

Construyendo bienestar desde lo colectivo: desafíos en el diseño e implementación de las políticas públicas en salud mental

Building collective well-being: challenges in the design and implementation of public policies on mental health

Cynthia Córdoba López

(Doctorante del Programa en Gobierno y Políticas Públicas, Universidad de Costa Rica)

 <https://orcid.org/0000-0001-9069-826X>

Correspondencia: cynthia.cordoba@ucr.ac.cr

DOI: <https://doi.org/10.66778/RD.v10ed01.01>



Recibido: 9-06-2025
Aceptado: 29-10-2025

CONSTRUYENDO BIENESTAR DESDE LO COLECTIVO: DESAFÍOS EN EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL

Cynthia Córdoba López

RESUMEN

Este artículo se enmarca en una investigación en fase inicial de una tesis doctoral dentro del Programa de Gobierno y Políticas Públicas en la Universidad de Costa Rica. En este contexto, se realiza una reflexión a partir de la construcción de un Estado de la Cuestión, donde se explora, en la literatura, los principales desafíos del diseño e implementación de políticas públicas en salud mental como antecedentes de investigación. Además, se hace un acercamiento al neoinstitucionalismo sociológico como corriente teórica para analizar los factores estructurales, políticos, instituciones y culturales que inciden en los procesos de política pública. Se concluye realizando una síntesis de la propuesta de actores como Rittel y Webber, Daviter y Fjellfeldt, que sugieren que existen problemas denominados Wicked Problems y ello influye en el ciclo de las políticas públicas. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica de carácter exploratorio y analítico, orientada a identificar los principales aportes tanto teóricos como metodológicos sobre los procesos de diseño e implementación de políticas públicas en salud mental, y así aportar bibliografía que funcione como guía para estudios enfocados en dicha materia. Al ser un estudio que se encuentra en su fase inicial, este documento no puede incluir resultados finales del proceso de investigación, sino que sintetiza los principales retos y desafíos que enfrentan los procesos de diseño de políticas en el ámbito de la salud mental; los cuales fueron identificados en la creación del estado de la cuestión de la tesis doctoral citada.

PALABRAS CLAVE: bienestar - salud mental - diseño e implementación - políticas públicas - neoinstitucionalismo - gobernanza - participación social

BUILDING COLLECTIVE WELL-BEING: CHALLENGES IN THE DESIGN AND IMPLEMENTATION OF PUBLIC POLICIES ON MENTAL HEALTH

Cynthia Córdoba López

ABSTRACT

This article forms part of an early-stage doctoral research project within the Government and Public Policy Program at the University of Costa Rica. It presents a reflection derived from the construction of a State of the Question, aimed at identifying, through a review of the academic literature, the principal challenges involved in the design and implementation of public mental health policies. The paper also examines the contribution of sociological neo-institutionalism as a theoretical framework for analyzing the structural, political, institutional, and cultural factors that shape public policy processes. It concludes with a synthesis of the contributions of Rittel and Webber, Daviter, and Fjellfeldt, who conceptualize certain policy issues as wicked problems, a perspective that has significant implications for understanding the policy cycle. To this end, an exploratory and analytical literature review was conducted to identify the main theoretical and methodological contributions related to the formulation and implementation of public mental health policies, with the purpose of providing a bibliographic foundation that can support future research in this field. Given that the study is in its initial phase, the article does not present final research findings. Instead, it synthesizes the principal challenges and barriers associated with the design of public policies in the field of mental health, identified during the development of the state of the question for the doctoral dissertation on which this work is based.

KEYWORDS: well-being - mental health - policy design and implementation - public policy - new institutionalism - governance - social participation

Construyendo bienestar desde lo colectivo: desafíos en el diseño e implementación de las políticas públicas en salud mental

Cynthia Córdoba López¹
Costa Rica

Introducción

Este artículo se figura como un primer avance de investigación que expone la revisión de estudios empíricos sobre el diseño e implementación de políticas públicas en salud mental que corresponden al estado de la cuestión del proyecto de tesis doctoral denominado: Diseño e implementación de las políticas públicas en salud mental, tomando como referencia el caso de Costa Rica.

1 Estudiante del Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas. Es Máster en Administración de Servicios de Salud Sostenible con énfasis en gerencia de la Universidad Estatal a Distancia. Máster en Psicología Clínica y Psicología de la Salud de la Universidad de Costa Rica. Licenciada en Psicología de la Universidad de Costa Rica (Graduación de Honor). Especialista en Monitoreo y Evaluación para la Gestión de Políticas y Programas de VIH y sida con énfasis en Economía de la Salud y VIH del Instituto Centroamericano de Administración Pública. Ha sido docente en la Universidad Nacional, Universidad de Costa Rica y de la Universidad Católica de Costa Rica. Fue coordinadora del área de psicología de la Oficina de Bienestar y Salud y actualmente es Jefe de la Unidad de Promoción de la Salud en la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica. Coordinó el Diagnóstico de necesidades en salud estudiantil en la Universidad de Costa Rica y coordina el diagnóstico de necesidades en salud laboral en la misma institución. Ha participado en investigaciones, tales como: “Observatorio para el análisis de la situación de salud de los estudiantes universitarios” (código 840-C2-325), “Perfil de consumo de Sustancias Psico-Activas en el estudiantado de las Universidades Públicas de Costa Rica”, “De las narrativas del miedo a las habilidades para la vida y ciudadanía”.



Para la construcción de dicho apartado, se realizó una revisión bibliográfica de carácter exploratorio y analítico, orientada a identificar los principales aportes tanto teóricos como metodológicos sobre los procesos de diseño e implementación de dichas políticas. La búsqueda se efectuó entre los meses de abril y junio de 2024 en bases de datos académicas especializadas (Dialnet, Scielo, Redalyc, Ebsco, ProQuest y JStor), a través de descriptores (palabras claves en español e inglés) tales como: política pública en salud mental, formulación e implementación de políticas públicas, gobernanza, salud mental y neoinstitucionalismo. Se aplicaron filtros por período de publicación (2005-2024) y acceso a texto completo. Los documentos revisados incluyeron artículos científicos, revisiones sistemáticas y estudios comparados que abordaran la formulación, implementación o evaluación de políticas públicas en salud mental. Finalmente, se integraron y analizaron aquellas publicaciones que permitieran identificar tendencias, vacíos conceptuales y desafíos comunes en los distintos contextos geográficos y socioeconómicos revisados.

Este artículo se centra en presentar los antecedentes (estudios empíricos) que reflexionan sobre las barreras y desafíos para la implementación de las políticas públicas en salud mental aprovechando luego la teoría del neoinstitucionalismo para analizar sus aportes a la comprensión de algunas limitaciones mencionadas y la conceptualización del problema perverso para ampliar el foco de análisis.

La importancia del tema en estudio radica en que uno de los desafíos para el abordaje de la salud mental, es la dificultad para configurarla como un objeto de estudio o como un problema público. Autores como Horst Rittel y Melvin Webber² exponen el concepto de “problema perverso” señalando que hay problemáticas donde no existe consenso sobre su naturaleza, sus causas o sus soluciones, pues, su origen es multicausal. En el caso de la salud mental, es común observar que día a día las personas exteriorizan en sus

2 Horst Rittel y Melvin Webber, “Dilemmas in a general theory of planning”. *Policy Sciences*, 4 (1973), <https://doi.org/10.1007/BF01405730>

discursos la preocupación por el deterioro de la salud mental y el incremento en las manifestaciones de malestar psicológico o emocional; y por ende en una mayor incidencia de trastornos mentales, psicológicos o emocionales. Ante la complejidad de la causa de este deterioro es que se explora el término de problema perverso.

Los problemas de salud mental, sin duda, constituyen índices de discapacidad y carga de enfermedad para los países, pero también están asociados a otras problemáticas psicosociales (no sólo el suicidio) tales como el abuso de sustancias psicoactivas, conductas delictivas, incremento en los índices de violencia intrafamiliar y social, abuso sexual y otras manifestaciones. Según la ONU:

“Los problemas de salud mental, incluido el abuso del alcohol, figuran entre las diez principales causas de discapacidad tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. En particular, la depresión ocupa el tercer lugar entre la carga mundial de la enfermedad, y se prevé que ocupe el primer lugar en 2030”.³

El suicidio es la máxima expresión de las consecuencias que tiene el sufrimiento emocional no abordado oportunamente, y representa la pérdida del sentido de existencia y la vivencia de un dolor tan profundo que la única alternativa es la muerte.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en diversos lineamientos para abordar la salud mental en los países miembros, ha reconocido que ésta es indispensable para mejorar los niveles de salud (física), calidad de vida y mejores índices de bienestar poblacional que se traducen en desarrollo económico, humano y social, es decir, es impensable suponer un adecuado funcionamiento de un país mientras la salud de sus habitantes se esté deteriorando.

Sin duda, la situación de pandemia afrontada por el virus Sars-cov-2, entre los años 2020 y 2022 se comportó como una plataforma que catapultó y

3 Organización de Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Inclusión social, acceso el 06 de junio de 2024, <https://social.desa.un.org/issues/disability/disability-issues/mental-health-and-development>

evidenció la problemática del deterioro de la salud mental en general y de la población costarricense en particular. En el caso de Costa Rica, el Ministerio de Salud⁴ lo reconocía como uno de los efectos negativos de la situación pandémica, y las condiciones estructurales de desigualdad que en el país afectan. Es claro, que no se puede responsabilizar a un solo evento de las manifestaciones de malestar o enfermedad mental, pero tampoco pueden negarse las importantes secuelas que esta experiencia dejó a nivel nacional e internacional.

Además, el Ministerio de Salud⁵ reporta que en el año 2022 se registraron 2,896 intentos suicidas (un aumento del 34 % con respecto al 2021) y se atendieron cerca de 5,211 llamadas sobre intento suicida en el servicio 9-1-1. Entre el 2019 y 2021 se contabilizaron 1,147 fallecimientos por suicidio, 83 % (950) han sido hombres y el 17 % (197) mujeres. Para el año 2023, según la semana epidemiológica 29 (corte al 22 de julio 2023), se notificaron 2,067 casos de intentos de suicidio, lo cual implica una tasa de 39,3 y representa un incremento en un 10,3 % en los primeros cinco meses del año, en comparación con el mismo período de 2022.

Por su parte, las mujeres tienen más intentos suicidas, sin embargo, los hombres logran consumir el suicidio más que las mujeres porque el método utilizado suele ser más letal. En cuanto a los grupos de edad, los jóvenes con edades de 10 a 14 y de 15 a 19 años representan las tasas más altas, siendo de 109,4 y 131,9 respectivamente hacia julio de 2023.⁶

4 Ministerio de Salud. Procedimiento para el abordaje de la salud mental y la recuperación psicosocial en el marco de la alerta sanitaria por COVID-19, acceso el 30 de junio de 2023. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/situacion-nacional-covid-19/lineamientos-especificos-covid-19/otros-documentos/5401-version-3-26-de-marzo-2022-procedimiento-para-el-abordaje-de-la-salud-mental-y-la-recuperacion-psicosocial-en-el-marco-de-la-alerta-sanitaria-por-covid-19/file>

5 Ministerio de Salud. Vigilancia de la Salud, acceso el 30 de junio de 2023, <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/111-vigilancia-de-la-salud>

6 Ministerio de Salud. Vigilancia de la Salud, acceso el 26 de noviembre de 2023, <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/111-vigilancia-de-la-salud>

El intento suicida es el segundo trastorno mental reportado, antecedido por la depresión con 5,036 casos en 2022. Según datos de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS),⁷ para el 2022 se emitieron 86,659 órdenes de incapacidades en diagnósticos relacionados a trastornos mentales y del comportamiento. Entre los principales destacan 21,281 incapacidades por trastorno mixto depresivo-ansioso; 24,628 por trastornos ansiosos, 17,816 por trastornos depresivos y 10,267 por trastornos asociados al estrés.

Los datos anteriores dan cuenta de un deterioro de la salud mental (SM) en la población costarricense, de ahí que resulta innegable la necesidad de generar políticas públicas en la materia, pero más allá de su formulación se requiere de una implementación que sea efectiva.

En Costa Rica, en el año 2012, se presentó la Política Nacional con el fin de *“contar con un marco normativo-técnico para conducir a los actores sociales hacia la promoción de la SM, prevención de enfermedades, atención, curación y rehabilitación de personas con trastornos mentales en el ámbito comunitario”*,⁸ lo anterior con la aspiración de poder dirigir y conducir, de forma eficiente y oportuna, la producción social de la SM.

Por lo anterior, este artículo recoge el estado de la cuestión de la tesis doctoral y presenta los hallazgos identificados en la revisión bibliográfica inicial de la tesis titulada *“Diseño e implementación de las políticas públicas en salud mental”* mediante tres apartados: 1. desafíos y barreras en el estudio de la salud mental desde las políticas públicas, 2. las convergencias entre la salud mental y el neoinstitucionalismo sociológico y 3. la comprensión de la salud mental como un tema perverso.

7 Caja Costarricense del Seguro Social. Información suministrada vía correo electrónico, acceso el 20 de junio de 2023.

8 Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, acceso el 30 de julio de 2022, 15.

I. Desafíos y barreras en el estudio de la salud mental desde las políticas públicas

La configuración de una política pública implica un proceso que va desde su problematización hasta su evaluación. Según Wayne Parsons,⁹ comprender cómo se define y se problematiza la salud mental, cómo pasa a agenda política y cómo se configura en una política pública, son elementos esenciales para comprender el proceso de implementación de la política en sí misma.

Guillaume Fontaine expone que las políticas públicas son:

*“variables independientes de la vida social, política y económica de un país (...); un elemento explicativo de los problemas que enfrenta una sociedad en un momento determinado (...) es una respuesta a demandas (implícitas o explícitas), que corresponden según el caso a derechos o necesidades”.*¹⁰

Según la definición anterior, para la formulación de políticas públicas en salud mental es importante reflexionar acerca de cómo se están configurando las políticas en esta materia, específicamente si se centran en ¿atender la incidencia de los trastornos mentales? ¿atender la problemática ante el aumento en la tasa de suicidios? O bien, el interés se orienta a mejorar los servicios de atención en salud mental o procurar la atención de los determinantes sociales que repercuten en la salud mental de la población.

Los estudios que se presentan como parte del estado de la cuestión en construcción, permiten realizar un acercamiento a los retos y desafíos que puede enfrentar el proceso de implementación de políticas públicas en salud mental.

9 Wayne Parsons, *Políticas públicas: una introducción o la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas* (México: FLACSO, 2007).

10 Guillaume Fontaine, *El análisis de políticas públicas: Conceptos, Teorías y Métodos* (Ecuador: Siglo XXI Editores, Anthropos Editorial, Flacso Ecuador, 2015), 24.

Benedetto Saraceno junto a otros autores,¹¹ realizan una síntesis de las principales barreras para el desarrollo de los servicios de salud mental a partir de una encuesta cualitativa que realizaron a líderes internacionales en dicha materia. Reconocen que, a pesar de la existencia de informes de gran impacto y actividades en varios países, el desarrollo de los servicios para la atención de la salud mental sigue siendo lento; y como obstáculos principales identifican:

- Las prioridades en la agenda actual de salud pública y su relación con la asignación de recursos financieros.
- La complejidad y resistencia para descentralizar la prestación de servicios de salud mental.
- La dificultad para implementar servicios de abordaje a la salud mental en el primer nivel de atención o atención primaria en salud.
- Limitaciones en el recurso humano disponible, tanto a nivel de cantidad, tipo y nivel de capacitación requerido
- Limitada perspectiva de liderazgo en salud mental desde la óptica de salud pública.

La propuesta de Benedetto Saraceno y sus compañeros,¹² invita a la definición de políticas públicas que incidan en resultados que mejoren el acceso a los servicios de salud. La limitación de acceso a dichos servicios no sólo limita el derecho a la atención de la salud mental de las personas que tienen identificado un diagnóstico, sino también restringe o entorpece el acceso a personas que requieren el servicio por primera vez; ello genera subregistros, un deterioro mayor de la condición, presencia de comorbilidades y complejidades personales, familiares, laborales y sociales asociadas a no contar con un diagnóstico y una atención de la salud oportuna.

11 Benedetto Saraceno, *et al.*, "Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries", *Lancet* 370 (2007), [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61263-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61263-X)

12 *Ibid.*

Con alcance global, Wei Zhou y otros investigadores,¹³ realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar los desafíos en la implementación de las políticas públicas de salud mental comparando países de ingresos altos (PIA) como en países de ingresos medios y bajos (PIMB).

En el estudio incluyeron 93 artículos (24 PIA, 28 PIMB y 5 regiones) y definieron nueve dominios de análisis según lo que sugiere la OMS:

*“(i) organización de los servicios, que se refiere a la forma en que se organizan los servicios de salud mental; (ii) prestación de servicios, que incluye promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, suministro de medicamentos esenciales, disponibilidad y accesibilidad de los servicios; (iii) calidad de los servicios, que incluye acreditación y gestión de los proveedores de servicios, estándares y directrices de servicio; (iv) recursos humanos, que incluyen cantidad y calidad de la fuerza laboral, capacitación y educación profesional; (v) legislación y derechos humanos, que incluyen los derechos de los pacientes dentro y fuera del sector salud, la seguridad social y la asistencia social; (vi) promoción, que incluye sensibilización, lucha contra el estigma y empoderamiento de los usuarios; (vii) administración, que incluye coordinación dentro de los sistemas de salud mental y entre todos los niveles de gobierno, asignación de responsabilidades a los organismos y colaboración intersectorial; (viii) vigilancia e investigación, incluyendo sistemas de información sobre salud mental, monitoreo y evaluación de la implementación de políticas e investigación sobre la prestación de servicios; y (ix) financiamiento y presupuestación, incluyendo mecanismos de financiación gubernamental, pago de servicios y seguro médico”.*¹⁴

Según el análisis realizado en dicho estudio, identifican una trayectoria más antigua en políticas públicas en países de ingresos altos (PIA), mientras que en la mayoría de los países de ingresos medios y bajos (PIMB) la trayectoria es

13 Wei Zhou, *et al.*, “Policy development and challenges of global mental health: a systematic review of published studies of national-level mental health policies”, *BMC psychiatry*, 18 (2018), <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1711-1>

14 *Ibid.*, 3.

más reciente, es decir, ubican políticas principalmente en las décadas de 1990 y 2000, además por su “llegada tardía” muchos de estos países utilizaron la experiencia de países de altos ingresos.

Los autores concluyen que tanto en países de ingresos altos, como en países de ingresos medios y bajos (PIMB) se observaron procesos de implementación lentos o inconsistentes e insuficientes. También señalan que los cambios que históricamente han ocurrido en la institucionalización del abordaje hospitalario de la enfermedad mental hacia un modelo de atención comunitario han generado vacíos para la atención de la salud mental. En los países PIMB las fallas en la implementación de las políticas se asocian al financiamiento, el presupuesto y la administración del recurso humano. Además, alertan que los países PIMB deben ser cautelosos al tomar como referencia la experiencia de países PIA o depender del financiamiento internacional, pues algunas políticas no se adaptan a la viabilidad de sus realidades o son insostenibles si cesa el apoyo financiero.

En sus conclusiones, los investigadores reconocen que los hallazgos relacionados con los procesos de implementación son limitados, ya que falta información y evaluación de políticas públicas en los estudios consultados, limitación que se reconoce tanto en PIA como en PIMB.

En síntesis, el estudio evidencia diferencias en la trayectoria de las políticas de abordaje de la salud mental según el nivel de ingreso de los países, la urgencia de contar con recursos financieros que permitan la ejecución de las políticas formuladas, así como la adecuación de cada política al contexto y realidad propia de cada país. Ya que, no es posible generar “copias” de políticas e intentar adaptarlas sin considerar las particularidades de cada región.

Por otra parte, Nicolás Campodónico,¹⁵ realizó una revisión sistemática que tuvo como finalidad “*explorar el estado de la cuestión de las políticas públicas en*

15 Nicolás Campodónico, “Sobre el estado de la cuestión de las políticas públicas en salud mental en América Latina: una revisión sistemática”, *Perspectivas Metodológicas*, 20 (2020), <https://doi.org/10.18294/pm.2020.3085>

el campo de la salud mental, en los ámbitos académicos, así como las preocupaciones y recomendaciones de los expertos del tema, centrándose como zona geográfica a diferentes países de América Latina.” Hizo uso del método PRISMA¹⁶ para la respectiva revisión sistemática, si bien su estudio da cuenta de investigaciones diversas (25 estudios analizados) en el campo de las políticas públicas, para efectos de contribución al estado de la cuestión interesa resaltar que el estudio encuentra variedad de enfoque y metodologías. El autor detalla:

*“diecisiete estudios de tipo descriptivo con distintas particularidades: doce estudios descriptivos junto a un análisis cualitativo; dos estudios descriptivos basados en análisis de documentos normativos; y tres estudios descriptivos de análisis crítico (...) tres estudios de análisis historiográfico. También existe un estudio de investigación cuantitativa de corte transversal (...) dos trabajos de revisión: uno sistemática y otro integrativa; y dos estudios de reflexión.”*¹⁷

Esa heterogeneidad de enfoques genera limitaciones metodológicas para determinar, cuáles factores inciden o explican el grado de implementación de las políticas públicas. Esto a su vez determina, por qué el estudio de caso, es el diseño de investigación más utilizado en las investigaciones de tal índole. Nicolás Campodónico¹⁸ señala como dificultades para la implementación de las políticas: *“falta de univocidad en las conceptualizaciones sobre salud mental; la falta de voluntad política; las características propias de los sistemas de salud; la estigmatización social que rodea a los trastornos mentales”*.

Por su parte Avital Cohen *junto a otros autores*,¹⁹ hacen una revisión de reformas en salud que han sido implementadas en los últimos años con el fin de explorar barreras, tendencias y lecciones aprendidas. Luego de la revisión

16 Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: guía para documentar revisiones sistemáticas (porqué de la revisión, qué hicieron los autores y qué encontraron).

17 *Ibíd.*, 23.

18 *Ibíd.*, 24.

19 Avital Cohen, Racheli Magnezi y Orly Weinstein, “Review and Analysis of mental health reforms in several countries: Implementation, comparison and future challenges”, *Ann Psychiatry Treatm* 4 (2020), <https://www.neuroscigroup.us/articles/APT-4-115.php>

de literatura y la aplicación de criterios de inclusión analizaron 19 países que crearon reformas en salud mental, definiendo como temas principales de estudio los siguientes:

*“Legislación y normativa. La legislación en salud mental contribuye a la protección de los derechos humanos y civiles de las personas con trastornos mentales y se ocupa de los centros que brindan tratamiento, el personal, la capacitación profesional y la estructura del servicio (...) Políticas, planes y programas de salud mental. Las políticas generan rendición de cuentas al establecer normas para evaluar el desempeño (...) Las políticas de salud mental determinan la visión de cómo se tratará la salud mental de la población en el futuro, describiendo el marco que se implementará para gestionar los trastornos mentales. Eliminar el enfoque de custodia y el estigma. En 2001, el Informe Mundial sobre la Salud indicó que los hospitales psiquiátricos de custodia debían eliminarse gradualmente. En su lugar, surgirían centros de atención comunitaria con camas psiquiátricas en hospitales generales. Estos servicios comunitarios pueden brindar un tratamiento más temprano, lo que resultará en mejores resultados y calidad de vida que la atención institucional. También pueden ayudar a reducir el estigma del tratamiento (...) Desinstitucionalización/prioridad en la atención comunitaria y las redes de atención. Un enfoque principal de las políticas nacionales de salud mental se centra en la desinstitucionalización”.*²⁰

El estudio mencionado estructura de forma precisa las categorías de análisis de las reformas en salud. Cabe señalar que los 19 países que analiza (Estados Unidos, Canadá, Brasil, Australia, Reino Unido, Países Bajos, Suecia, Bélgica, España, Francia, Italia, Grecia, China, Japón, Rusia, Israel, Arabia Saudita y Sudáfrica) se ubican con ingresos de medio a altos; por lo que los desafíos de estos países posiblemente difieran de los retos que presentan los países de ingresos bajos. De forma muy general, concluyen que las reformas en salud mental tuvieron su origen en los procesos de desinstitucionalización, sin

²⁰ *Ibid.*

embargo, esto se convirtió en un desafío ya que los países no habían considerado la infraestructura, el financiamiento y el recurso humano que se requería para migrar hacia la atención comunitaria; elementos, sin duda, indiscutible antes de iniciar procesos de reforma.

Otras investigaciones con un diseño de investigación de estudio de caso único profundizan en la realidad de cada país estudiado y brindan conclusiones que se adaptan a condiciones específicas, y pueden fungir como orientaciones conceptuales o metodológicas para los intereses de la tesis doctoral cuyo estado de la cuestión se sintetiza en el presente artículo.

Siguiendo con la revisión de estudios empíricos que abordan las barreras para la implementación de políticas públicas, desde el diseño de estudio de caso, Daniel Awenva junto a otros investigadores,²¹ problematizan el tema preguntándose por qué, si existe una amplia difusión de recomendaciones para mejorar la atención de la salud mental, en África subsahariana el progreso en la implementación de políticas de salud mental sigue siendo lento. Por tanto, exploran las barreras para la implementación de políticas de salud mental en Ghana.

La política de salud mental en Ghana tenía doce objetivos, sin embargo, 14 años después de su formulación, ningún objetivo se había desarrollado plenamente. Entre las barreras que limitan la implementación destacan:

*“baja prioridad de la salud mental, la falta de voluntad política, la disminución de la capacidad de recursos humanos, la falta de compromiso con la financiación de políticas, la insuficiente consulta previa a su formulación, el escaso conocimiento de las políticas de salud mental entre los responsables de su implementación y la falta de una base empírica para su formulación”.*²²

21 Daniel Awenva, *et al.*, "From mental health policy development in Ghana to implementation: What are the barriers?", *African Journal of Psychiatry*, 13 (2010), <https://www.ajol.info/index.php/ajpsy/article/view/57912>

22 *Ibid.*, 191.

Mediante el estudio los autores identifican que en Ghana la salud mental no es un tema prioritario y falta el compromiso político, elementos que resultan centrales en los procesos de implementación.

Existen factores políticos determinantes en el diseño e implementación de políticas en salud en general, pues las necesidades presentes en el ámbito de la salud pública son heterogéneas en los países en desarrollo. A nivel institucional y organizacional esas necesidades compiten por diversos recursos: humanos, financieros, infraestructura, planificación, entre otros; situación que puede colocar la priorización de la salud mental en rangos secundarios.

En otro contexto, Samuel Annor y Pauline Allen²³ desarrollaron un único caso de estudio exploratorio, en una comunidad local de atención sanitaria y social en el centro de Londres. Con su estudio concluyen que la promoción de iniciativas públicas en salud mental es un tema multifactorial y complejo. Logran identificar como retos: a. La falta general de comprensión común de los conceptos de promoción de la salud mental entre los actores políticos clave; b. El equipo de implementación local presenta muchas dificultades para ejecutar su rol político, además de la presencia de competencia por los recursos y dinámicas de poder entre las partes interesadas clave; c. La falta de consenso sobre quién es responsable de la implementación de las iniciativas públicas de salud mental; d. La baja prioridad política otorgada a la implementación de iniciativas públicas de salud mental y e. La ausencia de defensores locales y representación de grupos vulnerables impiden la promoción de la salud mental pública dentro de las comunidades locales.

Por otra parte, Maria Fjellfeldt²⁴ realiza un estudio que tiene como objetivo explorar y analizar el desarrollo de la política de salud mental en el año

23 Samuel Annor y Pauline Allen, "Why is it difficult to promote public mental health? A study of policy implementation at local level", *Journal of Public Mental Health*, 7 (2008), <https://doi.org/10.1108/17465729200800025>

24 Maria Fjellfeldt, "Desarrollando una política de salud mental en Suecia: un análisis de políticas que explora cómo un desafío social complejo fue confiado a ciudadanos individuales para resolverlo", *Nordic Social Work Research*, 13 (2023), <https://doi.org/10.1080/2156857X.2021.1899968>

2015 en Suecia, para el análisis seleccionó 127 documentos clave nacionales y regionales. La autora identifica que la política de Suecia tenía un enfoque global (nacional), sin embargo, cuando debe adaptarse en los contextos regionales se evidenciaba que éstos carecían de condiciones para atender o modificar las estructuras sociales (por ejemplo, el mercado laboral, o las desigualdades económicas) y para generar cambios reales en la salud mental. Ante ello, las regiones reproducían las soluciones tradicionales, es decir, centradas en intervenciones individuales, en poblaciones con enfermedades mentales graves e implementadas dentro de los sistemas de salud existentes; lo que hizo perder las estrategias preventivas y sobre todo la visión más integrada de la salud mental.

Por último, desde una perspectiva latinoamericana, Lina Díaz y otros autores,²⁵ diseñaron un estudio cualitativo, exploratorio e interpretativo mediante entrevistas a actores claves del sistema de salud mental en México, con el fin de “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”.²⁶

Desde la perspectiva de los actores se demuestra que el grado académico de estos no guarda relación con el nivel de influencia que pueden tener en las políticas, y que existe un nivel de toma de decisiones centralizado en actores que no forman parte del sistema de salud mental que necesariamente influye en el proceso. Los actores pueden tener liderazgo administrativo y gerencial, pero ello no se traduce en capacidad de gobernanza. Aunado a ello, refieren que los usuarios de los servicios no tienen participación en las decisiones y existe poca cultura de transparencia y rendición de cuentas. La existencia de legislación en salud mental no garantiza la implementación y la calidad de los

25 Lina Díaz, *et al.*, "Governance and mental health: contributions for public policy approach", *Revista de Saúde Pública*, 51 (2017), <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006991>

26 *Ibid.*, 1.

servicios; esto se traduce en que una gobernanza centralizada y ausencia de supervisión afectan de manera desfavorable la implementación de las políticas en los sistemas de salud mental.

Hasta aquí se han discutido estudios que profundizan en la revisión de literatura disponible y metodológicamente, hacen comparación de países o estudian casos únicos. Cada estudio tiene un énfasis, por ejemplo, algunos realizan entrevistas a líderes internacionales, otros generan comparación entre países según su nivel de ingresos, o bien, se enfocan en políticas públicas en países latinoamericanos o países con reformas en salud en los últimos años.

La revisión de los antecedentes mencionados evidencia que el diseño e implementación de políticas públicas en diversos contextos tiene elementos de análisis en común a nivel político e institucional. Existe de forma implícita cierto consenso acerca de la ausencia de unicidad para comprender la salud mental (¿de qué se trata la salud mental? ¿qué se comprende por ésta?); así como en la reflexión sobre el impacto desfavorable en la gobernanza cuando el desarrollo de políticas en salud mental se centraliza en la comunidad epistémica que reproduce formas tradicionales de atender la salud mental. La baja prioridad de la salud mental frente a la “competencia” de otras necesidades en salud; dilución de roles y responsabilidades en los implementadores de la política, ausencia de articulación con otras acciones (e incluso políticas) que atienden problemáticas que inciden en la salud mental y la visión aún hegemónica de la salud como producto biológico e individual.

Además, como puede apreciarse, los estudios han sido realizados en diversos contextos y con enfoques diferentes, pero se identifican similitudes en las barreras o desafíos para la implementación de las políticas propuestas, de ahí que se aproveche, en la siguiente sección, la teoría del neoinstitucionalismo para analizar sus aportes a la comprensión de algunas de las limitaciones mencionadas.

II. Convergencia entre salud mental y neoinstitucionalismo sociológico

Los procesos sociales y las instituciones son elementos que se mantienen en una constante dialéctica, no pueden pensarse de forma aislada o independiente. Andrés Arias,²⁷ señala que las instituciones son como las reglas del juego que guían el comportamiento de los actores en la sociedad.

Para el neoinstitucionalismo, las elecciones de los actores son limitadas por las instituciones y los valores existentes, es decir, las instituciones estructuran la interacción y adaptación de las personas por lo que guían el comportamiento, determinan normas y establecen parámetros.²⁸

Joan Subirats y otros investigadores,²⁹ exponen que los actores y las instituciones se influyen recíprocamente, ya que el actor está “incrustado” en las reglas institucionales formales e informales, adopta conductas políticas que se adecuan a los valores y expectativas que las reglas proponen, y al mismo tiempo las modifica de manera incremental mediante sus propias decisiones y acciones. En este punto es válido cuestionarse ¿de qué forma el neoinstitucionalismo aportaría a la integración de los hallazgos del estado de la cuestión? Y este es el vértice donde convergen esta teoría, las políticas públicas y la salud mental.

Por ello, para entender el proceso, eficaz o no, de implementación de una política pública de salud mental, es necesario comprender los procesos políticos e institucionales que se ensamblan para su cumplimiento. Valorar aspectos como la legislación y normativa disponible, identificar políticas, planes o programas para el trabajo en salud mental, clarificar los mecanismos u objetivos que tiene la política, ubicar el rol que desempeñan los servicios de salud,³⁰ delinear la

27 Andrés Arias, “El Neoinstitucionalismo y sus aportes a la Teoría de la Organización”, *Revista Gestión y Región*, 6 (2008), <https://revistas.ucp.edu.co/index.php/gestionregion/article/view/927>

28 *Ibid.*

29 Joan Subirats, *et al.*, *Análisis y gestión de políticas públicas*, (Barcelona: Editorial Ariel S.A., 2008)

30 Avital Cohen, Racheli Magnezi y Orly Weinstein, “Review and Analysis of mental health reforms in several countries: Implementation, comparison and future challenges”, *Ann*

arquitectura de la política en términos de recursos, beneficiarios y proveedores y el rol de los actores clave; implica generar el mapa de ruta para analizar el grado de incidencia de estas variables en el proceso de implementación de la política.

Dar cabida al análisis institucional y comprender cómo la estructura social define normas, reglas, intereses e intersubjetividades permite adentrarse en la problematización de factores y capacidades políticas e institucionales que inciden en el proceso de diseño de las políticas públicas en salud mental.

La posibilidad de identificar reglas formales o informales brinda insumos para entender, desde el neoinstitucionalismo, la forma en cómo se entiende, piensa y trabaja la salud mental, es decir, la realidad aceptada en el tema de salud mental, responde a hábitos de pensamiento y acción en la estructura social que explican el por qué o cómo las políticas públicas, se comportan como lo hacen.³¹

La institución, como elemento abstracto (normas y valores), tiene la tarea de estructurar la interacción social, por ello, la trayectoria histórica de la salud mental es un insumo central para entender la configuración de las reglas que se dictan para su atención. Hace más de un siglo el abordaje estaba direccionado a la atención de la locura (enfoque manicomial), posteriormente se fue posicionando la explicación biomédica de la enfermedad mental (psiquiatría) y en los últimos cincuenta años se ha situado la preocupación o cuidado de la salud mental desde modelos más comunitarios.

Si bien existen estas transformaciones, los paradigmas siguen coexistiendo y generan, como lo han mencionado los autores citados (Cohen, Magnezi y Weinstein; Fjellfeldt y otros), confusión o poca claridad en la comprensión de la salud mental, dificultad para transicionar del abordaje hospitalario (enfoque biomédico) hacia una atención primaria en salud (enfoque

Psychiatry Treatm 4 (2020), <https://doi.org/10.17352/apt.000015>

31 Andrés Arias, "El Neoinstitucionalismo y sus aportes a la Teoría de la Organización".

salud mental comunitario), mitos y estigmas asociados al deterioro de la salud mental (trastornos mentales), poca atención a los factores estructurales asociados al sufrimiento psíquico, todo lo cual repercute en el diseño de políticas públicas.

La inclusión del tema en la agenda política y el proceso de formulación es influenciado por estos constructos sociales (estructuras, normas, costumbres, tradiciones). Manuel Tamayo señala que la *“influencia de los valores en la decisión es mayor cuanto más desconocido es un problema y cuanto menor es el consenso entre los grupos implicados en el mismo”*.³²

Escudriñar las reglas formales e informales, las instituciones estables o dinámicas y los comportamientos estratégicos o fijados por las normas sociales,³³ es el desafío que se asume para identificar los factores que inciden en el diseño y formulación de políticas públicas en salud mental, tomando el caso de Costa Rica. Es decir, se pretende aportar elementos para la comprensión y teorización del fenómeno de la salud mental desde la perspectiva de la política pública.

Así para este proceso el neoinstitucionalismo aporta sus premisas fundamentales que permitirán explorar cuáles instituciones concentran el poder en el tema de la salud mental, identificar las normas y reglas que predominan, cómo determinan a los actores, cuál es el rol de las organizaciones vinculadas con el tema, y establecer cómo se configura la estructura social que da sentido a la comprensión de la salud mental.

III. Salud mental como un problema perverso

En términos generales es necesario puntualizar que las políticas públicas son una acción del gobierno para resolver una situación que se concibe como problemática en un país o región. Tamayo señala que *“las políticas públicas*

32 Manuel Tamayo, *El análisis de las políticas públicas*, en Bañón, R. y E. Carrillo (editores), *La nueva administración pública* (Madrid: Alianza, 1997), 291

33 Joan Subirats, *et al.*, *Análisis y gestión de políticas públicas*, (Barcelona: Editorial Ariel S.A., 2008)

*son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios”.*³⁴

La formulación de las políticas públicas debe entenderse, de forma general, como un proceso integrado por la formulación (lo que se diseña), la implementación (la puesta en práctica) y la evaluación (los resultados). La definición del problema se considera como la primera fase del ciclo del diseño de la política. Uno de los desafíos que se ha encontrado en esa fase, es que los implementadores tienden a centrarse más en la búsqueda de soluciones que en una adecuada formulación del problema que se debe resolver.

Santiago Leyva junto a otros investigadores,³⁵ exponen que el éxito o fracaso en el diseño de una política dependerá de cuatro criterios: a. claridad y explicitud en la definición del problema público; b. calidad de la evidencia para justificarlo; c. definición de una lógica causal adecuada y d. una estructura ordenada del problema que pueda ser abordado mediante una política pública.

Considerando lo anterior, se torna evidente que los problemas no existen en sí mismos, deben ser estructurados, definidos, problematizados y finalmente contruidos y declarados. Desde aquí inicia lo que el neoinstitucionalismo señala como las reglas del juego (instituciones) y los jugadores (organizaciones/actores).

Los diversos actores:

“entenderán el problema planteado de manera diferente, reflejando en sus respectivas definiciones sus intereses y valores. Por ello los gestores públicos deben ser conscientes de que su visión del problema es sólo una de las posibles y no tiene por qué ser siempre la más correcta (...) preguntarse cómo entienden el problema

34 Manuel Tamayo, *El análisis de las políticas públicas*, en Bañon, R. y E. Carrillo (editores), *La nueva administración pública* (Madrid: Alianza, 1997), 281

35 Santiago Leyva, et al., *Modelo para el análisis y diseño de políticas públicas (MADPP)*, (Editorial EAFIT, 2022), <https://doi.org/10.17230/9789587207743lr0>

*otros actores -los usuarios directos e indirectos, los proveedores y los oponentes a la política, entre otros (...) incorporar a la definición la perspectiva que del problema tienen los actores políticos y sociales estratégicos”.*³⁶

En esta línea, es difícil encontrar una comprensión unívoca de qué debe abordarse cuando se estructuran o se dictan políticas en salud mental.

Claude-Olivier Doron,³⁷ justifica que el término “salud mental” se comienza a utilizar entre los años cuarenta y setenta del siglo XX, y previo a esta definición era común el uso de términos como locura, enfermedad o trastorno mental. Es decir, la comprensión se situaba en términos de enfermedad o deterioro de la salud.

Por su parte, Nicolás Campodónico³⁸ expone que existen algunas tendencias implícitas y deseables en las reformas de la salud mental en las últimas décadas, entre ellas apunta: a. surgimiento del concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento subjetivo y no sólo referencia a enfermedad mental; b. la inclusión del abordaje de la salud mental desde la atención primaria en salud (desmanicomialización); c. determinantes sociales en el padecimiento subjetivo (desbiologizar); d. la oportunidad de integrar actividades de promoción de la salud mental desde el enfoque social-comunitario y e. reconocimiento de la complejidad de la problemática por lo que requiere un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Ante esta complejidad para comprender la salud mental y la multiplicidad de aristas para formular abordajes es que se propone la perspectiva de “problema perverso” con el fin de problematizar el objeto de

36 Manuel Tamayo, *El análisis de las políticas públicas*, 286.

37 Claude-Olivier Doron, “El surgimiento del concepto «salud mental» entre 1940 y 1970: Génesis de una psicopolítica”, *Pratiques en santé mentale*, (2015), <https://shs.cairn.info/revista-pratique-en-sante-mentale-2015-1-page-3?lang=es>

38 Nicolás Campodónico, “Las políticas públicas en el campo de la salud mental: Un abordaje historiográfico desde la psicología”, *Anuario de Investigaciones*. 25 (2018), <https://pure.udem.edu.mx/p/es/research-outputs/las-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-en-el-campo-de-la-salud-mental-un-abordaje>

estudio de la política pública discutida. Horst Rittel y Melvin Webber³⁹ indican que este tipo de problemas se caracterizan por: 1) dificultad o falta de consenso sobre su naturaleza; 2) falta de consenso sobre sus causas/soluciones; 3) es un problema persistente y en constante cambio; 4) se atienden las consecuencias más que las causas que los generan y 5) algunos problemas requieren cambios estructurales.

Al hablar de salud mental se debe comprender que implica un proceso que subyace al ciclo vital de desarrollo del ser humano, es transversal en todo el proceso evolutivo, es multifactorial, es un proceso dinámico y no estático, por lo que necesariamente atañe a muchos actores y pueden encontrarse muchas partes interesadas.

Brian Head⁴⁰ señala que el uso del concepto de "problema perverso" proporciona una comprensión del por qué algunas políticas y programas generan polémica, no alcanzan los objetivos propuestos, generan efectos imprevistos o son sumamente difíciles de coordinar y monitorear. Ahora bien, no implica que este concepto *per se* resuelva la formulación del problema, si no, brinda una orientación para incluir elementos (considerados como adicionales) para gestionar y afrontar problemas que resultan muy amplios o enmarañados.

Dicho de otro modo, la conceptualización de los problemas perversos y su consideración pueden ampliar el foco de análisis al referir que se requiere incorporar acciones adicionales para la atención de problemas que cumplen con las complejidades expuestas.

39 Horst Rittel y Melvin Webber, "Dilemmas in a general theory of planning", *Policy Sciences*, 4 (1973), <https://doi.org/10.1007/BF01405730>

40 Brian Head, "Wicked problems in Public policy", *Public policy*, 3 (2008), https://www.researchgate.net/publication/43502862_Wicked_Problems_in_Public_Policy

IV. Consideraciones finales

Las ideas planteadas en este artículo han pretendido mostrar los hallazgos de estudios empíricos previos que evidencian los principales desafíos de las políticas públicas en salud mental, exponer algunos referentes conceptuales de la teoría neoinstitucional para problematizar dichos desafíos y aprovechar la propuesta de los “problemas perversos” para ampliar el foco de análisis.

En este sentido, el análisis de los estudios revisados permite confirmar que el diseño e implementación de políticas públicas en salud mental continúa enfrentando una serie de desafíos estructurales, institucionales y contextuales que, incluso trascienden las diferencias socioeconómicas entre países. Si bien se identifica un consenso global sobre la necesidad de fortalecer la atención en salud mental, los avances siguen configurándose como desiguales y fragmentarios.

Los hallazgos evidencian que las limitaciones en recursos financieros y humanos, la insuficiente descentralización de los servicios, la falta de consenso en la comprensión de la problemática, la falta de voluntad política y la escasa integración de la salud mental en la atención primaria, constituyen nudos críticos que obstaculizan la materialización efectiva de las políticas formuladas.⁴¹

Desde una perspectiva institucional, resulta indispensable comprender cómo las normas, los marcos regulatorios y las capacidades de gestión pública condicionan la implementación de las políticas. La perspectiva del neoinstitucionalismo sociológico permite identificar cómo las dinámicas de poder, los arreglos organizacionales, las prácticas institucionalizadas, las representaciones sociales y los significados atribuidos a la salud mental, en cada

41 Benedetto Saraceno, *et al.*, “Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries”, *Lancet* 370 (2007), [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61263-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61263-X); Wei Zhou, *et al.*, “Policy development and challenges of global mental health: a systematic review of published studies of national-level mental health policies”, *BMC psychiatry*, 18 (2018), <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1711-1>; Daniel Awenva, *et al.*, “From mental health policy development in Ghana to implementation: What are the barriers?”, *African Journal of Psychiatry*, 13 (2010), <https://www.ajol.info/index.php/ajpsy/article/view/57912>

contexto, influyen en las posibilidades de ejecución de las políticas públicas. En este sentido, los estudios consultados demuestran que las políticas no son meros instrumentos técnicos, sino construcciones sociales situadas que reflejan las tensiones entre actores, intereses y visiones de bienestar.⁴²

También se posicionó el concepto de "problema perverso" que permite entender por qué algunas políticas y programas no logran los objetivos propuestos, lo que brinda una orientación para incluir determinadas consideraciones para gestionar y afrontar problemas que resultan muy amplios o enmarañados.

En síntesis, el conjunto de evidencias revisadas sugiere que los procesos de diseño e implementación de políticas públicas en salud mental requieren un verdadero proceso de priorización de la salud mental, asignación de fuentes de financiamiento, fortalecimiento de los liderazgos en salud y desarrollo de herramientas consistentes y pragmáticas de evaluación de políticas públicas. La investigación y la práctica profesional en este campo deben orientarse a generar conocimiento situado, fortalecer las capacidades técnicas y políticas de los actores locales, y promover marcos de colaboración que integren los saberes científicos, comunitarios y empíricos.

La promoción de políticas públicas en salud mental es, sin duda, un tema multifactorial y complejo, y aún queda mucho por investigar, por lo que este artículo pretende únicamente aportar un recuento bibliográfico con evidencia valiosa.

42 Maria Fjellfeldt, "Desarrollando una política de salud mental en Suecia: un análisis de políticas que explora cómo un desafío social complejo fue confiado a ciudadanos individuales para resolverlo", *Nordic Social Work Research*, 13 (2023), <https://doi.org/10.1080/2156857X.2021.1899968>; Lina Díaz, et al., "Governance and mental health: contributions for public policy approach", *Revista de Saúde Pública*, 51 (2017), <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006991>

Bibliografía

- » Arias Pineda, Alexander A. "El neoinstitucionalismo y sus aportes a la teoría de la organización." *Revista Gestión y Región*, 6 (2008): 31–64. <https://revistas.ucp.edu.co/index.php/gestionregion/article/view/927>
- » Awenva, A. D., U. M. Read, A. L. Ofori-Attah, V. C. K. Doku, B. Akpalu, A. O. Osei, y A. J. Flisher. "From Mental Health Policy Development in Ghana to Implementation: What Are the Barriers?" *African Journal of Psychiatry*, 13, n. 3 (2010). <https://www.ajol.info/index.php/ajpsy/article/view/57912>
- » Campodónico, Nicolás. "Las políticas públicas en el campo de la salud mental: Un abordaje historiográfico desde la psicología." *Anuario de Investigaciones*, 25, n. 7 (2018): 269–276. <https://pure.udem.mx/p/es/research-outputs/las-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-en-el-campo-de-la-salud-mental-un-abordaje>
- » Campodónico, Nicolás. "Sobre el estado de la cuestión de las políticas públicas en salud mental en América Latina: Una revisión sistemática." *Perspectivas Metodológicas*, 20 (2020): 1–27. <https://doi.org/10.18294/pm.2020.3085>
- » Cohen, A. A., R. Magnezi, y O. Weinstein. "Review and Analysis of Mental Health Reforms in Several Countries: Implementation, Comparison and Future Challenges." *Annals of Psychiatry and Treatment* 4, n. 1 (2020): 13–24. <https://doi.org/10.17352/apt.000015>
- » Fontaine, Guillaume. *El análisis de políticas públicas: conceptos, teorías y métodos*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores; Anthropos Editorial; FLACSO Ecuador, 2015.
- » Head, Brian. "Wicked Problems in Public Policy", *Public Policy* 3, n. 2 (2008): 101–118. https://www.researchgate.net/publication/43502862_Wicked_Problems_in_Public_Policy
- » Leyva, Santiago y Olaya, Andrés. *Modelo para el análisis y diseño de políticas públicas (MADPP)*. Medellín: Editorial EAFIT, 2022. <https://doi.org/10.17230/9789587207743lr0>
- » Ministerio de Salud (Costa Rica). *Política Nacional de Salud Mental 2012–2021*. 30 de julio de 2022.
- » Ministerio de Salud (Costa Rica). *Vigilancia de la salud*. 30 de junio de 2023. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/111-vigilancia-de-la-salud>
- » Ministerio de Salud (Costa Rica). *Procedimiento para el abordaje de la salud mental y la recuperación psicosocial en el marco de la alerta sanitaria por COVID-19*. 30 de junio de 2023. [https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/111-vigilancia-de-la-salud](https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-y-lineamientos/situacion-nacional-covid-19/lineamientos-especificos-covid-19/otros-documentos/5401-version-3-26-de-marzo-2022-procedimiento-para-el-abordaje-de-la-salud-mental-y-la-recuperacion-psicosocial-en-el-marco-de-la-alerta-sanitaria-por-covid-19/file)
- » Naime, Mónica. "Definiendo problemas perversos para las políticas públicas: El caso de las desapariciones en México", *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, n. 23 (mayo 2020): 64–80. <https://doi.org/10.24965/gapp.i23.10648>
- » Organización de Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. *Inclusión social: Salud mental y desarrollo*. 6 de junio de 2024. <https://social.desa.un.org/issues/disability/disability-issues/mental-health-and-development>
- » Parsons, Wayne. *Políticas públicas: Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México: FLACSO, 2007.
- » Rittel, Horst, y Melvin Webber. "Dilemmas in a General Theory of Planning." *Policy Sciences* 4 (1973): 155–169. <https://doi.org/10.1007/BF01405730>
- » Saraceno, Benedetto, van Ommeren, Mark, Batniji, Rajaie, Cohen, Alex, Gureje, Oye, Mahoney, John, Sridhar, Devi, y Underhill, Cris. "Barriers to Improvement of Mental Health Services in Low-Income and Middle-Income Countries." *The Lancet* 370, n. 9593 (2007): 1164–1174. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61263-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61263-X)
- » Tamayo Sáez, Manuel. "El análisis de las políticas públicas." En *La nueva administración pública*, editado por R. Bañón y E. Carrillo, 281–312. Madrid: Alianza, 1997.
- » Zhou, Wei, Yu Yu, Yang, Mei, Chen, Lizhang y Xiao, Shuiyuan. "Policy Development and Challenges of Global Mental Health: A Systematic Review of Published Studies of National-Level Mental Health Policies", *BMC Psychiatry* 18 (2018): 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1711-1>