

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**

Doctorado en ciencias en Salud Pública

Área de concentración en sistemas de salud

Generación 2012 - 2016

Tesis: Gobernanza en políticas y programas de salud mental en México

Presenta: Lina Díaz Castro

Director: Dr. Armando Arredondo López

Asesores: Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte

México, D. F. 30 de Mayo del 2016

Resumen de la tesis-artículos

Título: Gobernanza en políticas y programas de salud mental en México

Asociado a la línea de investigación de: Gobernanza en sistemas de salud

Introducción. Los cambios demográficos y epidemiológicos reflejan la distribución e impacto de la carga global de las enfermedades en el mundo. El cambio principal de 1990 a 2010 fue la reducción de enfermedades infecciosas y un incremento de diversas categorías de padecimientos no transmisibles, como los trastornos mentales, los cuales incrementaron de un 5.4% en 1990 a un 7.4% en el 2010, de los trastornos mentales, la depresión tiene la prevalencia más alta; el número de DALYs (Disability Adjusted Life Years por sus siglas en inglés) para este padecimiento, incremento un 38% de 1990 a 2010. ¹ Se reporta que el 13% de la carga total de morbilidad mundial se genera por los trastornos mentales.

Los trastornos mentales en los individuos tienen serias consecuencias para su vida y función, que tienen un impacto individual, familiar, social y económico relevante. No obstante, en la mayor parte del mundo, ni remotamente se le atribuye a la salud mental la misma importancia que a la salud física, existiendo mayor rezago en su identificación, tratamiento y carga global a nivel mundial. ²

La salud mental tiene una baja prioridad en la mayoría de países de ingresos medios y bajos, por lo tanto la inversión de los gobiernos en desarrollar servicios de salud mental es débil. ³ La población que padece de trastornos mentales tiene dificultad para acceder a los escasos servicios de salud mental, se enfrenta a barreras sociales, económicas y culturales, ⁴ con malos resultados en salud, y a la exclusión social. ⁵

1.- Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michau C. et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2197–223.

2.- Organización Mundial de la Salud, *Invertir en Salud Mental*, Ginebra, Suiza 2004
http://www.who.int/mental_health

3.- Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle income countries. *Lancet* 2007; 370:1164–74

4.- Minas H. Mentally ill patients dying in social shelters in Indonesia. *Lancet* 2009; 374:592–3

5.- World Health Organization. *Mental health atlas : 2005*. Mental Health: Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization Geneva 27, Switzerland: WHO, 2008

La OMS ha desarrollado guías y herramientas para ayudar a sus países miembros a formular políticas, planes y leyes integrales de salud mental que promuevan calidad y disponibilidad de los servicios de atención en salud mental. El conocimiento, la información y los instrumentos técnicos son necesarios, pero no suficientes; también se requiere un liderazgo firme, para fortalecer la investigación en sistemas de salud mental, a través de diversas estrategias, entre ellas la de políticas y servicios de salud.⁶

Diseñar e instrumentar las estrategias de políticas de salud mental de manera exitosa, requerirá de un amplio consenso entre todos los actores políticos involucrados. Justamente el análisis de la dimensión política y del rol e interacción de los diferentes actores sociales determinan los indicadores de gobernanza.⁷

Sin embargo, los enfoques y métodos para evaluar sistemáticamente la gobernanza en sistemas de salud siguen siendo escasos.⁸ Por lo que para cumplir con el objeto de estudio de ésta investigación, en primer lugar se realizó una revisión sistemática en la literatura internacional sobre la conceptualización del término gobernanza en los sistemas de salud, el resultado constituye un primer artículo de la tesis.

Ahora bien, en el sistema de salud mental en México, no existe evidencia de la aplicación del término gobernanza, la estructura y organización del sistema de salud fragmentado redundan en una articulación confusa de los principales actores involucrados en este sector, a pesar de contar con un marco legal y normativo en la atención de los enfermos mentales, su nivel de ejecución es bajo.⁹ Por lo que el objetivo de nuestra investigación fue identificar y analizar indicadores y determinantes de gobernanza en las políticas y programas de salud mental en México; los resultados se presentan en un documento que conforma un segundo artículo de la tesis. A continuación se adjuntan los dos artículos mencionados.

6.- Minas H. The centre for International mental health approach to mental health system development. *Harv Rev Psychiatry* 2012; 20:37-46.

7.- Hufty M. Gobernanza en salud pública: hacía un marco analítico. *Rev. salud pública* 2010; 12 (sup 1): 39-61.

8.- Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, Don de Savigny. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. *BMC International Health and Human Rights* 2011; 11 (13): 1-11

9.- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Secretaria de Salud. IESM-OMS Informe sobre Sistema de Salud Mental en México. México, 2011

1er. Artículo.

Gobernanza en políticas de salud mental. Revisión y análisis de la literatura internacional.

Resumen

Introducción. Un tema central en los sistemas de salud es la gobernanza, En la literatura científica la definición del término es inconsistente y confusa; de igual forma es escasa la información sobre gobernanza en políticas en salud mental. Este análisis se centra en lo que identifica como los elementos constitutivos de un proceso de gobernanza.

Material y Método. Con base en la metodología propuesta en la Declaración PRISMA se analizó literatura científica publicada en el ámbito internacional durante un periodo de 15 años. Las bases de datos analizadas fueron: MEDLINE, CINAHL, PsycINFO y PUBMED.

Resultados. Se reportaron cinco conceptualizaciones del término gobernanza en salud mental, en el ámbito de políticas de provisión y organización de servicios; actores desde proveedores a usuarios; se identificaron diversa normas sociales.

Discusión y conclusiones. El concepto de gobernanza en salud mental incorpora estándares de calidad y atención centrada en el paciente, incluye a los usuarios en la toma de decisiones.

Palabras clave. Gobernanza, Salud Mental.

Introducción

Existen diferentes conceptos del término gobernanza en el contexto de los sistemas de salud ¹, uno de los principales enfoques que se ha utilizado es el de gestión, definido como un conjunto de tareas y funciones establecidas para llevar a cabo los objetivos seleccionados, esencialmente de conducción de la dirección, el tipo, y la responsabilidad de la prestación de servicios para mejorar el rendimiento del sistema ², ofrecer servicios de calidad y proteger el derecho a la salud ³.

En esta misma dirección, un número creciente de académicos en foros globales han analizado el papel de la gobernanza e investigación en políticas de salud, sin embargo, se refieren a distintas definiciones de gobernanza ⁴, proceso en el cual además se vierten intereses diversos y muchas

veces conflictivos ^{5, 6}. Si consideramos, que la interacción entre la academia y los tomadores de decisión, es una condición básica para abordar políticas de atención en salud ⁷, es imprescindible revisar los marcos de gobernanza actuales ⁸.

En general, se aprecia en el contexto mundial, que la literatura sobre el tema ha sido creciente, sin embargo no existe un consenso en la definición de gobernanza, incluso, algunas organizaciones internacionales equiparan el concepto de gobernanza al de rectoría, de gestión, y de gobernabilidad observándose nuevamente discrepancias semánticas importantes ^{9, 10, 11, 12, 13, 14}.

Ahora bien, en la aproximación de la gobernanza en salud, persiste el mismo fenómeno, desde la definición emitida por la OMS, de gobernanza global ¹⁵ para referirse a implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos; han surgido otras definiciones como gobernanza en salud ¹⁶, para referirse a las acciones y los medios adoptados por una sociedad para organizarse así misma en la promoción y protección de la salud; gobernanza en sistemas de salud ², para referirse a un conjunto de tareas y funciones para cumplir los objetivos de los sistemas de salud; en dichas definiciones se aprecia el enfoque de gestión, aunque el alcance es muy distinto. Una definición más, gobernanza intersectorial ¹⁷, que se refiere al conjunto de estructuras políticas, legales y organizativas que permiten la coordinación de múltiples sectores para abordar los problemas de salud, tiene un enfoque normativo. Es decir, dichas definiciones, son distintas bajo un mismo enfoque, o tienen un enfoque diferente y confuso como se expresa la siguiente definición: la administración es parte del proceso de gobernanza en la medida en que se refiere a las políticas y decisiones de aplicación, para lograr los resultados deseados ^{18, 19}. En un estudio, identificamos que se conceptualiza a la gobernanza como una herramienta analítica para la comprensión de los factores que organizan la interacción de actores, la dinámica de los procesos y las reglas del juego ²⁰. Sin embargo, se puede apreciar, que en la mayoría de las distintas definiciones expuestas, se alude a la gobernanza como un conjunto de funciones del sistema de salud ^{21,22}. Al interior de cada país, el enfoque y el alcance es de acuerdo a la esfera social del sistema de salud del que se trate, de las políticas existentes y en virtud de la problemática que se pretende solucionar ^{2,15,16,17,23,24,25,26}. Es decir, no existe una clara delimitación del objeto de estudio, a pesar de que se menciona que la gobernanza tiene un papel clave en los sistemas de salud.

Para fines de investigación el enfoque de gobernanza debería tener un objeto delimitado, observable empíricamente, reproducible y generalizable, en esta vertiente, en la literatura

internacional, identificamos a la gobernanza en salud a través de una aproximación analítica²⁰ y metodológica: el Marco Analítico de Gobernanza²⁷, que es un concepto generalizable, no un concepto normativo o prescriptivo, que define a la gobernanza como un hecho social, dotada de características analizables e interpretables, en el sentido de que cada sociedad desarrolla sus modos de gobernanza, sus sistemas de toma de decisión o de resolución de conflictos entre sus miembros, sus normas e instituciones²⁷.

Por lo que este análisis se realizó a través de lo que fue identificado como los elementos constitutivos observables de un proceso de gobernanza:²⁷ los actores, las normas sociales, el proceso, y los puntos nodales, con el fin de identificar los factores que influyen en los espacios de decisión que tienen los diversos actores en el sistema y comprender cómo éstos influyen en las políticas de salud mental²⁸. Fenómeno poco analizado en éste sector de la salud.

Bajo esta perspectiva, el objetivo de este estudio fue realizar una revisión sistemática y análisis sobre la conceptualización del término gobernanza, como eje en las políticas de salud mental, que permita identificar cómo se define conceptual y operacionalmente, quiénes y cómo intervienen, y bajo qué normativa social.

Material y método

Se llevó a cabo una revisión sistemática y análisis de la literatura publicada sobre el tema de gobernanza en salud mental, en el ámbito internacional, durante un periodo de 15 años, a partir del año 2000 y hasta el año 2015.

El rango abarcó desde el año 2000, debido a que el año 2001 fue declarado “el año de la salud mental”, en cuyos meses se redactaron y publicaron documentos relacionados a la gobernanza, específicamente para los sistemas de salud mental.

La revisión sistemática realizada fue diseñada con base en la metodología propuesta en la Declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis, por sus siglas en inglés).

En la búsqueda estratégica, se identificaron un total de 21 artículos sobre el tema de gobernanza en salud mental. La búsqueda de la literatura científica se condujo en el periodo de abril a junio del 2015, y se realizó en cuatro bases de datos: MEDLINE, CINAHL, PsycINFO y PUBMED. No se incluyó literatura gris.

Siguiendo una revisión preliminar de términos en la literatura, y definición de términos MeSH en las bases de datos, las palabras clave fueron seleccionadas para identificar artículos científicos relevantes en la investigación de gobernanza, finalmente se utilizaron los descriptores “gobernanza” y “salud mental”.

La búsqueda del término “gobernanza” y “salud mental” en cualquier parte del texto arrojó un total de 4,708 artículos, al limitar la búsqueda a la inclusión del término “gobernanza” en el título, se identificaron 314 artículos; finalmente al definir los parámetros de búsqueda de ambos términos en el título del artículo, la búsqueda arrojó 119 artículos.

Se procedió a revisar los títulos y los resúmenes de los 119 artículos, a fin de ser seleccionados para la revisión del contenido, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Los criterios de inclusión fueron: Artículos relevantes de acuerdo a nuestro objeto de estudio y niveles de análisis: 1) Concepto de Gobernanza en salud mental.- Gobernanza como categoría analítica para la comprensión de los factores que organizan la interacción de actores, la dinámica de los procesos y las normas sociales. 2) El proceso y los espacios de decisión.- Identificación de secuencias que permiten evaluar la dirección por la cual evolucionan los procesos y localizar los factores favorables al cambio. 3) Los actores estratégicos y de interés que intervienen en la organización y las normas ²⁹.

De acuerdo a su tipo, los artículos incluidos fueron: Research Article, Original Paper, Research in Brief, Special Section, Review Article, Case Study and Author Manuscript.

Los criterios de exclusión fueron: Cartas al editor, noticias, comentarios y reporte de caso; idioma distinto al inglés, artículos incompletos y artículos que no incluyeran en su abordaje el objeto de estudio de esta revisión.

De los 119 artículos, 21 estuvieron duplicados; 11 se excluyeron por tratarse de documentos como cartas al editor, noticias y comentarios; 1 artículo se excluyó debido a que el año de publicación no correspondió a los establecidos; 51 artículos abordaron temática que no correspondió al objeto de estudio, 10 de Medline, CINAHL y PsyINFO y 41 de PubMed.

Finalmente se tuvieron 35 artículos en texto completo para su revisión exhaustiva, a los que se les aplicó una lista de chequeo de acuerdo al formulario adaptado de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), que evaluó los criterios de calidad y evidencia, de acuerdo a lo siguiente: a)

suficiente evidencia para responder al objetivo; b) estudios consistentes en sus conclusiones; c) estudios relevantes para nuestro objetivo (similitudes con nuestro objeto de estudio); d) preocupación por el sesgo de publicación (origen de los estudios, grupos de investigadores, organizaciones); e) beneficios que se proponen; f) viabilidad, si el estudio es aplicado al contexto; y g) recomendaciones, desarrollo apropiado basado en evidencia y futuras investigaciones.

Se excluyeron 14 artículos por no cumplir los criterios de calidad propuestos. Para fines del análisis sistemático se incluyeron 21 artículos. Ver diagrama de flujo. Figura 1.

Resultados

Características generales de los estudios

La tabla 1 muestra la información general de los 21 estudios obtenidos a través de solo la revisión sistemática, incluyendo detalles del autor, año de publicación, revista de publicación y el nivel de análisis que aborda el estudio. La mayor parte de los estudios son del año 2010 (33.3%), en su mayoría realizados en Estados Unidos y el Reino Unido, pero también se identificaron estudios relevantes hechos en Australia y en Sudáfrica.

Conceptualización del término gobernanza en salud mental

En cuanto estudios que definen el término de gobernanza en salud mental, en un primer estudio se conceptualizó como gobernanza clínica, un marco a través del cual la organización del sistema nacional de salud mental es responsable de la mejora continua de la calidad de sus servicios ³⁰; otro estudio se basa en el mismo concepto pero incorpora aspectos de altos estándares de calidad de atención mental ³¹. En otros estudios el concepto de gobernanza se refiere a un marco de investigación, como un proceso, su principal foco es gestionar cualquier riesgo significativo para los pacientes, usuarios, cuidadores, personal y otras personas cubiertas por una organización de atención médica; bajo principios éticos y aprobación del gobierno local ³²; otra definición es de gobernanza compartida, que concierne a la toma de decisiones en la atención médica, por parte de dos expertos. Refleja los valores y procesos de atención centrada en el paciente, medicina basada en evidencia y movimiento de recuperación ^{33,34}. Una definición más, el de gobernanza colaborativa, que se refiere a un proceso de colaboración interinstitucional en la planificación y prestación de los servicios y una estructura que proporciona claridad en torno a los roles, responsabilidades y rendición de cuentas ³⁵. Finalmente, identificamos la definición de gobernanza en salud mental, que se refiere a todos los organismos que actúan para gobernar sobre

los servicios nacionales de salud mental, y que determinan la estructura de los servicios, los actores clave en la elaboración de políticas y programas de salud mental, la provisión de servicios y resultados en salud mental ³⁶.

En general, encontramos cinco conceptos diferentes de gobernanza en salud mental ^{30,31,32,33,34,35,36}. El término gobernanza, en esta revisión, se ha adoptado en común al escenario clínico, es decir, que actúan directamente sobre los servicios de salud mental, y que determinan los resultados en salud ^{30,31,36}. Al referirnos a las características del proceso de gobernanza, obtuvimos que en la mayoría de estudios, se menciona que el proceso de gobernanza debe ser responsable, también se menciona que el proceso debe ser participativo, colaborativo, basado en evidencia, empoderado, equitativo, regulativo, democrático, inclusivo, comunicativo y con rendición de cuentas. Ver tabla 2.

De acuerdo a los estudios revisados, en los sistemas salud mental, la gobernanza como eje en las políticas se delimita bajo el constructo de provisión y organización de servicios.

Los estudios relacionados en la estrategia y/o planeación en la provisión de los servicios ^{31,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47} se refieren invariablemente a los procesos en la toma de decisiones, la mayoría con enfoque que va más allá del escenario clínico, aluden al contexto social, comunitario, jurídico y legal. Los estudios con perspectiva en la organización y calidad de los servicios ^{30,31,32,33,34,36,37,39,41,45,47,48,49,50}, también tienen una perspectiva en la provisión de servicios, solo que en este apartado su enfoque es exclusivamente clínico. Ver tabla 2.

Actores y normas sociales

Basado en la tipología de actores establecida previamente en esta revisión, la mayoría de estudios plasman actores predominantes de tipo estratégico, que tienen una función formal dentro del sistema de salud, menos de la mitad de los estudios se aproxima a los actores de interés ^{33,34,36,37,41,43,44,45,48,49}, en su abordaje de planeación en provisión de servicios, pero solo dos estudios enfocan la perspectiva de los usuarios dentro del proceso en la toma de decisiones ^{33,34}. Solo en un estudio ⁴¹ se alude enfáticamente a la recomendación de que en el desarrollo de una política en salud mental, se incluya el punto de vista de actores de interés como académicos, líderes religiosos, curanderos tradicionales, organizaciones civiles gubernamentales y no gubernamentales, así como otros actores de sectores distintos a los de salud, como educación, justicia y desarrollo social, con la finalidad de delimitar de manera precisa las necesidades de

atención en salud mental ⁴¹. Los actores forman grupos de trabajo multidisciplinario ³¹, integrado por administradores, directores, clínicos, legisladores y usuarios, con distintos niveles de poder y de control en el sistema. Para lograr una adecuada toma de decisiones se desarrollan normas profesionales que garanticen la participación y responsabilidad compartida, tanto en los proveedores como en los usuarios ⁴⁸; se rigen bajo principios de la verdad y honestidad, en su cultura organizacional ³¹.

En el proceso de interacción, los diferentes actores del sistema planean con detalle sus estrategias de acción, bajo una normativa como guía política, ya que tienen diferentes ideas, variación de opinión respecto a un mismo tema, los líderes tienen clara su responsabilidad en la implementación de una política; conexión entre tomadores de decisión e implementadores de la política; adhesión al proceso como lo establece la normativa; una coordinación adecuada en los distintos niveles de aplicación y mecanismos de monitorización ⁴¹; actores que interactúan con otros a través de reglas que resulta un patrón complejo de conductas adaptativas ⁴⁵. En este panorama se incorpora a los usuarios, en la toma de decisiones, a través del diálogo, con enfoque centrado en el cliente, atención directa del equipo de trabajo clínico ^{34,51} y bajo un marco ético ⁴⁹, cambiando la perspectiva tradicional de la atención en salud mental ⁴⁴. Los estudios aluden que el nivel de involucramiento de los usuarios depende de la edad, nivel educativo, severidad del padecimiento mental, diferencias étnicas y culturales (sistema de valores y creencias) y las circunstancias. Se ha reconocido la importancia de empoderar a los usuarios con trastornos mentales para incrementar su participación en la toma de decisiones ³⁴; brindarles mayor información y favorecer su autonomía ³⁵. Acción presente incluso cuando los usuarios participan en ensayos clínicos ⁵².

En los estudios revisados, se identifica diversas normas sociales, para fines de este trabajo se clasificaron en normas formales: a) meta-normas (principios que orientan el contrato social en su sentido más amplio), b) normas constitutivas (que definen la organización del grupo o del marco institucional sectorial, y c) las normas regulativas (definen las reglas de conducta que precisan lo que es apropiado desde el punto de vista de la sociedad) ²⁷; e informales (basadas en creencias y valores culturales). En casi la mitad de artículos aluden a meta normas para respaldar la toma de decisiones ^{33,34,36,37,41,42,43,45,48,49}; en otros estudios toman como marco normas constitutivas ^{33,34,37,41,42,45,48,49}; regulativas ^{32,34,35,40,41,47,48,50}; y finalmente, solo en cuatro artículos describen la importancia de las normas de tipo informal ^{33,34,35,48}. Referente a los espacios de decisión y

puntos nodales, éstos se dieron tanto en espacios bien delimitados físicamente ^{33,34,35,47,48,49}, como espacios virtuales ^{33,34,41,43,45,49}. Ver tabla 3.

El proceso de gobernanza y espacios de decisión

Algunos estudios mencionan que en el desarrollo de políticas de salud mental se debe hacer hincapié en la difusión exhaustiva de la política, tener comunicación entre los distintos niveles del sistema de salud una vez que la política se ha aprobado, y una articulación bien definida de los objetivos, funciones y responsabilidades con el fin de asegurar la implementación exitosa de la política a largo plazo ⁴¹, se debe fortalecer el liderazgo e implementar por personal capacitado a lo largo y ancho del país ⁵⁰, de lo contrario, habrá diferencias en los recursos destinados a la provisión de servicios al interior del país; favoreciendo la inequidad ⁴² y diversa problemática como conflictos al interior del sistema, cultura organizacional diferente, falta de responsabilidad, falta de confianza, falta de visión común y metas compartidas, asimetría de poder, inflexibilidad y mecanismos de regulación en la organización ³⁵.

Más adelante, en un estudio, se enfatiza la necesidad de fortalecer líderes a nivel nacional para desarrollar mejores políticas de salud mental ⁴² y eficientes en la provisión y calidad de los servicios ⁵³.

De acuerdo a la literatura revisada, la gobernanza como proceso es una serie de pasos en la cual se incluyen rendición de cuentas, supervisión y un conjunto de controles y revisiones por lo que los médicos supervisan y mejoran sistemáticamente los procesos y prácticas de la atención; proceso que requiere que clínicos y gestores tomen la responsabilidad conjunta por la calidad de la atención clínica ³⁷. Es decir, es una política de gestión clínica, es un reto en la agenda pública, que para implementarse requiere, en primer lugar de un espacio delimitado, apropiado, mejor uso de recursos específicos ⁵⁴, información tecnológica, sobre todo un grupo de trabajo con roles establecidos ³⁸.

El proceso debe asegurar que todo el equipo participante esté informado acerca de los resultados de sus acciones colectivas, ya que se tiene desarrollado el plan de implementación, los acuerdos, espacios y tiempos, indicadores del desempeño y mecanismos de evaluación ^{39,40}. Es necesario para evitar problemas éticos dentro del sistema de salud mental, adoptar una serie de principios en el proceso de interacción en los espacios de decisión, para cerrar la brecha entre la cultura de

gestión y el cuidado de la salud individual ⁴⁹; disminuir la burocracia y facilitar la investigación ³².

Desde este enfoque, la colaboración en la planificación y prestación de servicios han sido componentes básicos de los sistemas de atención desde su creación, en torno a roles, responsabilidades y rendición de cuentas ³⁵.

El análisis centra de igual forma, en los sistemas de salud mental, dentro de sus procesos de reforma, como eje el desarrollo de políticas, se definen los participantes en la planeación y desarrollo de políticas, abordan la participación desde un nivel nacional y gubernamental, para dirigir las necesidades en materia de salud mental, se plantean retos del propio sistema de salud, como enfrentar el estigma en la toma de decisiones, haciendo énfasis en la participación de más sectores gubernamentales para alcanzar resultados favorables, tales como el sector educativo, justicia y desarrollo social, sociedad civil, organizaciones externas: académicas, de usuarios, líderes religiosos, curanderos tradicionales y representantes de organizaciones no gubernamentales ⁴¹.

La literatura encontrada enfatiza que en los países de ingresos medios y bajos, el contexto social y cultural es complejo, la estigmatización y discriminación son prevalentes y generan escepticismo en el tratamiento de personas con trastornos mentales ³⁶.

Puntos nodales

De acuerdo a lo expuesto en el análisis de la literatura, es posible identificar problemas que atañen a la gobernanza, además de los ya descritos previamente, se tiene que los recursos de investigación escasos ⁴⁶ sobre todo en los países de ingresos medios y bajos, que los sistemas de salud mental en estos países se ven afectados por dinámicas complejas, como la fragmentación, ausencia de un sistema nacional de salud, y falta de políticas, que incidan directamente en la organización y provisión de servicios ⁴⁵; o bien, políticas que se gestionan de manera equivocada ⁴³. Problemática que puede solucionarse desde un marco de gobernanza, bajo la perspectiva de sus actores clave; tales como recorte en el presupuesto gubernamental, financiamiento en los diferentes niveles de operación del sistema de salud, formas de pago, recuperación, consumismo y bienestar, atención externa comunitaria, reformas en los hospitales psiquiátricos, redes de apoyo como hogares y talleres, desempeño de los servicios de salud mental, colaboración e investigación entre otros ⁴⁵. Diversos autores refieren que si bien ha habido avances importantes,

en este panorama de “crisis” del sistema de salud mental, se inserta además, la problemática de los principales actores dentro del sistema, tanto proveedores, como usuarios^{31,33,34,45,48,49}.

Discusión

Como se puede dilucidar en esta revisión, para la comprensión del término gobernanza en salud mental, es necesario abordar diversos factores, como el contexto social, político, educativo y cultural. Factores dinámicos centrales para entender el proceso de gobernanza y el desarrollo de políticas de salud mental, así como la forma de organizarse en la toma de decisiones.

A través de los estudios revisados^{30,31,32,33, 34,36}, podemos extraer que el concepto del término gobernanza, se refiere a un proceso de toma de decisiones complejo, que refleja valores y atención centrada en el paciente y basada en evidencia, en el que intervienen todos los actores clave de la organización del sistema de salud, desde los proveedores hasta los usuarios, con roles bien definidos, responsabilidad y rendición de cuentas. Que la gobernanza es clave en la elaboración de políticas y programas de salud mental, que determinan la estructura, provisión de los servicios y resultados en salud mental. Es decir, entendemos se trata de un concepto más cercano a lo normativo, circunscrito al ámbito clínico.

Aunque el concepto de gobernanza ha sido poco analizado en el campo de la salud mental y su aplicación se limita a escenarios clínicos de atención, con diferentes alcances, local, regional y nacional, un hecho importante es que se ha tenido un abordaje de mayor alcance dentro de los sistemas de salud, al incorporar estándares de calidad y la perspectiva de atención centrada en el paciente³¹; con grupos de actores líderes en la toma de decisiones, que tienen sus roles bien definidos y establecidos dentro del proceso, con un fuerte compromiso y responsabilidad; un monitoreo sistemático de los resultados de sus intervenciones en la práctica y comunicación efectiva, información puntual de su desempeño e incentivos constantes de mejora en la calidad de la atención.

En la mayoría de estudios en la literatura internacional, en el abordaje de la gobernanza, no aluden a un grupo prioritario y principal dentro del sistema de salud, como son los usuarios de los servicios, en esta revisión sistemática, y enfatizando a los actores como un elemento constitutivo de la gobernanza, se hacen visibles estos actores, presentes de manera imperante en el enfoque de gobernanza clínica en salud mental, siendo su participación en la toma de decisiones, básicamente en cuanto elección de tratamientos³⁴.

A diferencia de otros usuarios de salud, los usuarios de servicios de salud mental, participan consultando previamente a un profesional del ramo, y su nivel de participación dependen de la severidad de su padecimiento, del acceso a recursos económicos, tecnológicos y de la información del conocimiento, en cuanto el proceso de decisión en conjunto con los proveedores, se da en un marco ético y legal, bajo el consentimiento informado ³³.

Este hecho de la decisión compartida sigue en debate, sostenido en parte por la tradición de los proveedores de servicios de salud mental, que han tomado el papel de decidir totalmente en cuanto qué es lo mejor para el usuario, en base a sus conocimientos médicos, sin preguntar al usuario, puesto que consideran que éste no tiene los conocimientos para tomar decisiones ³³; sin embargo, la literatura científica señala que los usuarios requieren adquirir habilidades y entrenamiento para poder participar en la toma de decisiones, y que este hecho favorece la satisfacción de los usuarios y su empoderamiento ^{31,33,34,45,48}. Hecho que no solo tiene alcance a nivel clínico, si no también en su comunidad, el empoderamiento de los usuarios contribuye directamente a la participación y beneficios en la atención de la salud ⁵⁵.

Volviendo al contexto social y cultural del sistema de salud mental, de los principales problemas que surgen y de las necesidades de atención; los diferentes actores involucrados organizan la manera de solucionarlos, a través de diversas actividades estratégicas, bajo un constructo normativo, regulativo, directivo y de liderazgo, que involucra desde actores gubernamentales de alto nivel, organizaciones civiles, líderes comunitarios, líderes académicos y otros líderes sociales, redes de apoyo y organizaciones no gubernamentales, para acordar resoluciones y aplicarlas en la práctica. Cuando esta práctica está basada en la evidencia, conocimiento informado, se da lugar a la gobernanza clínica, marco referencial predominante encontrado en esta revisión, en la aproximación del estudio de la gobernanza en los sistemas de salud mental. Con un fuerte enfoque en el escenario clínico y muy poco a nivel comunitario. Pero con resultados exitosos, que la convierten en un modelo a seguir dentro de la estructura y desarrollo de políticas de salud mental ^{30,37,38,39,40,49}.

Conclusiones

En el análisis conceptual de la gobernanza, la aproximación como una variable analítica desagregada en sus elementos constitutivos, los actores, normas sociales, procesos y puntos nodales, en los espacios de decisión en el sistema de salud mental, nos permite comprender, cómo se lleva a cabo el proceso en sí mismo, características distintivas de los actores que

participan, su rol dentro del espacio de decisión, así como establecen las diferentes normas sociales que dirigen su actuar; de igual forma, este abordaje nos permitió identificar, los factores del contexto político, social, económico y cultural que inciden en el proceso de la toma de decisiones y que impactan tanto en el desarrollo, como en la implementación de las políticas de salud mental, además de ser condicionantes de los resultados en salud.

A manera de síntesis, tras la revisión exhaustiva de la literatura aquí vertida, y en base a los niveles de análisis propuestos en este estudio, se muestra en la figura 2 el esquema del proceso de gobernanza, los espacios de decisión, los actores, las normas y los puntos nodales.

A la luz de los resultados del análisis proponemos el siguiente concepto de gobernanza en salud mental: “proceso de acuerdo en la toma de decisiones, en el que intervienen todos los actores del sistema de salud, proveedores y consumidores, con roles bien definidos, para satisfacer las demandas de atención en salud mental, con el enfoque de atención centrada en el paciente y basada en evidencia, responsabilidad y rendición de cuentas.” Este concepto, si bien pretende englobar los puntos más relevantes vertidos en los estudios revisados y analizados, aún es perfectible, en función del contexto que enmarque el desarrollo y/o aplicación del concepto de gobernanza.

Aún queda mucha tarea por realizar, en la investigación de la gobernanza dentro de los sistemas de salud mental, con otros enfoques además del analítico aquí expuesto, para fines de mejorar la comprensión de las directrices en políticas de salud mental y sobre todo de cómo influyen en el desempeño del sistema y de los resultados en salud; tema que merece ser abordado a profundidad en estudios futuros.

Referencias Bibliográficas

- 1) Dlouhy M. Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems. BMC Health Services Research 2014; 14:42
- 2) Hastings S, Armitage GD, Mallinson S, Jackson K, Suter E. Exploring the relationship between governance mechanisms in healthcare and health workforce outcomes: a systematic review. BMC Health Services Research 2014, 14:479

- 3) Semrau M, Evans-Lacko S, Alem A, Ayuso-Mateos JL, Chisholm D, Gureje O, et al. Strengthening mental health systems in low- and middle-income countries: the Emerald programme. *BMC Medicine* 2015; 13:79
- 4) Bazzani R. Gobernanza y Salud: Aportes para la innovación en sistemas de salud. *Rev salud pública* 2010; 12 (sup 1): 1-7.
- 5) Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22 (Supp): S35-S45.
- 6) Tambor M, Pavlova M, Golinowska S, Sowada C, Groot W. The formal-informal patient payment mix in European countries. Governance, economics, culture or all of these? *Health Policy* 2013; 113: 284-295
- 7) Wahlbeck K. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry* 2015; 14: 36-42.
- 8) Nicholson C, Jackson CL, Marley JE. Best practice integrated health care governance applying evidence to Australia's health reform agenda. *MJA* 2014; 3: S64-S66.
- 9) UNDP. Governance for sustainable human development. United Nations Development Programme; 1997
- 10) Kaufmann D, Kraay A, Zoido-Lobaton P. Governance matters. Washington, DC: The World Bank; 1999
- 11) European Commission. Governance and development. Brussels: Commission of the European Communities; 2003
- 12) WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007
- 13) Brinkerhoff DW, Bossert T. Health governance: concepts, experiences, and programming options. United States Agency for International Development; 2008
- 14) Meier B, Ayala AS. The Pan American Health Organization and the Mainstreaming of Human Rights in Regional Health Governance. *Jornal of Law, Medicine & Ethics* 2014: 356-374.

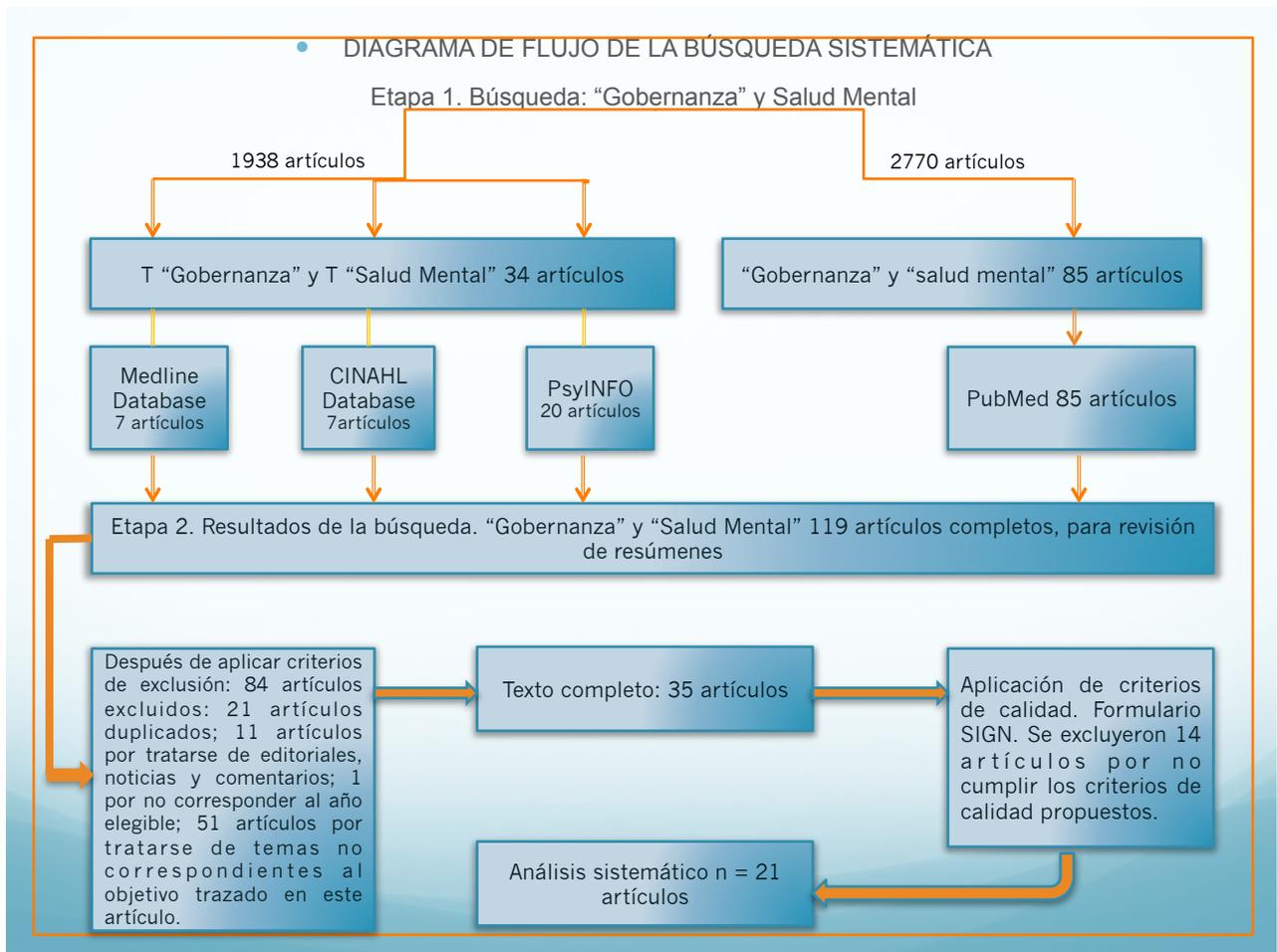
- 15) World Health Organization. Good governance for health. WHO/CHS/HSS/98.2. Geneva: WHO; 1998
- 16) Barbazza E, Tello JE. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy* 2014;116: 1–11.
- 17) Greer SL, Lillvis DF. Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies. *Health Policy* 2014; 116: 12–17.
- 18) Marais DL, Petersen I. Health system governance to support integrated mental health care in South Africa: challenges and opportunities. *International Journal of Mental Health Systems* 2015; 9:14
- 19) Helgesen M. Governance of public health: Norway in a Nordic context. *Scandinavian Journal of Public Health* 2014; 42(Supp 15): 25-30
- 20) Arredondo A, Orozco E, Wallace S, Rodríguez M. Gobernanza en sistemas de salud: conceptos, aportes y evidencias para el avance de las estrategias de protección social en la salud de los migrantes. Instituto Nacional de Salud Pública, UCLA Center for Health Policy Research, Universidad Autónoma de Yucatán. México, 2010
- 21) Gostin LO. Healthy living needs global governance. *Nature* 2014; 511: 147-149.
- 22) Carlson V, Chilton MJ, Corso LC, Beitsch LM. Defining the functions of public health governance. *Am J Public Health* 2015;105: S159-S166.
- 23) Minas H. International observatory on mental health systems: structure and operation. *International Journal of Mental Health Systems* 2009; 3:8
- 24) Wiktorowicz ME, Fleury MJ, Adair CE, Lesage A, Goldner E, Peters S. Mental health network governance: comparative analysis across Canadian regions. *International Journal of Integrated Care* 2010; 10:1-14
- 25) Knight KM, Kenny A, Endacott R. Gaps in governance: protective mechanisms used by nurse leaders when policy and practice are misaligned. *BMC Health Services Research* 2015; 15:145

- 26) Goodman C, Davies SL, Gordon AL, Meyer J, Dening T, Gladman JR, et al. Relationships, Expertise, Incentives, and Governance: Supporting Care Home Residents' Access to Health Care. An Interview Study From England. *JAMDA* 2015; 16: 427-432.
- 27) Hufty M. Gobernanza en salud pública: hacía un marco analítico. *Rev. salud pública* 2010; 12 (sup 1): 39-61
- 28) Shukla, M., and Johnson Lassner, K. Governing for Health in Low- and Middle- Income Countries: Perspectives from the Field. Prepared for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the USAID Leadership, Management and Governance Project. Arlington, VA: Management Sciences for Health, 2012
- 29) Prats J. Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. Marco conceptual y analítico. Inter American Development Bank; 2001
- 30) Newman DW, Kellett S, Beail N. From research and development to practice-based evidence: clinical governance initiatives in a service for adults with mild intellectual disability and mental health needs. *Journal of Intellectual Disability Research* 2003; 47: 68-74.
- 31) Callaly T, Arya D, Minas H. Quality, risk management and governance in mental health: an overview. *Australasian Psychiatry* 2005; 13 (1): 16-20.
- 32) Meenaghan A, O'Herlihy A, Durand MA, Farr H, Tulloch S, Lelliott P. A 55 kg Paper Mountain: The impact of new research governance and ethics processes on mental health services research in England. *Journal of Mental Health*, February 2007; 16(1): 149 –155.
- 33) Drake RE, Deegan PE, Rapp C. The Promise of Shared Decision Making in Mental Health. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2010; 34 (1): 7–13
- 34) Curtis LC, Wells SM, Pernet DJ, Ghose SS, Mistler LA, Mahone IH et al. Pushing the envelope: shared decision making in mental health. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2010; 34:1; 14-22.
- 35) Hodges S, Ferreira K, Mowery D, Novicki E. Who's in Charge Here? Structures for Collaborative Governance in Children's Mental Health. *Administration in Social Work* 2013; 37: 418–432.

- 36) Niemi M, Thanh HT, Tuan T, Falkenberg T. Mental health priorities in Vietnam: a mixed-methods analysis. *BMC Health Services Research* 2010; 10:257
- 37) O'Connor N, Paton M. 'Governance of' and 'Governance by': implementing a clinical governance framework in an area mental health service. *Australasian Psychiatry* 2008; 16 (2): 69-73.
- 38) Rogers A, Campbell S, Gask L, Sheaff R, Marshall M, Halliwell S et al. Some National Service Frameworks are more equal than others: Implementing clinical governance for mental health in primary care groups and trusts. *Journal of Mental Health* 2002; 11 (2): 199–212.
- 39) Arya D, Callaly T. Using continuous quality improvement to implement a clinical governance framework in a mental health service. *Australasian Psychiatry* 2005; 13 (3): 241-246.
- 40) Gask L, Rogers A, Cambell S, Sheaff R. Beyond the limits of clinical governance? The case of mental health in English primary care. *BMC Health Services Research* 2008; 8:63
- 41) Draper CE, Lund C, Kleintjes S, Funk M, Omar M, Flisher AJ et al. Mental health policy in South Africa: development process and content. *Health Policy and Planning* 2009; 24:342–356
- 42) Lund C, Kleintjes S, Kakuma R, Flisher AJ. Public sector mental health systems in South Africa: inter-provincial comparisons and policy implications. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010; 45: 393-404.
- 43) Wolff N. Risk, response, and mental health policy: Learning from the experience of the United Kingdom. *Journal of Health Polics, Policy and Law* 2002; 27 (5): 801-832
- 44) Woltmann EM, Whitley R. Shared Decision Making in Public Mental Health Care: Perspectives from Consumers Living with Severe Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2010; 34 (1): 29-36.
- 45) Stelk W, Slaton E. The Role of Infrastructure in the Transformation of Child-Adolescent Mental Health Systems. *Adm Policy Ment Health* 2010; 37: 100-110
- 46) Yasami MT, Maulik PK, Tomlinson M, Lund C, Van Ommeren M, Saxena S. Responsible Governance for Mental Health Research in Low Resource Countries. *PLoS Med* 2011; 8(11): e1001126.

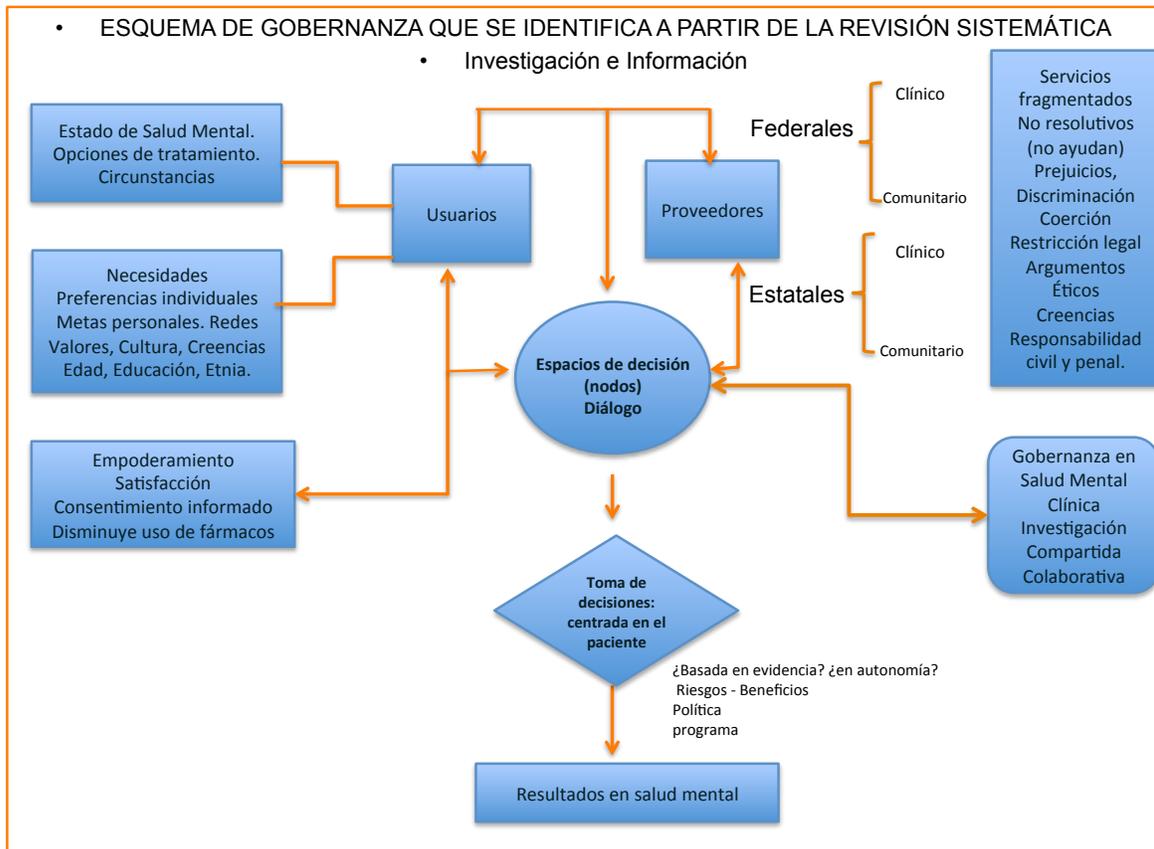
- 47) Frueh BC, Grubaugh AL, Lo Sasso AT, Jones WJ, Oldham JM, Lindrooth RC. Key stakeholder perceptions regarding acute care psychiatry in distressed publicly funded mental health care markets. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2012; 76 (1): 2-20.
- 48) Linhorst DM, Eckert A. Conditions for empowering people with severe mental illness. *Social Service Review* 2003; EBSCO Publishing pp: 279-305
- 49) Singh B. Why clinical governance is important: an approach to the resolution of managerial and professional conflict in mental health. *Australasian Psychiatry* 2003; 11 (4): 412-417.
- 50) Van Houte E. Validating Certification in a Recovery Focused Mental Health System. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2010; 33 (3): 242–243.
- 51) Torres A, Kunishige N, Morimoto D, Hanzawa T, Ebesu M, Fernández J, et al. Shared Governance: A Way to Improve the Care in an Inpatient Rehabilitation Facility. *Rehabilitation Nursing* 2015; 40: 69–73.
- 52) Berge E, Ford GA, Bath PMW, Stapf C, Van der Worp HB, Demotes J, et al. Regulation and governance of multinational drug trials in stroke: barriers and possibilities. *World Stroke Organization* 2015; 10: 425–428.
- 53) Azami-Aghdash S, Tabrizi JA, Sadeghi-Barzargani H, Hajebrahimi S, Naghavi-Behzad M. Developing performance indicators for clinical governance in dimensions of risk management and clinical effectiveness. *International Journal for Quality in Health Care* 2015; 27(2): 110–116.
- 54) Specchia ML, Poscia A, Volpe M, Parente P, Capizzi S, Cambieri A, et al. Does clinical governance influence the appropriateness of hospital stay? *BMC Health Services Research* 2015; 15:142.
- 55) Arredondo A, Orozco E, Aviles R. Evidence on equity, governance and financing after health care reform in Mexico: lessons for Latin American countries. *Saúde Soc. São Paulo* 2015; 24 (supl.1): 158-171.

Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda sistemática de la información científica



Fuente: Elaboración propia a partir de la literatura de la revisión sistemática.

Figura 2. Esquema de gobernanza



Fuente: Elaboración propia a partir de la literatura de la revisión sistemática.

Tabla 1. Clasificación de artículos de gobernanza en salud mental

Marco analítico de gobernanza	ORDEN CRONOLÓGICO DE AUTORES																					
	Autor	Rogers A.	Wolff N.	Newman DW.	Linhorst DM	Singh B.	Callaly T.	Arya D.	Meenaghan A.	Gask L.	O'Connor N.	Draper CF	Curtis J.C.	Drake RE.	Lund C.	Niemi M.	Stelk W.	Van Houtte	Woltman d.LEM.	Yasami MT.	Frueh BC.	Hodges S.
Año	2002	2002	2003	2003	2003	2005	2005	2007	2008	2008	2009	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2011	2012	2013
País o Región	Inglaterra	Reino Unido	Reino Unido	Estados Unidos	Australia	Australia Nueva Zelanda	Australia Nueva Zelanda	Inglaterra	Reino Unido	Australia	Sudáfrica	Estados Unidos	Estados Unidos	Sudáfrica	Vietnam	Estados Unidos	Estados Unidos	Estados Unidos	Etiopía, India, Nepal, Sudáfrica, Uganda	Estados Unidos	Estados Unidos	
Revista	Journal of Mental Health	Journal of Health Politics, Policy and Law	Journal of Intellectual Disability Research	Social Service Review	Journal of Mental Health	Australian Psychiatric Review	BMC Health Services Research	Journal of Mental Health	BMC Health Services Research	BMC Health Services Research	Health Policy and Planning	Psychiatric Rehabilitation Journal	Psychiatric Rehabilitation Journal	Social Psychology of Women Quarterly	BMC Health Services Research	Journal of Health Politics, Policy and Law	BMC Health Services Research	Psychiatric Rehabilitation Journal	PLoS Med	Bulletin of the Menninger Clinic	Administration in Social Work	
Nivel de Análisis																						
Actor	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Norma		X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	
Punto nodal	X	X		X									X									
Proceso	X		X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X	

Fuente: Elaboración propia a partir de la literatura de la revisión sistemática.

Tabla 2. Gobernanza, eje en las políticas de salud mental

GOBERNANZA	CRONOLOGÍA DE AUTORES																					
Eje en políticas de salud mental	A. Rogers 2002	N. Wolff 2002	DW. Newman 2003	DM. Linhorst 2003	B. Singh 2003	T. Callaly 2005	Arya D. 2005	Meenaghan A. 2007	Gask L. 2008	N. O'Connor 2008	CE. Draper 2009	LC. Curtis 2010	RE. Drake 2010	Lund C. 2010	M. Niemi 2010	W. Steik 2010	E. Van Houtte 2010	EM. Woltmann 2010	MT. Yasami 2011	BC. Frueh 2012	S. Hodges 2013	
Marco en políticas de SM																						
Estrategia Planeación, Compra y provisión de servicios.	X	X				X	X		X*	X	X	X		X	X	X		X	X	X*	X	
Organización de servicios Calidad			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X*	X*				X*	
Tipo de Gobernanza en SM																						
Responsable Democrática	X	X*	X	X	X*	X	X	X	X*	X	X	X	X	X*	X*	X*	X*		X*	X	X*	
Rendición de cuentas	X		X	X			X	X		X		X*	X*								X*	
Participativa				X	X*			X				X*	X*					X*			X*	
Colaborativa			X	X				X													X*	
Basada en Evidencia	X		X	X			X	X		X			X	X*	X*	X			X*			
Inclusiva		X*		X							X*		X			X*		X*				
Comunicativa			X									X*	X*		X*							
Empoderada				X			X					X*	X									
Equitativa														X*							X*	
Regulativa																	X*			X*	X*	

X* Significa que el marco aún no se logra.

Fuente: Elaboración propia a partir de la literatura de la revisión sistemática.

Tabla 3. Gobernanza: elementos constitutivos

Marco analítico de gobernanza	CRONOLOGÍA DE AUTORES																					
	Rogers A, 2002	Wolff N 2002	Newman DW 2003	Linhorst DM 2003	Singh B 2003	Callaly T. 2005	Arya D. 2005	Meenaghan A. 2007	Gask L. 2008	O'Connor N. 2008	Draper CE. 2009	Curtis LC, 2010	Drake RE. 2010	Lund C. 2010	Niemi M. 2010	Stelk W. 2010	Van Houtte E. 2010	Woltmann 2010	Yasami MT 2011	Frueh BC 2012	Hodges S 2013	
Elementos Constitutivos																						
Actores																						
Estratégicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
De interés		X		X	X					X	X	X			X	X		X				
Normas																						
Metanormas		X		X	X					X	X	X	X	X	X	X						
Constitutivas				X	X					X	X	X	X	X		X						
Regulativas				X				X	X		X	X					X			X	X	
Informales				X								X	X									X
Puntos nodales	X	X		X									X									
Espacios físicos				X	X							X	X							X	X	
Espacios virtuales		X			X						X	X	X			X						
Procesos	X		X	X				X														
Clínicos			X	X	X	X	X	X	X			X	X		X					X	X	X
Evolución							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X			

Fuente: Elaboración propia a partir de la literatura de la revisión sistemática.

2° Artículo.

Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México.

Resumen

Introducción. Los trastornos mentales son causa principal de la carga global de la enfermedad, mientras que los sistemas de salud no han respondido adecuadamente para enfrentarlos. Las políticas de salud mental en los países de ingresos medios y bajos como México, dificultan el acceso a los servicios. Nuestro estudio analiza el papel de la gobernanza en el sistema de salud mental en México, en el desarrollo de políticas y programas de salud mental, desde la perspectiva de sus propios actores.

Métodos. Investigación cualitativa en la que se realizó un mapeo para identificar a los actores, roles e interacciones en el sistema de salud mental en México. Se diseñó una guía de entrevista a profundidad. Se utilizó el software Atlas-ti v.7 para la organización de los datos cualitativos y el Policy Maker v.4 para conocer el posicionamiento y nivel de influencia de los actores dentro del sistema de salud.

Resultados. Los actores fueron identificados de acuerdo a su nivel de influencia alto medio y bajo, en políticas de salud mental. Los actores con nivel de influencia alto tienen alcance en políticas nacionales, los de alcance medio a nivel regional y local, y los de influencia bajo no participan en las políticas.

Discusión. Este estudio nos permitió comprender el proceso de gobernanza en salud mental. El nivel de influencia de los actores incide directamente en el grado de alcance de los indicadores de gobernanza. Hemos obtenido datos relevantes para mejorar las políticas en la atención de la salud mental.

Palabras clave: Gobernanza, indicadores, políticas, salud mental, sistemas de salud.

Introducción

Los trastornos mentales ocupan un lugar importante en la carga global de la enfermedad en el mundo, incrementaron de 5.4% en 1990 a 7.4% en el 2010¹. Al comparar solo el componente de años vividos con discapacidad, los trastornos mentales contribuyen con 22.7%². Sin embargo,

tienen una baja prioridad dentro del sistema de salud en la mayoría de países de ingresos medios y bajos. Las políticas en salud mental son pocas y de escasa inversión presupuestaria³. Existe escasez de todos los recursos, distribución inequitativa, dificultad para acceder a los servicios de salud mental, barreras sociales, económicas y culturales⁴. En México, el reporte IESM-OMS reveló falta de información y planificación del sistema de salud mental; el modelo de atención imperante dificulta el acceso a los servicios de salud, los cuales son insuficientes, mal distribuidos y con establecimientos que pueden estar mal regulados⁵.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso a sus países miembros, entre ellos México, un programa de acción global en salud mental (mhGAP), para ampliar la atención de los trastornos mentales prioritarios, que comprende guías dirigidas a la creación de capacidades en los proveedores de la atención mental en todos los niveles⁶. En el 2012 los resultados del programa fueron negativos en el sentido de que no se logro los objetivos e incremento la carga global de la enfermedad debida a los trastornos mentales. Ante este panorama, la OMS preparó un plan de acción integral sobre salud mental, que comprende servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas⁷, y señala la necesidad de reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces para mejorar los indicadores de salud mental⁸. No obstante los esfuerzos de la OMS, los sistemas de salud en el mundo no han respondido adecuadamente en el objetivo de mejorar la salud mental de las poblaciones⁹.

Hay diversas vertientes que son clave para que los sistemas de salud cumplan este objetivo, la gobernanza o pilotaje del sistema es fundamental, la OMS la ha identificado como pieza clave por su responsabilidad en la formulación de políticas, planes y programas encaminados a atender las necesidades de salud de la población. En la formulación de las políticas y sobre todo en la operación de las mismas, el sistema integra diversos actores que mantienen intereses diversos, comportamientos y responsabilidades diferentes, de manera que afectan, regulan o influyen en el sistema de manera diferencial. En los sistemas de salud se conocen dos tipos de actores: 1) estratégicos, que son los individuos con poder suficiente en el procedimiento de toma de decisiones; y 2) de interés, individuos que están involucrados en la trama institucional, pero sin poder suficiente en las decisiones o reglas del juego¹⁰. En la toma de decisiones, los actores tienen intereses específicos y diferentes posiciones de poder que afectan el desarrollo de las políticas¹¹. El proceso que organiza la interacción de actores, define la dinámica de los procesos y las reglas del juego en la toma de decisiones, se conoce como gobernanza^{12,13}, objeto de estudio de esta investigación.

Este trabajo tiene como propósito analizar indicadores de gobernanza en el desarrollo y ejecución de las políticas y programas de salud mental en México, con el fin de conocer quiénes son los actores que participan, su nivel de influencia, normativa e interacción en la toma de decisiones, para generar evidencia que sirva para el avance de políticas y programas de salud mental.

Métodos

Se diseñó un estudio cualitativo, basado en entrevistas a profundidad a informantes clave dentro del sistema de salud mental en México.

Procedimiento: A partir de la estructura organizacional del sistema de salud, se realizó un mapeo para identificar a los principales actores del sistema de salud mental en México, para ser entrevistados. Aquellos actores no identificados en este ejercicio, fueron incorporados a partir de la estrategia de bola de nieve.

Se diseñó una guía de entrevista que exploró las siguientes categorías de análisis: marco legislativo, políticas y programas de salud mental vigentes, capacidad de convocatoria, financiamiento, organización de los servicios y recursos humanos, información en salud mental, transparencia y rendición de cuentas. La guía fue flexible de acuerdo al tipo de informante. Las entrevistas fueron audio grabadas, previo consentimiento informado de los participantes, transcritas a Word, y organizadas para su análisis con el software Atlas-ti v.7.

Análisis: 1) En primer lugar, se realizó la caracterización de los participantes como actores dentro del sistema. Siguiendo el Marco Analítico de Gobernanza¹⁴, se identificaron actores desde directivos hasta usuarios de servicios de salud mental, en los cuales fue posible identificar su formación académica, su rol dentro del sistema de salud, su liderazgo, los recursos de poder: simbólicos (serie de propiedades intangibles inherentes al sujeto y reconocidas por otros, como el prestigio), monetarios (recursos económicos o dinero), capital social (basados en pertenencia a grupos, redes y colaboración social), y capital cultural (conocimiento, educación, habilidades y ventajas que tiene una persona y que le dan un estatus más alto socialmente); y el alcance del poder o de influencia. Este alcance se estableció a través de las categorías de análisis contempladas en la entrevista.

2) La organización e interpretación de los datos siguió el proceso de codificación propuesto por la teoría fundamentada:

A) Codificación abierta. En este paso, la base del concepto utilizado fue gobernanza como idea o fenómeno central.

B) Codificación axial. En la interpretación de los datos, se relacionó la categoría a sus subcategorías, es decir, se relacionó la idea central gobernanza con las dimensiones categóricas establecidas en la guía de entrevista.

Este procedimiento de codificación permitió realizar un análisis temático para finalmente conocer el posicionamiento y el nivel de influencia que tienen los actores dentro del sistema de salud en las políticas y programas de salud mental, mediante el uso del software Policy Maker v.4.

Resultados

Caracterización de actores. Se realizaron 20 entrevistas. Las características de los actores se diferencian de acuerdo al rol que ocupan dentro del sector salud, dentro de los actores estratégicos, los directivos expresaron poseer una formación académica con grados de posgrado dirigidos a la administración pública o gestión de servicios de salud, así como experiencia previa en puestos directivos. Los actores clínicos tienen formación académica también de posgrado, pero solo con enfoque clínico. Un solo informante manifestó haber sido sometido a un proceso de selección formal para ocupar el puesto, el resto fue por asignación directa. Algunos de los actores de interés, forman parte del sistema por demandar atención debido al padecimiento de algún trastorno mental, solo uno de ellos cuenta con estudios de licenciatura. El resto de los actores de interés no tienen un rol formal dentro del sistema de salud.

Capacidad de liderazgo. Los diferentes participantes expresaron tener liderazgo en su práctica como actores del sistema de salud mental, identificado este liderazgo como habilidades gerenciales-administrativas y por participar en la toma de decisiones o gobernanza. Los directivos expresaron ejercer predominantemente un liderazgo gerencial; los subdirectivos reconocieron tener un liderazgo administrativo; los demás actores no refirieron algún tipo de liderazgo.

Recursos de poder. Los actores que ocupan un puesto formal dentro del sistema de salud mental apoyan las políticas en la materia y utilizan diversos recursos de poder, los directivos utilizan recursos monetarios y de capital social; los subdirectivos, recursos simbólicos y monetarios; en el caso de los clínicos, su recurso de poder es simbólico; los usuarios no refieren ningún recurso de poder al igual que el resto de los actores (ver Tabla 1).

Posicionamiento y nivel de influencia en las políticas y programas de salud mental. Los valores que se presentan en las columnas de posición y nivel de influencia se definen automáticamente por el software Policy Maker, mediante un logaritmo que combina valores en función del compromiso del actor con los objetivos de la política, los recursos ofertados a favor de esas políticas, la disponibilidad para apoyarlas y los recursos organizacionales que pueden favorecer los mecanismos de interacción y alcanzar los objetivos.

En este sentido, se identificaron tres grupos de actores de acuerdo al nivel de influencia ejercido: actores con nivel de influencia alto, actores con nivel de influencia medio y actores con nivel de influencia bajo. (ver Tabla 2). A manera gráfica, para facilitar la comprensión de la posición (facilitador-opositor) y el nivel de influencia se generó con el mismo software, un mapa de posicionamiento de actores y su nivel de influencia (ver Figura 1).

Alcance del nivel de influencia. Para conocer el alcance de la influencia que ejercen los actores se exploraron las dimensiones categóricas establecidas en el estudio (guía de entrevista), que constituyen indicadores de gobernanza (ver Tabla 3).

Conocimiento del marco jurídico y capacidad para modificarlo. Los actores tienen un amplio conocimiento del marco jurídico para la atención de salud mental, con niveles de influencia distinto para modificarlo; solo los actores con nivel de influencia alto reconocieron la posibilidad de modificar o cambiar contenidos en el marco, por ejemplo, en el objetivo de integrar la atención de la salud mental a los programas de atención de la salud en general a nivel nacional.

Planeación y formulación de políticas. Los actores de nivel de influencia alto se identificaron como responsables de formular y apoyar las políticas de salud mental nacional, los actores de nivel de influencia medio participan e inciden en programas de atención en salud, pero de alcance regional o local, en sus instituciones de adscripción.

Asignación de recursos. Los actores entrevistados no deciden sobre el monto destinado en la atención de la salud mental, se les asigna un presupuesto gubernamental, y solo pueden decidir la distribución para la operación de sus instituciones.

Conocimiento sobre desempeño del sistema y recursos humanos necesarios. Los actores conocen el desempeño del sistema de salud mental mexicano, de acuerdo a su nivel de influencia elaboran propuestas para mejorarlo. No tienen influencia para decidir el número de recursos humanos que se requieren formar para la atención de la salud mental.

Capacidad de convocatoria. En el proceso de toma de decisiones, solo los actores con nivel de influencia alto convocan a demás actores, los actores de influencia media algunas veces son convocados para decidir acciones de atención, pero la mayoría de veces solo son informados acerca de lo que tienen que hacer. Los actores de influencia baja no son convocados, algunas veces solo se les informa de acciones a realizar en su práctica.

Generar y difundir información. De acuerdo a los actores entrevistados, en el sistema de salud mental el sistema de información tiene debilidades, no es sistemático y la información que se obtiene no se utiliza en la toma de decisiones.

Transparencia Rendición de cuentas. Los actores conocen que existen mecanismos de transparencia pero muy pocos exigen o la ejercen para sus instituciones; de igual forma, conocen que en su ejercicio público existe la rendición de cuentas, pero no la ejercen, ni solicitan se realice en las instituciones del sistema de salud mental.

Finalmente, referente a la normativa que se deriva del proceso de gobernanza, es decir en la toma de decisiones, la mayoría de actores posee un reconocimiento formal de su práctica dentro del sistema. Esta práctica no es independiente, obedece a reglas y normas formales dentro del sistema, ya sea de tipo constitutiva o regulativa. Este tipo de normativa impera en el comportamiento de actores de nivel de influencia alto y medio. En los actores de influencia bajo la normativa imperante es de tipo regulativo, dentro de la institución en la que se desempeñan. Aun así, es posible identificar en los tres grupos de actores normas informales, aquellas que no están escritas y son recurrentes dentro de su práctica.

En cuanto al comportamiento de los actores, se identifica de tipo proactivo, pero también tienen comportamiento de tipo pasivo, si bien tienen compromiso dentro de su institución, no ejercen actividades para participar de forma contundente o directa en la aplicación de políticas de salud mental, hecho que se visualiza en la pobre interacción dentro de su práctica como actores del sistema de salud, fenómeno que se da en todos los grupos de participantes, o incluso, en algunos actores esta interacción es de tipo conflictivo.

En cuanto a los espacios de decisión, se gesta en espacios físicos, como oficinas de gobierno, ocasionalmente los acuerdos se dan en espacios virtuales a través de llamadas telefónicas, correos electrónicos o mensajería. Finalmente, los efectos de este proceso de interacción en la toma de decisiones se dividen en efectos aislados, es decir, sin efecto alguno, y en otros escenarios se da

un efecto interactivo, es decir, con repercusiones dentro del sistema de salud, independientemente si éstos son favorables o desfavorables para el sistema (ver Tabla 4).

Discusión

Los resultados de nuestro estudio evidencian la heterogeneidad en los niveles de influencia de los actores dentro del sistema de salud mental en México, como se ha documentado en otros estudios, la perspectiva de los actores es imprescindible en la organización y responsabilidad en la atención de la salud^{15,16}. Identificamos tres tipos de actores formales dentro del sistema de salud, de acuerdo a su nivel de influencia, alto, medio y bajo, considerados en la planeación, formulación y ejecución de políticas y programas de salud mental a nivel nacional; su nivel de influencia incide en el nivel de participación, desarrollo, operación práctica y modificación de esas políticas y los resultados en salud. Este hecho cobra relevancia, en el entendido que el mayor y mejor impacto en los resultados en salud, se da en países donde se percibe calidad en la formulación y aplicación de políticas, con participación de todos los interesados¹⁷, y coherencia entre toda la organización y la práctica¹⁸.

Relevante mencionar que los actores participantes en este estudio cuentan con estudios de posgrado en su formación académica, pero su formación no tiene una relación directa con su nivel de influencia en la formulación o planeación de políticas en salud mental, existe una toma de decisiones a nivel central, que comúnmente llevan a cabo actores gubernamentales que no forman parte del sistema de salud mental; este hecho se traduce en la ausencia de líderes idóneos en los diferentes niveles de organización del sistema de salud¹⁹, de hecho, los actores participantes mencionaron portar liderazgo administrativo y gerencial, pero no de gobernanza, aspecto que en la literatura sobre el tema se refiere como necesario para que los esfuerzos encaminados al fortalecimiento del sistema de salud sean exitosos¹⁹.

Un hallazgo relevante en este estudio, fue el hecho de que si bien los actores participantes no deciden sobre el presupuesto asignado en las políticas de salud mental, específicamente en cuanto a la provisión de servicios de salud, en su práctica como actores del sistema, hacen uso del dinero como recurso de poder, es decir, ejercen poder con base en la distribución del presupuesto dentro de sus instituciones. Este aspecto cobra importancia por el hecho de que dentro del sistema de salud mental, de acuerdo al análisis de los resultados, por lo general no se implementan mecanismos de transparencia ni de rendición de cuentas, en la asignación, distribución ni ejercicio del presupuesto en salud mental. Este fenómeno se vive predominantemente al interior

de los sistemas de salud de países de ingresos medios y bajos, en los cuales se tiene una débil gobernanza y menor eficiencia de los recursos disponibles¹⁷. Por lo tanto, en estos países, como México, mejorar la rendición de cuentas en los sistemas de salud es crucial para la calidad de la prestación de los servicios de salud²⁰. Es decir, traduce la responsabilidad del sistema en la atención brindada.

Podemos observar que en el proceso de toma de decisiones, el alcance del nivel de influencia de los actores se puede tener a varios niveles. A nivel institucional, que es donde se reconoce la práctica de los actores que entrevistamos, es condicionada a la normativa de tipo regulativa propia de la institución, los actores solo “cumplen” con lo estipulado, la mayoría de ellos participa de manera pasiva y con efectos aislados, es decir sin modificación en los resultados en salud dentro del sistema, o bien, solo en casos especiales, como en el proceso de evaluación externa de la institución, adoptan una manera proactiva para cumplir con los requisitos y ahí sí se logra un efecto para el sistema de salud como es la certificación.

A nivel nacional o local, la mayoría de actores no forma parte de la toma de decisiones, es decir, no participan fuera de la institución a la cual están adscritos. Este fenómeno repercute en la calidad de la práctica y resultados en los sistemas de salud, en el entendido de que los diferentes actores de los sistemas de salud al ser considerados en la toma de decisiones, en sus diferentes niveles (local, regional, nacional), son más receptivos y responsables en el esfuerzo coordinado para la calidad de los servicios de salud²¹.

En los resultados vertidos en nuestro estudio, la práctica de los actores obedece a normativa regulativa, solo algunos actores basan su práctica en normas constitutivas, sobre todo aquellos con interacción en la implementación de políticas de corte internacional, pero también hay actores que hacen uso de normas informales, aquellas que no están escritas ni son oficiales, si bien, esta práctica ayuda a algunos usuarios de los servicios a recibir la atención médica requerida, también da pie a inequidad en la atención, confusión y fragmentación en los procesos y resultados no esperados; en una población de usuarios ya de por sí con desigualdad en salud²², por lo que, para optimizar la calidad en la atención de salud mental y mejorar el desempeño organizacional (institucional), se deben procurar mejores prácticas²³, de manera sistemática y a nivel nacional²¹.

En conclusión, este estudio nos permitió comprender el proceso de gobernanza en salud mental, desde la perspectiva de los propios actores. Se identificaron tres grupos de actores por su nivel de

influencia (alto, medio y bajo), que inciden directamente en el grado de alcance de los indicadores de gobernanza. Estos datos son relevantes para comprender los resultados en salud mental y se deben tener en cuenta para mejorar la formulación y ejecución de políticas encaminadas a la atención de los problemas de salud mental.

Referencias bibliográficas

- 1.- Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michau C. et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2197–223.
- 2.- Vos T et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2163–2196
- 3.- Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle income countries. *Lancet* 2007; 370:1164–74.
- 4.- Minas H. Mentally ill patients dying in social shelters in Indonesia. *Lancet* 2009; 374:592–3.
- 5.- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Secretaria de Salud. IESM-OMS Informe sobre Sistema de Salud Mental en México. México, 2011.
- 6.- World Health Organization. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: WHO, 2008
- 7.- Resolución de la 65.a Asamblea Mundial de la Salud. Wha65.4 Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Mayo 2012
- 8.- Organización Mundial de la Salud. CONSEJO EJECUTIVO EB132/8 132.ª reunión 11 de enero de 2013. Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. OMS, Ginebra; 2013
- 9.- Julio Frenk J and Moon S. Global Health. Governance Challenges in Global Health. *N Engl J Med* 2013; 368:936-42.

- 10.- Prats J. Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. Marco conceptual y analítico. Inter American Development Bank; 2001.
- 11.- Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, Don de Savigny. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. BMC International Health and Human Rights 2011; 11 (13): 1-11
- 12.- Arredondo A, Orozco E, Wallace S, Rodríguez M. Gobernanza en sistemas de salud: conceptos, aportes y evidencias para el avance de las estrategias de protección social en la salud de los migrantes. Instituto Nacional de Salud Pública, UCLA Center for Health Policy Research, Universidad Autónoma de Yucatán. México, 2010
- 13.- Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en Salud. Un aporte conceptual y analítico para la investigación. Cad. Saúde Pública 2006; 22 (Sup): S35-S45.
- 14.- Hufty M. Investigating policy processes: The Governance Analytical Framework (GAF). In: Wiesmann U, Hurni H, et al. editors. Research for Sustainable Development: Foundations, Experiences, and Perspectives. Bern: NCCR North-South / Geographica Bernensia 2011: 403–424
- 15.- Goodman C, Davies SL, Gordon AL, Meyer J, Dening T, Gladman JR, et al. Relationships, expertise, incentives, and governance: supporting care home residents’ access to health care an interview study from England. JAMDA 2015; 16: 427-432
- 16.- Arredondo A, Orozco E, Aviles R. Evidence on equity, governance and financing after health care reform in Mexico: lessons for Latin American countries. Saúde Soc. São Paulo 2015; 24 (supl.1): 158-171.
- 17.- Makuta I and O’Hare B. Quality of governance, public spending on health and health status in Sub Saharan Africa: a panel data regression analysis. BMC Public Health 2015; 15:932 DOI 10.1186/s12889-015-2287-z
- 18.- Forsman AK, Fredén L, Lindqvist R. Wahlbeck K. Contribution of the Nordic School of Public Health to the public mental health research field: a selection of research initiatives, 2007–2014. Scandinavian Journal of Public Health, 2015; 43(Suppl 16): 66–72

- 19.- Minas H. The Centre for International Mental Health Approach to Mental Health System Development. *Harv Rev Psychiatry* 2012;20:37–46.
- 20.- Atela M, Bakibinga P, Ettarh R, Kyobutungi C, Cohn S. Strengthening health system governance using health facility service charters: a mixed methods assessment of community experiences and perceptions in a district in Kenya. *BMC Health Services Research* 2015;15:539 DOI 10.1186/s12913-015-1204-6
- 21.- Mainz J, Kristensen S, Bartels P. Quality improvement and accountability in the Danish health care system. *International Journal for Quality in Health Care* 2015; 27(6): 523–527
- 22.- Forsman AK, Fredén L, Lindqvist R, Wahlbeck K. Contribution of the Nordic School of Public Health to the public mental health research field: a selection of research initiatives, 2007–2014. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2015; 43(Suppl 16): 66–72
- 23.- Szekendi M, Prybil L, Cohen D, Godsey B, Fardo DW, Cerese J. Governance Practices and Performance in US Academic Medical Centers. *American Journal of Medical Quality* 2015; 30(6) 520–525

Figura 1. Posicionamiento de actores y niveles de influencia

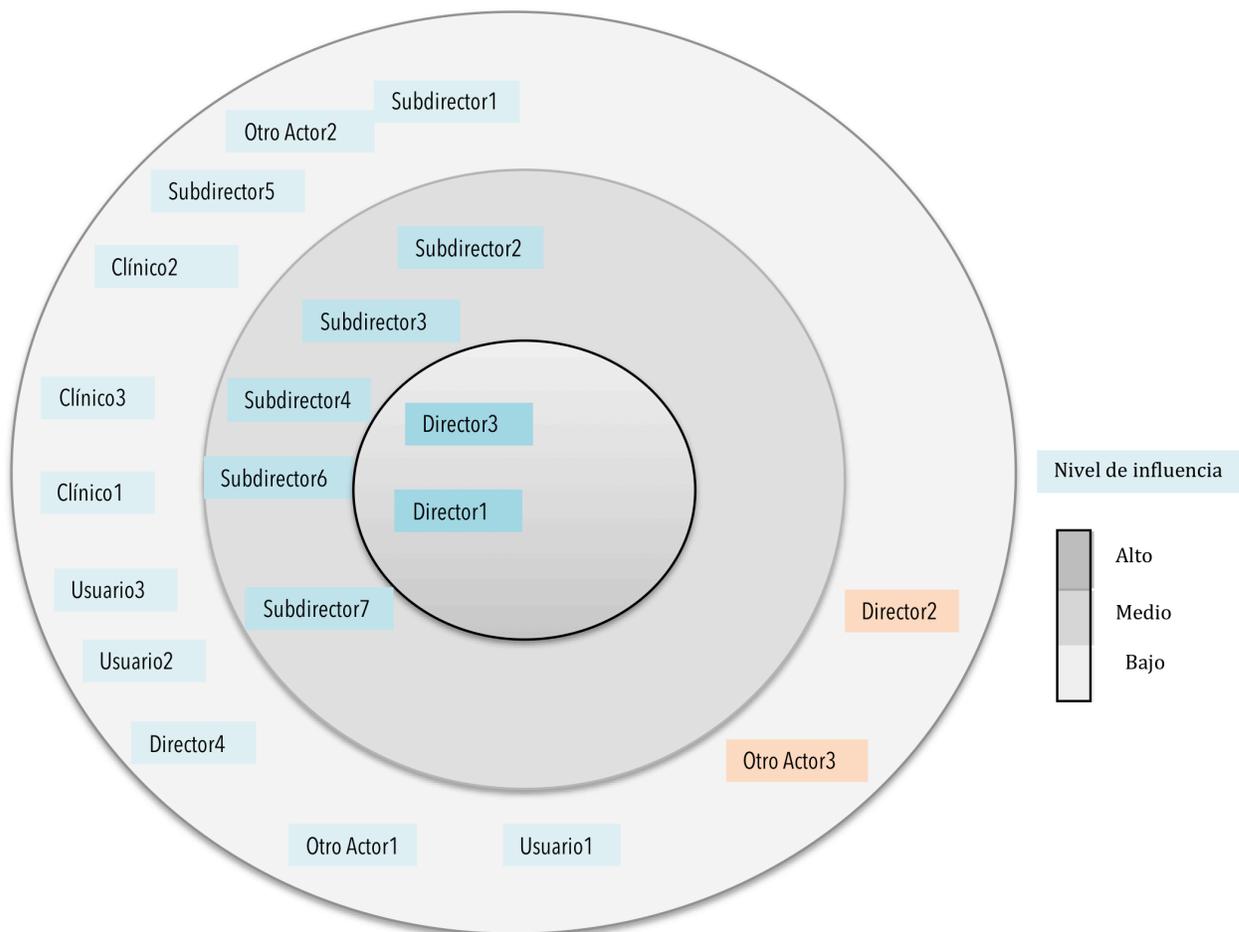


Tabla 1. Categorización de actores: tipo de actor, formación, liderazgo, estatus, posicionamiento, recursos y tipos de poder.

	Actores del Sistema de Salud Mental en México																			
	Director 1	Director 2	Director 3	Director 4	Subdirec tor1	Subdirec tor2	Subdirec tor3	Subdirec tor4	Subdirec tor5	Subdirec tor6	Subdirec tor7	Clínico1	Clínico2	Clínico3	Usuario 1	Usuario 2	Usuario 3	Otro Actor1	Otro Actor2	Otro Actor3
Categorías																				
Tipo de actor																				
Estratégico	+	+	+		+	+		+	+	+		+	+	+						
De interés				+			+							+	+	+	+	+	+	+
Formación académica																				
Licenciatura										+	+				+			+		
Posgrado	+	+	+	+	+	+	+	+	+			+	+	+					+	+
Liderazgo																				
Gerencial	xxx	xxx	xxx	xxx	xx	xx	x	x	xx	x	x	x	x	x					xxx	xxx
Administrativo	xxx	x	xxx	xxx	xxx	xxx	x	xxx	xxx	xxx	xx	x	x	x					x	x
Gobernanza	xxx	x	xxx	x	x	xx	x	x	x	x	x	x	x	x					xx	x
Estatus																				
Formal	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+						
Informal															+	+	+	+	+	+
Posicionamiento																				
Facilitador	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Opositor		+																		+
Recursos de poder																				
Simbólicos																				
Monetarios	+		+	+		+	+			+			+	+						
Capital social	+		+	+		+		+	+										+	
Capital cultural	+		+		+				+			+								+

Alto xxx Medio xx Bajo x

Tabla 2. Posicionamiento y nivel de influencia de los actores.

Actor	Nivel	Sector	Posición	Nivel de Influencia
Clínico2	Nacional	Gubernamental	 Facilitador Bajo	 Bajo
Director1	Nacional	Gubernamental	 Facilitador Alto	 Alto
Subdirector7	Nacional	Gubernamental	 Facilitador Medio	 Bajo
Clínico3	Nacional	Gubernamental	 Facilitador Bajo	 Bajo
Usuario2	Nacional	Gubernamental	 Facilitador Bajo	 Bajo
Otro Actor1	Nacional	Privado	 Facilitador Bajo	 Bajo
Otro Actor2	Nacional	Gubernamental	 Facilitador Bajo	 Medio
Director2	Nacional	Gubernamental	 Opositor Bajo	 Bajo
Otro Actor3	Nacional	Privado	 Opositor Bajo	 Bajo
Director3	Nacional	Gubernamental	 Facilitador Alto	 Alto
Subdirector1	Nacional	Gubernamental	 Facilitador Bajo	 Bajo
Subdirector2	Nacional	Gubernamental	 Facilitador Medio	 Medio
Subdirector4	Nacional	Gubernamental	 Facilitador Medio	 Medio
Subdirector5	Nacional	Gubernamental	 Facilitador Bajo	 Bajo
Subdirector6	Regional	Gubernamental	 Facilitador Medio	 Medio
Clínico1	Regional	Gubernamental	 Facilitador Bajo	 Bajo
Usuario1	Regional	Gubernamental	 Facilitador Bajo	 Bajo
Usuario3	Regional	Gubernamental	 Facilitador Bajo	 Bajo
Director4	Regional	Privado	 Facilitador Bajo	 Bajo
Subdirector3	Regional	Gubernamental	 Facilitador Medio	 Medio

Tabla 3. Alcance del nivel de influencia de los actores del sistema de salud mental en México.

	Actores del Sistema de Salud Mental en México																			
	Direc tor1	Direc tor2	Direc tor3	Direc tor4	Subd i rec tor1	Subd irec tor2	Subdir ec tor3	Subd irec tor4	Subd irec tor5	Subd irec tor6	Su bdi rec tor 7	Clí ni co 1	Clí nic o2	Clí nic o3	Us uar io1	Us uar io2	Us uar io3	Otr o Act or 1	Otr o Act or 2	Otr o Act or 3
Categoría analítica / Indicadores de gobernanza																				
Conocimiento del marco jurídico	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xx	xx	xx	xx	xx	x	x	-	x	xx	xx
Poder para modificar el marco jurídico	xxx	-	xxx	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	xx	-
Planeación y formulación de políticas	xxx	x	xxx	-	x	xx	x	xx	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asignación de recursos	xx	x	xxx	xxx	x	xx	xxx	x	x	xx	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Conocimiento sobre desempeño del sistema	xxx	xxx	xxx	xx	xxx	xxx	xx	xx	xxx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	x	-	x	xx	xx
Conocimiento sobre RRHH	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	-	xxx	xxx	x	xx	xx	xx	xx	xx	xx	x	x	x	xx
Capacidad de convocatoria	xxx	x	xxx	x	x	xx	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	-	-	x	x
Generar y difundir información	x	x	xxx	-	x	xx	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	-	x	x	x
Transparencia	x	-	xxx	xx	-	xx	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rendición de cuentas	x	-	xxx	x	x	xx	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Alto xxx Medio xx Bajo x

Tabla 4. Procesos y normas en la interacción de actores.

Actores del Sistema de Salud Mental en México																					
	Direc 1	Directo	Directo	Directo	Subdirec tor1	Subdirec tor2	Subdir tor3	Subdirec tor4	Subdirec tor5	Subdirec tor6	Subdir tor7	Clínico	Clínico	Clínico3	Usuari	Usuari	Usuari	Otro tor1	Otro tor2	Otro tor3	
Categoría analítica / Indicadores de gobernanza																					
Práctica del tor	I	D	I	I	D	I	I	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	I	I	
Autoridad conocida	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	S	N	
Normativa																					
Constitutiva	x	x	x	x	x	x		x	x											x	
Regulativa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					x	x	x
Informal	x			x	x			x				x	x		x	x	x				
Comportamiento del actor																					
Proactivo	x		x	x	x	x		x	x					x	x			x	x	x	
Pasivo		x					x			x	x	x	x			x	x				
Interacción	x		x		x	x		x	x	x	x		x						x		
Modificación por la acción colectiva																					
Conflictiva		x					x	x	x					x							
Colaborativa	x		x	x	x	x				x	x	x	x						x	x	
Espacios de negociación																					
Físicos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Virtuales	x		x	x				x											x	x	
Efectos																					
Aislados		x		x			x					x	x		x	x	x			x	
Interactivos	x		x		x	x		x	x	x			x	x					x	x	

I = Independiente D = Dependiente S 0 Si N = No

Conclusiones

Los resultados obtenidos contribuyen a la exploración, conocimiento, comprensión y análisis del proceso de gobernanza implementado por los actores en salud mental en el país, así como entender y analizar la dirección de las políticas en materia de salud mental.

La gobernanza es proceso clave para que el sistema de salud atienda los trastornos mentales de manera exitosa. Es un proceso de interacción de actores con diferentes intereses y comportamientos que afectan la formulación y ejecución de políticas de salud mental. Existe poca información sobre gobernanza en salud mental. La producción de nuevos conocimientos puede desempeñar un papel relevante, de tal manera que al incorporar nuevas categorías de análisis, se puedan generar interfaces apropiadas entre los investigadores-académicos y los tomadores de decisión, en relación con el desarrollo conceptual y metodológico, así como en la aplicación del enfoque de gobernanza en proyectos de campo de investigación en políticas y programas de salud mental en México.

La relevancia de este abordaje fue el hecho de que analizó componentes, conceptuales y analíticos orientados a documentar el proceso de gobernanza en el sistema de salud mental en México, en cuanto las políticas y programas de salud mental vigentes; desde la perspectiva de sus propios actores, dinámica escasamente descrita en la literatura sobre salud pública y los sistemas de salud en México. En este abordaje, se identificó en los actores distintos niveles de influencia en el proceso de interacción, y limitaciones normativas, organizacionales y de capacitación.

Estos resultados deben ser considerados en la investigación en sistemas de salud mental en países de ingresos medios como México, pues constituyen herramientas para enfocar a los actores clave del sistema de salud mental y actuar, proponiendo políticas idóneas, organizacionales y de capacitación del personal.