

Original

Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave



Lina Díaz-Castro^a, Armando Arredondo^{a,*}, Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte^a y Marc Hufty^b

^a Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos, México

^b Graduate Institute of International and Development Studies (IHEID), Geneva, Switzerland

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de abril de 2016

Aceptado el 8 de agosto de 2016

On-line el 21 de octubre de 2016

Palabras clave:

Políticas de salud

Salud mental

México

Formulación de políticas

Investigación cualitativa

R E S U M E N

Objetivo: Analizar 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: Se elaboró un mapeo para identificar a los actores en el sistema de salud mental en México. Se diseñó una guía para entrevistas en profundidad, las cuales fueron grabadas y organizadas en categorías para su análisis. Se utilizó el *software* Atlas-ti v.7 para la organización de los datos cualitativos y el Policy Maker v.4 para situar la posición y la influencia de los actores del sistema de salud.

Resultados: Los actores se identificaron de acuerdo con su nivel de influencia en políticas de salud mental, como alto, medio y bajo. Los actores con un nivel de influencia alto participan en políticas nacionales, los actores con un nivel de influencia medio lo hacen en políticas regionales o locales, y la participación de los actores con un nivel de influencia bajo es considerada marginal.

Conclusiones: Este estudio permitió comprender la gobernanza en salud mental. El nivel de influencia de los actores incide en el grado de alcance de los indicadores de gobernanza. Se obtuvieron datos relevantes para mejorar las políticas de atención de la salud mental.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Indicators of governance in mental health policies and programmes in Mexico: a perspective of key actors

A B S T R A C T

Objective: To analyse the role of Mexico's mental health system governance in the development of mental health policies and programmes, from the perspective of its own actors.

Methods: A map was developed for identifying the actors in Mexico's mental health system. A guide was designed for in-depth interviews, which were recorded and arranged in categories for their analysis. The Atlas-ti v.7 software was used for the organisation of qualitative data and Policy Maker v.4 was used to determine the position and influence of actors within the health system.

Results: The actors were identified according to their level of influence in mental health policies: high, medium and low. Actors with a high level of influence participate in national policies, actors with medium influence are involved in regional or local policies and the participation of actors with a low level of influence is considered marginal.

Conclusions: This study facilitated understanding of governance in mental health. The level of influence of the actors directly affects the scope of governance indicators. Relevant data were obtained to improve policies in mental health care.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Health policies

Mental health

Mexico

Policy making

Qualitative research

Introducción

Los trastornos mentales ocupan un lugar importante en la carga global de la enfermedad en el mundo, y aumentaron del 5,4% en 1990 al 7,4% en 2010¹. Al comparar solo el componente de años vividos con discapacidad, contribuyen con un 22,7%². Sin embargo, tienen una baja prioridad dentro del sistema de salud en la mayoría de los países de ingresos medios y bajos. Las políticas en salud

mental tienen una pobre inversión presupuestaria³. Existe escasez de todos los recursos, distribución inequitativa, dificultad para acceder a los servicios de salud mental y barreras sociales, económicas y culturales⁴. En México, el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reveló la falta de información y planificación del sistema de salud; el modelo de atención dificulta el acceso a los servicios insuficientes y mal distribuidos, y establecimientos que pueden estar mal regulados⁵.

En este contexto, la OMS propuso a sus países miembros, entre ellos México, un programa de acción global en salud mental conocido como mhGAP, que comprende guías dirigidas a la capacitación

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Armando.arredondo@insp.mx (A. Arredondo).

de los proveedores de la atención en todos los niveles⁶. En el año 2012 los resultados del programa fueron negativos, no se lograron los objetivos e incrementó la carga global de la enfermedad debida a 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 sistemas de salud en el mundo no han respondido adecuadamente al 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 del sistema es fundamental. La OMS la identificó como pieza clave 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 su operación, el sistema integra una diversidad de actores que mantienen intereses diversos, comportamientos y responsabilidades diferentes. En los sistemas de salud se conocen dos tipos de actores: 1) estratégicos, individuos con poder suficiente en la toma de decisiones, y 2) de interés, individuos involucrados en la trama institucional, pero sin poder suficiente en las decisiones¹⁰. En la toma de decisiones, los actores tienen diferentes intereses y posiciones de poder que afectan el desarrollo de las políticas¹¹. El proceso que organiza la interacción de actores y define la dinámica de los procesos y las reglas del juego en la toma de decisiones se conoce como «gobernanza»^{12,13}, y es el objeto de estudio de esta investigación.

Este trabajo pretende analizar 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

Se diseñó un estudio cualitativo, de tipo exploratorio e interpretativo, basado en entrevistas en profundidad a informantes clave del sistema de salud mental en México. Para dar cumplimiento a los aspectos éticos de investigación con seres humanos, el protocolo de este estudio (CI: 737) fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública en febrero del año 2015.

Procedimiento

A partir de la estructura organizativa del sistema de salud, se realizó un mapeo para identificar a los principales actores del sistema de salud mental en México. En el sector privado solo se identificó una institución de servicios de salud mental; en el sector público se identificaron las dos instituciones de seguridad social más relevantes del país, que son el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y se identificó a la Secretaría de Salud como la institución más importante que presta servicios de salud a la población sin seguridad social. En las instituciones mencionadas se identificaron las personas responsables de programas de atención específica en salud mental. También se identificaron usuarios de servicios. Aquellos actores no identificados en este ejercicio fueron incorporados con la estrategia de «bola de nieve». Una vez identificados, a través de correo electrónico o teléfono se concertó una cita, se les explicó la investigación y se les invitó a participar en el estudio. Se realizaron 20 entrevistas (de febrero a agosto del 2015). Tres actores clave no fueron incluidos: dos por no responder a la invitación reiterada a la entrevista y uno porque no aceptó. No se realizaron más entrevistas, pues se llegó a la saturación teórica de categorías y de la información de acuerdo con el objetivo.

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 con el tipo de informante. Las entrevistas se realizaron de manera individual en el lugar de trabajo de cada actor, garantizando condiciones de privacidad y anonimato, y fueron realizadas en su totalidad por la investigadora principal (IP) de este estudio. La duración promedio fue de 30 minutos por entrevista y se grabaron en audio, previo consentimiento informado. Posteriormente fueron transcritas de manera literal por la entrevistadora y organizadas para su análisis con el *software* Atlas-ti v.7.

Análisis

Para la aproximación del estudio de la gobernanza se utilizó el Marco Analítico de Gobernanza¹⁴, que propone elementos constitutivos como actores, normas sociales, el proceso y los puntos nodales o espacios de decisión, que sirvieron de guía para el ordenamiento y el análisis de la información. De acuerdo con este marco, se realizó la caracterización de los participantes, su formación académica, su rol dentro del sistema de salud, su liderazgo, los recursos de poder (simbólicos, definidos como las propiedades intangibles inherentes al sujeto y reconocidas por otros, como el prestigio) y monetarios, el capital social (pertenencia a grupos, redes y colaboración social) y cultural (conocimientos, habilidades y ventajas que tiene una persona y que le dan un estatus social más alto), y el alcance del poder o de influencia en el proceso de interacción, normativa y puntos nodales (mediante la exploración de las categorías de análisis contempladas en la entrevista).

Para la organización de los datos se llevó a cabo una codificación temática¹⁵ de los aspectos abordados en la guía de entrevista. El análisis de la información¹⁶ se hizo por categoría temática, y para asegurar la adecuada interpretación de los datos se realizó un proceso de triangulación entre los investigadores.

Para conocer el posicionamiento y el nivel de influencia que tienen los actores dentro del sistema de salud se utilizó el *software* Policy Maker v.4. Los niveles se definen automáticamente por el *software* mediante un algoritmo que combina valores en función del compromiso del actor con los objetivos de la política, los recursos ofertados a favor de esta política, la disponibilidad para apoyarla y los recursos organizativos que pueden favorecer los mecanismos de interacción para alcanzar los objetivos; características definidas por el investigador, a partir de la información obtenida en la exploración cualitativa.

Resultados

Caracterización de los actores

El perfil de los actores participantes se muestra en la [tabla 1](#).

Posición y nivel de influencia

Los diferentes actores reconocieron tener liderazgo, identificado como habilidades gerenciales-administrativas y por participar en la toma de decisiones o gobernanza. Los directivos ejercen predominantemente un liderazgo gerencial y los subdirectivos un liderazgo administrativo. Los actores ocupan un puesto formal dentro del sistema de salud mental, apoyan las políticas vigentes y utilizan diversos recursos de poder: los directivos, recursos monetarios, y los subdirectivos y clínicos, recursos simbólicos; los demás actores no refieren ningún recurso de poder ([tabla 2](#)).

El mapa de posicionamiento de actores y su nivel de influencia generado por el Policy Maker se muestra en la [figura 1](#).

Tabla 1
Caracterización de actores participantes del sistema de salud mental en México

Nº	Actor	Sexo	Edad	Tipo de actor	Grado académico	Experiencia previa
1	Director 1	Masculino	57 años	Estratégico	Maestría clínica	Puestos directivos
2	Director 2	Masculino	67 años	Estratégico	Maestría administrativa	Puestos directivos
3	Director 3	Femenino	63 años	Estratégico	Doctorado clínica	Puestos académicos, directivos
4	Director 4	Femenino	50 años	De interés	Maestría administrativa	No
5	Subdirector 1	Masculino	43 años	Estratégico	Maestría administrativa	No
6	Subdirector 2	Masculino	58 años	Estratégico	Maestría clínica	Puestos académicos
7	Subdirector 3	Masculino	50 años	De interés	Maestría administrativa	No
8	Subdirector 4	Masculino	61 años	Estratégico	Especialidad Clínica	Puestos subdirectivos
9	Subdirector 5	Masculino	54 años	Estratégico	Especialidad Clínica	Puestos directivos
10	Subdirector 6	Femenino	60 años	Estratégico	Licenciatura	No
11	Subdirector 7	Femenino	50 años	De interés	Licenciatura	No
12	Clínico 1	Femenino	38 años	Estratégico	Especialidad clínica	No
13	Clínico 2	Masculino	65 años	Estratégico	Especialidad clínica	No
14	Clínico 3	Femenino	42 años	Estratégico	Especialidad clínica	No
15	Usuario 1	Masculino	40 años	De interés	Licenciatura	No
16	Usuario 2	Masculino	55 años	De interés	Bachillerato	No
17	Usuario 3	Femenino	53 años	De interés	Bachillerato	No
18	Otro actor 1	Femenino	55 años	De interés	Licenciatura	No
19	Otro actor 2	Masculino	65 años	De interés	Doctorado en Derecho	Puestos directivos
20	Otro actor 3	Masculino	57 años	De interés	Especialidad clínica	Puestos directivos

El alcance de la influencia de los actores dentro del sistema de salud mental, según los indicadores de gobernanza, se muestra en la [tabla 3](#).

Participación en las políticas y en los programas de salud mental

Los actores tienen un amplio conocimiento del marco jurídico para la atención de la salud mental, pero solo aquellos con nivel de influencia alto reconocieron la posibilidad de modificarlo. Estos últimos se identificaron como responsables de formular y apoyar las políticas nacionales, mientras que los actores con un nivel de influencia medio participan en programas de alcance regional o local en sus instituciones de adscripción, como señala el siguiente testimonio: «No he sido convocado a participar en políticas de salud, pero dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social estoy como

responsable de diseñar las políticas de atención mental» (Subdirector 2).

Los actores refirieron no decidir sobre el monto destinado a la atención de la salud mental. Se les asigna un presupuesto gubernamental y solo pueden decidir la distribución para la operación de sus instituciones. Los actores conocen el desempeño del sistema de salud, pero no tienen influencia para decidir el número de recursos humanos que se requiere formar para la atención de la salud mental. Muestra de ello son los siguientes testimonios:

¿En general cómo puede calificar el desempeño del sistema de salud mental en el país?

– «No bien, creo que cuando todos los Estados dependían de la Coordinación de Salud [estaba centralizado] había oportunidad

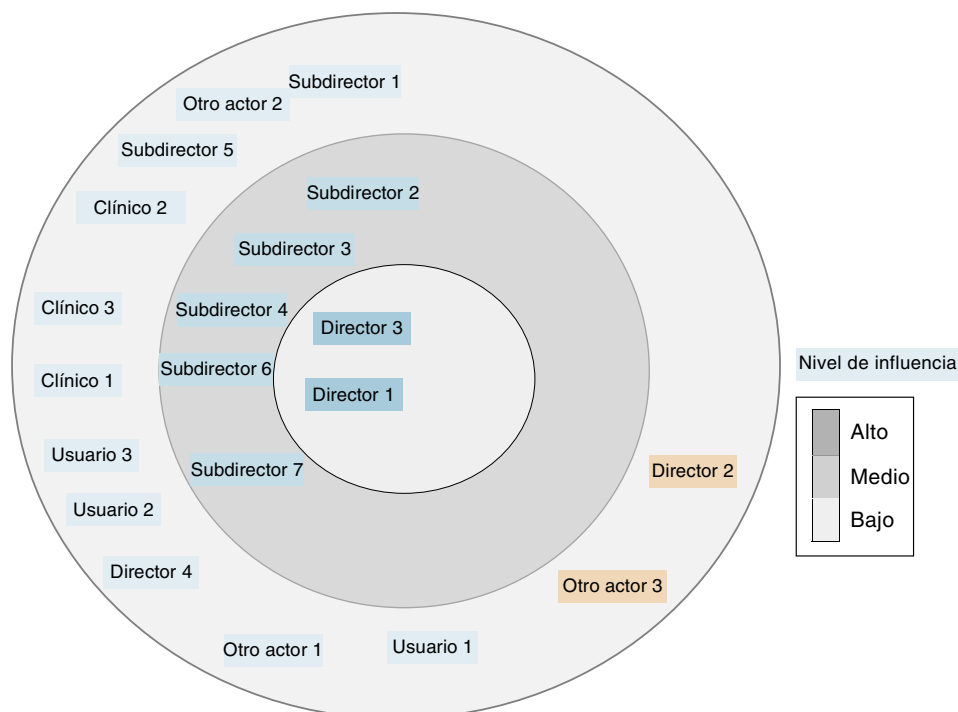


Figura 1. Posicionamiento de actores y niveles de influencia.

Tabla 2
Liderazgo y situación de los actores dentro del sistema de salud mental en México

	Actores del sistema de salud mental en México									
	Director 1	Director 2	Director 3	Director 4	Subdirector 1	Subdirector 2	Subdirector 3	Subdirector 4	Subdirector 5	Subdirector 6
<i>Categorías</i>										
<i>Liderazgo</i>										
Gerencial	xxx	xxx	xxx	xxx	xx	xx	x	x	xx	x
Administrativo	xxx	x	xxx	xxx	xxx	xxx	x	xxx	xxx	xxx
Gobernanza	xxx	x	xxx	x	x	xx	x	x	x	x
<i>Posicionamiento</i>										
Facilitador	+		+	+	+	+	+	+	+	+
Opositor		+								
Nivel										
Local/regional				+			+			+
Nacional	+	+	+		+	+		+	+	
Sector										
Privado				+						
Público	+	+	+		+	+	+	+	+	+
Nivel de influencia	xxx	x	xxx	x	x	xx	xx	xx	x	xx
<i>Recursos de poder</i>										
Simbólicos	+				+				+	
Monetarios		+	+	+		+	+			+
Capital social	+		+	+		+		+	+	
Capital cultural	+		+		+				+	
	Subdirector 7	Clínico 1	Clínico 2	Clínico 3	Usuario 1	Usuario 2	Usuario 3	Otro actor 1	Otro actor 2	Otro actor 3
<i>Categorías</i>										
<i>Liderazgo</i>										
Gerencial	x	x	x	x					xxx	xxx
Administrativo	xx	x	x	x					x	x
Gobernanza	x	x	x	x					xx	x
<i>Posicionamiento</i>										
Facilitador	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Opositor										+
Nivel										
Local/regional		+			+		+			
Nacional	+		+	+		+		+	+	+
Sector										
Privado								+		+
Público	+	+	+	+	+	+	+		+	
Nivel de influencia	x	x	x	x	x	x	x	x	xx	x
<i>Recursos de poder</i>										
Simbólicos	+		+	+						
Monetarios										
Capital social									+	
Capital cultural		+								+

xxx: alto; xx: medio; x: bajo.

de tener una unidad unificadora de criterios de atención, de normatividad... Entonces hace falta esa centralización, ¿no? Con gente competente, gente capacitada y gente que sabe lo que está haciendo, y que se tratara con los recursos suficientes (...) [hoy en día] cada hospital trabaja como quiere, como puede, con los criterios que quiere, y creo yo que todavía existe un gran margen de población que no está beneficiada...» (Subdirector 7).

- «No decido sobre [el número de recursos humanos para la atención de la salud mental en el país], eso depende de las autoridades académicas, pero se forman en este país 140 psiquiatras por año, nada más pregúntate cuántos cirujanos se forman en este país. Es decir, ya no se necesitan tantos cirujanos, se necesitan psiquiatras. ¿Cuándo vamos a cubrir la brecha de atención sin los psiquiatras que se necesitan en el país?» (Director 1).

Proceso de toma de decisiones

En la toma de decisiones, solo los actores con nivel de influencia alto convocan a los demás actores; los actores de influencia media

algunas veces son convocados, pero la mayoría de las veces solo son informados acerca de lo que tienen que hacer; y los actores de influencia baja no son convocados.

- «Yo tengo un consejo interno, como órgano desconcentrado, que lo preside la secretaria de salud a la que le presento una serie de informes, y al interior de mi dependencia yo tengo una junta de directores de las unidades que tengo, al interior de mi oficina tengo una junta de gobierno semanal, y hemos integrado grupos de expertos en la atención psiquiátrica para este modelo y demás. También estamos cercanos a una senadora de la república y hemos obtenido buenos consensos para implementar las políticas» (Director 1).

- «Me han convocado para actividades que tienen que ver con el hospital; a nivel de planes nacionales no, no somos convocados. Nos han llegado a mandar documentos para revisión y comentarios, lo que yo he hecho es reunir a las autoridades del hospital y con un consenso analizamos y emitimos una opinión

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									
	Director 1	Director 2	Director 3	Director 4	Subdirector 1	Subdirector 2	Subdirector 3	Subdirector 4	Subdirector 5	Subdirector 6
<i>Categoría analítica/indicadores de gobernanza</i>										
Conocimiento del marco jurídico	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xx
Poder modificar marco jurídico	xxx	-	xxx	-	-	-	-	-	-	-
Formulación de políticas	xxx	x	xxx	-	x	xx	x	xx	x	x
Asignación de recursos	xx	x	xxx	xxx	x	xx	xxx	x	x	xx
Conocimiento del desempeño	xxx	xxx	xxx	xx	xxx	xxx	xx	xx	xxx	xx
Conocimiento sobre recursos humanos	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	-	xxx	xxx	x
Capacidad de convocatoria	xxx	x	xxx	x	x	xx	x	x	x	x
Generar información	x	x	xxx	-	x	xx	x	x	x	x
Mecanismos de transparencia	x	-	xxx	xx	-	xx	x	x	x	x
Rendición de cuentas	x	-	xxx	x	x	xx	x	x	x	x
	Subdirector 7	Clínico 1	Clínico 2	Clínico 3	Usuario 1	Usuario 2	Usuario 3	Otro actor 1	Otro actor 2	Otro actor 3
<i>Categoría analítica/indicadores de gobernanza</i>										
Conocimiento del marco jurídico	xx	xx	xx	xx	x	x	-	x	xxx	xx
Poder modificar marco jurídico	-	-	-	-	-	-	-	-	xx	-
Formulación de políticas	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asignación de recursos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Conocimiento del desempeño	xx	xx	xxx	xxx	xx	x	-	x	xx	xxx
Conocimiento sobre recursos humanos	xx	xx	xx	xx	xx	xx	x	x	x	xxx
Capacidad de convocatoria	x	-	x	x	-	-	-	-	x	x
Generar información	x	-	x	x	-	-	-	x	x	x
Mecanismos de transparencia	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rendición de cuentas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

xxx: alto; xx: medio; x: bajo.

institucional, que la mayoría de las veces no son tomadas en cuenta» (Director 2).

Según los actores entrevistados, en salud mental el sistema de información tiene debilidades, no es sistemático y la información que se obtiene, como estadísticas, no se utiliza en la toma de decisiones. Los actores expresaron que la información reportada no refleja el trabajo realizado.

Normativa y espacios de decisión

En el proceso de interacción de los actores se identifica generalmente normativa regulativa, en casos especiales normas constitutivas y de manera cotidiana todos los actores practican normativa informal.

En cuanto al comportamiento de los actores, se identifica tanto de tipo proactivo como pasivo. Si bien expresan compromiso dentro de su institución, no ejercen actividades para participar de forma directa en la aplicación de políticas de salud mental. En cuanto a los espacios de decisión, se gesta en espacios físicos, como

oficinas de gobierno, y 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, sin efecto alguno y, en otros escenarios, efectos interactivos, con repercusiones dentro del sistema de salud, independientemente de si estos son favorables o desfavorables para el sistema (tabla 4).

Transparencia y rendición de cuentas

Los actores conocen que existen mecanismos de transparencia, pero muy pocos la exigen o la ejercen en sus instituciones. De igual forma, conocen que en su ejercicio público existe la rendición de cuentas, pero no la ejercen ni solicitan que se realice en las instituciones de salud mental: «El Instituto Federal de Acceso a la Información es el que solicita en qué se gasta el presupuesto, cómo lo distribuyen pareciera nada más decisión de la dirección» (Subdirector 1).

Tabla 4
Normativa y comportamiento de los actores en el sistema de salud mental en México

		Actores del sistema de salud mental en México									
		Director 1	Director 2	Director 3	Director 4	Subdirector 1	Subdirector 2	Subdirector 3	Subdirector 4	Subdirector 5	Subdirector 6
<i>Categoría analítica/indicadores de gobernanza</i>											
<i>Normativa</i>											
Constitutiva	x	x	x	X	x	x		x	x		
Regulativa	x	x	x	X	x	x	x	x	x		x
Informal	x			X	x			x			
<i>Comportamiento del actor</i>											
Proactivo	x		x	X	x	x		x	x		
Pasivo		x					x				x
<i>Acción colectiva</i>											
Conflictiva		x					x	x	x		
Colaborativa	x		x	X	x	x					x
<i>Espacios de negociación</i>											
Físicos	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Virtuales	x		x	X				x			
<i>Efectos</i>											
Aislados		x		x			x				
Interactivos	x		x		x	x		x	x	x	x
		Subdirector 7	Clínico 1	Clínico 2	Clínico 3	Usuario 1	Usuario 2	Usuario 3	Otro actor 1	Otro actor 2	Otro actor 3
<i>Categoría analítica/indicadores de gobernanza</i>											
<i>Normativa</i>											
Constitutiva										x	
Regulativa	x	x	x	x					x	x	x
Informal		x	x		x	x	x				
<i>Comportamiento del actor</i>											
Proactivo				x	x				x	x	x
Pasivo	x	x	x			x	x				
<i>Acción colectiva</i>											
Conflictiva				x							
Colaborativa	x	x	x							x	x
<i>Espacios de negociación</i>											
Físicos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Virtuales									x		x
<i>Efectos</i>											
Aislados	x	x			x	x	x				x
Interactivos			x	x					x	x	

Discusión

Los insumos y los procesos de gobernanza subrayan el rendimiento del sistema de salud¹⁷. La perspectiva de los actores es imprescindible en la organización del sistema y responsabilidad en la atención de la salud^{18,19}. Identificamos tres tipos de actores de acuerdo con su nivel de influencia (alto, medio y bajo) en políticas y programas de salud mental nacionales, que incide en el grado de participación en el desarrollo y la modificación de esas políticas. Esto es un hecho relevante dado que el mayor impacto en los resultados en salud se da en países donde se percibe calidad en la formulación y la aplicación de políticas, participación de todos los interesados²⁰ y coherencia entre la organización y la práctica²¹.

Los actores cuentan con estudios de posgrado, pero su formación académica no tiene relación con su nivel de influencia en las políticas. Existe una toma de decisiones a nivel central, por actores gubernamentales que no necesariamente forman parte del sistema de salud mental, lo que traduce la ausencia de líderes en los diferentes niveles de organización del sistema de salud²². De hecho, los actores participantes mencionaron portar liderazgo administrativo y gerencial, pero no de gobernanza, aspecto necesario para que los esfuerzos encaminados al fortalecimiento del sistema de

salud sean exitosos²². Por otra parte, los usuarios de los servicios no participan en las decisiones; para ello se debe motivarlos a través de la interacción social, la adquisición de roles significativos, la superación del estigma²³ e incorporando representantes de los usuarios que quieren formar parte de la toma de decisiones²⁴.

Si bien los actores participantes no deciden sobre el presupuesto asignado a salud mental, en su práctica hacen uso del dinero como recurso de poder, es decir, ejercen poder con la distribución del presupuesto dentro de sus instituciones. Este aspecto cobra importancia por el hecho de que, dentro del sistema de salud mental, pocas instituciones implementan mecanismos de transparencia o rendición de cuentas. Este fenómeno ocurre predominantemente en los sistemas de salud de países con ingresos medios y bajos, en los cuales se tiene una débil gobernanza y una menor eficiencia de los recursos disponibles²⁰. Por lo tanto, en estos países, como México, mejorar la rendición de cuentas es crucial para la calidad de la prestación de los servicios de salud²⁵. El hecho de que exista toda una legislación en el sistema de salud no garantiza la implementación y la calidad de los servicios²⁶.

La práctica de los actores es condicionada a la normativa de tipo regulativa propia de la institución; los actores solo «cumplen» con lo estipulado, de manera pasiva y con efectos aislados, y únicamente

en casos especiales, como en el proceso de evaluación externa de la institución, son proactivos y logran un efecto como es la certificación.

Los actores también hacen uso de normas informales, pero si bien esta práctica ayuda a algunos usuarios de los servicios, también da pie a inequidad en la atención, confusión y fragmentación en los procesos y resultados no esperados²¹. Para optimizar la calidad en la atención de la salud mental y mejorar el desempeño organizativo se deben procurar mejores prácticas²⁸, de manera sistemática y en el ámbito nacional²⁷.

Una de las fortalezas de este estudio es que permite comprender el proceso de gobernanza en salud mental desde la perspectiva de los propios actores. Esto permitió identificar que en el proceso de interacción se tiene una gobernanza débil, centralizada, no inclusiva ni sistemática, y actores con distintos niveles de responsabilidad e influencia que inciden directamente en el grado de cumplimiento de los indicadores de gobernanza.

Como limitación de este estudio se identifica el hecho de no poder incluir la entrevista de un actor clave, como es la cabeza del sector, ya que al ser el vínculo con el Estado podría haber revelado aspectos que hubieran permitido comprender la prioridad histórica que tiene la atención a la salud mental desde el gobierno.

Existe una brecha importante en la evaluación del proceso de gobernanza y su impacto en el funcionamiento del sistema de salud mental mexicano. Los resultados obtenidos aportan evidencias de una gobernanza centralizada, fenómeno que se observa desde la promulgación de una política, no consensuada, hasta su operación en los servicios de atención, donde su implementación difícilmente es regulada o supervisada, por lo que no se asegura su cabal cumplimiento.

Estos datos son relevantes para comprender los resultados en salud mental y deben tenerse en cuenta para mejorar la formulación de políticas encaminadas a la atención de estos problemas, considerando las condiciones que permitan su implementación, como capacitar actores en todos los niveles de atención, coordinación y vinculación organizativa en la prestación de servicios, incluir en la toma de decisiones a todos los actores clave, implementar un sistema de información en salud mental estandarizado, tener mejores indicadores y, sobre todo, mayor presupuesto para la atención de salud mental.

Editora responsable del artículo

Carmen Vives-Cases.

Declaración de transparencia

El/la autor/a principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La gobernanza es un 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 la ejecución de políticas de salud mental. Existe poca información sobre gobernanza en salud mental.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Comprensión del proceso de gobernanza en el sistema de salud mental en México. Se identificaron en los actores distintos niveles de influencia en la gobernanza del sistema de salud mental y limitaciones normativas, de organización y de capacitación. Se dan herramientas para enfocar a los actores clave del sistema de salud mental y se identifican insumos de gobernanza para la propuesta de políticas idóneas, organizativas y de capacitación del personal.

Contribuciones de autoría

L. Díaz-Castro: concepción y parte en el diseño del trabajo; recogida de los datos, parte en interpretación de los datos y redacción del artículo. A. Arredondo: parte en el diseño teórico del trabajo; revisión crítica del documento, correcciones y recomendaciones. B.E. Pelcastre-Villafuerte: parte en el diseño metodológico; análisis e interpretación de una parte de los datos. M. Hufty: revisión crítica y sistemática del documento, así como correcciones. Todos/as los/las autores/as participaron en la aprobación final del documento.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Murray CJL, Vos T, Lozano R, 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.
- Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, 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;380:2163–96.
- 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.
- Minas H. Mentally ill patients dying in social shelters in Indonesia. *Lancet*. 2009;374:592–3.
- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Secretaría de Salud. IESM-OMS. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México. México: OMS; 2011.
- World Health Organization. mhGAP: mental health Gap Action Programme: scaling up care mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Resolución de la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud. 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. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
- Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013–2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
- Frenk J, Moon S. Global health. Governance challenges in global health. *N Engl J Med*. 2013;368:936–42.
- Prats J. Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. Marco conceptual y analítico. *Instituciones y Desarrollo*. 2001;10:103–48.
- Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, Don de Savigny. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. *BMC Int Health Hum Rights*. 2011;11:1–11.
- Arredondo A, Orozco E, Wallace S, et al. Indicadores de gobernanza para el desarrollo de estrategias binacionales de protección social en la salud de los migrantes. *Saúde Soc*. 2013;22:310–27.
- Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud. Un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad Saúde Pública*. 2006;22 (Supl):S35–45.
- Hufty M. Investigating policy processes: the Governance Analytical Framework (GAF). En: Wiesmann U, Hurni H, editores. Research for sustainable development: foundations, experiences, and perspectives. Bern: NCCR North-South/Geographica Bernensia; 2011. p. 403–24.
- Minayo C. La etapa de análisis en los estudios cualitativos. En: Mercado F, Galtaló D, Calderón C, editores. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica.

- Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 239–70.
16. Amezcua C, Gálvez TA. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:423–36.
 17. Marais DL, Petersen I. Health system governance to support integrated mental health care in South Africa: challenges and opportunities. *Int J Ment Health Syst.* 2015;9:14.
 18. Goodman C, Davies SL, Gordon AL, et al. Relationships, expertise, incentives, and governance: supporting care home residents' access to health care an interview study from England. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16:427–32.
 19. 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.* 2015;24 (Supl 1):158–71.
 20. Makuta I, 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.
 21. Forsman AK, Fredén L, Lindqvist R, et al. Contribution of the Nordic School of Public Health to the public mental health research field: a selection of research initiatives, 2007–2014. *Scand J Public Health.* 2015;43 (Suppl 16): 66–72.
 22. Minas H. The Centre for International Mental Health approach to mental health system development. *Harv Rev Psychiatry.* 2012;20:37–46.
 23. De Freitas C. Aiming for inclusion: a case study of motivations for involvement in mental health-care governance by ethnic minority users. *Health Expect.* 2013;18:1093–104.
 24. MacDonald D, Barnes M, Crawford M, et al. Service user governors in mental health foundation trusts: accountability or business as usual. *Health Expect.* 2014;18:2892–902.
 25. Atela M, Bakibinga P, Ettarh R, et al. 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 Serv Res.* 2015;15:539.
 26. Mugisha J, Ssebunnya J, Kigozi FN. Towards understanding governance issues in integration of mental health into primary health care in Uganda. *Int J Ment Health Syst.* 2016;10:25.
 27. Mainz J, Kristensen S, Bartels P. Quality improvement and accountability in the Danish health care system. *Int J Qual Health C.* 2015;27:523–7.
 28. Szekendi M, Prybil L, Cohen D, et al. Governance practices and performance in US academic medical centers. *Am J Med Qual.* 2015;30:520–5.