).</p>

<p>3.1.2 Mejorados los conocimientos y capacidades para la atención de salud mental a niños y adolescentes.</p>	<p>Fortalecida la capacidad de respuesta de los servicios de salud para la atención de la salud mental de niños, niñas y adolescentes</p>	<p>Capacitar a psiquiatras generales en el manejo básico de los trastornos mentales en la niñez y adolescencia, para que puedan responder a esta problemática en provincias donde no hay psiquiatras infantiles. Capacitar, en las condiciones mentales más frecuentes en niños y adolescentes, a los trabajadores del nivel primario; garantizando un proceso de seguimiento con apoyo y supervisión a los centros de ese nivel. Desarrollar servicios de SM infanto-juveniles a nivel regional. Supervisar la aplicación de las normas, guías y protocolos para la atención de los trastornos mentales y por el uso de sustancias psicoactivas en la niñez y la adolescencia, en los diferentes niveles del sistema de salud.</p>
---	---	---

<p>3.1.3 Mejorados los conocimientos y las capacidades de respuesta para resolver las necesidades psicosociales y de SM en situaciones de emergencias y desastres.</p>	<p>Formulado un Plan de protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias.</p>	<p>Proteger la salud mental en situaciones de desastres y emergencias humanitarias, incluyendo las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial en la preparación para situaciones de emergencia.                  Proveer primera ayuda psicológica a personas afectadas emocionalmente, como consecuencia del evento crítico.                  Facilitar el acceso y atención de las personas con trastornos mentales o problemas psicosociales a dispositivos de apoyo, incluidos servicios de salud mental.                  Proveer apoyo psicosocial y atención de salud mental al personal humanitario y de salud, durante y después de la emergencia, acorde a las necesidades.                  Tomar la emergencia como una ventana de oportunidad para construir o reconstruir el sistema de salud mental de ámbito comunitario, después del evento.                  Establecer mecanismos de cooperación intersectorial e interinstitucional.</p>
--	--	---

<p>3.1.4 Mejorados los conocimientos y capacidades para la atención y rehabilitación de personas con trastornos mentales grave.</p>	<p>Implementado programa de rehabilitación psicosocial basado en la comunidad (RBC).</p>	<p>Disponer de los servicios de rehabilitación psicosocial ambulatorios en las provincias priorizadas.          Formular y ejecutar un programa de rehabilitación psicosocial basado en la comunidad (RBC) para personas con trastornos mentales grave con discapacidad, lo cual requerirá:          garantizar un funcionamiento eficiente del Centro de Rehabilitación Psicosocial y la red de residencias protegidas, asegurando que sirvan como dispositivos de medio camino entre los hospitales y la comunidad;          entrenar regularmente a familiares y cuidadores de personas con trastornos mentales severos con discapacidad;          promover y apoyar la participación de las asociaciones de usuarios y familiares, así como de otros actores comunitarios;          uso de recursos, regulaciones legales y programas disponibles en el país y que protegen a las personas con discapacidad. Por ej., subsidios a personas con discapacidad, empleo, educación, soluciones de vivienda, protección social, protección legal y de los derechos humanos, etc. Incluye la coordinación con otros sectores gubernamentales, sector privado, ONG, Iglesias, entre otros.          Realizar supervisiones y entrenamiento en servicio, para reforzamiento de conocimientos y habilidades, con énfasis en la evaluación/detección, manejo y seguimiento a los casos.          Desarrollar sistema de incentivos dirigido al personal.</p>
---	--	--

	<p>Personas con trastornos mentales en condición de deambulantes (sin hogar) participan del programa de protección.</p>	<p>Desarrollo de Programa para la protección de las personas con enfermedad mental severa de larga evolución con discapacidad y/o problemática social, en condición de deambulantes (sin hogar). Ejecución de técnicas de rehabilitación psicosocial e inserción comunitaria, en la APS.</p>
	<p>Personas recibiendo medicamentos de salud mental en la red pública de salud.</p>	<p>Garantizar la disponibilidad de psicofármacos esenciales en la red de servicios de SM y el nivel primario. Gestionar los psicofármacos a través del SUGEMI (programación, compra y distribución). Gestionar el programa CLIPLE, según criterio de priorización con PROMESE/CAL. Actualización e inclusión de los psicofármacos en el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales. Evaluar la calidad de servicio y cumplimiento de protocolo de actuación clínica.</p>

**Objetivo 3.2:** integrar la salud mental en la Atención Primaria, fortaleciendo la participación social en el contexto comunitario.

Resultado	Producto	Iniciativas/Acciones
<p>3.2.1 Integrado el componente de salud mental en la APS</p>	<p>Personas recibiendo atención integral de salud mental en nivel primario y comunitario.</p>	<p>Disponer de la atención a personas con problemas de salud mental por médicos no especializados de la atención primaria de salud, aplicando la estrategia mhGAP. Establecer mecanismos de vinculación entre la APS y los dispositivos especializados, para disponer de la atención especializada en salud mental a nivel comunitario.</p>
	<p>Diseñado e implementado un programa de educación continua en salud mental, priorizando el primer nivel de atención.</p>	<p>Formular e implementar un programa anual de capacitación en salud mental -basado en la incorporación de conocimientos y la formación de competencias- para el personal técnico y profesional de salud (especializado y no especializado), priorizando el nivel primario. Definir contenidos y metodología educativa, así como los parámetros para que un profesional o técnico sea aprobado/certificado oficialmente. Asegurar la supervisión y tutoría durante la prestación del servicio, para apoyar los procesos de capacitación. Tomar en cuenta procesos de capacitación en salud que están siendo implementados por el MSP y el SNS, para evaluar la conveniencia y factibilidad de integrar el componente SM. Evaluar el uso de diferentes modalidades y tecnologías de capacitación; entre otras, cursos virtuales/educación a distancia; considerando la colaboración entre el MSP, el SNS y las universidades</p>

Resultado	Producto	Iniciativas/Acciones
Mejorada la participación social en el campo de la salud mental, en el contexto comunitario.	Coordinadas las acciones locales entre la red pública de salud y la comunidad.	Articular la red pública de atención primaria en salud –apoyada por el equipo descentralizado de salud mental- con la comunidad.
	Las personas y sus familias son beneficiarias de espacios comunitarios para la rehabilitación e inserción socio-laboral, y de otros programas de apoyo y protección a grupos vulnerables, en el contexto comunitario.	<p>Desarrollar alianzas público–privado, para impulsar a nivel comunitario la rehabilitación e integración socio-laboral, programas terapéuticos, así como de uso del tiempo libre para distintos grupos de población.</p> <p>Coordinar con la comunidad para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-identificar los líderes comunitarios;</li> <li>-coordinar con organizaciones comunitarias que atienden problemas de salud mental (p. ej., ONG y comunidades basadas en la fe);</li> <li>-establecer relaciones con los sistemas comunitarios tradicionales de atención a las personas con enfermedades mentales.</li> </ul>
	<p>Conformar asociaciones civiles y sociales para trabajar en el entorno comunitario, como respuesta a los principales problemas de salud mental a nivel local.</p> <p>Desarrollar grupos comunitarios (grupo de pares, grupo de familiares, otros) por etapas de vida y problemas prioritarios.</p>	

## **Línea estratégica 4: fortalecimiento del monitoreo y cumplimiento de las directrices para la producción, evaluación y utilización de la información sobre salud mental.**

### **Descripción:**

El Sistema de Información del Ministerio de Salud es el repositorio para la recolección de información oportuna, utilizada para la toma de decisiones basadas en las evidencias y gestión del sector salud. El sistema de información en salud debe recoger y notificar con regularidad los datos sobre la prestación de los servicios de salud mental. El conjunto básico de indicadores de salud mental sugeridos por la OPS y la OMS fue revisado, para su adaptación y aplicación en este Plan.

La evaluación periódica del sistema de SM en el país, usando la herramienta de OMS (WHO-AIMS) es un procedimiento muy útil que permite analizar la situación existente en la red de servicios de SM y evaluar el progreso a lo largo del tiempo. Las investigaciones científicas y la generación de datos suministran evidencia científica para las intervenciones, así como para mejorar la prestación de servicios, teniendo en cuenta las prioridades nacionales

### **Objetivos:**

4.1 Fortalecer el monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica de los datos generados en los servicios de salud mental a nivel nacional, a través de la recolección, procesamiento, análisis y difusión.

### **Indicadores por Objetivo:**

4.1.1 Porcentaje de direcciones provinciales de salud del Ministerio de Salud que recopilan, analizan y reportan de manera regular los datos esenciales de salud mental (establecidos previamente).

Línea de base: 11 (DPS/DAS vinculada a una UIC)

Meta: 40 (DPS/DAS)

Resultado	Producto	Iniciativas/Acciones
4.1.1 Gestionar el componente de salud mental en el Sistema Nacional de Información y Estadística en Salud.	Información de salud mental integrada al sistema nacional de información en salud.	<p>Elaboración de los instrumentos estandarizados por el Departamento de Salud Mental.</p> <p>Fortalecer y ampliar la información de salud mental que procesa el DIES, asegurando que responda a las necesidades del Plan Nacional de SM.</p> <p>Definir los datos estadísticos esenciales de salud mental y los mecanismos de recolección-flujo.</p> <p>Capacitación de los puntos focales de salud mental de los establecimientos de salud y las DPS/DAS, en el llenado de los instrumentos estandarizados por el MSP.</p> <p>Monitoreo de las acciones de salud mental en los servicios de salud a nivel nacional.</p> <p>Hacer visible y accesible la información científica disponible en los espacios virtuales (sitios web del MSP, repositorio institucional del MSP, universidades y la OPS).</p>
	Vigilancia epidemiológica de los trastornos mentales y la conducta suicida en el país implementada.	<p>Gestionar el componente de salud mental en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-desarrollar el registro de morbilidad por trastornos mentales, basado en la Ficha Única Electrónica (en vías de implementación por el MSP);</li> <li>-garantizar y fortalecer la captación de los eventos de salud mental incluidos en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE);</li> <li>-Desarrollar la vigilancia epidemiológica de la conducta suicida, suicidio y síndrome del espectro alcohólico fetal;</li> <li>-procesamiento y análisis regular de los datos de salud mental captados por el DIES y el SINAVE, por parte del Departamento de SM-MSP y las DPS/DAS, utilizándolos como una herramienta para la planificación y la gerencia.</li> </ul>
	Disponibilidad de información para la toma de decisiones estratégicas.	<p>Establecer acuerdos de cooperación entre el MSP y universidades.</p> <p>Diseñar y ejecutar en el periodo 2019-2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) un Estudio Nacional de Salud Mental; y,</li> <li>b) aplicar el WHO-AIMS (2da. evaluación).</li> </ul> <p>Sistematizar los reportes periódicos en las diferentes plataformas y estructuras para la recolección de información del sector salud.</p> <p>Desarrollar una mesa de análisis de situación.</p>

## **Temáticas de investigación propuestas, de acuerdos a las prioridades establecidas en el Plan.**

Estas líneas de estudio serán negociadas con instituciones de investigación, universidades y organismos de colaboración nacional e internacional, a fin de evaluar su viabilidad e interés para apoyar las mismas.

1. Discriminación, estigma, ciudadanía y derechos de las personas con trastornos mentales.
2. Salud mental, género y etnia.
3. La violencia y sus implicaciones psicosociales. El abordaje desde el sector salud.
4. Epidemiología de los trastornos mentales y por uso de sustancias. Factores de riesgo y de protección. Estudios sobre la carga de enfermedad.
5. Diagnóstico de situación de la salud mental comunitaria.
6. Trastornos por consumo de alcohol, y otras sustancias psicoactivas.
7. Salud mental en la infancia y la adolescencia.
8. Rehabilitación psicosocial.
9. Eficacia de los abordajes terapéuticos psicosociales (individuales y de grupos) y farmacológicos.
10. Reestructuración de los servicios de salud mental.
11. Impacto de las intervenciones de prevención y promoción en el campo de la salud mental
12. Costos de ampliación de cobertura y desarrollo del Modelo Comunitario de Salud Mental.

### 5.3 Monitoreo y evaluación

El seguimiento y la evaluación del Plan Nacional de Salud Mental 2019-2022 se alinea con el marco de los procesos de gerencia aprobados por el Ministerio de Salud Pública. El Departamento de Salud Mental –acorde con lo establecido por el Ministerio–, es responsable por el diseño del Plan; así como, por su difusión y el monitoreo de la ejecución. Los indicadores establecidos por objetivos proporcionan la base para medir el progreso del Plan hacia su propósito y meta; y a tales efectos se establecerán calendarios anuales de supervisión a los servicios de salud, incluido el monitoreo de la calidad de la atención y la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

Las DPS/DAS presentarán un reporte semestral, al Departamento de Salud Mental/MSP, con los datos estadísticos y epidemiológicos disponibles, así como un análisis del estado de la ejecución del Plan.

El Departamento de Salud Mental elaborará y presentará lo siguiente:

- Reporte anual sobre la salud mental en el país, conteniendo: a) datos estadísticos; b) información epidemiológica, incluida la mortalidad por causas externas; y, c) evaluación anual de la ejecución del Plan Nacional de SM, incluido el desarrollo de la red de servicios de salud mental.
- Evaluación final del Plan Nacional de SM: 2022.

La evaluación integral del sistema de salud mental -usando la metodología estandarizada de la OMS, conocida como WHO-AIMS, por su sigla en inglés– se desarrollará en los años 2019 y 2022. La planificación y ejecución del WHO-AIMS será responsabilidad del Departamento de Salud Mental, con el apoyo técnico de la OPS.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Internacional de Alzheimer. Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015. London: AIA; 2015. **Disponible:** <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/World-Report-2015-Summary-sheet-Spanish.pdf>
2. Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Encuesta Demográfica y de Salud 2007. Santo Domingo: CESDEM; 2008. **Disponible en:** <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR205/FR205.pdf>
3. Centro de Estudios Sociales y Demográficos. Encuesta Demográfica y de Salud 2013. Santo Domingo: CESDEM; 2014. **Disponible en:** <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR205/FR205>
4. Consejo Nacional de Drogas. Encuesta nacional de conductas de riesgo y factores protectores en escolares (PACARDO 2000). Santo Domingo: CND; 2000.
5. Ley No. 1-12 que establece la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030. Gaceta Oficial. No. 10656 del 26 de enero de 2011. **Disponible en:** [https://www.unicef.org/republicadominicana/Ley\\_No\\_1-12\\_END\\_2030.pdf](https://www.unicef.org/republicadominicana/Ley_No_1-12_END_2030.pdf)
6. Medina D. Plan de Gobierno 2012-2016. Santo Domingo; 2012. **Disponible en:** <https://www.scribd.com/document/88917593/Plan-de-Gobierno-2012-2016-Danilo-Medina>
7. Mencía Ripley A, Guerrero Martínez S. Características de los pacientes con trastornos relacionados al abuso de sustancias en un hospital dominicano. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 2012. 2(3):144-154.
8. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2013-2016. Santo Domingo: MEPyD; 2012. **Disponible en:** <http://economia.gob.do/mepyd/wp-content/uploads/archivos/libros/pnpsp-2013-2016-diciembre-14-2013.pdf>
9. Ministerio de Salud Pública. Análisis de Situación de Salud 2014 (ASIS). Santo Domingo: MSP; 2014.
10. Ministerio de Salud Pública. Modelo de atención en salud para el Sistema Nacional de Salud. Santo Domingo: MSP; 2017. **Disponible en:** <http://www.msp.gob.do/oai/Documentos/Políticas/MODELO%20DE%20ATENCIÓN%20EN%20SALUD%20PARA%20EL%20SISTEMA%20NACIONAL%20DE%20SALUD.pdf>
11. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible: 17 objetivos para transformar nuestro mundo. 2015. **Disponible en:** <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
12. Organización Mundial de la Salud. mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: OMS; 2008. **Disponible en:** [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=326&Itemid=259](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=326&Itemid=259)
13. Organización Mundial de la Salud. Mental Health Atlas 2014. Geneva: WHO; 2015. **Disponible en:** [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011\\_eng.pdf?ua](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua)

14. Organización Mundial de la Salud. Organization of services for mental health. WHO mental health policy and service guidance package. Geneva; WHO; 2003. **Disponible en:** [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/essentialpackage1v2/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v2/en/)
15. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013. **Disponible en:** [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)
16. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Un informe compendiado de la Organización Mundial de la Salud en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidad de Nijmegen y Maastricht. Ginebra: OMS; 2004. **Disponible en:** [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78545/1/924159215X\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78545/1/924159215X_spa.pdf?ua=1)
17. Organización Mundial de la Salud. Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra: OMS; 2011. **Disponible en:** [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf)
18. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington, DC: OPS; 2014. **Disponible en:** [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=27709&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27709&lang=es)
19. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre salud mental. 53.º Consejo Directivo/66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para América (CD53/8, Resolución CD53.R7). Washington, DC, EUA, 2014. **Disponible en:** [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=es)
20. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Evaluación y manejo de los trastornos relacionados específicamente con el estrés: módulo de la Guía de intervención mhGAP. Versión en español publicada por la OPS. Washington, DC: OPS; 2014. **Disponible en:** [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102869/1/9789275318294\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102869/1/9789275318294_spa.pdf?ua=1)
21. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Versión en español publicada por la OPS. Washington, DC: OPS; 2015. **Disponible en:** <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28418>
22. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Versión en español preparada y publicada por la OPS. Washington, DC: OPS; 2014. **Disponible en:** [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1&ua=1)

23. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Secretaría de Estado de Salud Pública. IESM-OMS: Informe sobre el sistema de salud mental en República Dominicana. Santo Domingo: OPS; 2008. **Disponible en:** [http://www.who.int/mental\\_health/dominican\\_republic\\_who\\_aims\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/dominican_republic_who_aims_spanish.pdf)
24. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009. (OPS. Publicación Científica y Técnica No. 632). **Disponible en:** <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>
25. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Decenal de Salud 2006-2015. Santo Domingo; SESPAS; 2006. **Disponible en:** [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Rep\\_Dominicana-Plan\\_Decenal\\_Salud\\_2006-15.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Rep_Dominicana-Plan_Decenal_Salud_2006-15.pdf)
26. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. Memoria Institucional-2016. Santo Domingo: SISALRIL; 2017. **Disponible en:** [http://www.sisalril.gob.do/pdf/memorias/memoria\\_2016.pdf](http://www.sisalril.gob.do/pdf/memorias/memoria_2016.pdf)

---

# Anexos





**FICHAS DESCRIPTIVAS DE LOS INDICADORES<sup>23</sup>**

## Lista de Indicadores

<b>Línea Estratégica</b>	<b>No.</b>	<b>Indicador</b>
1	1.1.1	Número de documentos que sustentan el marco legal y técnico-normativo para la atención integral en salud mental.
1	1.2.1	Porcentaje del gasto público dedicado a salud mental.
1	1.2.2	Porcentaje del gasto público nacional en salud mental destinado a los servicios hospitalarios y residenciales de salud mental.
1	1.2.3	Tasa de psiquiatras y psicólogos por cada 100.000 habitantes.
2	2.1.1	Porcentaje de provincias implementando la Estrategia nacional para la prevención y atención a los problemas relacionado con el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
2	2.2.1	Porcentaje de provincias implementando la Estrategia nacional para la prevención del suicidio.
2	2.2.2	Tasa de intento suicida, por 100.000 habitantes, desglosada por provincias, grupos de edad, sexo y método empleado.
2	2.2.3	Tasa de mortalidad por suicidio, por 100.000 habitantes, desglosada por provincias, grupos de edad, sexo y método empleado.
3	3.1.1	Número de unidades de intervención en crisis funcionando, para emergencias y hospitalización breve de personas con enfermedades mentales.
3	3.1.2	Tasa de contactos o consultas de personas con trastornos mentales atendidos en servicios ambulatorios de salud mental, por 100.000 habitantes.
3	3.1.3	Tasas de consultas de emergencias e ingresos en Unidades de Intervención en Crisis con diagnóstico de trastorno mental, por 100.000 habitantes.
3	3.1.4	Porcentaje de personas con diagnósticos de trastornos mentales grave en el CRPS o en servicios residenciales que reciben atención para su reinserción comunitaria.
3	3.2.1	Porcentaje de médicos de Atención Primaria entrenados en salud mental.
3	3.2.2	Tasa de consultas o contactos por trastornos mentales atendidas en servicios de Atención Primaria, por 100.000 habitantes.
4	4.1.1	Porcentaje de Direcciones Provinciales de Salud -red pública- que recopilan, analizan y reportan de manera regular los datos esenciales de salud mental (establecidos previamente).

<sup>23</sup>Se ha tomado como referencia el Compendio de indicadores básicos de salud mental para los países de Centroamérica y República Dominicana (documento técnico producido por la OPS).

## FICHAS DE INDICADORES

## 1

<b>Nombre del indicador</b>	1.1.1 Número de documentos que sustentan el marco legal y técnico-normativo para la atención integral en salud mental.
<b>Estimación del indicador</b>	Cálculo: enumerar y describir el título de cada documento legal y técnico-normativo.
<b>Propósito del indicador</b>	Evaluar, de manera general, el sustento legal y técnico normativo con el que cuenta el país para el desarrollo de las acciones en la temática de salud mental.
<b>Nota técnica</b>	Se refiere a: a) Ley de salud mental actualizada; b) Reglamento de la Ley; y c) protocolos de actuación clínica en los trastornos mentales y por uso de sustancias. Los documentos considerados deben estar legalmente aprobados por la instancia que corresponda, publicados y diseminados.
<b>Tipo de indicador</b>	Medida aritmética
<b>Unidad de medición</b>	Número
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Unidad responsable del indicador</b>	Departamento de Salud Mental/MSP
<b>Fuente de datos</b>	Departamento de Salud Mental/MSP
<b>Limitaciones</b>	Implica la revisión de los documentos legales y técnicos existentes, así como evaluar la diseminación y el grado de implementación de los mismos.

## 2

<b>Nombre del indicador</b>	1.2.1 Porcentaje del gasto público dedicado a salud mental.
<b>Estimación del indicador</b>	<p>Porcentaje del gasto público de salud que se asigna a los servicios y programas de salud mental.</p> <p>Calculo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numerador (A): presupuesto ejecutado (gasto) del Ministerio de Salud que se dedica a los servicios de salud mental (moneda nacional)</li> <li>- Denominador (B): gasto total del Ministerio de Salud (moneda nacional)</li> <li>- Índice = <math>A/B \times 100</math></li> </ul>
<b>Propósito del indicador</b>	Evaluar la magnitud del gasto público en salud mental y compararlo con la carga de enfermedad y las necesidades identificadas, estimando brechas y prioridades.
<b>Nota técnica</b>	<p>El indicador se refiere al gasto real (presupuesto ejecutado), no a lo asignado. En ocasiones lo asignado no coincide con lo gastado.</p> <p>Los rubros incluidos deben ser, como mínimo, al gasto por recursos humanos especializados (psiquiatras, psicólogos, enfermeros especializados), y los psicofármacos, así como otros recursos que puedan identificarse.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Medida relativa
<b>Unidad de medición</b>	Por ciento
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Unidad responsable</b>	Departamento de Salud Mental y Dirección de Planificación/ MSP
<b>Fuente de datos</b>	Registros financieros del Ministerio de Salud.
<b>Limitaciones</b>	<p>El Ministerio de Salud, no contabiliza de manera regular los gastos en salud mental y están mezclados o incluidos en otras categorías presupuestarias. Esto implicaría un ejercicio anual específico a realizar, en coordinación, entre las unidades que manejan el gasto en salud y el DSM.</p> <p>Con el fin de conocer el gasto total real invertido en salud mental debería de prorratearse el gasto de Atención Primaria en Salud que corresponde a salud mental, teniendo en cuenta el modelo actual.</p> <p>Es un indicador importante, que usualmente se ha trabajado solo mediante el WHO-AIMS y el Atlas; han existido muchas dificultades prácticas para obtenerlo. Se requiere asegurar la información del departamento financiero del Ministerio de Salud.</p>

## 3

<b>Nombre del indicador</b>	1.2.2 Porcentaje del gasto público nacional en salud mental destinado a los servicios hospitalarios y residenciales de salud mental.
<b>Estimación del indicador</b>	Por ciento del gasto público de salud mental que se asigna a los servicios hospitalarios y residenciales de salud mental. Cálculo: - Numerador (A): presupuesto ejecutado (gasto) por los servicios hospitalarios y residenciales de salud mental - Denominador (B): presupuesto ejecutado (gasto) del Ministerio de Salud que se dedica a los servicios de salud mental (moneda nacional) - Índice = $A/B \times 100$
<b>Propósito del indicador</b>	Evaluar la distribución del gasto público en salud mental (en particular el gasto de los servicios hospitalarios y residenciales) y compararlo con las necesidades identificadas, según el modelo comunitario a que se aspira.
<b>Nota técnica</b>	El indicador se refiere al gasto real (presupuesto ejecutado), no a lo asignado. En ocasiones lo asignado no coincide con lo gastado. La tendencia esperada es reducir progresivamente el gasto en los servicios hospitalarios y residenciales de salud mental. Los rubros incluidos corresponden, al menos, al gasto por recursos humanos especializados (psiquiatras, psicólogos, enfermeros especializados), a los psicofármacos y a otros recursos especializados. Incluye el Centro Nacional de RHB Psicosocial Padre Billini (debe considerarse el presupuesto total de este Centro).
<b>Tipo de indicador</b>	Medida relativa
<b>Unidad de medición</b>	Por ciento
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual (podría ser un indicador anual o que se reporte cada 2-3 años, cuando se realiza el Atlas o el WHO-AIMS)
<b>Unidad responsable</b>	DSM y Unidad de Finanzas/MSP
<b>Fuente de datos</b>	Registros financieros del MSP
<b>Limitaciones</b>	El MSP no contabiliza de manera regular los gastos en salud mental y están incluidos en otras categorías presupuestarias. Probablemente, el gasto del Centro de RHB Padre Billini puede identificarse fácilmente, ya que dispone de un presupuesto propio. Es un indicador importante que, usualmente, se ha trabajado solo mediante el WHO-AIMS y el Atlas; y han existido muchas dificultades prácticas para obtenerlo. Se requiere asegurar la información del departamento financiero del Ministerio de Salud.

## 4

<b>Nombre del indicador</b>	1.2.3 Tasa de psiquiatras, psicólogos y enfermeras especializadas en salud mental, por cada 100.000 habitantes.
<b>Estimación del indicador</b>	<p>Cálculo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numerador (A): número de psiquiatras trabajando en el sistema nacional de salud</li> <li>- Denominador (B): población total</li> <li>- Tasa = <math>A/B \times 100.000</math></li> <li>- Numerador (A): número de psicólogos trabajando en el sistema nacional de salud</li> <li>- Denominador (B): población total</li> <li>- Tasa = <math>A/B \times 100.000</math></li> </ul>
<b>Propósito del indicador</b>	Evaluar la disponibilidad de profesionales especializados en el campo de la SM y su crecimiento (o decrecimiento), así como comparar al país con referentes internacionales. Identificar brechas y necesidades.
<b>Nota técnica</b>	<p>Se incluyen los profesionales del sector público de salud. Se recomienda desglosar el indicador por los dos grupos de especialistas (psiquiatras y psicólogos). El simple número de profesionales de salud mental es un índice débil. Para que pueda ser comparable con otros países, así como con las medias global y regional es necesario usar tasa por población. Se requiere que el departamento de recursos humanos (u otra instancia) del MSP reporte el dato regularmente.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Medida relativa
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por 100.000 habitantes
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Unidad responsable</b>	DSM/MSP
<b>Fuente de datos</b>	Registros de la DSM y la Unidad de Recursos Humanos/MSP
<b>Limitaciones</b>	Falta de información sistemática y confiable sobre los recursos humanos.

## 5

<b>Nombre del indicador</b>	2.1.1 Porcentaje de provincias implementando la Estrategia nacional para la prevención y atención a los problemas relacionado con el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
<b>Estimación del indicador</b>	Cálculo: Numerador (A): número de provincias a nivel nacional que implementan la estrategia nacional para la prevención y atención a los problemas relacionado con el uso de alcohol y otras sustancias - Denominador (B): total de provincias a nivel nacional - Tasa = $A/B \times 100$
<b>Propósito del indicador</b>	Evaluar la implementación y la cobertura de la Estrategia nacional para la prevención y atención a los problemas relacionado con el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
<b>Nota técnica</b>	Se requiere que el MSP apruebe la Estrategia Nacional para la prevención y atención a los problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias, la cual debe ser asumida por el nivel local, involucrando a todos los actores (ONG y gobierno). El MSP creará una herramienta para evaluar la implementación de la Estrategia en las provincias.
<b>Tipo de indicador</b>	Medida relativa
<b>Unidad de medición</b>	Por ciento
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Unidad responsable</b>	Departamento de Salud Mental/MSP
<b>Fuente de datos</b>	Departamento de Salud Mental/MSP
<b>Limitaciones</b>	Este indicador no mide de manera directa los cambios o los resultados de la implementación de la Estrategia nacional para la prevención y atención a los problemas relacionado con el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, diseminada e implementada. Por tanto, se recomienda que en la propia Estrategia se evalúen índices más específicos tales como el No. y % de casos de niños con síndrome alcohólico fetal y otros indicadores que miden cambios en la conducta.

## 6

<b>Nombre del indicador</b>	2.2.1 Porcentaje de provincias implementando la Estrategia nacional para la prevención del suicidio.
<b>Estimación del indicador</b>	Cálculo: Numerador (A): número de provincias a nivel nacional que implementan la estrategia nacional para la prevención del suicidio. - Denominador (B): total de provincias - Tasa = $A/B \times 100$
<b>Propósito del indicador</b>	Evaluar la cobertura de la estrategia nacional para la prevención del suicidio.
<b>Nota técnica</b>	Se requiere que el MSP apruebe la Estrategia Nacional para la prevención del suicidio, la cual debe ser asumida por el nivel local, involucrando a todos los actores necesarios (gobierno, sector privado, y sociedad civil). El MSP creará una herramienta para evaluar la implementación de la Estrategia en las provincias.
<b>Tipo de indicador</b>	Medida relativa
<b>Unidad de medición</b>	Por ciento
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Unidad responsable del indicador</b>	Departamento de Salud Mental/MSP
<b>Fuente de datos</b>	Departamento de Salud Mental/MSP
<b>Limitaciones</b>	Este indicador no mide, de manera directa, los cambios o los resultados de la implementación de la Estrategia Nacional.

## 7

<b>Nombre del indicador</b>	2.2.2 Tasa de intento suicida, por 100.000 habitantes, desglosada por provincias, grupos de edad, sexo y método empleado.
<b>Estimación del indicador</b>	Cálculo: - Numerador (A): número de personas que intentaron suicidarse - Denominador (B): población mayor de 5 años de edad - Tasa = $A/B \times 100.000$
<b>Propósito del indicador</b>	Evaluar la conducta suicida, en particular en los sobrevivientes a un acto suicida, como base para poder diseñar programas de prevención y control de la conducta suicida, sustentado en la evidencia científica.
<b>Nota técnica</b>	La tasa se calcula al sumar todos los casos que tengan una causa básica de morbilidad identificada como lesión intencional autoinfligida (códigos desde X60 hasta X84 en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.a Revisión), con relación a la población mayor de cinco años de edad (de ambos sexos). Para tener en cuenta las diferentes estructuras demográficas en los países, la tasa se debe ajustar según la edad, utilizando la población estándar de la OMS.  Se requiere desarrollar un sistema de vigilancia y notificación de la conducta suicida (personas que hayan cometido un acto suicida fallido y que han sido llevados, para atención médica, a un servicio de salud, como cuartos de urgencia o servicios de APS).
<b>Tipo de indicador</b>	Medida relativa
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por 100.000 habitantes
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Unidad responsable del seguimiento</b>	Departamento de Salud Mental/Estadísticas e Información de Salud/Sistema de vigilancia epidemiológica - MSP
<b>Fuente de datos</b>	SNIS: Registro de intentos suicidas/SINAVE
<b>Limitaciones</b>	En la mayoría de los países no existe registro de la conducta suicida, ni la condición está incorporada a los mecanismos de vigilancia epidemiológica. Otra limitación de este indicador tiene que ver con el subregistro de la conducta suicida; que en muchas ocasiones queda oculta detrás de la lesión física que lo llevo al cuarto de emergencia.

## 8

<b>Nombre del indicador</b>	2.2.3 Tasa de mortalidad por suicidio, por 100.000 habitantes desglosada por provincias, grupos de edad, sexo y método empleado.
<b>Estimación del indicador</b>	Cálculo: - Numerador (A): número de personas fallecidas por suicidio - Denominador (B): población mayor de 5 años de edad - Tasa = $A/B \times 100.000$
<b>Propósito del indicador</b>	Evaluar la mortalidad por suicidio, como base para poder diseñar programas de prevención y control de la conducta suicida, sustentado en la evidencia científica.
<b>Nota técnica</b>	La tasa se calcula al sumar todas las muertes que tengan una causa básica de defunción identificada con cualquier código desde X60 hasta X84 en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.a Revisión (CIE-10), con relación a la población mayor de cinco años de edad (de ambos sexos). Para tener en cuenta las diferentes estructuras demográficas en los países, la tasa se ajusta según la edad, utilizando la población estándar de la OMS. A nivel de país, el indicador debe analizarse -al menos- según sexo, edad y método letal empleado.
<b>Tipo de indicador</b>	Medida relativa
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por 100.000 habitantes
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Unidad responsable</b>	Departamento de Salud Mental/Estadísticas e Información de Salud/Sistema de vigilancia epidemiológica - MSP
<b>Fuente de datos</b>	Registro Nacional de Mortalidad/Reporte de casos de suicidio/Departamento de Salud Mental/MSP y la Policía Nacional.
<b>Limitaciones</b>	Una de las limitaciones de este indicador tiene que ver con el subregistro de defunciones, en particular los fallecidos por suicidio.

## 9

<b>Nombre del indicador</b>	3.1.1 Número de unidades de intervención en crisis funcionando, para las emergencias y hospitalización breve de personas con enfermedades mentales.
<b>Estimación del indicador</b>	Cálculo: Definir el número de unidades de intervención en crisis funcionando en el país, aprobadas oficialmente por la DSM/MSP.
<b>Propósito del indicador</b>	Evaluar la cobertura y el mejoramiento en el acceso a servicios de emergencias, atención en crisis y de hospitalización breve, para personas con enfermedades mentales.
<b>Nota técnica</b>	El MSP, con el apoyo directo del Gobierno Central, ha desarrollado las Unidades de Intervención en Crisis (UIC), en el marco de las Metas Presidenciales “Ampliación de la cobertura de salud mental en la red pública de salud a nivel nacional.” Un total de 17 UIC son las metas presidenciales establecidas para el 2021 e incluyen la continuación del proceso de ampliación, mejora y descentralización de los servicios de salud mental, de manera que se asegure una cobertura total de la población dominicana.
<b>Tipo de indicador</b>	Medida aritmética
<b>Unidad de medición</b>	Número
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Unidad responsable</b>	Departamento de Salud Mental/MSP
<b>Fuente de datos</b>	Departamento de Salud Mental/MSP
<b>Limitaciones</b>	Podrían existir limitantes financieras para la ejecución de lo planificado.

## 10

<b>Nombre del indicador</b>	3.1.2 Tasa de contactos/consultas de personas con trastornos mentales atendidos en servicios ambulatorios de salud mental, por 100.000 habitantes.
<b>Estimación del indicador</b>	Cálculo: - Numerador (A): número de consultas/contactos con diagnóstico de trastornos mentales atendidos en servicios ambulatorios de salud mental - Denominador (B): población general - Tasa = A/B x 100.000
<b>Propósito del indicador</b>	Evaluar la cobertura que se va alcanzando en términos de servicios ambulatorios de salud mental, partiendo de la base de que en un modelo comunitario de salud mental se traslada el eje de la atención, del hospital a dispositivos ambulatorios descentralizados.
<b>Nota técnica</b>	-Se recomienda asegurar esta información desagregada, al menos, según grupos de edades, sexo y diagnóstico (según CIE). - Deben incluirse las consultas atendidas en los servicios ambulatorios, con diagnóstico primario de trastorno mental y/o debido al uso de sustancias psicoactivas. - No se deben contar las consultas a pacientes hospitalizados, incluidos quienes estén en hospitales generales, establecimientos residenciales comunitarios y servicios de hospitalización parcial (internación de día). - Únicamente se registran aquí los pacientes atendidos en servicios especializados, a diferencia del indicador focalizado en atención primaria en salud.
<b>Tipo de indicador</b>	Medida relativa
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por 100.000 habitantes
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Unidad responsable</b>	Departamentos de Salud Mental y de Estadísticas e Información de Salud/MSP
<b>Fuente de datos</b>	Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)
<b>Limitaciones</b>	El indicador está construido en base al registro de atenciones/consultas/contactos, no de casos (un caso puede tener varios contactos a lo largo del año). Se concuerda que, en una primera etapa, será difícil obtener el dato de personas o casos. No obstante, se puede mantener este indicador en las dos alternativas (contactos y casos) con el fin de lograr un registro completo de forma gradual, en el país. Se debe tener en cuenta la inevitable duplicidad de datos -en algunos casos- por atenciones llevadas a cabo en diferentes dispositivos.

## 11

<b>Nombre del indicador</b>	3.1.3 Tasas de consultas de emergencias e ingresos en Unidades de Intervención en Crisis, con diagnóstico de trastorno mental, por 100.000 habitantes.
<b>Estimación del indicador</b>	<p>Cálculo:</p> <p>Emergencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numerador (A): número de consultas de emergencias por trastornos mentales atendidos en las UIC.</li> <li>- Denominador (B): población general</li> <li>- Tasa = <math>A/B \times 100.000</math></li> </ul> <p>Ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numerador (A): Número de ingresos por trastornos mentales en las UIC.</li> <li>- Denominador (B): Población general</li> <li>- Tasa = <math>A/B \times 100.000</math></li> </ul>
<b>Propósito del indicador</b>	Estimar la cobertura de servicios de salud mental, y en particular de las UIC, para las personas con trastornos mentales en casos de emergencias y/o con necesidades de una hospitalización breve
<b>Nota técnica</b>	<p>Definir el criterio de inclusión en la categoría de trastorno mental en situación de emergencia, de acuerdo al modelo funcional de las UIC.</p> <p>Tanto las consultas de emergencia como los ingresos, se podrían analizar según sexo, grupo de edad, diagnóstico y procedencia.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Medida relativa
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por 100.000 habitantes
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Unidad responsable</b>	Departamento de Salud Mental y Estadísticas e Información de Salud/MSP
<b>Fuente de datos</b>	Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)
<b>Limitaciones</b>	La información disponible a nivel de país es la relacionada a las 11 unidades notificadores (UIC), actualmente en funcionamiento.

## 12

<b>Nombre del indicador</b>	3.1.4 Tasa de personas con trastornos mentales severos atendidos en servicios de salud (CRPS, residencias y servicios ambulatorios de SM), por 100.000 habitantes (desglosados por tipo de servicios).
<b>Estimación del indicador</b>	Cálculo: - Numerador (A): cantidad de usuarios con trastornos mentales severos atendidos en servicios de salud (CRPS, residencias y servicios ambulatorios de SM). - Denominador (B): población general - Tasa = $A/B \times 100.000$
<b>Propósito del indicador</b>	Conocer la cobertura y efectividad de los servicios ambulatorios y de la rehabilitación comunitaria en el caso de las personas con trastornos mentales severos.
<b>Nota técnica</b>	El MSP, con el apoyo directo del Gobierno Central, ha desarrollado el Centro de rehabilitación Psicosocial, tipo residencias y se proyecta apertura de otros dispositivos residenciales, de igual manera se proyecta ampliar a 12 los servicios de Salud Mental Comunitarios a nivel de la capital, modelando el Centro de Salud Mental Comunitaria de la Provincia de Salcedo. Todo esto en el contexto de la Red Nacional de Salud Mental, para la continuación del proceso de ampliación, mejora y descentralización de los servicios de salud mental, de manera que se asegure una cobertura total de la población dominicana.
<b>Tipo de indicador</b>	Medida relativa
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por 100.000 habitantes
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Unidad responsable</b>	Departamento de Salud Mental y Estadísticas e Información de Salud/MSP
<b>Fuente de datos</b>	Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)
<b>Limitaciones</b>	Una de las limitaciones de este indicador tiene que ver con la débil cultura de registro y notificación de los datos.

## 13

<b>Nombre del indicador</b>	3.2.1 Porcentaje de médicos de la Atención Primaria entrenados en salud mental.
<b>Estimación del indicador</b>	Cálculo: - Numerador (A): número de médicos de Atención Primaria entrenados en salud mental - Denominador (B): número total de médicos ubicados en la Atención Primaria - Índice (%) = $A/B \times 100$
<b>Propósito del indicador</b>	Evaluar el proceso de fortalecimiento del componente salud mental en la Atención Primaria, mediante la medición de la proporción de médicos del nivel primario que son certificados como entrenados con un paquete básico de salud mental.
<b>Nota técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se necesita definir un paquete básico de capacitación en SM para la Atención Primaria en Salud (se recomienda estar basado en la GI-mhGAP, con un programa de apoyo y seguimiento);</li> <li>- Se considerará que un profesional está entrenado cuando ha recibido capacitación al menos en tres módulos de mhGAP.</li> <li>- Los médicos de la Atención Primaria en Salud requerirían cumplir con los parámetros o estándares establecidos en el paquete básico para certificarse como “entrenado”.</li> <li>- El Ministerio de Salud debe reportar, al menos anualmente, el dato del # de médicos de la Atención Primaria en Salud entrenados.</li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Medida relativa
<b>Unidad de medición</b>	Proporción (%)
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Unidad responsable</b>	Departamento de Salud Mental/Ministerio de Salud
<b>Fuente de datos</b>	Departamento Salud Mental/Ministerio de Salud Servicio Nacional de Salud (SNS)
<b>Limitaciones</b>	Falta de información sistemática y confiable sobre los procesos de capacitación en la APS. Carencia de una definición de paquete básico de entrenamiento en SM con criterios claros de evaluación y seguimiento.

## 14

<b>Nombre del indicador</b>	3.2.2 Tasa de consultas por trastornos mentales atendidas en servicios de Atención Primaria, por 100.000 habitantes.
<b>Estimación del indicador</b>	Cálculo: - Numerador (A): número de consultas/contactos/atenciones con diagnósticos de trastornos mentales atendidos en servicios de Atención Primaria en Salud (como diagnóstico primario) - Denominador (B): población general -Tasa = $A/B \times 100,000$
<b>Propósito del indicador</b>	Evaluar la cobertura de salud mental que se va alcanzando en los servicios de APS, partiendo de la base que en un modelo comunitario se debe aumentar la capacidad resolutive en salud mental del personal del nivel primario.
<b>Nota técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se incluyen los trastornos mentales y debidos al uso de sustancias psicoactivas.</li> <li>-Se recomienda asegurar esta información desagregada, al menos, según grupos de edades, sexo y diagnóstico (según CIE).</li> <li>-Deben incluirse, exclusivamente las personas atendidas por profesionales no especializados (como médicos generales o de familia), en la Atención Primaria, de casos con diagnóstico primario de trastorno mental.</li> <li>- No se deben contar los casos atendidos por psicólogos y psiquiatras.</li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Medida relativa
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por 100.000 habitantes
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Unidad responsable</b>	Departamento Salud Mental/Ministerio de Salud
<b>Fuente de datos</b>	Departamento de Salud Mental/Ministerio de Salud Servicio Nacional de Salud (SNS)
<b>Limitaciones</b>	El indicador está construido en base al registro de atenciones/consultas/contactos, no de casos (un caso puede tener varios contactos a lo largo del año). Se concuerda que, en una primera etapa, será difícil obtener el dato de personas o casos. No obstante, se puede mantener este indicador en las dos alternativas (contactos y casos) con el fin de lograr un registro completo de forma gradual.

## 15

<b>Nombre del indicador</b>	4.1.1 Porcentaje de Direcciones Provinciales de Salud -red pública- que recopilan, analizan y reportan de manera regular los datos esenciales de salud mental (establecidos previamente).
<b>Estimación del indicador</b>	Cálculo: Numerador (A): número de provincias y unidades nacionales que recopilan, analizan y reportan de manera regular los datos esenciales de salud mental (establecidos previamente). - Denominador (B): total de provincias y unidades nacionales - Tasa = $A/B \times 100$ .
<b>Propósito del indicador</b>	Evaluar la integración de la salud mental en el sistema de información en salud del MSP, asegurando la recopilación y análisis de manera regular de los datos esenciales de salud mental (establecidos previamente).
<b>Nota técnica</b>	Se refiere a la recopilación, análisis y reportes de manera regular de los datos -indicadores esenciales de salud mental, por las DPS/DAS.
<b>Tipo de indicador</b>	Medida relativa
<b>Unidad de medición</b>	Por ciento
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>Unidad responsable</b>	Departamento de Salud Mental/Dirección de epidemiología.
<b>Fuente de datos</b>	Departamento de Salud Mental/MSP/DPS/DAS.
<b>Limitaciones</b>	Limitaciones o problemas derivados del sistema nacional de información en salud.









**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**