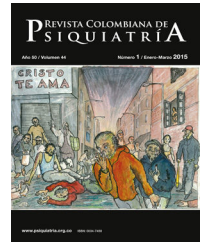




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Epistemología, filosofía de la mente y bioética

Ciencias de la Implementación y Salud Mental: un Diálogo Urgente



Felipe Agudelo-Hernández^{a,*} y Rodrigo Rojas-Andrade^b

^a Universidad de Manizales, Manizales, Caldas, Colombia

^b Centro de Salud Mental en Comunidades educativas, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, Chile

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de junio de 2021

Aceptado el 16 de agosto de 2021

On-line el 25 de septiembre de 2021

Palabras clave:

Ciencia de la implementación

Salud mental

Política de salud

América Latina

R E S U M E N

Introducción y objetivos: Los problemas y trastornos mentales en América Latina constituyen un problema creciente de salud pública. Hasta ahora su abordaje se ha centrado en prácticas basadas en evidencia (PBE), que las nuevas políticas públicas de salud han alimentado. Los autores tienen como objetivo presentar los principios de la ciencia de la implementación, perspectiva científica que se orienta a estudiar los factores y procesos que influyen en la difusión, la adopción, la implementación y la sostenibilidad de las PBE.

Métodos: El método que se apropia en el presente texto es argumentativo, como razón práctica y de lógica inductiva.

Resultados: Se propone como caso ilustrativo la implementación de la política de salud mental en Colombia. Los resultados que prometen están muy lejos de materializarse en nuestra región, principalmente por problemas de implementación.

Conclusiones: Se enfatiza la importancia de la ciencia de implementación para que los sistemas de salud funcionen en condiciones cada vez más dinámicas y las inversiones en investigación maximicen el valor de la atención médica y mejoren la salud pública.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Implementation Sciences and Mental Health: an Urgent Dialogue

A B S T R A C T

Introduction and objectives: Mental disorders in Latin America constitute a growing public health problem. Until now, the approach to them has focused on Evidence-Based Practices (EBP) reinforced by new public health policies. The authors aim to introduce implementation science principles, a scientific perspective focused on the study of the factors and processes that influence the diffusion, adoption, implementation and sustainability of EBP.

Methods: The method adopted in this text is argumentative, such as practical reasoning and inductive logic.

Keywords:

Implementation science

Mental health

Health policy

Latin America

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: afagudelo81703@umanizales.edu.co (F. Agudelo-Hernández).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.001>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Results: The implementation of the National Mental Health Policy in Colombia is proposed as an illustrative case. The promised results are far from coming to fruition in our region, mainly due to implementation problems.

Conclusions: We conclude by emphasising the importance of implementation science if health systems are to function under increasingly dynamic conditions, as well as investments in research to maximize the value of medical care and improve public health.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Emil Krepelin, uno de los padres de la psiquiatría, indagó los síntomas psiquiátricos en diversas culturas, y planteó que, aunque algunas enfermedades mentales tienen una expresión similar en todos los seres humanos, hay algunas variaciones según las culturas y los contextos¹. En 1970 se inició un proceso de colaboración interdisciplinaria que validó tanto el enfoque biomédico como el comunitario y el psicológico, y condujo al surgimiento de una psiquiatría intercultural². El enfoque biomédico progresivamente fue considerándose como solo una entre otras dimensiones de la salud mental, lo que permitió también el cambio progresivo de la atención institucional a la atención comunitaria y denota también unas nuevas consideraciones éticas, sociales y administrativas relacionadas con la atención de salud mental, la disponibilidad de nuevos medicamentos, el crecimiento del movimiento de derechos humanos y la formulación de políticas y programas de salud mental³. Estos conceptos devinieron en el concepto de salud mental global, que pretende la comprensión integral de los modelos explicativos locales de las experiencias de enfermedad, respetando el papel complementario de los enfoques tradicionales de tratamiento biomédicos y locales occidentales, donde ver a la persona afectada dentro de su contexto es esencial, al igual que centrarse en la comprensión de sus problemas y sus preferencias y prioridades⁴.

Los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adoptaron en septiembre de 2005 la Declaración de Montevideo, en la que se comprometen a abogar por la integración de las directrices sobre la atención primaria de salud, con la consideración en los sistemas de salud de la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención, además del fomento del trabajo multisectorial. Menciona: «La experiencia adquirida a lo largo de los 27 últimos años demuestra que con los sistemas de salud que cumplen con los principios de la atención primaria de salud se logran mejores resultados sanitarios y se aumenta su eficiencia en la atención de salud individual y pública, y con los proveedores públicos y privados»⁵.

En 2010 se ampliaron dichas intenciones con la Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas⁶. En 2010 se llevó a cabo, con el financiamiento del *National Institute of Health* de Estados Unidos, la iniciativa *Grand Challenges in Global Mental Health* (GCGMH), que se propuso identificar los principales avances científicos necesarios para mejorar la vida de las personas con problemas o trastornos mentales. Entre estos, llama la atención la insistencia en integrar los servicios

de salud a la comunidad, efectuar una rehabilitación comunitaria eficaz y asequible y mejorar el acceso de los niños a la atención de salud mental basada en la evidencia en los países de ingresos bajos y medianos⁷. Dichos conceptos sustentan conclusiones posteriores de las comisiones de expertos en salud mental, las cuales mencionan que sin salud mental no hay desarrollo sostenible³ desde un enfoque de convergencia que permita el desarrollo de una teoría multifactorial estable y comprobable y contextos específicos y marcos sensibles para orientar intervenciones que se sustenten en conceptos de salud basados en la evidencia científica y bienestar considerados en todas las políticas públicas de un país.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que la tasa de suicidios en 2016 fue de 10,6/100.000 personas, y que el 80% de los suicidios se produjeron en países de ingresos bajos y medios⁸. Las tasas de suicidio han ido disminuyendo en el mundo, con una reducción estimada del 18% entre 2000 y 2016; sin embargo, en las Américas estos indicadores han aumentado⁹. Entre el 10 y el 20% de los jóvenes viven con trastornos mentales y de conducta, el 50% de todas las personas que desarrollan trastornos mentales tienen sus primeros síntomas a la edad de 14 años y el 75% ha tenido sus primeros síntomas a mediados de la veintena¹⁰. Sin embargo, en países como Colombia, estas cifras aumentan hasta el 46,5% de los niños de 7-11 años con al menos 1 alteración en su salud mental según el Cuestionario de Reporte para Niños (RQC), y con un 40% de la población general con necesidad de atención por personal de salud mental¹¹.

En 2016, estudios realizados en India y China mostraron que más del 80% de las personas con algún trastorno mental o por consumo de sustancias no buscaron tratamiento^{12,13}. En Canadá y Estados Unidos solo un 22,4-26% recibió un tratamiento mínimamente adecuado, y se ha calculado que en los países de ingresos bajos o medianos el cociente era 27:1 entre los que necesitan tratamiento y los tratados: solo el 4,7% de las personas que necesitaban atención la tuvieron¹⁴. Se ha mostrado además que los servicios comunitarios de salud mental de recuperación, que han mostrado la mejor evidencia científica, son inaccesibles para la abrumadora mayoría de la población mundial, lo que favorece que los servicios hospitalarios muestren una mortalidad prematura y un mayor riesgo psicosocial en los pacientes dados de alta³.

Aunque hay un importante avance en la cantidad y la calidad de la información generada por la investigación clínica sobre lo que debería hacerse en salud, llevarlo a la práctica es un problema que estos métodos de investigación basados en la epidemiología, por sí solos, no resuelven¹⁵. A menudo se critica a la salud pública y la epidemiología clásica este paso entre

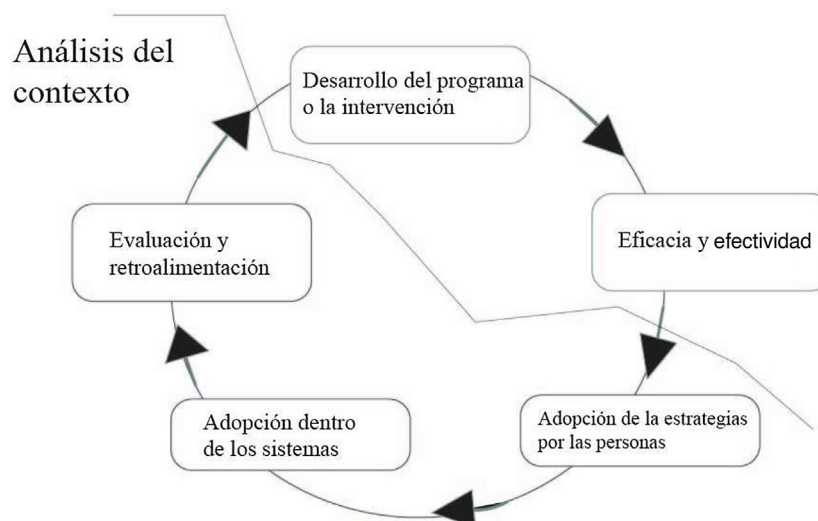


Figura 1 – Investigación en implementación, intervenciones eficaces, efectivas e integradas. Ciclo de desarrollo de intervenciones o programas. Adaptada de Allotey et al.¹⁸.

la comprobación de la eficacia y la adopción final y el mantenimiento de una intervención^{16,17}. Reforzando lo anterior, se sabe que existen intervenciones para muchas enfermedades de alta carga, pero las condiciones persisten por la falta de aceptación de las intervenciones por las comunidades que más las necesitan¹⁸.

Las PBE tardan en promedio 17 años en incorporarse a la práctica general habitual en la atención de la salud¹⁹, aunque otros estudios mencionan que solo la mitad de las PBE llegan a alcanzar la práctica clínica generalizada^{20,21}. El *National Institute of Mental Health* (NIMH) consideró que se necesitaba investigación orientada a incrementar la implementación de programas que fueran efectivos y eficientes²². Pese al avance en los referentes en salud mental global, se señala una brecha importante entre los hallazgos planteados por las PBE, la posterior formulación de programas y políticas basados en estos hallazgos y su implementación en la práctica real, en contextos específicos (fig. 1). En el caso de la implementación de las políticas o programas de salud mental en Latinoamérica, se encontraron pocos estudios que abordaran este campo de la ciencia. Lo anterior se constituye en un reto para los sistemas de salud.

Ciencias de la implementación: generalidades

En cuanto a la definición de ciencias de la implementación, por ser un campo nuevo, se han encontrado varias propuestas. Se ha definido como la aplicación e integración de la evidencia de la investigación a la práctica y la política²³, o investigación aplicada que tiene como objetivo desarrollar la base de evidencia crítica que informa la adopción efectiva, sostenida e integrada de intervenciones por los sistemas de salud y las comunidades¹⁸, y una más, que describe la implementación como el acto de llevar a cabo una intención (implementar viene del latín *implere*, llevar a cabo), que en la investigación en salud pueden ser políticas, programas o prácticas individuales²⁴.

Los estudios de implementación pueden involucrar uno o más de tres amplios tipos de evaluación: evaluación de procesos, evaluación formativa y evaluación sumativa^{21,25}. La evaluación del proceso describe las características de una PBE (o la falta de ella). Los datos se recopilan antes, durante y/o después de la implementación y el equipo de investigación los analiza sin comentarios al equipo de implementación y sin intención de cambiar el proceso en curso. Por su parte, la evaluación formativa utiliza los mismos métodos que la evaluación de procesos, pero difiere en que los datos se retroalimentan al equipo que implementa la práctica para adaptar y mejorar el proceso de implementación durante el transcurso del protocolo. Mientras, la evaluación sumativa es una recopilación, al final del estudio, del impacto de la estrategia de implementación, que muestra como resultados la mayor aplicación o mejor calidad de la PBE o el impacto económico de una estrategia de implementación y sus efectos²¹.

Los estudios de implementación generalmente emplean diseños cuantitativos y cualitativos mixtos e identifican factores que impactan en la aceptación en múltiples niveles, incluido el paciente, el proveedor, la clínica, la instalación, la organización y, a menudo, la comunidad y el entorno de políticas en general. Según el Centro de Recursos Científicos de Implementación de la Universidad de Washington, la ciencia de la implementación se diferencia de las otras investigaciones clínicas en que se centra en las estrategias utilizadas para implementar las PBE, más que en la efectividad de la intervención, tomando como preguntas de investigación el escalamiento, la sostenibilidad, la repetibilidad, la integración de programas, la equidad y la efectividad en el mundo real²⁶; como objetivo, evaluar una estrategia de implementación dirigiendo su intervención al comportamiento clínico o cambio de práctica organizacional y tomando como resultados la aceptabilidad, la adoptabilidad, la idoneidad, la viabilidad, la fidelidad, el costo de implementación, la penetración y la sostenibilidad, y para esto la unidad de análisis se convierte en el equipo de salud o en una organización²⁷ (tabla 1).

Tabla 1 – Tipos de estrategias utilizadas para mejorar la implementación en materia de salud

Principales actores y áreas de intervención	Ejemplos de estrategias de implementación del Gobierno
Formulación de políticas, supervisión y regulación Financiamiento público	• Análisis de políticas • Fortalecimiento de la gobernanza y estrategias de reducción de la corrupción • Contratación con medidas de desempeño • Descentralización de la prestación de servicios públicos • Incentivos y reglamentos para el financiamiento público (medios para aumentar los ingresos, financiamiento mancomunado y mecanismos de pago) • Educación pública, comunicación de cambios de comportamiento
Implementación y organización de proveedores • Mejoramiento de la organización y rendición de cuentas	• Estrategias de mejoramiento de la calidad/garantía de la calidad/gestión del desempeño: solución de problemas por equipos, desarrollo y aplicación de directrices y procedimientos operativos estandarizados, supervisión periódica • Provisión de incentivos financieros para equipos y personas en función de su desempeño • Reorganizar y/o integrar servicios • Sistemas de gestión de recursos humanos • Fortalecimiento de los sistemas de gestión de instalaciones y logística • Fortalecimiento de la gestión financiera • Comercialización de productos y servicios de salud
Proveedores de servicios y personal de primera línea • Prácticas individuales	• Formación y capacitación continuas • Aprendizaje y apoyo entre homólogos • Instrumentos de trabajo
Comunidades y hogares • Empoderamiento, participación, educación • Prácticas individuales	• Información y educación comunitarias: capacitación de agentes de salud comunitarios, capacitación de miembros de la comunidad —p. ej., jóvenes, madres (en grupos, hogares, medios de información)—, mercadotecnia social y creación de demanda • Fortalecimiento de la inclusión y la participación: servicios gestionados por la comunidad, asociaciones y cogestión comunitaria, servicios de propiedad comunitaria • Fortalecimiento de la rendición de cuentas en el plano local: supervisión conjunta, esquemas de rendición de cuentas de los proveedores, sistemas de información basados en la comunidad • Desarrollo de la capacidad de organización local: movilización de la comunidad, juntas y estructuras comunitarias de supervisión y gestión • Empoderamiento financiero: financiamiento de la comunidad, subsidios en especie y vales, presupuestación comunitaria participativa, incorporación de planes de generación de ingresos y microfinanciación • Apoyo entre homólogos para los servicios de salud y los comportamientos saludables
Múltiples actores	• Evaluación de necesidades y restricciones: planes para reducir las limitaciones • Obtención de un amplio apoyo de las partes interesadas: incorporación de grupos de interés poderosos, coordinación con organizaciones comunitarias • Procesos de gestión flexible y modificaciones mediante retroalimentación de las partes interesadas

Adaptada de Proctor et al.⁵⁰.

La tarea central de las ciencias de la implementación se determina como la identificación de barreras y facilitadores de las variables de implementación y el desarrollo de estrategias de implementación para superar esas barreras y aprovechar los facilitadores para establecer el uso habitual de la mejor práctica en los contextos cotidianos de intervención²⁸.

Debido a su amplitud y flexibilidad, el Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación (CFIR) es un marco popular que presenta una taxonomía para conceptualizar y distinguir entre un amplio espectro de determinantes contextuales del éxito de la implementación, que van desde el contexto de implementación externo hasta las características de la intervención^{29,30}. El CFIR pretende comprender los motivos de que un proceso de implementación sea exitoso o no a través de dominios que incluyen la descripción de las características de la intervención, de los individuos y del propio

proceso de implementación^{31,32}. En una revisión sistemática, Rubin et al.³⁰ describieron que los estudios analizados utilizaron principalmente diseños de estudios cualitativos (68%) y más de la mitad (59%) de los estudios aplicaron el CFIR al final del estudio, principalmente para guiar el análisis de datos o contextualizar los hallazgos del estudio.

Otro aspecto que ayudaría a diferenciar las intervenciones basadas en la evidencia como métodos o técnicas para facilitar el cambio es entender las estrategias de implementación como un conjunto de intervenciones, idealmente seleccionadas, para abordar las barreras específicas identificadas para el éxito de la implementación; es decir, más que centrarse en efectos de una práctica de investigación sobre la salud, se centra en la calidad de uso de dichas prácticas, más allá incluso de sus efectos²¹. Las intervenciones basadas en evidencia son lo que se está implementando, mientras que las estrategias de

implementación son el modo en que se busca que las intervenciones basadas en evidencia se conviertan en la práctica normal en entornos clínicos o comunitarios, que son lo considerado el eje del tratamiento de las enfermedades o problemas mentales.

A su vez, se debe diferenciar entre implementación como proceso y ciencia de la implementación como la que está orientada a estudiar los aspectos que afectan al despliegue de la intervención, así como los resultados de emplear la implementación en entornos reales; es una disciplina de transferencia e integración del conocimiento³³.

En este sentido, los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen (en la tradición anglosajona de un modelo epidemiológico clásico) los determinantes sociales de la salud como causa de las desigualdades en salud entre los países y dentro de cada país: las condiciones de vida se entienden como factores de riesgo. Sin embargo, hay una postura alternativa para la comprensión del bienestar de las personas en relación con los contextos: el enfoque de la determinación social de la salud, cuya comprensión principal de la salud-enfermedad se da como un proceso dialéctico donde la individualidad y los colectivos deben verse en el contexto social que los determina, donde se da una perspectiva conflictual de la sociedad y una relación dialéctica entre lo social y lo biológico, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social³⁴ y lo social, en las condiciones de vida, que a su vez, así como en el proceso de enfermedad, influyen también en las intervenciones que contribuyen al proceso de recuperación.

Es así como se considera que cada programa o intervención en salud tiene características únicas que reflejan e interactúan con el contexto en el que se está implementando, así como con los individuos que recibirán la innovación³⁵. Los contextos en que ocurren los esfuerzos de implementación son en sí mismos complejos debido a los múltiples niveles de interacción (p. ej., pacientes, proveedores, equipos, unidades de servicio), con una amplia variación de un entorno a otro³⁶.

Por lo anterior, este enfoque señala la necesidad de fortalecer los vínculos de colaboración entre las partes interesadas participantes en la formulación de políticas, la gestión de programas y la investigación, para la toma de decisiones en salud pública³⁷.

Ciencias de la implementación en las políticas públicas

La Red de las Américas para la Equidad en Salud (RAES) promueve un modelo multidimensional de análisis: la determinación y los determinantes sociales de la salud y del bienestar, la salud en todas las políticas y la salud planetaria, perspectiva que considera la interacción ponderada entre la humanidad y los sistemas naturales para promocionar la salud, el bienestar y la equidad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Para ello es imprescindible implementar, de forma intersectorial y colaborativa, políticas públicas de salud, educación y protección social que se aborden de manera integrada³⁸.

Aunque el estudio de la implementación de programas enfatiza en la intervención, las estrategias de la implementación, la adherencia y las adaptaciones específicas y la cobertura, dadas en los contextos internos de organización y de territorio, este proceso se enmarca en el sistema político nacional. El proceso que conduce a la formulación de políticas y programas puede tener lugar inicialmente en el plano nacional de un sistema de salud dado, pero cuando se inicia su ejecución, estas iniciativas para resolver los problemas o fortalecer los procesos pueden dar lugar a la modificación de los arreglos de la implementación planeados originalmente y de dichas decisiones³⁷.

La investigación sobre la implementación de políticas puede desempeñar una función importante para hablar abiertamente con las autoridades, identificando cuestiones desatendidas o demostrando el desempeño y la creciente responsabilidad de las organizaciones de salud³⁷. Algunas teorías se han desarrollado para promover la implementación efectiva de las intervenciones en salud. El Marco Unificado para la Investigación sobre Implementación de Políticas se elaboró como un medio para unificar las diversas teorías y los términos utilizados en apoyo del ulterior desarrollo teórico y ensayar la manera de materializar las intervenciones de salud de eficacia demostrada. El Marco comprende 5 elementos, a saber: a) características de la intervención; b) circunstancias externas; c) circunstancias internas; d) características de las personas participantes, y e) proceso de implementación. Constructos tales como la solidez y la calidad de las pruebas científicas se relacionan con la esfera de la intervención, por lo que las cuestiones relativas a las necesidades y los recursos de los pacientes, por ejemplo, forman parte de las circunstancias externas. Los constructos relacionados con las circunstancias internas de la organización incluyen su cultura y su compromiso de liderazgo. Las actitudes, creencias y capacidades individuales también desempeñan un papel destacado, mientras que otros factores influyentes están vinculados al proceso de implementación en sí mismo (p. ej., la planificación, la evaluación y la reflexión)^{39,40}.

Para lograr resultados sostenibles, la implementación de iniciativas, políticas y programas requiere prestar atención a la evidencia tanto de calidad como de repetibilidad⁴¹. En este sentido, los diseños de investigación deben ser sensibles y deben poder asimilar los elementos cambiantes en muchos momentos del proceso, dando respuesta a algunas de estas preguntas:

- ¿La investigación dará respuesta a un problema de implementación pertinente e importante?
- ¿El nuevo conocimiento valdrá lo que cuesta la investigación?
- ¿Existen objetivos y preguntas de investigación claros relacionados con la implementación y compatibles con el diseño de investigación propuesto?
- ¿La investigación corresponde a una teoría de cambio o cadena causal de manera coherente? En caso contrario, ¿qué posibilidades existen de formular nuevas teorías o preguntas?
- ¿La investigación arrojará resultados que los destinatarios previstos puedan llevar a la práctica oportunamente?

- ¿El diseño de investigación denota una comprensión que permite determinar si la intervención es estable y simplemente replicable o si se prevé que cambiará?
- ¿La investigación refleja apropiadamente los cambios que ocurren en el tiempo y el lugar, tanto en la intervención como en su contexto y sus efectos?
- En entornos complejos, ¿la investigación puede identificar los principales componentes del sistema de salud y sus relaciones, así como las consecuencias no deseadas que probablemente derivarán de una intervención?³⁷.

La política pública de salud mental en Colombia

La implementación de intervenciones basadas en evidencia para trastornos neuropsiquiátricos rara vez ocurre a través de la prestación de intervenciones únicas y verticales. Es más frecuente que estas intervenciones se provean mediante las plataformas, el nivel del sistema de salud o de asistencia social en el cual se pueda proveer las intervenciones o los paquetes de la manera más apropiada, eficaz y eficiente. Los grupos de ayuda mutua y apoyo, entre otras plataformas comunitarias, se han establecido como parte de las estrategias indicadas en la recuperación de la salud mental. Las plataformas comunitarias proveen oportunidades para la movilización de recursos destinados a intervenciones de prevención y promoción focalizando grupos particulares de personas o entornos particulares, pues, aparte de eficaces, viables y de proveer beneficios que mejoran la trayectoria de vida de los individuos, muchas de estas intervenciones, además, son poco costosas en su implementación y representan un uso costo-efectivo de los recursos para salud⁴². El desconocimiento sobre los procesos de implementación es un problema global y uno de los puntos más críticos en el desarrollo de servicios de salud actualmente⁴³.

Latinoamérica no es una excepción en este problema. Se han encontrado varias iniciativas para superar esta dificultad. En el caso de Chile, Mascayano et al.⁴⁴ señalan programas gubernamentales de salud que incluyen la inclusión de nuevos modelos de gestión para mejorar la eficiencia y la calidad, la incorporación de tecnologías que maximicen la atención clínica, la reorganización de los servicios de salud, incluyendo infraestructura y recursos humanos, y la implementación (o reimplementación) de programas nacionales para prevenir obesidad o consumo de sustancias. Pese a lo anterior, los autores mencionan que poco se ha descrito respecto de qué estrategias utilizar para que dichos planteamientos se lleven a la práctica de buena manera.

En el caso de Honduras²², se han descrito un sistema sanitario con poco presupuesto para afrontar el creciente problema en salud y pocas líneas de investigación cuyos protocolos estén diseñados para que sus resultados se implementen en las comunidades que más lo necesitan, aunque así se propone en las prioridades de investigación de la Secretaría de Salud de Honduras para 2015-2018, aunque en la práctica algunos autores no identificaron ejemplos actuales. En este sentido, Laureano-Eugenio et al.⁴⁵ evaluaron la sostenibilidad de la estrategia Municipios Saludables (iniciativa impulsada por la Organización Panamericana de la Salud y la OMS), que se fundamenta en los principios de atención primaria en salud

presentados en Alma-Ata en 1978, así como en la Carta de Ottawa, elaborada durante la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en 1986, en la que se insta a fomentar la creación de ambientes saludables, en Guatemala, y concluyen que la sostenibilidad de la estrategia es regular y enfatiza en la participación social como facilitadora de su aceptabilidad.

En el caso de Costa Rica, donde la población tiene una alta percepción de eficiencia de los programas y servicios de salud, se pueden encontrar acciones para promover la participación de la comunidad en el diseño de las intervenciones, además de basar sus políticas públicas en evidencia científica, con información empírica confiable, que enfatiza en la salud de la mujer y la salud mental, con enfoques diferenciales y políticas inclusivas⁴⁶.

En 2018 y 2019 surgieron en Colombia la Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas. Plantea como fundamento un enfoque promocional de calidad de vida con estrategias y principios de la atención primaria en salud, además de hacer énfasis en niños y adolescentes, mediante promoción y prevención del trastorno mental. Como mencionan ambas resoluciones, cuentan con un marco estratégico y operacional en el MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud), coordinada en acciones de cada integrante del sistema, que debe ser implementado bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, en articulación con las demás políticas públicas vigentes⁴⁷.

Es así como se plantean metas de implementación en los territorios, evaluando el cumplimiento con indicadores, como en el caso de consumo de sustancias psicoactivas: prevalencias de consumo por curso de vida y en entornos y poblaciones priorizadas, factores de protección y percepción de riesgo, canalización efectiva a tratamiento y oferta territorial de servicios de salud, impacto de las estrategias de reducción de daños, vinculación y acceso a servicios sociales y sanitarios, escolarización y vinculación laboral, efectividad de la articulación intersectorial y mecanismos de gestión, así como las prácticas relacionadas con estigma y autoestigma. En el caso de la Política Nacional de Salud Mental, se propone aumentar el 10% de resiliencia en la población general y un 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes, disminuir la tasa de violencia interpersonal y la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas a 4,7/100.000 hab. y aumentar la frecuencia de uso de servicios de salud mental un 5% según el trastorno⁴⁷.

La guía técnica para la implementación de ambas políticas hace énfasis en la incidencia territorial para la adopción de las políticas, la movilización de la participación ciudadana, la identificación, la aplicación y el seguimiento de acciones e intervenciones que incidan de manera positiva en la salud mental de las personas, las familias y las comunidades. Propone para fiscalizar ambas políticas indicadores de proceso, gestión y resultado que permitan identificar claramente las metas territoriales y su contribución a las metas nacionales⁴⁸.

En este sentido, se han descrito solo 22 programas que muestran la aplicación de los ejes mencionados en las políticas públicas en los territorios específicos⁴⁸, sin otros estudios que hayan indagado cómo es la puesta en práctica de estas resoluciones o de los programas que contienen. Antes de

la publicación de estas resoluciones, Rojas-Bernal et al.⁴⁹ realizaron una revisión sobre la salud mental en Colombia, la cual subrayó la existencia de serias barreras de acceso a los servicios, relacionadas con diferentes factores del sistema de salud y sus integrantes, y dificultades económicas, geográficas y culturales asociadas con la oportunidad y la percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutoria de sus necesidades.

Un creciente cuerpo de investigación sobre implementación aplica enfoques participativos para apoyar el empoderamiento de las comunidades para la gobernanza, el diseño de políticas y la gestión de programas⁴⁰. Según Patel et al.⁴², los trastornos mentales y neurológicos comparten varias características: deben sus síntomas e impedimentos a algún grado de disfunción cerebral, los determinantes sociales tienen un papel importante en la etiología y la expresión de los síntomas, varios pueden concurrir en el mismo individuo, su impacto en familias y sociedades es profundo, se asocian fuertemente con estigma y discriminación, a menudo observan un curso crónico o recurrente y todos ellos comparten una respuesta lamentablemente inadecuada de los sistemas de salud en todos los países, particularmente en los de ingresos bajos y medianos (PIBM).

Conclusiones

A pesar de su importancia, la investigación sobre la implementación de políticas sigue siendo un campo de estudio descuidado, por dos motivos: falta de conocimiento acerca de lo que es y lo que ofrece, y falta de financiamiento para actividades de investigación sobre la implementación de políticas. Cada vez que un programa fracasa por no haber prestado atención suficiente a factores específicos del contexto no previstos o anticipados por los diseñadores del programa, las consecuencias se traducen en despilfarro de recursos y sufrimiento humano innecesario³⁷, y esto en países donde los recursos asignados a programas de salud mental son considerablemente escasos para la carga de enfermedad que deben atender¹⁴. Se ha determinado que la implementación sólida de políticas, prácticas y programas efectivos produce un mayor impacto en los PIBM⁴⁰.

El centro de los programas en salud mental migró de los hospitales y los consultorios a la comunidad, lo que hace necesario estudiar los programas desde su creación hasta su aplicación con base en los contextos y las condiciones. Este último concepto se concreta en la expresión «nada sobre nosotros sin nosotros», donde las personas con problemas y trastornos mentales afirman su empoderamiento e invitan a defender su participación en la estructuración de los servicios de atención y en la investigación de salud mental³.

La implementación de PBE para trastornos neuropsiquiátricos rara vez ocurre a través de la prestación de intervenciones únicas y verticales, sino que estas intervenciones se proveen mediante plataformas en las cuales se puede proveer los programas del modo más apropiado, eficaz y eficiente. Sin embargo, la falta de estudios sobre costo-efectividad en PIBM refleja la ausencia de evidencia, más que la ausencia de costo-efectividad de la mayoría de las intervenciones⁴². La investigación sobre la implementación de políticas se puede

utilizar para evaluar los cambios en contextos del mundo real, aprovechar las experiencias pasadas según proceda, comprender fenómenos complejos, generar y/o probar nuevas ideas y predecir o al menos ayudar a prever lo que podría ocurrir en el futuro como consecuencia de una innovación o un cambio en particular. Además, desempeña una función importante para orientar a las partes interesadas y mejorar así su conocimiento, transparencia y rendición de cuentas. Por último, el objetivo de la investigación sobre la implementación consiste en provocar un cambio, mejorar la eficacia, la calidad, la eficiencia y la equidad de las políticas, los programas y los servicios³⁷.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patel V, Minas H, Cohen A, Prince JM. *Global mental health. Principles and Practices*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
2. Kleinman A. *Anthropology and psychiatry The role of culture in cross-cultural research on illness*. Br J Psychiatry. 1987;151:447-54.
3. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet. 2018;392:1553-98. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X. Epub 2018 Oct 9. Erratum in: Lancet. 2018;392:1518. PMID: 30314863.
4. Lolas F. *Salud mental global como bien público: sugerencias para la reflexión ética*. Rev Neuropsiquiatr. 2013;76.
5. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud, Declaración de Montevideo. Octava reunión, 29 de Sep de 2005. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-montevideo-nuevas-orientaciones-atencion-primaria-salud-2005>.
6. Organización Mundial de la Salud. II. Título: Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf.
7. Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. Nature. 2011;475:27-30. doi: 10.1038/475027a. PMID: 21734685; PMCID: PMC3173804.
8. Age-standardized suicide rates.(per 100 000 population), both sexes, 2016. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponible en: https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/.
9. Fazel S, Runeson B. *Suicide*. N Engl J Med. 2020;382:266-74. Erratum: 1078.
10. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry. 2007;6:168-76. PMID: 18188442; PMCID: PMC2174588.
11. Gómez-Restrepo C, Aulí J, Tamayo Martínez N, Gil F, Garzón D, Casas G. *Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos Encuesta*

- Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45Supl1:39-49.
12. National Mental Health Survey of India, 2015-2016 Prevalence, Patterns and Outcomes, Supported by Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, and Implemented by National Institute of Mental Health and Neurosciences (NIMHANS) Bengaluru: In Collaboration with Partner Institutions; 2015-2016.
 13. Huang Y, Liu Z, Wang H, Guan X, Chen H, Ma C, et al. The China Mental Health Survey (CMHS): I. background, aims and measures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51:1559-69. doi: 10.1007/s00127-016-1270-z. Epub 2016 Oct 31. PMID: 27796403.
 14. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington: OPS; 2018.
 15. Suárez-Obando F, Gómez-Restrepo C, Castro S. Ciencias de la implementación: de la evidencia a la práctica. *Acta Med Colomb.* 2017;43:207-16.
 16. Chopra M, Sanders D. Asking "how?" rather than "what, why, where, and who?". *BMJ.* 2000;321:832.
 17. Sanders D, Haines A. Implementation research is needed to achieve international health goals. *PLoS Med.* 2006;3:e186.
 18. Allotey P, Reidpath DD, Ghalib H, Pagnoni F, Skelly WC. Efficacious, effective, and embedded interventions: implementation research in infectious disease control. *BMC Public Health.* 2008;8:343. doi: 10.1186/1471-2458-8-343. PMID: 18826655; PMCID: PMC2567977.
 19. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *J Roy Soc Med.* 2011;104:510-20.
 20. Balas EA, Boren SA. *Managing clinical knowledge for health care improvement Yearbook of Medical Informatics.* Stuttgart: Schattauer; 2000:65-70.
 21. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol.* 2015;3:32.
 22. Fajardo Flores CJ, Alger J. Investigación de la implementación: características y oportunidades para su práctica. *Rev Med Hondur.* 2019;87:85-9.
 23. Glasgow RE, Eckstein ET, ElZarrad MSW, Khair M. Implementación de perspectivas científicas y oportunidades para la investigación del VIH/SIDA. *J AIDS.* 2013;63:S26-31.
 24. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. *Br J Sports Med.* 2014;48:731-6.
 25. US Department of Veterans Affairs; Quality Enhancement Research Initiative. Disponible en: <http://www.queri.research.va.gov/implementation/default.cfm>. Consultado 29 May 2021.
 26. MEASURE., Evaluation Implementation Research Technical Working Group. *Fundamentals of Implementation Research.* 2012 (rev. 2015).
 27. Allen P, Pilar M, Walsh-Bailey C, Hooley C, Mazzucca S, Lewis CC, et al. Quantitative measures of health policy implementation determinants and outcomes: a systematic review. *Implement Sci.* 2020;15:47. doi: 10.1186/s13012-020-01007-w. PMID: 32560661; PMCID: PMC7304175.
 28. Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Res.* 2019;283:112376, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>.
 29. Probst G, Raisch S. Organizational crisis: the logic of failure. *Acad Manag Exec.* 2005;19:90.
 30. Means AR, Kemp CG, Gwayi-Chore MC, Gimbel S, Soi C, Sherr K, et al. Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries: a systematic review. *Implement Sci.* 2020;15:17. doi: 10.1186/s13012-020-0977-0. PMID: 32164692; PMCID: PMC7069199.
 31. Kirk MA. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci.* 2016;11:72.
 32. Breimaier HE. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. *BMC Nurs.* 2015;14:43.
 33. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci.* 2015;10:53.
 34. Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda JC, Concha-Sánchez SC. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev Salud Pública.* 2013;15:797-808.
 35. Kirchner JE, Smith JL, Powell BJ, Waltz TJ, Proctor EK. Getting a clinical innovation into practice: An introduction to implementation strategies. *Psychiatry Res.* 2020;283:112467.
 36. Plsek P. Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems. En: Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm.* Washington: National Academy Press; 2001:309-22.
 37. Peters D, Tran N, Taghreed A. *Implementation research in health: a practical guide.* Ginebra: Alianza para la Investigación en Políticas y sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud; 2013.
 38. Castro A, Sáenz R, Avellaneda X, Cáceres C, Galvão L, Mas P, et al. La Red de las Américas para la Equidad en Salud: inclusión, compromiso y acción [The Health Equity Network of the Americas: inclusion, commitment, and action]. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e130. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2020.130. PMID: 33165370; PMCID: PMC7595006.
 39. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *Am J Public Health.* 1999;89:1322-7.
 40. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4:50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50. PMID: 19664226; PMCID: PMC2736161.
 41. Bertram R, Edwards D, Engell T, Kerns S, Øvretveit J, Rojas-Andrade R, et al. Welcome to Global Implementation Research and Applications. *Glob Implement Res Appl.* 2021;1:1-4. <https://doi.org/10.1007/s43477-021-00006-3>.
 42. Grupo del Banco Mundial. Prioridades para el control de enfermedades. Compendio de la 3.ª edición. Nueva York: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2018.
 43. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Mental Health.* 2009;36:24-34.
 44. Mascayano F, Gajardo J. Ciencia de Implementación en la evaluación de programas y servicios de salud en Chile. *Rev Med Chile.* 2018;146:945-6.
 45. Laureano-Eugenio J, Gómez-Rodríguez RO, Tasejo-Corzantes J, Silvestre-Ramírez A, Pretell Aguilar RM, Alcalde-Rabanal JE. Sostenibilidad de la estrategia Municipios Saludables en Guatemala. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;45:e37, <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.139>.
 46. Campbell Barr E, Marmot M. Leadership, social determinants of health and health equity: the case of Costa Rica. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e139, <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.139>.

-
47. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4886 de 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>.
 48. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica para la implementación de la Política Nacional de Salud Mental, 2018 y la Política Integral de Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guia-implementacion-politicas-salud-mental.pdf>.
 49. Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia Un análisis crítico. *Rev CES Med.* 2018;32:129–40.
 50. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health.* 2011;38:65-76. doi: 10.1007/s10488-010-0319-7. PMID: 20957426; PMCID: PMC3068522.