

Actualización de Apéndices 1 y 2

Plan de acción integral de la OMS sobre salud mental 2013-2020-2030

Documento para el proceso de consulta - Marzo 2020

1. Información de antecedentes

En 2019, la septuagésima segunda Asamblea Mundial de la Salud confirmó los objetivos del plan de acción integral de la OMS sobre salud mental (2013-2020) y amplió su período de ejecución hasta 2030, asegurando así la alineación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. La Asamblea también solicitó al Director General de la OMS que presente actualizaciones a los dos apéndices del plan de acción según sea necesario, en consulta con los Estados Miembros, teniendo en cuenta las opiniones de otras partes interesadas, velando por que el plan de acción siga basándose en pruebas científicas. Ver: [Decisión de la Asamblea Mundial de la Salud A72/76 2019](#)

Los dos apéndices a actualizar son:

Apéndice I - Indicadores para medir los progresos hacia las metas definidas del plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020

Apéndice II - Opciones para la aplicación del plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020

La OMS está invitando a los puntos focales de salud mental de los Estados Miembros a participar en una consulta en línea para buscar sus aportes sobre estos dos apéndices del plan de acción. Este documento técnico proporciona los elementos necesarios para que los participantes revisen la situación actual, el progreso y las actualizaciones propuestas antes de la reunión.

2. Estructura del plan de acción integral de salud mental 2013-2020-2030

El plan de acción actualizado conserva la visión, los principios y los siguientes **cuatro objetivos**.

- Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental;
- Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta;
- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental

3. Apéndice I - Indicadores para medir los progresos hacia las metas definidas del plan de acción integral sobre salud mental

Los indicadores para evaluar el progreso hacia el cumplimiento de las metas globales representan las necesidades de información y datos que los Estados Miembros requieren para poder monitorear adecuadamente sus políticas y programas de salud mental. Dado que las metas son voluntarias y globales, no se espera necesariamente que cada Estado Miembro logre todas las metas específicas, pero puede contribuir de manera variable a alcanzarlas de manera conjunta.

Las metas globales establecidas para cada objetivo proporcionan la base para la acción y el logro colectivos y medibles de los Estados Miembros en dirección de las metas globales y no deben impedir el establecimiento de metas nacionales más ambiciosas, particularmente para aquellos países que ya han alcanzado las metas globales.

La Tabla 1 resume las metas e indicadores establecidos actualmente en el plan de acción y su nivel de logro. Las líneas de base se definieron utilizando el Atlas de la Salud Mental 2014 con valores para 2013; para el seguimiento del progreso se utilizaron datos de 2016; y el Atlas 2020 (con datos de 2019) proporcionará nuevas líneas de base para el plan de acción actualizado.

Tabla 1. Metas, indicadores, línea de base y nivel de logro por objetivos del plan de acción de salud mental

Objetivos	Metas	Indicadores	Línea de base para 2013 (Atlas 2014)	Nivel de logro para 2016 (Atlas 2017)
Objetivo 1: Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental	Meta 1.1: El 80% de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas/planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).	Indicador 1.1: Existencia de una política o plan nacional de salud mental acorde con los instrumentos internacionales de derechos humanos [sí/no].	88 países, 45% de todos los Estados Miembros de la OMS El valor se basa en un inventario de autoevaluación	94 países, 48% de todos los Estados Miembros de la OMS El valor se basa en un inventario de autoevaluación
	Meta 1.2: El 50% de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).	Indicador 1.2: Existencia de leyes nacionales sobre salud mental acordes con los instrumentos internacionales de derechos humanos [sí/no].	65 países, 34% de todos los Estados Miembros de la OMS El valor se basa en un inventario de autoevaluación	76 países, 39% de todos los Estados Miembros de la OMS El valor se basa en un inventario de autoevaluación
Objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta	Meta 2: La cobertura de los servicios para los trastornos mentales graves habrán aumentado en un 20% (para el año 2020).	Indicador 2: Proporción de personas con trastornos mentales graves (psicosis, trastorno afectivo bipolar, depresión moderada a grave) que están utilizando los servicios [%].	No computable a partir de los datos del Atlas sobre la Salud Mental 2014	No computable a partir de los datos del Atlas sobre la Salud Mental 2014
Objetivo 3: Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental	Meta 3.1: El 80% de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (para el año 2020).	Indicador 3.1: Existencia de programas multisectoriales operativos de promoción y prevención en materia de salud mental [sí/no].	80 países, 41% de todos los Estados Miembros de la OMS El valor se basa en un inventario de autoevaluación de los programas actuales.	123 países, 63% de todos los Estados Miembros de la OMS El valor se basa en un inventario de autoevaluación de los programas actuales.

	Meta 3.2: Se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países (para el año 2020).	Indicador 3.2: Número anual de muertes por suicidio por 100 000 habitantes.	11.4 por 100 000 El valor se basa en una estimación global estandarizada por edad. Fuente: Estimaciones mundiales de salud de la OMS (Informe de la OMS sobre suicidio, 2014)	10.5 por 100 000 El valor se basa en una estimación global estandarizada por edad. Fuente: Estimaciones mundiales de salud de la OMS (Informe de la OMS sobre suicidio, 2014)
Objetivo 4: Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental	Meta 4: El 80% de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social (para el año 2020).	Indicador 4: Conjunto básico de indicadores de salud mental acordados y reunidos de forma sistemática y notificados cada dos años. [sí/no].	64 países, 33% de todos los Estados Miembros de la OMS compilan datos específicos de salud mental. Además, 62 Estados Miembros (32%) compilan datos de salud mental solo como parte de las estadísticas generales de salud. El valor se basa en la capacidad autoevaluada para recopilar regularmente datos específicos de salud mental que cubran al menos al sector público.	71 países, 37% de todos los Estados Miembros de la OMS, compilan datos específicos de salud mental. Además, 57 Estados Miembros (29%) compilan datos de salud mental solo como parte de las estadísticas generales de salud. El valor se basa en la capacidad autoevaluada para recopilar regularmente datos específicos de salud mental que cubran al menos al sector público.

4. Actualizaciones propuestas sobre metas e indicadores para la extensión del Plan de Acción sobre Salud Mental 2020-2030 (borrador cero del 2 de marzo de 2020)

La secretaría de la OMS realizó un análisis de los progresos realizados hasta la fecha, la cantidad y la calidad de los datos, así como una evaluación metodológica de los indicadores actuales. Esto forma la base de las actualizaciones propuestas. La siguiente tabla proporciona la versión actual de las metas e indicadores y sus metadatos; la versión actualizada y la justificación del cambio.

Objetivo 1: Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental		
Versión actual	Nueva versión (para ser discutida)	Cambio Propuesto
Meta 1.1: El 80% de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas/planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).	Meta 1.1: El 80% de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas/planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2030).	Solo el año se actualiza
Indicador 1.1: Existencia de una política o plan nacional de salud mental acorde con los instrumentos internacionales de derechos humanos [sí/no].	Indicador 1.1: Existencia de una política o plan nacional de salud mental que está siendo implementado y acorde con los instrumentos internacionales de derechos humanos	Agregando componente de implementación
Medios de verificación: Disponibilidad física de la política/plan y confirmación de que se ajusta a las normas internacionales y regionales en materia de derechos humanos.	Medios de verificación: Disponibilidad física de la política/plan, confirmación de que se ajusta a las normas internacionales y regionales en materia de derechos humanos, y evaluación del estado de implementación.	Agregando evaluación del estado de implementación

Observaciones/supuestos: Muchas políticas y planes con más de 10 años de vida pueden no reflejar las novedades más recientes en materia de normas internacionales de derechos humanos y prácticas basadas en la evidencia. En los países con un sistema federado, el indicador se referirá a las políticas/planes de la mayoría de los estados/provincias del país. Las políticas o planes de salud mental pueden ser independientes o integrarse en otras políticas o planes de salud general o discapacidad.	Justificación: El logro es del 48%, aproximadamente a la mitad del objetivo del 80%, por lo tanto, la misma meta puede seguir siendo válida. El cuestionario del Atlas de la Salud Mental incluirá preguntas adicionales que evalúen la alineación con los derechos humanos y el estado de implementación (por ejemplo, asignación de recursos humanos y financieros), puesto que los inventarios pueden ser subjetivos y no reflejar las realidades en los países.	Meta no modificada Introduciendo preguntas sobre la alineación con los derechos humanos y el estado de implementación
Meta 1.2: El 50% de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).	Meta 1.2: El 60% de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2030).	Meta cambia a 60% El año se actualiza
Indicador 1.2: Existencia de leyes nacionales sobre salud mental acordes con los instrumentos internacionales de derechos humanos [sí/no].	Indicador 1.2: Existencia de leyes nacionales sobre salud mental que están siendo implementadas y acordes con los instrumentos internacionales de derechos humanos	Agregando componente de implementación
Medios de verificación: Disponibilidad física de la legislación y confirmación de que se ajusta a las normas internacionales y regionales de derechos humanos.	Medios de verificación: Disponibilidad física de la legislación, confirmación de que se ajusta a las normas internacionales y regionales de derechos humanos, y evaluación del estado de implementación.	Agregando evaluación del estado de implementación
Observaciones/supuestos: Las leyes con más de 10 años de vida pueden no reflejar las novedades más recientes en materia de normas internacionales de derechos humanos y prácticas basadas en la evidencia. En los países con un sistema federado, el indicador se referirá a la legislación de la mayoría de los estados/provincias del país. Las leyes en materia de salud mental pueden ser independientes o integrarse en otras leyes de salud general o discapacidad.	Justificación: El logro es del 39%, acercándose al objetivo del 50%, por lo tanto, la meta se incrementa al 60%. El cuestionario del Atlas de la Salud Mental incluirá preguntas adicionales que evalúen la alineación con los derechos humanos y el estado de implementación, puesto que los inventarios pueden ser subjetivos y no reflejar las realidades en los países.	Meta cambia a 60% Introduciendo preguntas sobre la alineación con los derechos humanos y el estado de implementación

Objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta		
Versión actual	Nueva versión (para ser discutida)	Cambio Propuesto
Meta 2: La cobertura de los servicios para los trastornos mentales graves habrá aumentado en un 20% (para el año 2020).	Meta 2.1 La cobertura de los servicios para afecciones de salud mental habrá aumentado al menos a la mitad (para el año 2030).	Meta cambia para aumentar a la mitad Se reemplaza el término "trastornos" por "afecciones" y se elimina la palabra "graves" El año se actualiza
Indicador 2: Proporción de personas con trastornos mentales graves (psicosis, trastorno afectivo bipolar, depresión moderada a grave) que están utilizando los servicios [%].	Indicador 2.1.1: Proporción de personas con psicosis que están utilizando los servicios en los últimos 12 meses [%]	Dos indicadores separados: - Nuevo indicador específico para psicosis

Medios de verificación: <i>Numerador:</i> Casos de trastorno mental grave que están recibiendo servicios, derivado de los sistemas de información sistemáticos o, si no se dispone de ellos, de una encuesta inicial y de seguimiento de los centros sanitarios en una o más zonas geográficas definidas de un país. <i>Denominador:</i> Total de casos de trastorno mental grave en la población muestreada, derivado de las encuestas nacionales o, si no se dispone de ellas, de estimaciones subregionales generales de la prevalencia.	Medios de verificación: <i>Numerador:</i> Casos de psicosis que están recibiendo servicios, derivado de los sistemas de información sistemáticos o, si no se dispone de ellos, de una encuesta inicial y de seguimiento de los centros sanitarios en una o más zonas geográficas definidas de un país. <i>Denominador:</i> Total de casos de psicosis en la población muestreada, derivado de las encuestas nacionales o, si no se dispone de ellas, de estimaciones subregionales generales de la prevalencia.	La línea de base se establecerá con los datos obtenidos a través del Atlas 2020
Observaciones/supuestos: Son necesarias estimaciones de la cobertura de los servicios para todos los trastornos mentales, pero aquí se limitan a los trastornos mentales graves para reducir el esfuerzo de medición. Los centros sanitarios van de los centros de atención primaria a los hospitales generales y especializados; pueden ofrecer atención y apoyo social, así como tratamiento psicosocial y/o farmacológico en régimen ambulatorio o de ingreso. A fin de reducir el esfuerzo de medición, y siempre que ello sea necesario, los países pueden limitar la encuesta únicamente a los hospitales y centros con estancias nocturnas, aunque ello conlleve una pérdida de exactitud debido a la omisión de los prestadores de atención primaria y de otros servicios. La encuesta inicial se emprenderá en 2014, y la de seguimiento se hará en 2020 (preferiblemente con una tercera encuesta intermedia en 2017). Al cuestionario de la encuesta se podrán añadir preguntas suplementarias para investigar también la buena disposición y la calidad de los servicios, si así se desea. La Secretaría puede ofrecer orientación y apoyo técnico a los Estados Miembros con respecto al diseño y la instrumentación de la encuesta.	Justificación: Es necesario estimar la cobertura del servicio para los trastornos mentales graves y comunes para la planificación de los servicios y el desarrollo de sistemas. Baja tasa de recolección de datos sobre los trastornos mentales graves. Datos no computables debido a desafíos metodológicos con la estimación de la cobertura del servicio, especialmente para trastornos bipolares y depresión moderada / severa. Incluso para psicosis, datos confiables en 2016 únicamente disponibles en 37 países.	Recopilación de datos sobre psicosis como indicador de seguimiento de trastornos mentales graves
	Indicador 2.1.2: Proporción de personas con depresión que están utilizando los servicios en los últimos 12 meses [%]	Dos indicadores separados: - Nuevo indicador específico para depresión
	Medios de verificación: <i>Numerador:</i> Casos de depresión que están recibiendo servicios, derivado de encuestas nacionales o estudios epidemiológicos o de los sistemas de información sistemáticos o, si no se dispone de ellos, de una encuesta inicial y de seguimiento de los centros sanitarios en una o más zonas geográficas definidas de un país. <i>Denominador:</i> Total de casos de depresión en la población muestreada, derivado de las encuestas nacionales o, si no se dispone de ellas, de estimaciones subregionales generales de la prevalencia.	Introducción de información sobre datos de cobertura de servicios para depresión a partir de encuestas nacionales La línea de base se establecerá con los datos obtenidos a través del Atlas 2020
	Justificación: La depresión es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo y es uno de los principales contribuyentes a la carga global de enfermedad global. Es necesario estimar la cobertura del servicio para los trastornos mentales graves y comunes para la planificación de los servicios y el desarrollo de sistemas.	Recopilación de datos sobre depresión como indicador de seguimiento de los trastornos mentales comunes.

Objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta

Versión actual	Nueva versión (para ser discutida)	Cambio Propuesto
	Meta 2.2: El 80% de los países habrá duplicado el número de unidades de salud mental disponibles en los hospitales generales (incluidas las unidades de pacientes hospitalizados y / o ambulatorios), (para el año 2030).	Se propone una nueva meta e indicador para monitorear la disponibilidad de servicios integrados de salud mental
	Indicador 2.2.1: Proporción de hospitales generales que tienen unidades de salud mental, incluidas las unidades de pacientes hospitalizados y / o ambulatorios [%].	Integración de unidades de salud mental en hospitales generales.
	Medios de verificación: <i>Numerador:</i> Unidades de hospitalización / consulta externa de salud mental en hospitales generales <i>Denominador:</i> Número total de hospitales generales según las estadísticas generales de salud de la OMS	La línea de base se establecerá con los datos obtenidos a través del Atlas 2020
	Justificación: En el contexto de mejorar el acceso a la atención y la calidad del servicio, la OMS recomienda el desarrollo de servicios integrales comunitarios de salud mental y atención social, y la integración de la atención y el tratamiento de la salud mental en los hospitales generales y la atención primaria. Los servicios de salud mental basados en hospitales generales son parte de la integración en la atención médica general. Las unidades en hospitales generales pueden brindar atención a personas con afecciones de salud mental en la comunidad, así como servicios a personas con afecciones de salud física que requieren intervenciones de salud mental.	Proporcionando una medida de atención integrada y reorganización de servicios.
	Meta 2.3: El 80% de los países habrán integrado la salud mental en la atención primaria de salud, (para el año 2030).	Se propone una nueva meta e indicador para el monitoreo de la integración de la salud mental en la asistencia sanitaria universal
	Indicador 2.3.1: Existencia de un sistema para el componente de salud mental integrado en la atención primaria de salud.	Integración de la salud mental en la atención primaria de salud.
	Medios de verificación: Inventario utilizando criterios relacionados con el paquete de beneficios de asistencia sanitaria universal, guías, intervenciones farmacológicas y psicosociales, capacitación y supervisión para la integración de la salud mental en la atención primaria de salud.	La línea de base se establecerá con los datos obtenidos a través del Atlas 2020
	Justificación: La integración de la salud mental en la atención primaria de salud es esencial para garantizar la cobertura universal de la salud. En el contexto de mejorar el acceso a la atención y la calidad de los servicios, la OMS recomienda el desarrollo de servicios integrales de salud mental y atención social basados en la comunidad y la integración de la atención y el tratamiento de la salud mental en los hospitales generales y la atención primaria.	Proporcionando una medida de atención integrada y reorganización de servicios.

Objetivo 3: Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental

Versión actual	Nueva versión (para ser discutida)	Cambio Propuesto
Meta 3.1: El 80% de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (para el año 2020).	Meta 3.1: El 80% de los países tendrán en funcionamiento como mínimo tres programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (para el año 2030).	Meta cambia a tres programas funcionales El año se actualiza
Indicador 3.1: Existencia de programas multisectoriales operativos de promoción y prevención en materia de salud mental [sí/no].	Indicador 3.1: Existencia de tres programas multisectoriales operativos de promoción y prevención en materia de salud mental	Muestra más representativa de programas multisectoriales.
Medios de verificación: Inventario o descripción por proyectos de programas ya aplicados.	Medios de verificación: Inventario o descripción por proyectos de programas ya aplicados.	La línea de base se establecerá con los datos obtenidos a través del Atlas 2020
Observaciones/supuestos: Los programas pueden –y preferiblemente deben– abarcar tanto las estrategias de promoción o prevención de carácter universal y alcance poblacional (por ejemplo, campañas contra la discriminación en los medios de comunicación) como las dirigidas a los grupos vulnerables identificados a nivel local (por ejemplo, los niños expuestos a eventos vitales adversos).	Justificación: Progreso posiblemente debido en parte al reporte de datos mejorado. El criterio utilizado (cualesquiera dos programas en funcionamiento) no refleja un grupo diverso de programas necesarios para diferentes metas. Se evaluarán programas relacionados con prevención del suicidio, prevención, promoción, sensibilización/anti-estigma, salud mental en el trabajo, en la escuela, padres / madres.	Pasando de dos a tres programas como meta para estimar la implementación de una amplia gama de programas de promoción y prevención en el campo de la salud mental.
Meta 3.2: Se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países (para el año 2020).	Meta 3.2: Se habrá reducido en un tercio la tasa de suicidios en los países, (para el año 2030).	La meta cambia a un tercio Se actualiza el año
Indicador 3.2: Número anual de muertes por suicidio por 100 000 habitantes.	Indicador 3.2: Número anual de muertes por suicidio por 100 000 habitantes.	No hay cambio
Medios de verificación: Registro anual sistemático de las defunciones por suicidio (año de referencia: 2012 o 2013).	Medios de verificación: Estimaciones Mundiales de Salud de la OMS	Línea de base se alineará con las metas e indicadores de los ODS. Estimaciones Mundiales de Salud de la OMS, 2015
Observaciones/supuestos: Las medidas eficaces para alcanzar esta meta requieren una acción conjunta de múltiples sectores ajenos al sector de la salud y la salud mental. La obtención de datos de vigilancia exactos es difícil, y la mayor precisión de la información sobre los suicidios, el envejecimiento de la población y otros posibles factores, pueden hacer que la cifra total de suicidios registrados no disminuya en algunos países; así y todo, la tasa de suicidios (en oposición al total de suicidios) es la mejor opción para reflejar la mejora de los esfuerzos de prevención.	Justificación: Alineación con los ODS de la ONU Meta 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. (Indicador 3.4.2: Tasa de mortalidad por suicidio).	
	Meta 3.3: El 50% de los países contará con un sistema de salud mental y apoyo psicosocial para la preparación para emergencias / desastres, (para el año 2030).	Se propone una nueva meta e indicador para monitorear la integración de la salud mental en emergencias
	Indicador 3.3: Existencia de un sistema de preparación en salud mental y apoyo psicosocial para emergencias / desastres.	

	Medios de verificación: Plan de preparación en salud mental y apoyo psicosocial, asignación de recursos y evaluación de impacto.	La línea de base se establecerá con los datos obtenidos a través del Atlas 2020
	Justificación: La planificación para la respuesta a desastres / emergencias es una prioridad, como se expresa en el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015 - 2030 y en las Directrices del Comité Permanente Interinstitucional para la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial en situaciones de emergencia	

Objetivo 4: Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental		
Versión actual	Nueva versión (para ser discutida)	Cambio Propuesto
Meta 4: El 80% de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social (para el año 2020).	Meta 4.1: El 80% de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social (para el año 2030).	El año se actualiza
Indicador 4: Conjunto básico de indicadores de salud mental acordados y reunidos de forma sistemática y notificados cada dos años. [sí/no].	Indicador 4.1: Conjunto básico de indicadores de salud mental acordados y reunidos de forma sistemática y notificados cada dos años.	No hay cambio
Medios de verificación: Presentación de informes y de un conjunto básico de indicadores de salud mental a la OMS cada dos años.	Medios de verificación: Presentación de informes y de un conjunto básico de indicadores de salud mental a la OMS cada dos años.	El valor incluirá datos específicos de salud mental y como parte de estadísticas generales de salud.
Observaciones/supuestos: Los indicadores básicos de salud mental abarcan los relacionados con las metas especificadas en este plan de acción y otros indicadores esenciales de acciones de los sistemas de salud y de asistencia social (por ejemplo en los niveles de formación y recursos humanos, disponibilidad de medicamentos psicotrópicos e ingresos hospitalarios). Los datos se deben desglosar por sexo y edad. Cuando sea necesario, las encuestas también se podrán utilizar para complementar los datos proporcionados por los sistemas de información sistemáticos. La Secretaría asesorará a los países sobre una serie de indicadores básicos que habrá que recopilar, en consulta con los Estados Miembros. Los datos serán reunidos, analizados y notificados por la OMS, a nivel mundial y por regiones (como parte del Observatorio mundial de la salud de la OMS).	Justificación: Línea de base (2014): 33% y adicionalmente 33% como parte de las estadísticas generales. Progreso (2017): 37% y adicionalmente 29% como parte de estadísticas generales. El uso de un indicador aproximado utilizando el conjunto básico de indicadores que se completa en el cuestionario del Atlas cada dos años muestra resultados similares de una manera menos subjetiva. Un inventario con los indicadores básicos en todos los dominios del plan de acción podría agregarse en el cuestionario del Atlas.	

	Meta 4.2: La producción de la investigación mundial sobre salud mental se duplica, (para el año 2030).	Nuevo objetivo en la producción de investigación en salud mental Desglosado por países de ingresos bajos, medios y altos
	Indicador 4.2: Número de artículos publicados sobre investigación en salud mental realizados en el país (definidos como artículos de investigación publicados en las bases de datos)	Desglosado por países de ingresos bajos, medios y altos
	Medios de verificación: Búsquedas de literatura realizadas centralmente, estratificadas por país de origen cada dos años, utilizando datos bibliométricos obtenidos del año calendario más reciente de dos bases de datos de literatura científica (PubMed and WHO's Global Index Medicus).	Línea de base que se establecerá con los datos disponibles en 2020 en PubMed y WHO's Global Index Medicus
	Justificación: Es necesario evaluar tanto la evidencia, la investigación y sistema de información como componentes del objetivo para lograr la visión y alcance del plan de acción de salud mental. El resultado de investigación anual publicada en revistas indexadas y revisadas por pares es un indicador de la cantidad (y calidad) de investigación sobre salud mental que se realiza en un país. Evalúa indirectamente el compromiso de un país con la investigación en salud mental, que finalmente tendrá un impacto en las personas con afecciones de salud mental.	Desglose de datos por parte de países de ingresos bajos, medios y altos debido a la sorprendente insuficiente representación de los países de bajos y medianos ingresos en la investigación publicada sobre salud mental (Lancet, 2009)

5. Apéndice 2 – actualización de las opciones para la aplicación del plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020

Para lograr la visión, meta y objetivos establecidos del plan de acción integral de salud mental, se proponen acciones específicas para los Estados Miembros y los socios internacionales y nacionales. Además, también se han identificado acciones para la Secretaría. Si bien las acciones se especifican por separado para cada uno de los objetivos del plan de acción, muchas de ellas también contribuirán al logro de los otros objetivos del plan de acción.

El **Apéndice 2** del Plan de Acción Integral de Salud Mental establece **opciones para la implementación** de cómo se podrían realizar las acciones propuestas, reconociendo la diversidad de países, particularmente en términos del nivel de desarrollo de los sistemas de salud mental, salud y sociales y la disponibilidad de recursos. Estas opciones son mecanismos a través de los cuales se pueden emprender acciones en los países.

Favor consultar el Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013 - 2020 y su **Apéndice 2** donde se describe cada objetivo del plan de acción, sus acciones propuestas y un conjunto de **opciones de implementación** que ahora se encuentran en este proceso de consulta.

Acciones	Opciones para la aplicación
Política y legislación: formular, reforzar, actualizar y aplicar políticas, estrategias, programas, leyes y reglamentos nacionales relacionados con la salud mental en todos los sectores pertinentes, con inclusión de mecanismos de supervisión y códigos de prácticas como medios de protección, en consonancia con las evidencias, las prácticas óptimas, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y otros instrumentos internacionales y regionales sobre los derechos humanos.	• Establecimiento de una unidad o un mecanismo de coordinación operativo de salud mental en el ministerio de salud, encargado de la planificación estratégica, la evaluación de las necesidades, la colaboración multisectorial y la evaluación de los servicios. • Sensibilización de los responsables de las políticas nacionales acerca de las cuestiones relacionadas con la salud mental y los derechos humanos, procediendo para ello a preparar reseñas de políticas y publicaciones científicas y a organizar cursos de liderazgo en salud mental. • Integración de la salud mental y los derechos de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales en todas las políticas y estrategias del sector de la salud y de otros sectores, incluidas las relacionadas con la reducción de la pobreza y el desarrollo.

En esta consulta solicitamos sus sugerencias para actualizar las opciones para la implementación de las acciones acordadas. Sin embargo, las acciones acordadas no están bajo revisión. Por ejemplo, en la imagen de arriba (copiada del apéndice 2 del plan de acción), hay texto en la columna izquierda (**acciones acordadas**) y en la columna derecha (**opciones de implementación**). De acuerdo con la solicitud de la 72a Asamblea Mundial de la Salud, solo se actualizará el texto en la columna derecha de arriba.

La OMS está consultando con ustedes sobre las ediciones sugeridas para la columna derecha del apéndice 2, que cubre las opciones de implementación del plan de acción de salud mental para los próximos 10 años, hasta 2030. Se anticipan dos tipos de ediciones:

1. ediciones para asegurar que el plan de acción esté en línea con los ODS y
2. ediciones para asegurar que el plan de acción esté en línea con las últimas pautas globales, evidencia y conocimiento acordado de buenas prácticas.

A continuación, consulte el texto completo del Apéndice 2.

Versión actual del Apéndice 2 – Opciones para la aplicación del plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020

Objetivo 1: Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental	
Acciones	Opciones de implementación
<i>Política y legislación:</i> formular, reforzar, actualizar y aplicar políticas, estrategias, programas, leyes y reglamentos nacionales relacionados con la salud mental en todos los sectores pertinentes, con inclusión de mecanismos de supervisión y códigos de prácticas como medios de protección, en consonancia con las evidencias, las prácticas óptimas, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y otros instrumentos internacionales y regionales sobre los derechos humanos.	• Establecimiento de una unidad o un mecanismo de coordinación operativo de salud mental en el ministerio de salud, encargado de la planificación estratégica, la evaluación de las necesidades, la colaboración multisectorial y la evaluación de los servicios. • Sensibilización de los responsables de las políticas nacionales acerca de las cuestiones relacionadas con la salud mental y los derechos humanos, procediendo para ello a preparar reseñas de políticas y publicaciones científicas y a organizar cursos de liderazgo en salud mental. • Integración de la salud mental y los derechos de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales en todas las políticas y estrategias del sector de la salud y de otros sectores, incluidas las relacionadas con la reducción de la pobreza y el desarrollo. • Mejoramiento de la rendición de cuentas estableciendo mecanismos, a ser posible a través de órganos independientes ya existentes, para combatir y prevenir la tortura o el trato cruel, inhumano y degradante y otras formas de malos tratos y abusos; y hacer participar en esos mecanismos a los grupos interesados pertinentes, como por ejemplo abogados y personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, en consonancia con lo dispuesto en los instrumentos internacionales y regionales sobre derechos humanos. • Derogación de la legislación que perpetúa la estigmatización, la discriminación y la violación de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales. • Seguimiento y evaluación de la aplicación de las políticas y la legislación tendentes a garantizar el cumplimiento de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad e incorporación de esa información en el mecanismo de presentación de informes de dicha Convención.
<i>Planificación de los recursos:</i> planificar de acuerdo con las necesidades cuantificadas, o estimadas de forma sistemática, y asignar en todos los sectores pertinentes un presupuesto proporcional a los recursos humanos y de otra índole necesarios para poner en práctica los planes y acciones de salud mental basados en evidencias que se hayan acordado.	• Uso –y recopilación si procede– de datos sobre las necesidades epidemiológicas y de recursos a fin de fundamentar el desarrollo y la aplicación de planes, presupuestos y programas de salud mental. • Establecimiento de mecanismos para el seguimiento de los gastos en salud mental en el sector de la salud y otros sectores pertinentes, como los de la educación, el empleo, la justicia penal y los servicios sociales. • Determinación de los fondos disponibles en la fase de planificación de actividades específicas culturalmente idóneas y costoeficaces a fin de garantizar su aplicación. • Colaboración con otros interesados directos para promover eficazmente una mayor asignación de recursos a la salud mental.
<i>Colaboración con las partes interesadas:</i> lograr la participación de las partes interesadas de todos los sectores pertinentes, en particular de las personas con trastornos mentales, sus cuidadores y familiares, en la formulación y la aplicación de las políticas, leyes y servicios relacionados con la salud mental, utilizando para ello	• Convocatoria, participación y logro del consenso de todos los sectores y partes interesadas pertinentes en la planificación y desarrollo de políticas, leyes y servicios relacionados con la salud, incluido el intercambio de conocimientos sobre los mecanismos más eficaces de mejora de una política y atención coordinadas entre los sectores estructurado y no estructurado. • Desarrollo de la capacidad local y sensibilización de los interesados directos pertinentes respecto a la salud mental, la legislación y los derechos humanos, incluidas sus responsabilidades en relación con la aplicación de políticas, leyes y reglamentos.
<i>Fortalecimiento y emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, y de sus organizaciones:</i> garantizar que las personas con trastornos mentales y	• Suministro de apoyo logístico, técnico y financiero para fortalecer la capacidad de las organizaciones que representan a las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales. • Apoyo a la creación de organizaciones independientes nacionales y locales de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales y a su participación activa en la formulación y aplicación de políticas, leyes y servicios de salud mental.

discapacidades psicosociales tengan funciones y atribuciones oficiales para influir en el proceso de elaboración, planificación y aplicación de las políticas, leyes y servicios.	• Fomento de la participación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales en la inspección y seguimiento de los servicios de salud mental. • Inclusión de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales en las actividades de formación de los profesionales sanitarios dedicados a la atención de salud mental.
--	--

Objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta

Acciones	Opciones de implementación
<i>Reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura:</i> en lugar de atender al paciente en hospitales psiquiátricos de estancia prolongada, privilegiar sistemáticamente la asistencia en centros de salud no especializados, con una cobertura creciente de intervenciones científicamente contrastadas (incluido el empleo de los principios de la atención escalonada, según proceda) para dolencias prioritarias y recurriendo a una red de servicios comunitarios de salud mental interrelacionados, lo que incluye, además de breves ingresos hospitalarios, atención ambulatoria en hospitales generales, atención primaria, centros integrales de salud mental, centros de atención diurna, apoyo a las personas con trastornos mentales que vivan con su familia y viviendas subvencionadas.	• Formulación de un plan escalonado y presupuestado de cierre de las instituciones psiquiátricas para estancias prolongadas y sustitución de las mismas por sistemas de apoyo a los pacientes para que vivan en la comunidad con su familia. • Prestación de servicios de salud mental ambulatorios y a través de una unidad para personas ingresadas con trastornos mentales en todos los hospitales generales. • Creación de servicios comunitarios de salud mental, incluidos servicios de extensión, atención y apoyo domiciliarios, atención de emergencia, rehabilitación basada en la comunidad y viviendas subvencionadas. • Establecimiento de equipos interdisciplinarios comunitarios de salud mental para apoyar a las personas con trastornos mentales y a sus familias/cuidadores en la comunidad. • Integración de la salud mental en programas para enfermedades específicas, como la infección por VIH/sida, y en los programas de salud materna, sexual y reproductiva. • Fomento del recurso a los usuarios de los servicios y a sus familiares y cuidadores con experiencia práctica como mecanismo de ayuda mutua. • Apoyo al establecimiento de servicios comunitarios de salud mental dirigidos por organizaciones no gubernamentales, organizaciones confesionales y otros grupos comunitarios, incluidos grupos de autoayuda y de apoyo familiar. • Desarrollo y aplicación de instrumentos y estrategias de autoayuda y atención a las personas con trastornos mentales, incluido el uso de tecnologías electrónicas y basadas en móviles. • Inclusión de servicios de salud mental y medicamentos básicos para los trastornos mentales en los sistemas de seguro médico y protección financiera de los grupos socioeconómicamente desfavorecidos.
<i>Atención integrada y adaptable:</i> integrar y coordinar una labor holística de prevención, promoción, rehabilitación, atención y apoyo que apunte a satisfacer las necesidades de atención de salud tanto mental como física y facilite la recuperación de personas de cualquier edad con trastornos mentales de la mano del conjunto de servicios generales de atención sanitaria y social (recuperación que comprende el fomento del derecho al empleo, la vivienda y la educación) con la aplicación de planes de tratamiento y recuperación centrados en el usuario del servicio y, cuando convenga, con las aportaciones de familiares y cuidadores.	• Sensibilización de los profesionales sanitarios para que vinculen a las personas con los servicios y recursos disponibles en otros sectores como aspecto rutinario de la asistencia (por ejemplo, medios de subsistencia, educación y empleo). • Promoción junto con otros sectores (por ejemplo, los de vivienda, educación, empleo y bienestar social) de la inclusión de las personas con discapacidad psicosocial en sus servicios y programas. • Fomento de una atención y apoyo orientados a la recuperación a través de oportunidades de sensibilización y capacitación para los proveedores de salud y servicios sociales. • Suministro de información a las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores sobre las causas y consecuencias de los trastornos, las opciones de tratamiento y recuperación, así como sobre los comportamientos saludables relacionados con el modo de vida, con el fin de mejorar la salud y el bienestar generales. • Fomento del empoderamiento y la participación de las personas con trastornos mentales y sus familiares y cuidadores en la atención de salud mental. • Adquisición y disponibilidad de los medicamentos básicos para trastornos mentales incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales en todos los niveles del sistema de salud, velando por que se usen racionalmente y autorizando a los profesionales sanitarios no especialistas, pero con una formación adecuada a prescribir medicamentos. • Consideración del bienestar mental de los niños con padres con enfermedades graves (en particular con trastornos mentales) que soliciten tratamiento en los servicios de salud.

	• Para los niños y adultos que hayan sufrido eventos vitales adversos, en particular por violencia doméstica o por disturbios civiles o conflictos, implementación de servicios y programas que aborden los daños psicológicos y que promuevan la recuperación y la resiliencia, procurando que quienes soliciten apoyo no vuelvan a sufrir traumas. • Puesta en práctica de intervenciones para gestionar las crisis familiares y proporcionar atención y apoyo a las familias y los cuidadores en la atención primaria y servicios de otros niveles. • Aplicación de las normas QualityRights de la OMS para evaluar y mejorar la calidad de la atención y del respeto de los derechos humanos en los servicios de salud y asistencia social para pacientes hospitalizados y ambulatorios.
<i>Salud mental en las emergencias humanitarias (conflictos aislados, reiterados o continuos, situaciones de violencia y catástrofes):</i> trabajar con los comités nacionales de emergencia para incluir las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial en la preparación para casos de emergencia y facilitar el acceso de las personas con trastornos mentales o problemas psicosociales (ya sean preexistentes o causados por la emergencia) a servicios seguros de apoyo, entre ellos los enfocados a la resolución de los traumas psicológicos y al fomento de la recuperación y la resiliencia, y los destinados al personal humanitario y de salud, durante y tras la emergencia, prestando la debida atención a la financiación a largo plazo que se requiere para construir o reconstruir un sistema de salud mental de ámbito comunitario después de una emergencia.	• Colaboración con los comités nacionales de emergencias en las iniciativas de preparación para emergencias conforme a lo descrito en la norma mínima del proyecto Sphere sobre salud mental y las Directrices sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia del Comité Permanente entre Organismos. • Preparación para emergencias orientando a los trabajadores sanitarios y comunitarios acerca de los primeros auxilios psicológicos y proporcionándoles información básica sobre salud mental. • Durante las emergencias, coordinación con los asociados en la aplicación de las normas mínimas del proyecto Sphere sobre salud mental y de las directrices arriba mencionadas. • Después de emergencias graves, desarrollo o restablecimiento de sistemas de salud mental comunitarios para afrontar el incremento de trastornos mentales a largo plazo que se produce en las poblaciones afectadas por la emergencia.
<i>Desarrollo de los recursos humanos:</i> reforzar los conocimientos y competencias del personal sanitario generalista o especializado para que pueda dispensar servicios de salud mental y atención social científicamente contrastados, culturalmente apropiados y regidos por los derechos humanos, en particular a niños y adolescentes, introduciendo la salud mental en los programas de estudios de pregrado y universitarios e impartiendo formación y ofreciendo tutorías a los agentes de salud sobre el terreno, especialmente en los centros de atención no especializada, para que estén en condiciones de reconocer a las personas con trastornos mentales y ofrecerles adecuado tratamiento y apoyo o derivarlas, cuando proceda, a otros niveles de atención.	• Desarrollo y aplicación de una estrategia de creación y fidelización de recursos humanos para dispensar servicios de salud mental y asistencia social en establecimientos de salud no especializados, como centros de atención primaria y hospitales generales. • Uso de la guía mhGAP de la OMS de intervenciones para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en entornos no especializados (2010), así como de material de capacitación y supervisión conexas, para formar al personal sanitario en la detección de trastornos y la puesta en práctica de intervenciones basadas en la evidencia para la atención ampliada prioritaria. • Colaboración con universidades, facultades y otras instituciones docentes pertinentes para definir un componente de salud mental e incorporarlo en los programas de estudios universitarios y de posgrado. • Implementación de un contexto de servicios propicio para la formación del personal sanitario, incluidas definiciones claras de las tareas, estructuras de derivación, y funciones de supervisión y tutoría. • Mejoramiento de la capacidad de los trabajadores sanitarios y sociales en todas sus áreas de trabajo (por ejemplo, en el ámbito médico y en relación con los derechos humanos y la salud pública), incluidos métodos de ciberaprendizaje cuando proceda. • Mejora de las condiciones de trabajo, la remuneración económica y las oportunidades de desarrollo profesional para los profesionales y trabajadores de la salud mental, a fin de atraer y fidelizar a personal de salud mental.

<i>Corrección de las disparidades:</i> tomar medidas activas para identificar y prestar apoyo adecuado a los colectivos que presenten especial riesgo de enfermedad mental y tengan difícil acceso a los servicios	• Identificación y evaluación de las necesidades de los diferentes grupos sociodemográficos en la comunidad, así como de los grupos vulnerables que no usen los servicios (como las personas sin hogar, niños, ancianos, presos, migrantes y minorías étnicas, y personas afectadas por situaciones de emergencia). • Evaluación de las barreras que deben superar los grupos «en riesgo» y vulnerables para acceder a tratamiento, atención y apoyo. • Desarrollo de una estrategia proactiva para llegar a esos grupos y ofrecerles servicios que satisfagan sus necesidades. • Suministro de información y capacitación a los trabajadores sanitarios y sociales para ayudarles a comprender mejor las necesidades de los grupos «en riesgo» y vulnerables.
---	---

Objetivo 3: Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental	
Acciones	Opciones de implementación
<i>Promoción de la salud mental y prevención de trastornos:</i> encabezar y coordinar una estrategia multisectorial que: combine intervenciones universales y otras selectivas para promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales y reducir la estigmatización, la discriminación y las violaciones de derechos humanos; responda a las necesidades de grupos vulnerables específicos en todo el ciclo vital; y esté integrada en las estrategias nacionales de salud mental y de fomento de la salud.	• Fomento de los conocimientos del público en materia de salud mental, por ejemplo mediante actividades de sensibilización a través de los medios de comunicación y campañas orientadas a reducir la estigmatización y la discriminación y promover los derechos humanos. • Inclusión de la salud emocional y mental como parte de la atención prenatal y posnatal domiciliaria y en centros de salud para las nuevas madres y sus recién nacidos, incluidas aptitudes para la crianza. • Implementación de programas para la primera infancia que se ocupen del desarrollo cognitivo, motor, sensorial y psicosocial de los niños, y que fomenten unas relaciones sanas entre padres e hijos. • Reducción de la exposición al uso nocivo del alcohol (aplicando las medidas previstas en la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol). • Implementación de intervenciones breves contra el consumo de sustancias peligrosas y nocivas. • Implementación de programas de prevención y control de la violencia doméstica, que aborden en particular la violencia relacionada con el consumo de alcohol. • Provisión, para los niños y adultos que hayan sufrido eventos vitales adversos, de servicios y programas que aborden sus traumas, promuevan la recuperación y la resiliencia, y eviten que quienes soliciten apoyo vuelvan a verse traumatizados. • Protección de los niños contra el maltrato mediante la puesta en marcha o el fortalecimiento de redes y sistemas comunitarios de protección de la infancia. • Respuesta a las necesidades de los niños con padres afectados por trastornos mentales crónicos en el contexto de programas de promoción y prevención. • Desarrollo de actividades escolares de promoción y prevención, incluidos programas de preparación para la vida; programas para contrarrestar la intimidación y la violencia; medidas de sensibilización sobre los beneficios de un modo de vida sano y los riesgos del consumo de sustancias; y detección e intervención tempranas para los niños y adolescentes con problemas emocionales o del comportamiento. • Fomentar los programas de participación laboral y de retorno al trabajo de los afectados por trastornos mentales y psicosociales. • Fomento de unas condiciones de trabajo seguras y propicias, prestando atención a las mejoras organizativas del entorno laboral, la capacitación de los directivos en materia de salud mental, la organización de cursos de gestión del estrés y los programas de bienestar laboral, y la lucha contra la estigmatización y la discriminación. • Potenciación de los grupos de autoayuda, el apoyo social, las redes comunitarias y las oportunidades de participación comunitaria para las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales y otros grupos vulnerables. • Fomento de las prácticas tradicionales basadas en la evidencia para la promoción y prevención en materia de salud mental (por ejemplo, el yoga y la meditación). • Potenciación del uso de las redes sociales en las estrategias de promoción y prevención. • Aplicación de estrategias de prevención y control de enfermedades tropicales desatendidas (por ejemplo, teniasis y cisticercosis) a fin de prevenir la epilepsia y otros problemas neurológicos y de salud mental. • Formulación de políticas y medidas de protección de las poblaciones vulnerables durante las crisis financieras y económicas.

<i>Prevención del suicidio:</i> elaborar y aplicar estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio, como los gays, lesbianas, bisexuales y transexuales, los jóvenes u otros grupos vulnerables de cualquier edad en función del contexto local.	• Sensibilización pública, política y mediática sobre la magnitud del problema y sobre la disponibilidad de estrategias de prevención eficaces. • Restricción del acceso a medios de autolesión y suicidio (como armas de fuego y plaguicidas). • Promoción de una información responsable por parte de los medios en relación con los casos de suicidio. • Promoción de iniciativas de prevención del suicidio en el lugar de trabajo. • Mejora de las respuestas del sistema de salud a las autolesiones y los suicidios. • Evaluación y manejo de los casos de autolesión/suicidio y de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias asociados (conforme se indica en la guía de intervención mhGAP). • Optimización del apoyo psicosocial con los recursos comunitarios disponibles, tanto para quienes hayan intentado suicidarse como para las familias de quienes se hayan suicidado.
---	---

Objetivo 4: Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental	
Acciones	Opciones de implementación
<i>Sistemas de información:</i> integrar la salud mental en el sistema habitual de información sanitaria y determinar, recopilar, comunicar sistemáticamente y utilizar datos básicos sobre salud mental desglosados por sexo y edad (incluidos los datos sobre suicidios y tentativas de suicidio) con el fin de mejorar la prestación de servicios de salud mental y las estrategias de promoción y prevención en la materia y de facilitar información al observatorio mundial de salud mental (como parte del Observatorio mundial de la salud de la OMS).	• Establecimiento de un sistema de vigilancia activa de la salud mental y seguimiento del suicidio, procurando desglosar los registros por centro, sexo, edad y otras variables pertinentes. • Incorporación de las necesidades y los indicadores de información sobre salud mental, incluidos factores de riesgo y discapacidades, en las encuestas de población y los sistemas de información sanitaria nacionales. • Recopilación de datos detallados de servicios secundarios y terciarios además de los datos habituales reunidos a través del sistema nacional de información sanitaria. • Inclusión de indicadores de salud mental en los sistemas de información de otros sectores.
<i>Datos científicos e investigación:</i> mejorar la capacidad de investigación y la colaboración universitaria en torno a las prioridades nacionales de investigación sobre salud mental, en particular la investigación operativa que tenga un interés directo para la concepción e implantación de servicios y para el ejercicio de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, lo que incluye la creación de centros de excelencia con criterios claros, teniendo en cuenta en esta labor las aportaciones de todos los interlocutores pertinentes, incluidas las personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales.	• Elaboración de una agenda nacional prioritaria de investigaciones en materia de salud mental, basada en consultas con todas las partes interesadas. • Mejora de la capacidad de investigación para evaluar las necesidades y evaluar los servicios y programas. • Fomento de una mayor cooperación entre universidades, institutos y servicios de salud en el terreno de las investigaciones en salud mental. • Realización de investigaciones, en diferentes contextos culturales, sobre la manera de entender y expresar la angustia psicológica, las prácticas nocivas (por ejemplo violaciones de los derechos humanos y discriminación) o protectoras (por ejemplo apoyo social y costumbres tradicionales), y la eficacia de las intervenciones de tratamiento y recuperación, prevención y promoción. • Desarrollo de métodos de caracterización de las disparidades en salud mental entre subpoblaciones de los países, incluidos factores tales como la raza/origen étnico, el sexo, el nivel socioeconómico y el ámbito geográfico (urbano o rural). • Fortalecimiento de la colaboración entre centros de investigación nacionales, regionales e internacionales para el intercambio interdisciplinario de investigaciones y recursos entre los países.