

Recorrido histórico, enfoques y tendencias de la salud mental comunitaria en Latinoamérica: revisión integrativa de la literatura

Historical Overview, Approaches, and Trends of Community Mental Health in Latin America: Integrative Review of the Literature

História, abordagens e tendências da saúde mental comunitária na América Latina: revisão integrativa da literatura

Ernesto Córdoba-Castro, MD, MSc^{1*}

Dora María Hernández-Holguín, MSc, PhD²

Recibido: 29 de febrero de 2024 • **Aprobado:** 10 de septiembre de 2024

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.14251>

Para citar este artículo: Córdoba-Castro E, Hernández-Holguín DM. Recorrido histórico, enfoques y tendencias de la salud mental comunitaria en Latinoamérica: revisión integrativa de la literatura. Rev Cienc Salud. 2024;22(3):1-28. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.14251>

Resumen

Objetivo: explorar el desarrollo del concepto de *salud mental comunitaria* en Latinoamérica, enfocándose en sus conceptualizaciones teóricas y teniendo en cuenta sus contextos académicos y sociopolíticos. **Metodología:** revisión integrativa de la literatura en las bases de datos de Scopus, SciELO y Redalyc, y en fuentes externas a partir de la utilización de términos DeCS. **Resultados:** se analizaron 69 registros, en los cuales se evidenció que el término de salud mental comunitaria en Latinoamérica ha sido un concepto dinámico en constante transformación y que su significado depende del momento histórico y la perspectiva gnoseológica en el que se utilice. **Conclusión:** la hegemonía del modelo biomédico y psiquiátrico, la replicación de lógicas asilares, las nociones de salud mental desde la enfermedad y el ejercicio

1 Máster en Salud Mental Comunitaria, Universidad El Bosque (Colombia). Médico general, Universidad del Rosario (Colombia).

2 Doctora en Salud Pública, Universidad de Antioquia (Colombia). Máster en Salud Pública con énfasis en Salud Mental, Universidad de Antioquia. Psicóloga, Universidad San Buenaventura (Colombia).

Ernesto Córdoba-Castro, ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1433-3863>

Dora María Hernández-Holguín, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1050-6625>

* Autor de correspondencia: ecordobac@unbosque.edu.co

de poder de los gobiernos sobre las comunidades son considerados desafíos persistentes para la implementación de modelos comunitarios efectivos y pertinentes en salud mental en Latinoamérica.

Palabras clave: salud mental; servicios comunitarios de salud mental; Latinoamérica; planificación en salud comunitaria; revisión sistemática.

Abstract

Objective: To explore the development of the concept of Community Mental Health in Latin America, focusing on its theoretical conceptualizations and considering its academic and sociopolitical contexts. *Methodology:* An integrative review of the literature was conducted in the databases Scopus, SciELO and Redalyc and in external sources using MeSH terms. *Results:* 69 records were analyzed and showed that the term Community Mental Health in Latin America has been a dynamic concept in constant transformation and that its meaning depends on the historical moment and the gnoseological perspective in which it is used. *Conclusion:* The hegemony of the biomedical and psychiatric model, the replication of asylum logics, the notions of mental health from disease, and the exercise of power of Governments over communities are considered persistent challenges for the implementation of effective and relevant community models in mental health in Latin America.

Keywords: mental health; community mental health services; Latin America; community health planning; systematic review.

Resumo

Objetivo: explorar o desenvolvimento do conceito de saúde mental comunitária na América Latina, focando em suas conceituações teóricas e considerando seus contextos acadêmicos e sociopolíticos. *Metodologia:* foi realizada revisão integrativa da literatura nas bases de dados Scopus, SciELO e Redalyc, bem como em fontes externas com base no uso de termos do DeCS. *Resultados:* foram analisados 69 registros, que mostraram que o termo “saúde mental comunitária” na América Latina tem sido um conceito dinâmico em constante transformação e que seu significado depende do momento histórico e da perspectiva gnoseológica em que é utilizado. *Conclusão:* a hegemonia do modelo biomédico e psiquiátrico, a replicação das lógicas asilares, as noções de saúde mental baseadas na doença e o exercício do poder dos governos sobre as comunidades são considerados desafios persistentes para a implementação de modelos eficazes e relevantes de saúde mental comunitária na América Latina.

Palavras-chave: saúde mental; serviços comunitários de saúde mental; América Latina; planejamento de saúde comunitária; revisão sistemática.

Introducción

El reconocimiento de la importancia de la salud mental en la vida de las personas y comunidades se ha sintonizado con la crítica a las lógicas asilares de la psiquiatría tradicional y la institucionalización de la definición de salud mental por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1950 (1). Desde entonces, en todo el mundo han predominado las ideas de la psiquiatría comunitaria, que orientan los modelos sanitarios y las políticas públicas en salud mental hacia la desinstitucionalización y la implementación de estrategias comunitarias para el tratamiento de los trastornos mentales (2).

En Latinoamérica, la salud mental ha estado influida por un modelo biomédico y positivista derivado de la psiquiatría comunitaria, principalmente en contextos institucionales y gubernamentales (2,3). Sin embargo, desde la década de los ochenta, gracias a luchas sociales y nuevas disciplinas académicas, han surgido tanto entendimientos de la salud alejados de la enfermedad como procesos de reivindicación de saberes populares y transformación social, impulsados por disciplinas como la psicología comunitaria latinoamericana (4).

Estas luchas han desafiado las visiones epidemiológicas y centradas en el trastorno mental de la psiquiatría comunitaria y les han otorgado un papel activo a las comunidades en el cuidado de su salud y la transformación de su realidad (4). La búsqueda por resignificar la salud mental, la comunidad y la participación comunitaria, contextualizándolas al entorno latinoamericano, ha influido en la implementación de políticas de salud mental con un enfoque más humanístico e integral desde finales del siglo xx (5).

Un ejemplo notable es la Declaración de Caracas de 1990, que abogó desde su discurso por la desinstitucionalización psiquiátrica y la adopción de enfoques fenomenológicos y comunitarios de rehabilitación psicosocial (6-9). No obstante, los modelos epidemiológico-comunitario (10) y comunitario de la oms (11) han reforzado los paradigmas biomédicos y farmacológicos en la comunidad existentes y limitado las estrategias de promoción de salud mental y participación comunitaria activa (2,12,13).

Estas tensiones, derivadas de las marcadas diferencias en las definiciones de salud, los modelos sanitarios y los grados de participación comunitaria, han convergido en el término *salud mental comunitaria* (SMC) en Latinoamérica. Como resultado, en la literatura se evidencian nociones heterogéneas sobre la SMC influenciadas por factores históricos, políticos y académicos propios de la región. Las diferencias en la comprensión de *salud mental* y *comunitario* entre las disciplinas académicas y los contextos institucionales donde se utiliza el término han dificultado su comprensión, al punto de configurarlo más como una hibridación de enfoques con marcos epistémicos diversos que como un concepto unificado (14,15).

La interpretación del término ha sido un problema general relacionado con la implementación de modelos comunitarios en salud mental y su adaptación cultural en diferentes momentos y territorios (3,16). Por lo anterior, desde una perspectiva hermenéutica, esta revisión busca trazar un recorrido histórico sobre cómo se ha utilizado el término SMC en Latinoamérica, considerando sus contextos históricos, académicos y sociopolíticos. Mediante la identificación de los sentidos y diferencias encontrados, se hace una propuesta de definición del término SMC, a modo de conclusión.

Método

La búsqueda de literatura se guio por las recomendaciones de López-Ríos et al. (17), para la escritura de un estado del arte y bajo un enfoque interpretativo-hermenéutico. Siguiendo recomendaciones anteriores sobre la búsqueda y selección de textos en una revisión documental (17), se elaboró un listado de palabras clave ajustadas a los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en español, inglés y portugués. Se seleccionaron los términos *salud mental*, *comunidad*, *Latinoamérica*, *planificación en salud comunitaria* y *políticas, planificación y administración en salud*. Se resalta que el término *salud mental comunitaria* no tiene uno asignado en los DeCS.

Inicialmente, se revisaron los primeros 50 artículos hallados, priorizados según su relevancia, en las bases de datos de PubMed, Scopus, SciELO, Redalyc y LILACS, adaptando las cadenas de búsqueda según los términos DeCS (tabla 1) y filtrándolas para seleccionar los artículos con origen latinoamericano.

Tabla 1. Cadenas de búsquedas utilizadas en las diferentes bases de datos

Base de datos	Cadenas de búsqueda
PubMed	((salud mental) AND (comunidad)) OR (salud mental comunitaria)
Scopus	("salud mental") AND ("America Latina") AND ("comunidad") OR ("comunitario") AND (LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Chile") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Mexico") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Colombia") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Argentina") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Peru") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Brazil") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Cuba") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Ecuador") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Costa Rica") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Venezuela") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Uruguay") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Guatemala") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Puerto Rico") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Paraguay") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Panama") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Honduras") OR LIMIT-TO (AFFILCOUNTRY, "Bolivia"))
SciELO	((salud mental) AND (comunidad) OR (Planificación en salud comunitaria) OR (Políticas, planificación y administración en salud)) AND (America Latina)
Redalyc	("salud mental") AND ("America Latina") AND ("comunitario") OR ("comunidad")
LILACS	salud mental [Palabras] and comunidad [Palabras]

Los criterios de inclusión abarcaron artículos originales y revisiones de tema de acceso libre en español, inglés o portugués, indexados en las bases seleccionadas, que ofrecieran nociones de la SMC desde una perspectiva académica o institucional-gubernamental con origen latinoamericano. Se excluyeron artículos centrados en experiencias de intervenciones y estudios cualitativos o cuantitativos de naturaleza empírica.

En una búsqueda inicial se evaluaron títulos y resúmenes de los primeros 50 artículos en cada base de datos. Los artículos de Scopus, SciELO y Redalyc se seleccionaron para la revisión completa. Se eliminaron los registros duplicados y se aplicaron criterios de inclusión/exclusión, a fin de evaluar la elegibilidad del texto completo. Además, se incluyeron otros

registros, por búsqueda externa, en fuentes diferentes a las definidas para esta revisión o al ser identificados en las referencias de los registros revisados.

Se utilizó un enfoque de síntesis y análisis cualitativo de textos mediante la revisión de títulos, palabras clave y resúmenes. Se emplearon fichas bibliográficas para recopilar datos bibliométricos, objetivos, perspectivas teóricas frente a la SMC, datos históricos, relación con políticas públicas, síntesis del texto y citas bibliográficas. Después de sistematizar los resultados, se procedió al análisis y discusión de tendencias y enfoques de SMC en Latinoamérica, que se presentan a partir de categorías emergentes propuestas por los autores.

La figura 1 muestra el flujo de la revisión ejecutada. La búsqueda en Scopus, SciELO y Redalyc arrojó 2467 registros, de los cuales resultaron 2372, al eliminar los duplicados. Adicionalmente, se incluyeron 46 registros por “búsqueda en otras fuentes”. Posterior a la selección mediante la lectura de títulos y resúmenes, se evaluaron un total de 169 registros, de los cuales 69 fueron incluidos, 50 de la búsqueda inicial y 19 de otras fuentes. Las principales razones para la exclusión fueron: a) presentaban orígenes teóricos o procesos de transformación de las profesiones con la reforma psiquiátrica, b) se trataban de estudios cuantitativos y epidemiológicos sobre salud mental y c) presentaban resúmenes de experiencias locales de implementación de modelos comunitarios en salud mental.

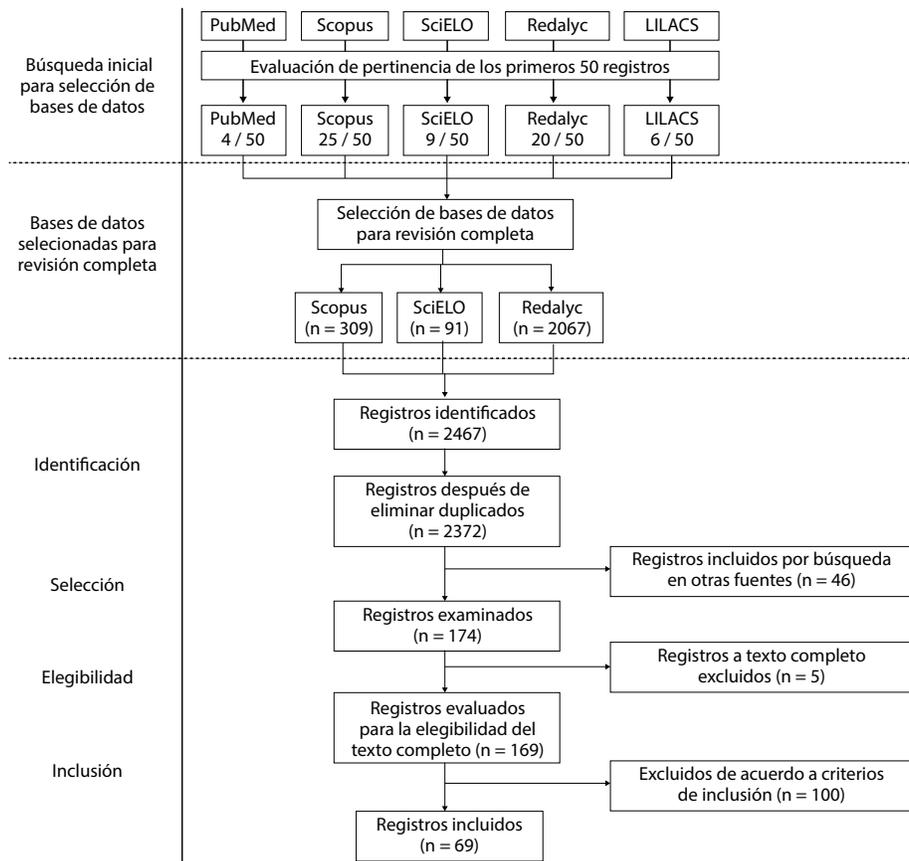


Figura 1. Proceso de búsqueda

El rango de fechas de publicación fue de 1973 a 2023, y se evidenció un mayor número de registros académicos en países como Chile, Argentina, Colombia y Perú, y desde un enfoque institucional por la OMS/Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las figuras 2 y 3 resumen la cronología y procedencia geográfica de los textos recopilados. Los registros con un origen institucional fuera de contextos académicos independientes se catalogaron como OPS/OMS.

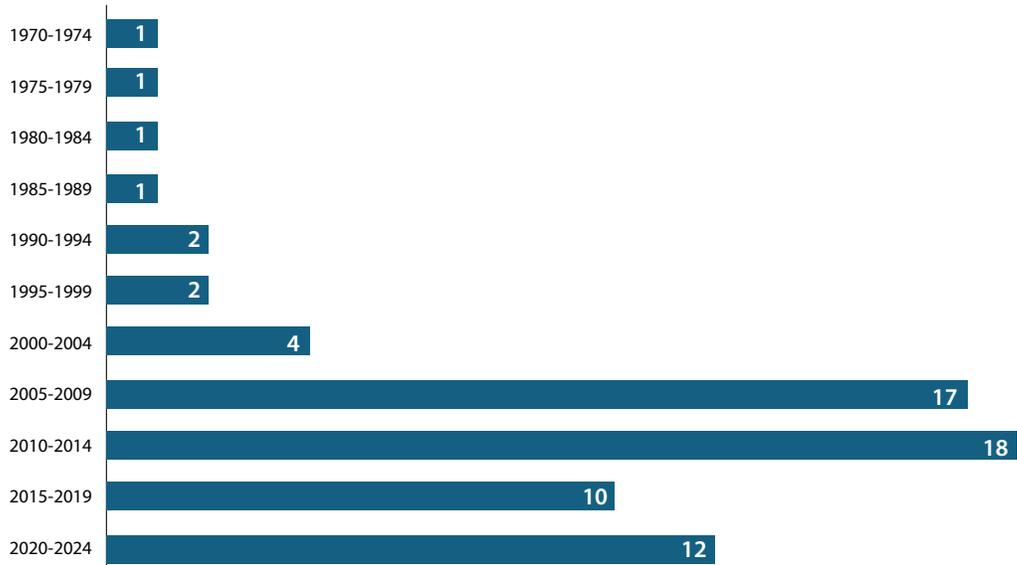


Figura 2. Distribución cronológica por quinquenios de los textos recopilados



Figura 3. Origen geográfico de los textos recopilados

Desarrollo

Antecedentes internacionales de la salud mental comunitaria

El término SMC no se origina en Latinoamérica. Este surge en Estados Unidos con la promulgación del Community Mental Health Act de 1963, donde se crean los centros comunitarios de salud mental (18,19). Esta ley resulta de la convergencia de dos elementos: primero, las acciones de organismos internacionales como las Naciones Unidas y la OMS tras la Segunda Guerra Mundial, con la adopción de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948 (20), y la definición de salud mental más allá de la ausencia de trastornos psiquiátricos, considerando factores sociales y biológicos (1). Y, segundo, las consecuencias de la posguerra y el desarrollo del modelo de estado de bienestar, donde los Estados implementaron intervenciones costo-efectivas para garantizar servicios esenciales y reducir las desigualdades en la atención sanitaria (21).

Además, las críticas al modelo psiquiátrico asilar y los avances en salud mental, como la psicoterapia institucional francesa y la comunidad terapéutica inglesa, fomentaron una nueva psiquiatría centrada en la desinstitucionalización y el reconocimiento de los derechos humanos (9). De esta forma, la noción de SMC empleada en esta ley buscaba reorientar el enfoque terapéutico de la psiquiatría del momento y acercar el ejercicio médico a la comunidad mediante tratamientos ambulatorios, servicios de hospitalización parcial y programas educativos (18,19). Sin embargo, a pesar de sus pretensiones humanísticas, se terminaron replicando lógicas de dominio de los cuerpos mediante la extensión del poder psiquiátrico en la sociedad para el “control” de la enfermedad en los territorios (22).

Prefacio para la presentación de los resultados de la revisión

Después de explicar la génesis del término SMC, mediante un recorrido histórico, se resumen los sentidos, los enfoques y las diferencias de su uso en Latinoamérica. Las categorías presentadas adelante no son necesariamente rígidas o secuenciales y develan la complejidad y las contradicciones de la historia latinoamericana. Las diferencias varían según la agrupación social que lo adopta (profesionales, académicos, comunidad, Estados u organizaciones internacionales) y la interpretación de salud mental y comunidad empleados.

Primeras experiencias de la psiquiatría comunitaria en Latinoamérica

Durante la primera generación de reformas de salud en el mundo, Latinoamérica experimentó transformaciones organizacionales en sus sistemas de salud. A finales de la década

de 1960 e inicios de la de 1970, se establecieron sistemas nacionales de atención y seguros sociales que marcaron el surgimiento de nuevos hospitales psiquiátricos (23).

No obstante, la OPS lideró seminarios y reuniones sobre salud mental en la región, en los cuales se abordaron temas como la integración de la salud mental en políticas públicas y la exploración de alternativas al hospital psiquiátrico, mediante programas y servicios comunitarios, con énfasis en enseñanza, investigación y asistencia (24,25). Esta primera serie de encuentros culminó en el Plan Decenal de Salud para las Américas de 1972 (26), que oficializó un discurso influenciado por la psiquiatría comunitaria estadounidense y que comprendía la salud mental desde el diagnóstico y atención de enfermedades pero desplazando la atención del hospital psiquiátrico (27,28).

Como resultado, se reconfiguraron los sistemas de salud y se buscó transferir la atención psiquiátrica hacia hospitales generales (29). Se establecieron ministerios de salud pública y divisiones de salud mental en estructuras gubernamentales, ejemplificados por casos como Cuba (30), México (31) y Colombia (29). A pesar del interés gubernamental, la implementación de las reformas fue lenta y carente de apoyo estatal real. Por esta razón, las primeras experiencias comunitarias en salud mental fueron experimentales y discontinuas (27,32).

Bajo el paradigma psiquiátrico-biomédico de salud mental predominante, instituciones independientes llevaron a cabo programas comunitarios en ciudades como Ciudad de México (México), Cali (Colombia), Santiago (Chile) y Córdoba (Argentina), basadas en detección temprana, tratamiento psiquiátrico en entornos comunitarios e investigación epidemiológica (24).

Introducción del término salud mental comunitaria en Latinoamérica

Los primeros registros que presentaron explícitamente el término SMC en Latinoamérica, redactados por Calderón-Narváez, en 1973 (33), y por León, en 1976 (32), criticaron los modelos asistenciales y psiquiátricos tradicionales. Aunque no ofrecen una definición precisa del término, sugieren su comprensión desde la “atención psiquiátrica comunitaria”, propuesta por León, que articula propuestas de la psiquiatría comunitaria con la salud pública.

Calderón-Narváez destaca la experiencia mexicana y la nueva psiquiatría comunitaria, donde la desinstitucionalización, las intervenciones comunitarias y la prevención y detección temprana de enfermedades fueron claves para la transformación de la atención psiquiátrica (33). León, por su parte, reconoce la importancia del diagnóstico y tratamiento en la comunidad y destaca nuevas conceptualizaciones de salud mental que disminuían el predominio de la enfermedad y reconocían las circunstancias sociopolíticas, económicas, geográficas y ecológicas de las comunidades en el bienestar de las personas (32).

Estos primeros registros intentan conectar paradigmas emergentes de salud mental y salud pública con las discusiones académicas y organizacionales de la época. En eventos

como el Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental de 1974 (34) y el Seminario sobre Perspectivas para la Salud Mental en Latinoamérica de la OPS, en 1978, se hizo hincapié en la desinstitucionalización psiquiátrica. Se volvió a recomendar la integración de la atención en salud mental a los servicios generales de salud y se fomentó la colaboración de organismos sociales no médicos y la formación de grupos multidisciplinarios (24).

Las recomendaciones se implementaron gradualmente y se recopilaron las siguientes experiencias:

- Argentina: se adoptaron modelos basados en la psiquiatría comunitaria. Se buscó trasladar la salud mental hacia la comunidad, mediante actividades de promoción de la salud individual y colectiva y la investigación de sus factores socioeconómicos y culturales relacionados (35).
- Brasil: la primera etapa de la reforma psiquiátrica buscaba alternativas al hospital psiquiátrico, mediante pequeñas experiencias locales de “comunidades terapéuticas” y proyectos de base comunitaria (36).
- México: se establecieron servicios de urgencias y hospitalización parcial, además de unidades comunitarias en centros de salud pública como crítica al modelo estadounidense que las aislaba de la atención general (33).

A pesar de estos intentos, los programas eran sectorizados, centrados en la asistencia psiquiátrica, limitados a áreas urbanas y con asignación limitada de recursos (37). Sin embargo, lo más destacado de este periodo está en el texto de León y la experiencia argentina, los cuales se recopilaron posteriormente en la Declaración de Alma Ata de las Naciones Unidas: los determinantes sociales de la salud y la adopción de estrategias de atención primaria en salud.

Crítica a la salud mental comunitaria

Antes de empezar, se menciona que acá se corta con la secuencialidad presentada y se emprende un recorrido en paralelo con el apartado anterior. Esta sección se adentra desde la crítica latinoamericana hacia lo entendido entonces por SMC, que se distancia de las perspectivas hegemónicas.

El escaso apoyo estatal a los procesos de transformación sanitaria mencionados puede explicarse por el contexto sociopolítico de la época. Desde mediados de los años setenta, gran parte de Latinoamérica estaba bajo regímenes dictatoriales, con violaciones sistemáticas de los derechos humanos, represión política y crímenes de Estado. Se controló violentamente la expansión de organizaciones populares democráticas o de izquierda, al tiempo que predominaban gobiernos

militares que restringían las libertades individuales y comunitarias. Estados Unidos colaboró y financió estas dictaduras, como se evidenció en el Plan Cóndor, destinado a frenar el avance comunista durante la Guerra Fría.

Ante la violencia y represión, sumadas la pobreza e inequidad, se gestaron procesos sociales y académicos que resultaron, entre otras cosas, en la consolidación de la psicología comunitaria latinoamericana. Esta, en contraposición a la psiquiatría comunitaria y la psicología comunitaria estadounidense (19), se fundamentó en teorías como la psicología de la liberación, la educación popular de Freire, el desarrollo socioeconómico, entre otras. Desde sus inicios, reprueba el término *SMC*, al considerarlo una expresión del poder estatal e institucional sobre las comunidades, limitado exclusivamente a su enfoque clínico y restringido en el nivel de participación comunitaria (4,38-40).

Con una posición política orientada a dinamizar la transformación social basada en una participación comunitaria activa (40), la psicología comunitaria latinoamericana incorpora el término de *SMC* desde su crítica explícita, como lo mencionó textualmente Maritza Montero: “en Norteamérica como hemos visto, se plantea una Psicología Comunitaria, pero su orientación es predominantemente la de una psicología para la Salud Mental Comunitaria, o como una rama de la Psicología Clínica” (4).

De esta manera, se estructuró una disciplina académica que se distanció de lo conocido por *SMC*. Aunque no se encontró literalmente en los registros, podría interpretarse que nace como contraposición a las miradas estadounidenses y al poder estatal de las dictaduras. Además, se buscaron nuevas comprensiones de la realidad desde lo latinoamericano y la superación de paradigmas hegemónicos primermundistas.

Las principales críticas al término de *SMC* desde la psicología comunitaria latinoamericana fueron:

- Enfoque en el déficit: la realidad se concebía desde el déficit individual y comunitario y se requería la formulación de políticas y programas de servicios de salud como complemento (38).
- Perspectiva clínica y medicalización: la noción predominante de salud mental, derivada de la psiquiatría, sustentaba un modelo positivista que otorgaba a los profesionales clínicos un poder de decisión sobre las personas y comunidades (4).
- Falsa desinstitucionalización: se generaba una apariencia falsa de desinstitucionalización, que resultaba en una “puerta giratoria” donde las personas reingresan cíclicamente al sistema sanitario, debido a una pobre implementación de actividades terapéuticas comunitarias (19).

- Desvinculación de las necesidades reales: la selección y priorización de problemas ape- laba a una participación comunitaria pasiva. La interpretación externa de instituciones o expertos no se vinculaban necesariamente con las necesidades comunitarias (40).
- Participación comunitaria restrictiva: la participación era restrictiva y una manera de reafirmar las jerarquías sociales. Se priorizó la adaptación humana a sus entornos en lugar de transformar directamente factores estructurales (41).

Hacia los determinantes sociales de la salud y la reestructuración de la atención psiquiátrica

En este apartado se destaca el impacto de posturas a favor del estudio de los factores estruc- turales, socioeconómicos y culturales en la salud mental, así como las críticas al modelo predominante centrado en los trastornos. Estas posturas se manifiestan en la Declaración de Alma Ata de 1978 (42), que origina el modelo de determinantes sociales de la salud. Este reconoce la influencia de las condiciones sociopolíticas y económicas en la salud poblacional y aboga por la reestructuración de los sistemas sanitarios (43).

Desde el paradigma de atención primaria de la salud, se busca descentralizar la atención y reconocer la participación comunitaria en la promoción del bienestar individual y colectivo. Se articula la salud mental con la general, se considera la salud desde una perspectiva posi- tiva y se recomiendan actividades de promoción y prevención desde el diálogo comunitario desde los discursos oficiales (44).

En la salud mental se inician críticas al modelo centrado en los trastornos desde múltiples perspectivas (45). Comienza una transformación de las percepciones sobre la enfermedad mental, que posteriormente serían contradictorias, influida por teorías como la antipsi- quiatría y la atención primaria en salud, así como por experiencias como la psiquiatría democrática italiana. Se destaca la consideración de los determinantes sociales de la salud mental y una mayor participación de las ciencias sociales (28).

En el ámbito internacional (28), se adoptan declaraciones como la Declaración de las Naciones de los Derechos del Retrasado Mental, en 1971 (46), y de los Derechos de los Impedidos, en 1975 (47), incluso antes de la Declaración de Alma-Ata. Además, desde la Federación Mundial de la Salud Mental se redacta la Declaración sobre Derechos y Protección Legal de los Enfermos Mentales, de 1989 (48).

Aunque estas discusiones y avances se orientaban hacia un modelo sanitario y orga- nizational innovador, no era una tarea fácil intervenir en las condiciones estructurales que afectaban a las poblaciones. Los procesos de dictaduras, que culminaron a finales de los años ochenta, dificultaron la consolidación de la atención primaria en salud. Los pocos avances en salud mental no trascendieron, como en la “salud general”. La implementación de programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud fue lenta, tanto que

estas dificultades se reconocieron en la Carta de Ottawa en 1986 (49), donde se propuso el objetivo mundial de “Salud para todos en el año 2000” (22).

A finales de la década de 1980 y principios de la de 1990, a pesar de la valoración de la participación comunitaria, predominaba lo institucional y lo clínico con un enfoque desde la psiquiatría comunitaria en el entendimiento de la smc. La falta de políticas públicas concretas y la incertidumbre legal obstaculizaron los cambios propuestos y relegaron la participación comunitaria a segundo plano (50).

La Declaración de Caracas

La Conferencia Regional sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, auspiciada por la ops en 1990, estableció nuevas orientaciones en la salud mental. Resultado de esta Conferencia, la Declaración de Caracas (51) subrayó la importancia de integrar la salud mental en la atención primaria y reducir el predominio de los hospitales psiquiátricos (25). Lo anterior, basado en los valores de permanencia del enfermo en su comunidad, una atención psiquiátrica ligada a la atención primaria y el respeto de los derechos humanos.

A partir de esta Declaración, la mirada institucional criticó el modelo clínico y viró hacia el “modelo epidemiológico-comunitario”. Este reconocía la salud y la enfermedad como elementos diferenciados y priorizó la promoción de la salud mental y la participación comunitaria. Propuso la planificación de estrategias basadas en hallazgos epidemiológicos obtenidos de estudios poblacionales (10).

El modelo de atención basado en la comunidad, inspirado en los principios de Thornicroft y Tansella, buscó reducir hospitalizaciones prolongadas, desarrollar redes de servicios comunitarios e integrar familias, cuidadores informales y organizaciones comunitarias en la atención (52). Este nuevo modelo se sustentó en la desinstitucionalización, la promoción del autocuidado, la atención informal y la inclusión de la salud mental en la atención primaria (52,53). Además, algunos de sus principios fueron vanguardistas: valorar los recursos de salud intrínsecos de las personas y comunidades, formular programas fuera del diagnóstico individual y difundir conocimientos a sectores no profesionales de la comunidad (54).

El enfoque comunitario se fortaleció gracias a la formación de nuevos Estados democráticos, que priorizaron intervenciones frente a la pobreza y la desigualdad. Se gestó un enfoque innovador que incorporaba procesos psicosociales comunitarios, especialmente en grupos vulnerables, y se estableció una interrelación entre el gobierno, las instituciones públicas y las organizaciones sociales (55).

Brasil fue un ejemplo destacado en esta etapa de reforma psiquiátrica. Incluso antes de la Declaración de Caracas, ya se pretendía la desinstitucionalización, inspirada por la psiquiatría democrática italiana, las movilizaciones sociales y las producciones teóricas tras el fin de la dictadura (56). En 1992 se implementaron estrategias concretas para la desinstitucionalización, al

restringir nuevas hospitalizaciones psiquiátricas, financiar servicios comunitarios y expandir la red de salud mental ambulatoria (36).

Las políticas públicas y el interés estatal frente a la salud mental

La “segunda fase de la reforma psiquiátrica” en Latinoamérica se caracterizó por reformar los servicios de salud mental y estructurar políticas nacionales de salud mental. Se implementaron programas bajo los siguientes preceptos: a) integración de servicios de salud mental en la atención primaria en Chile, Cuba, El Salvador, Guatemala y Panamá, y b) desarrollo de experiencias de servicios de salud mental en la comunidad en Argentina, Brasil, Belice y Jamaica (27).

En este periodo, las concepciones sobre SMC fueron diversas e imprecisas, y resultaron en estrategias diversas entre sí, pero que priorizaron generalmente: a) integrar la atención de salud mental en la atención primaria, b) desarrollar una red de servicios de salud mental en la comunidad o c) desactivar los hospitales psiquiátricos y crear programas residenciales y de rehabilitación comunitarios (57).

Tal vez, esta multiplicidad de abordajes resultó de la inexactitud de la Declaración de Caracas y las diferentes interpretaciones posibles a su cuarto apartado: “(Declaran) 4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que: a) aseguren el respeto de los DD. HH. y civiles de los enfermos mentales, b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento” (51).

Pese a esto, pocos países habían formulado políticas públicas en salud mental posterior a la Declaración. En 1998, el Consejo de Gobierno de la OPS discutió la necesidad de formular planes nacionales de salud mental con enfoque comunitario y de incluir servicios de salud mental en todos los seguros médicos. Además, sugirió cambiar los currículos académicos para formar profesionales en salud mental acorde a nuevos paradigmas como la atención primaria en salud y enfoques multidisciplinarios (25).

Como vemos, en el periodo que comprende la mitad de los años noventa y los primeros años del nuevo milenio, predominaron las voces institucionales frente a la reestructuración organizacional y jurídica de la atención, con énfasis (al menos en los discursos) hacia lo comunitario. En ese momento se dio una conversación entre paradigmas como el de salud pública, el psicosocial y el holístico con el biomédico, el cual seguía siendo hegemónico.

Esta prevalencia de lo institucional y el auge de la reestructuración de la atención psiquiátrica, probablemente, sean la causa de la disminución en el número de registros que presentaran textualmente el término SMC, tanto en escritos del momento como en los posteriores de recopilación histórica. Solo dos registros académicos abordaron la SMC: el de León (24), ya mencionado, y el de Méndez (58), quien criticó la subordinación de la salud a la enfermedad y que los enfoques comunitarios hasta el momento se habían centrado en

programas estereotipados de prevención. Además, destacó la necesidad de acciones comunitarias que favorecieran el desarrollo humano, tanto individual como colectivo, basado en el concepto de *red social* de Elkaim.

Esta prevalencia de lo institucional, junto a los avances teóricos y políticos, se tradujo en la “Primera ola de políticas públicas y legislaciones en salud mental en Latinoamérica”. Aunque la mayoría de los países seguían inmersos en modelos biomédicos (12), algunos propusieron alternativas más integrales:

- Brasil: inició la reforma psiquiátrica con la implementación del primer Centro de Atención Psicosocial (CAPS) y la reglamentación del Sistema Único de Salud, en 1990. La Ley 10216 de 2001 consolidó la desinstitucionalización psiquiátrica (36) y generó una expansión territorial de los CAPS, cuyos objetivos eran brindar atención ambulatoria a personas con trastornos mentales severos y promover la inclusión social y la producción de salud en las comunidades (59).
- Chile: en 1993, se redactó la Primera Política Nacional de Salud Mental, la cual facilitó la desinstitucionalización con la creación de hospitales de día y hogares grupales (60). El Plan Nacional de Salud Mental de Chile, en 1998 (reformulado en 2002), buscó favorecer el desarrollo humano mediante el acceso universal a la atención psiquiátrica y servicios de salud mental multidisciplinarios a través del reconocimiento de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de las personas (61).
- Córdoba (Argentina): el Plan Federal de Salud Mental de Córdoba (2004) buscó modificar las concepciones culturales sobre enfermedad mental y el enfermo, y promovió una transformación cultural y la garantía de los derechos humanos. Destacó la participación comunitaria, la construcción colectiva de la salud mental y la utilización de activos comunitarios y familiares (35).

La preponderancia de la psiquiatría comunitaria y la segunda ola de políticas públicas

A inicios del siglo XXI, la falta de precisión en las perspectivas de atención comunitaria en salud mental se abordó con la propuesta de “El modelo comunitario de la OMS”, que estableció siete recomendaciones clave para su implementación. Este modelo reconoció como esencial la participación activa del personal sanitario, sectores no médicos de la sociedad y los interesados directos. Se enfocó en la integración social, conservación de redes de apoyo, establecimiento de servicios comunitarios, integración en la atención primaria, promoción del autocuidado y colaboración con servicios comunitarios no formales, con el fin de reducir hospitalizaciones y favorecer tratamientos en entornos comunitarios (11).

La OPS y la OMS impulsaron iniciativas en pro de la salud mental, como la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 (62) y el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud (mhGAP) (63), en 2008. Estas iniciativas buscaban estudiar los determinantes socioeconómicos de la salud, reducir desigualdades en el cuidado y acceso a sistemas sanitarios y facilitar intervenciones de profesionales de atención primaria para mejorar la atención de personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (5).

En esta época, la SMC continuaba siendo determinada por los conceptos de la psiquiatría comunitaria, con algunas precisiones sobre la integración social. En palabras textuales de Ardila y Galende, “Salud mental en la comunidad es también un proyecto en construcción, es decir, se trata de un giro de la atención psiquiátrica” (64). Los autores pusieron el relieve en los servicios comunitarios y precisaron en la consideración del sujeto en toda su dimensión, el respeto por la agencia de los “enfermos” como sujetos activos y la inclusión de sus familias en las decisiones terapéuticas.

A pesar de estas adiciones, la mayoría de los enfoques consideraban la salud mental desde la perspectiva del “trastorno” y la “atención de los enfermos”. Sin embargo, hubo excepciones, como la conceptualización del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos en Perú, que adoptó una posición distante. Este grupo consideró la SMC desde el mejoramiento gradual de las condiciones de vida comunal, y se logrará mediante actividades integradas y planificadas que incluyan la protección y promoción de la salud mental, la prevención de problemas psicosociales y la recuperación de los vínculos personales, familiares y comunitarios dañados por la pobreza, la inequidad y el conflicto armado (65).

Esta noción consideró la salud mental desde una perspectiva positiva, más allá de la ausencia de trastornos, y destacó la participación comunitaria activa en la transformación social. Adoptó la promoción de la salud desde una perspectiva histórica y el reconocimiento de los recursos comunitarios como las principales fuentes del mejoramiento o mantenimiento de la salud comunitaria (65).

Desde estas concepciones, donde prevalecían las posturas de la psiquiatría comunitaria, se dio lugar a una “Segunda ola de políticas públicas y legislaciones en salud mental en Latinoamérica”, con reformas en Brasil, Colombia, Chile y Uruguay, y nuevos procesos en Argentina y Perú:

- Argentina: la Ley Nacional de Salud Mental y el Plan Nacional de Salud Mental de 2010 propusieron una reestructuración del modelo de atención y oficializaron la desinstitutionalización y los enfoques comunitarios. Se cuestionaron las categorías diagnósticas internacionales y se promovió una orientación comunitaria bajo enfoques de derechos humanos, la interculturalidad y la interdisciplinariedad. Se buscó una orientación comunitaria a nuevas categorías como los síndromes culturales y el sufrimiento (66,67).

No obstante, se siguieron desarrollando dispositivos comunitarios para el tratamiento de personas diagnosticadas con enfermedad mental desde nuevas modalidades como talleres artísticos y productivos grupales y comunitarios (68).

- Perú: aunque se aprobó el Plan Nacional de Salud Mental en 2006, la verdadera reforma se estructuró en 2012, mediante la Ley 29889. Esta respondió a la carga de trastornos mentales y a la fragmentación del proceso de promoción, prevención, atención y rehabilitación (69). Se consolidaron los centros de salud mental comunitario, dispositivos comunitarios interdisciplinarios con metodologías diversas según las condiciones locales (70).

Crítica y cuestionamiento al modelo comunitario institucional

Hasta el momento, la única mirada crítica al término de SMC surgió de la psicología comunitaria latinoamericana, varias décadas atrás. Sin embargo, con la prevalencia de la psiquiatría comunitaria y la implementación inadecuada de las políticas públicas propuestas, se estructuraron posiciones críticas no precisamente al término de SMC, sino hacia las formas como se intentaron y se han intentado implementar modelos comunitarios en salud mental. Un aspecto crucial de estas consideraciones se recopila en lo planteado por Lopera, cuando menciona:

Las formulaciones, recomendaciones y políticas de la OMS en el campo de la salud mental están centradas en los determinantes sociales en salud y en el enfoque de los DD.HH. La gran mayoría de los documentos [...] toman la salud como ausencia de enfermedad, así expresen lo contrario. Es frecuente que se proponga hablar de salud mental y, a continuación, se expongan la distribución de los trastornos mentales, su prevalencia, modos de intervención, entre otros aspectos. (22)

Muestra de esto es el Programa mhGAP, el cual se centra en los trastornos mentales y no ofrece acciones para miradas positivas de la salud mental. Por otro lado, se ha debatido que las políticas públicas no consideran las situaciones de pobreza e inequidad de la población y la responsabilidad del Estado en los determinantes sociales, además de un escaso financiamiento e insuficientes acciones para lograr intersectorialidad (3,16,71).

En este apartado de los resultados se recopilaron más registros frente a la categoría propuesta. Quince abordaron diferentes puntos de vista críticos frente al “modelo comunitario institucional”, pero con la tendencia a recalcar la hegemonía de los modelos biomédico, psiquiátrico y asistencial en la salud mental.

Las críticas a la implementación del modelo comunitario institucional se resumen en varios puntos clave:

- **Psiquiatrización excesiva:** el diagnóstico psiquiátrico es central en las políticas públicas, con una extensión de los paradigmas biomédicos y farmacológicos en la comunidad y la reproducción de lógicas asilares en entornos ambulatorios (12,13).
- **Ineficiente asignación de recursos:** la pobre asignación de recursos y la escasa planificación resultó en un traslado desordenado de los “nuevos crónicos” a entornos comunitarios sin los servicios necesarios y en un aumento de la “carga familiar o de los cuidadores” (44,72).
- **Problemas en la transición al modelo comunitario:** se mencionan problemas en la transición a un modelo comunitario, incluida la falta de infraestructura, escasez de recursos humanos, inadecuación de hospitales generales para la atención psiquiátrica y fragmentación de la atención en salud mental (29,73).
- **Contradicciones con lo “comunitario”:** se critica la contradicción entre los modelos propuestos y la noción de *comunitario*, donde la participación comunitaria ha sido más consultiva que orientada hacia la movilización social. Se ha observado escasa participación ciudadana en la formulación y seguimiento de políticas públicas y los enfoques psicosociales propuestos han resultado en intervenciones destinadas a transformar comportamientos individuales (74-77).
- **Falta de participación multidisciplinaria:** se destaca la poca participación de disciplinas distintas a la psiquiatría y la epidemiología en la formulación de políticas públicas (78).
- **Poca relevancia a otras formas de atención:** se critica la falta de consideración de otras formas de entender y atender la salud mental, como la atención comunitaria informal por grupos de voluntariado, organizaciones de autoayuda y entidades religiosas (79).
- **Poco relieve puesto en las transformaciones sociales:** se señalan los pobres esfuerzos para lograr transformaciones sociales alrededor de las nociones de la locura, lo que ha perpetuado la estigmatización y la supremacía del “cuerdismo” (80).

La salud mental comunitaria desde otras disciplinas y la superación del “modelo comunitario institucional”

Como se ha destacado, las críticas hacia los modelos comunitarios de salud mental se han centrado en su implementación desde las políticas públicas y en las concepciones del modelo comunitario institucional. Sin embargo, es relevante notar que el uso del término SMC ha evolucionado y lo han terminado adoptando diversas corrientes y disciplinas, incluida la psicología comunitaria latinoamericana, que inicialmente lo cuestionó. Un ejemplo es Maritza Montero, quien, después de haber expresado críticas al término, se refiere a la SMC como:

La salud mental comunitaria es una propuesta de comprensión y acción para mejorar las condiciones de vida de algunos grupos sociales que necesitan fortalecer su tejido social. Este es un esfuerzo en el que las personas en la comunidad son los agentes de acción y no están esperando simplemente recibir algo de personas externas a la comunidad. Los miembros de la comunidad son coautores de sus decisiones. El grupo de trabajo de salud mental está compuesto por estas personas y algunas personas externas. (81)

En el empeño por superar el modelo biologicista y el método empírico-positivista (8), desde la academia se incorporó a la conceptualización sobre la *SMC* propuestas de la misma psicología comunitaria latinoamericana y desde la medicina social/salud colectiva latinoamericana (82). Los discursos se centraron alrededor de la “teoría de redes” y se pasó a reconocer a las comunidades como una idea compleja, diferente de las miradas europeizantes tradicionales. Bajo esta concepción, la comunidad está constituida por un sistema de vínculos relacionales en constante tensión, donde se demuestran diferentes niveles de ejercicio de poder y donde los intercambios relacionales dinámicos entre sus integrantes buscan potencializar recursos y crear alternativas para la resolución de problemas (83,84).

De esta manera, se ha otorgado un nuevo papel a las comunidades en la *SMC*, pues son el componente principal del ejercicio de la salud mental. Se ha reconocido la importancia de los saberes comunitarios para la construcción conjunta del conocimiento, y se ha respetado la premisa de que las necesidades en salud mental y las decisiones deben surgir de procesos de movilización comunitaria, no ser impuestas por entidades externas (85,86). Así, se pretendió consolidar una real noción sobre lo psicosocial con el estudio de los fenómenos sociales, el planteamiento de acciones con la finalidad de empoderar a las personas y comunidades y la promoción de las capacidades y recursos individuales y comunitarios. Adicionalmente, se valoraron los aportes de otras disciplinas, como la economía, la antropología, la sociología, la psicología, entre otros (87).

Estos aportes teóricos han impulsado nuevas formas de redistribución de servicios, priorizando la promoción de la salud mental sobre la prevención del trastorno, las acciones comunitarias sobre las individuales y los servicios indirectos sobre los clínico-asistenciales (88). En consecuencia, la promoción de la salud mental logró desvincularse de la prevención de la enfermedad y fue definida, según Bang, como “un conjunto de acciones tendientes a la transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación hacia la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, fortaleciendo las redes comunitarias y generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados” (82).

Aunque persisten debates sobre el uso de *comunitario* o *colectivo* en estas nuevas conceptualizaciones (89), es evidente que la incorporación de nuevas teorías y la aceptación de otras disciplinas no tradicionalmente asociadas con la salud han intentado superar la tradición de la psiquiatría comunitaria, el modelo médico y su relación con el capitalismo y las miradas

gubernamentales que parecen distantes a las necesidades sociales. La influencia de estas teorías y enfoques se refleja en los esfuerzos por intervenir en condiciones históricamente descuidadas y en los que estamos en deuda como sociedad, como la violencia social y sus impactos en los lazos comunitarios (90).

Conclusiones

En el artículo se pretendió responder cuestionamientos que han surgido alrededor de la SMC, como el planteado por Hurley y Agrest sobre su explicación y funcionamiento (72).

El recorrido histórico revela que el término SMC en Latinoamérica se ha utilizado sin una definición explícita ni una categoría claramente establecida. Al intentar categorizarlo, la historia latinoamericana muestra que no puede considerarse un paradigma de salud, definido como una perspectiva filosófica y conceptual amplia que influye en la comprensión de la salud y la enfermedad (91). En cambio, la SMC parece alinearse más con las características de un modelo de salud, entendido como la implementación de un paradigma o la simplificación descriptiva de un conjunto de prácticas y métodos diseñados para abordar la atención en salud y el bienestar de una población (91).

Sin embargo, no existe un único modelo de SMC en Latinoamérica. Los contextos sociopolíticos, organizacionales y académicos que rodean el término muestran diferencias y tensiones entre los distintos paradigmas de salud mental y las múltiples concepciones sobre salud y comunidad. A diferencia de los modelos biomédico, de determinantes sociales de la salud y biopsicosocial, que responden exclusivamente a un único paradigma (biomédico, de salud pública y psicosocial, respectivamente), la SMC podría interpretarse como un modelo de salud mental en entornos comunitarios, cuya implementación varía según el paradigma utilizado.

En la historia reciente latinoamericana, las diferencias entre las nociones de SMC se hicieron más evidentes entre los discursos oficiales de organizaciones internacionales y gobiernos frente a los avances disciplinares académicos y la participación comunitaria. La primera, basada en un paradigma biomédico rígido sustentado en el diagnóstico psiquiátrico, con hegemonía de las teorías de la psiquiatría comunitaria y predominio de los enfoques centrados en la enfermedad y la jerarquía entre los saberes e instituciones. La segunda, determinada por múltiples paradigmas, como el psicosocial, holístico o salutogénico, necesariamente interdisciplinar, que entiende la salud desde miradas positivas con una participación comunitaria activa en la construcción de su propio bienestar.

Aunque es claro que separar los enfoques que han permeado el uso del término SMC no es completamente sensato, es una forma de resumir y exponer la distancia que ha existido entre la planificación institucional/gubernamental frente a los avances académicos y las necesidades comunitarias. La tabla 2 muestra un análisis comparativo que se presenta a

modo de resumen, pero que no refleja completamente la realidad, ya que esta no sigue lógicas dicotómicas estrictas y pudieron compartirse elementos de ambos enfoques en algunos momentos de la historia.

Tabla 2. Comparativo de los dos principales enfoques de la salud mental comunitaria en la historia latinoamericana

Organización social predominante	Organizaciones internacionales e instituciones gubernamentales	Comunidad y sectores académicos	
Disciplina científica predominante	Psiquiatría comunitaria.	Interdisciplinario.	
Contexto sociopolítico/hitos históricos relevantes	<ul style="list-style-type: none"> Plan Decenal de Salud de las Américas de 1972. Declaración de Alma-Ata de 1978. Carta de Ottawa de 1986. Declaración de Caracas de 1990. Olas de políticas públicas en salud mental en Latinoamérica. 	<ul style="list-style-type: none"> Lucha contra las dictaduras latinoamericanas. Conformación y consolidación de disciplinas académicas como la psicología comunitaria y la medicina social-salud colectiva latinoamericanas. Consolidación de las democracias. 	
Paradigma de salud predominante y modelos afines	<ul style="list-style-type: none"> Paradigma biomédico. Paradigma de salud pública. Modelo empírico-positivista. Modelo epidemiológico-comunitario. Modelo comunitario institucional. Modelo de determinantes sociales de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Paradigma psicosocial. Paradigma salutogénico. Paradigma holístico. Modelo biopsicosocial. Modelo de recursos generales de resistencia. Modelo de promoción de la salud. 	
Acciones predominantes en salud	Prevención y tratamiento de la enfermedad individual.	Promoción de la salud y las potencialidades individuales y comunitarias.	
Papel de los profesionales de salud frente a las comunidades	Intervención.	Acompañamiento.	
Tipo de participación comunitaria	Restringida/consultiva.	Activa/constructiva.	
Finalidad de la participación comunitaria	Garantizar su derecho a la toma de decisiones en el proceso de atención salud-enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> Transformación social. Movilización comunitaria. 	
Utilización del término SMC	Apropiación desde el discurso, pero sin otorgar una definición precisa durante la planificación e implementación de políticas y programas en salud mental.	Desaprobación Década de 1980: se critica explícitamente el término de SMC.	Apropiación Desde 2000 en adelante: se utiliza el término de SMC como crítica al modelo comunitario institucional.
Determinación de las prioridades en salud mental	Establecida por agentes externos a las comunidades o desde lecturas epidemiológicas clásicas.	<ul style="list-style-type: none"> Construcción conjunta. Validación y respeto de los saberes comunitarios. 	
Tipo de acciones comunitarias	<ul style="list-style-type: none"> Planeadas desde estudios epidemiológicos clásicos. Masivas, a gran escala y generalizadas. Rápidas y medibles cuantitativamente. Planeadas desde el enfoque de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> Inician con el acercamiento a la comunidad. Concertadas con la comunidad y dinamizadas por los profesionales. Son específicas para cada comunidad. Toman tiempo y medibles cualitativamente. 	

Continúa

Organización social predominante	Organizaciones internacionales e instituciones gubernamentales	Comunidad y sectores académicos
<p>Potencialidades y propósitos del modelo de SMC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estructurar un modelo de salud mental desinstitucionalizado. • Mejorar la atención sanitaria de personas con trastornos mentales. • Consolidar políticas y programas que permitan la asignación de recursos. • Expandir los servicios de salud mental ambulatorios y el acceso a psicofármacos. • Integrar la salud mental a la atención primaria. • Identificar tempranamente los trastornos mentales. • Reducir hospitalizaciones. • Favorecer los tratamientos en salud mental en entornos comunitarios. • Estudiar los determinantes socioeconómicos de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entender los fenómenos sociales que determinan el bienestar de los individuos y comunidades. • Superar la dualidad salud-enfermedad e incorporar una mirada positiva de la salud. • Superar los modelos “directos” de atención sanitaria. • Priorizar acciones comunitarias a través del fortalecimiento de vínculos sociales y la identificación de fortalezas y recursos. • Dinamizar los recursos comunitarios. • Acompañar los procesos de transformación social desde las profesiones. • Resignificar a las comunidades como agentes activos en el mantenimiento de su propia salud mental. • Entablar acciones con agentes intersectoriales no necesariamente relacionados con salud. • Establecer metas a mediano y largo plazo concertadas con la comunidad.
<p>Riesgos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se han adoptado las recomendaciones de organizaciones institucionales sobre la transición a modelos comunitarios. • Sus discursos respaldan la hegemonía del paradigma biomédico psiquiátrico. • Su enfoque está basado en el déficit de salud. • Predomina el diagnóstico psiquiátrico en la planificación de programas en salud mental. • Refleja una falsa noción de lo comunitario y de la participación comunitaria. • Se puede desvincular de las necesidades comunitarias reales. • Su enfoque se sustenta en la atención individual del trastorno. • Se otorga poca relevancia a formas de atención informales o tradicionales. • Se hace poco hincapié en las transformaciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta dificultades en la incidencia política en salud mental y organización territorial. • Es un campo en constante construcción que no establece rígidamente teorías o paradigmas. • En su interior hay una heterogeneidad de propuestas que pueden limitar su desarrollo. • Su ejecución y aplicación es más difícil, porque demanda un compromiso vincular con la comunidad. • Es variable según las intenciones profesionales, fundamentos teóricos empleados y los deseos comunitarios. • Sus metas, al no estar estandarizadas y no ser fácilmente medibles, pueden carecer de respaldo y seguimiento político e institucional.

Como se mencionó, las conceptualizaciones divergentes, influenciadas por diferencias gnoseológicas entre disciplinas académico-científicas y contextos institucionales, han dificultado la comprensión e implementación del concepto SMC. Pero, a modo de síntesis, se plantea una definición general de la SMC en Latinoamérica en los siguientes términos: salud mental comunitaria es un modelo en salud mental en un contexto comunitario, cuya explicación procedimental dependerá de los siguientes factores:

- El contexto sociopolítico, académico e histórico en el que se utilice.
- El paradigma de salud y las nociones empleadas sobre la salud mental y lo comunitario.
- El propósito y la organización territorial de los servicios de salud mental.
- El tipo de participación de los profesionales, entes informales y las comunidades en la implementación de estrategias.
- Los grados de intervención del Estado y de participación comunitaria reconocidos en la formulación, ejecución y evaluación de programas y políticas en salud mental.

Finalmente, es necesario referirse a consideraciones especiales encontradas. Tal como se ha descrito en estudios previos, la escasa publicación en la región sobre temas de salud mental puede influir en estos resultados y considerarse un posible sesgo de publicación. Este documento termina recopilando las perspectivas institucionales y académicas encontradas sobre SMC, reconociendo que los sentidos y enfoques de origen informal o comunitario posiblemente no se encuentren en artículos científicos o a partir de la metodología utilizada. Este elemento abre la puerta a futuras investigaciones sobre las conceptualizaciones de SMC recopiladas en fuentes diferentes y con perspectivas predominantemente comunitarias y enfoques desde lo cultural, étnico, género, entre otros.

En resumen, la evolución del término de SMC en Latinoamérica ha sido un viaje complejo y diverso, marcado por los contextos sociopolíticos, los desarrollos académicos y las luchas sociales. La hegemonía del modelo biomédico y psiquiátrico, la replicación de lógicas asilares, las nociones de salud mental desde la enfermedad y el ejercicio de poder de los gobiernos sobre las comunidades son considerados desafíos persistentes. A pesar de estas presiones, hay experiencias encaminadas hacia una comprensión más integral y participativa de la salud mental, la superación de estos desafíos y la incorporación de perspectivas alternativas, para abrir caminos hacia un enfoque más humanístico y efectivo de salud mental en las comunidades latinoamericanas, que se vean reflejados en políticas de salud mental en la región.

Contribución de los autores

Ernesto Córdoba-Castro: conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, administración del proyecto, visualización y redacción. Dora María Hernández-Holguín: conceptualización, metodología, administración del proyecto, supervisión, validación y redacción.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos en Higiene Mental. Informe de la segunda reunión. Ginebra, 11-16 de septiembre de 1950. Ginebra, Suiza; 1950.
2. Rodríguez JJ. Mental health care systems in Latin America and the Caribbean. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(4):317-24. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.500863>
3. Leiva-Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e158. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>
4. Montero M. La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Rev Latinoam Psicol*. 1984;16(3):387-400.
5. Alarcón RD. Salud mental en América Latina: luces y sombras. *Salus*. 2009;13:25-38.
6. Gofin J, Levav I. Diagnóstico comunitario. En: Organización Panamericana de la Salud. *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington, D.C.; 1992. p. 17-28.
7. Cardoso-Puchivailo M, Bertassoni-Da Silva G, Furtado-Holanda A. A reforma na saúde mental no Brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico. *Rev Abordagem Gest Phenomenol Stud*. 2013;19(2):230-9.
8. Camas-Baena V. Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e162. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>
9. Desviat M. Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educ Soc*. 2020;75:17-45.
10. Levav I. Introducción. En: Levav I. *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. xv-xix.
11. Funk M, Faydi E, Drew N, Minoletti A. Organización de los servicios de salud mental: el modelo comunitario en salud mental. En: Rodríguez JJ, Malvárez S, González R, Levav I, editores. *Salud mental en la comunidad*. 2.ª ed. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2009. p. 105-17.
12. Klein A. Las políticas de salud mental en México para niños, adultos y ancianos: mucho por hacer, mucho más por reflexionar. *O Social Questão*. 2016;19(36):89-104.
13. Cea-Madrid JC. Gasto público en prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en el modelo de salud mental comunitaria en Chile. *Saude Soc*. 2020;29(3):1-13. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190893>

14. Carrasco J, Yuing T. Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*. 2014;13(2). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-415>
15. Olivares-Aising D, Del Valle-Barrera M. Salud mental comunitaria: equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. *Psicoperspectivas*. 2019;18(2). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol18-Issue2-fulltext-1602>
16. Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández S, Rivera E, López S. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2016;34(2):184-92. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07>
17. López-Ríos J, Cano-Bedoya S, Montoya-Vélez E, Montero-De La Rosa O, Cristancho-Marulanda S, Restrepo-Restrepo M. Reflexiones metodológicas en un estado del arte de la salud mental indígena de Colombia. *Andamios*. 2022;19(49):391-415. <https://doi.org/10.29092/uacm.v19i49.935>.
18. Blake-Erickson M. Deinstitutionalization through optimism: The Community Mental Health Act of 1963. *Am J Psychiatry Resid J*. 2021;16(4):2-5. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2021.160404>.
19. Jiménez-Domínguez B. La psicología social comunitaria en América Latina como psicología social crítica. *Rev Psicol*. 2004;13(1):133-42.
20. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. París; 1948.
21. Farge-Collazos C. El estado de bienestar. *Enfoques*. 2007;19(1-2):45-54.
22. Lopera J. El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(1):S11-S20. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.19792>
23. Minoletti A, Calderón AM. Estrategia de reorientación de servicios en las reformas de salud mental en la región de las Américas. En: Rodríguez J, editor. *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2007. p. 68-87.
24. León CA. Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica. *Salud Mental*. 1999;22(Spe):48-56.
25. Alarcón RD, Aguilar-Gaxiola SA. Mental health policy developments in Latin America. *Bull World Health Organ*. 2000;78(4):483-90.
26. Organización Panamericana de Salud. Plan decenal de salud para las Américas: informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago de Chile; 1972.
27. Caldas-de Almeida JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;18(4-5):314-26.
28. Ardón-Centeno N, Cubillos-Novella A. La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Rev Ger Pol Salud*. 2012;11(23):12-38. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp11-23.smmd>

29. Muñoz LF, Muñoz CX, Uribe-Restrepo JM. La rehabilitación psicosocial en Colombia: la utopía que nos invita a seguir caminando. *Av Psicol Latinoam*. 2020;38(3):1-19. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8547>
30. Peña-Galbán LY, Clavijo-Portieles A, Bujardon-Mendoza A, Fernández-Chirino Y, Casas-Rodríguez L. La psiquiatría comunitaria en Cuba. *Rev Cub Med Mil*. 2014;43(1):91-104.
31. Benassini O. La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. *Salud Mental*. 2001;24(6):62-73.
32. León CA. Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1976:122-38.
33. Calderón-Narvárez G. Programa de salud mental comunitaria en México. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1973:430-38.
34. Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la salud mental en las escuelas de medicina de la América Latina: primer informe del Comité de Expertos de la OPS/OMS. Washington D. C.; 1973.
35. Di Nanno AE. Hacia la construcción de una política en salud mental: rescatar la historia, destacar los logros del federalismo, fortalecer la institucionalidad. *Rev Argent Clín Psicol*. 2008;17(2):155-66.
36. Sade RM, Sashidharan SP, Rodrigues Malcher de Oliveira Silva MN. Caminos y desvíos en la trayectoria de la reforma psiquiátrica brasileña. *Salud Colectiva*. 2021;17:e3563. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3563>
37. González-Uzcátegui R. Salud mental en la comunidad en América Latina: ejemplo de programas. En: Levav I, editor. *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 291-311.
38. Leiva A. El tema de la participación de la psicología comunitaria en las políticas del nuevo trato. *Polis*. 2003;1(5).
39. Resto-Olivo J, Torres-López L, Serrano-García I. La psicología social-comunitaria en Puerto Rico: treinta años de trayectoria. *Rev Puertorriq Psicol*. 2006;17:421-59.
40. Montero M. An insider's look at the development and current state of community psychology in Latin America. *J Community Psychol*. 2008;36(5):661-74. <https://doi.org/10.1002/jcop.20241>
41. Rodríguez A. Desde la promoción de salud mental hacia la producción de salud: la concepción de lo comunitario en la implementación de proyectos sociales. *Alteridad Rev Educ*. 2007;2(1):28-40. <https://doi.org/10.17163/alt.v2n1.2007.03>
42. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas; 1978.
43. Encina E. Participación colectiva como salud mental: cuestionamientos y alternativas a las políticas públicas en salud mental en Chile. *Rev Mad*. 2014;30:131-47. <https://doi.org/10.5354/rmad.v0i30.30977>
44. Alvarado R, Fernández AR, Enders JE. La psiquiatría y la salud mental comunitaria: un largo camino. En: Fernández AR, Enders JE, Romero D, Alvarado R, González C, editores. *Experiencias y reflexiones de salud*. Córdoba, Argentina: Kronos; 2014. p. 11-34.

45. Saraceno B. La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicaciones para el mundo. En: Rodríguez JJ, editor. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2007. p. 6-20.
46. Organización de Naciones Unidas. Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. 1971.
47. Organización de Naciones Unidas. Declaración de los Derechos de los Impedidos. 1975.
48. Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de los Derechos Humanos y de la salud mental. Auckland, Nueva Zelanda; 1989.
49. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En: Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá; 1986.
50. Alarcón RD. La salud mental en América Latina, 1970-1985. Bol Oficina Sanit Panam. 1986;101:567-92.
51. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. En: Conferencia sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud (SILoS). Caracas, Venezuela: ops/OMS; 1990. p. 1-5.
52. Minoletti A. Cumplir con la Declaración de Caracas... asegurar la implementación de los planes nacionales de salud mental. En: Rodríguez JJ, editor. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2007. p. 121-39.
53. Alvarado R, Minoletti A, Valencia E, Rojas G, Susser E. The need for new models of care for people with severe mental illness in low- and middle-income countries. En: Thornicroft G, Ruggeri M, Goldberg D. Improving mental health care: the global challenge. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2013. p. 78-95.
54. Cohen H. De la desinstitucionalización a la atención en la comunidad. En: Rodríguez JJ, Malvárez S, González R, Levav I, editores. Salud mental en la comunidad. 2.^a ed. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2009. p. 119-31.
55. Reyes-Espejo MI, Olivares-Espinoza B, Berroeta-Torres H, Winkler-Müller MI. Del discurso a las prácticas: políticas sociales y psicología comunitaria en Chile. Polis. 2015;14(42):387-413.
56. Silva MB. Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. Rev Latinoam Psicopatol Fund. 2005;8(2):303-21. <https://doi.org/10.1590/1415-47142005002008>
57. Caldas-de Almeida JM. Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la Declaración de Caracas. En: Rodríguez JJ, editor. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2007. p. 21-41.
58. Méndez J. Salud mental comunitaria. Rev Ocup Hum. 1997;7(1):26-32.
59. Faria Damásio Dutra V, Pontes Oliveira RM. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. Aquichan. 2015;15(4):529-40. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.8>

60. Minoletti A, Sepúlveda R, Horvitz-Lennon M. Twenty years of mental health policies in Chile: lessons and challenges. *Int J Mental Health*. 2012;41(1):21-37. <https://doi.org/10.2753/IMH0020-7411410102>
61. Florenzano-Urzúa R. Información epidemiológica para la formulación de políticas de salud mental: el caso chileno. *Rev Argent Clín Psicol*. 2008;17(2):121-9.
62. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. *Agenda de Salud para las Américas 2008-2017*. Ciudad de Panamá, Panamá; 2007. p. 1-34.
63. Organización Mundial de la Salud. *mhGAP: programa de acción para superar las brechas en salud mental*. Ginebra, Suiza; 2008.
64. Ardila S, Galende E. El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Salud Ment Comunidad*. 2011:39-50.
65. Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. *Salud mental comunitaria en Perú: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones*. Lima, Perú; 2006.
66. De Lellis M. Salud mental en la agenda de las políticas públicas de salud. *Aletheia*. 2013;(41):8-23.
67. Orzuza SM. Políticas en salud mental e interculturalidad en la Argentina. *Psiencia*. 2014;6(1):40-7. <https://doi.org/10.5872/psiencia/6.1.151>
68. López-Santi MC. Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria. *Salud Ment Comunidad*. 2011:77-84.
69. Bojórquez-Giraldo E, Chacón-Antezana O, Rivera-Ramírez G, Donadío G, Stucchi-Portocarrero S, Sihuas-Meza C, et al. Colegio Médico del Perú: propuesta de reforma de la salud mental en el Perú. *Acta Méd Peru*. 2012;29(1):43-55.
70. Castillo-Martell WH, Cutipé-Cárdenas Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev Peru Med Experim Salud Publica*. 2019;36(2):326-33. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>
71. Centurión-Viveros CC, Mereles M. Una mirada al sistema de salud mental en Paraguay. *Academo*. 2020;7(2):183-92. <https://doi.org/10.30545/academo.2020.jul-dic.9>
72. Hurley DJ, Agrest M. Argentina: a mental health system caught in transition. *Int J Ment Health*. 2021;50(2):168-91. <https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1777375>
73. Ñaca-Ramírez DR. Problemas en la implementación de la Ley de Salud Mental. *Rev Derecho*. 2020;5(2):55-63. <https://doi.org/10.47712/rd.2020.v5i2.62>
74. Cea-Madrid JC. Metodologías participativas en salud mental: alternativas y perspectivas de emancipación social más allá del modelo clínico y comunitario. *Teor Crít Psicol*. 2015;5:79-97.
75. Berroeta-Torres H. El quehacer de la psicología comunitaria: coordenadas para una cartografía. *Psicoperspectivas*. 2014;13(2):19-31.
76. Minoletti A, Narváez P, Sepúlveda R, Funk M. Desarrollo de políticas y planes de salud mental comunitaria. En: Rodríguez JJ, Malváez S, González R, Levav I, editores. *Salud mental en la comunidad*. 2.ª ed. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2009. p. 89-103.

77. Alfaro-Inzunza J, Martín MP. Proceso y oportunidades de la transferencia del conocimiento desde la psicología comunitaria a las políticas públicas. *Univ Psychol*. 2015;14(4):15-25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.up14-4.potc>.
78. Alfaro-Inzunza J, Zambrano-Constanzo A. Psicología comunitaria y políticas sociales en Chile. *Psicol Soc*. 2009;21(2):275-82. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000200015>
79. Ferro RO. Salud mental y poder: un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. *Rev Salud Pública*. 2010;14(2):47-62. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v14.n2.7082>
80. Cea-Madrid JC. Estudios locos latinoamericanos: marcos conceptuales y agenda de investigación. *Physis*. 2022;32(4):1-20. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320403>
81. Montero M. Community psychology: A Latin American creation. En: Ardila R. *Psychology in Latin America: current status, challenges and perspectives*. Cham, Suiza: Springer Nature; 2018. p. 195-219.
82. Bang C. Abordajes comunitarios en salud mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral. *Rev Colomb Cienc Soc*. 2021;12(2):778-804. <https://doi.org/10.21501/22161201.3616>
83. Bang C, Stolkiner A. Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Cienc Docencia Tecnol*. 2013;24(46):123-43.
84. Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*. 2014;13(2):109-20. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399>
85. Alarcón RD, Castillo-Martell H. The role of community mental health in a new architecture of world psychiatry and global mental health. *Salud Mental*. 2020;43(5):235-40. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.032>
86. Saforcada E. Acerca del concepto de salud comunitaria. *It*. 2010;1(1):7-19.
87. Aya-Angarita SL, Laverde-Gallego D. Comprensión de perspectivas psicosociales en Colombia. *Diversitas*. 2016;12(2):201-16.
88. Rosa-Dávila E, Mercado-Sierra MA. Salud mental comunitaria: una explicación del modelo. *Voces Trab Soc*. 2020;8(1):270-89. <https://doi.org/10.31919/voces.v8i1.227>
89. Hernández-Holguín DM, Arias-López BE, Martínez-Hernández A. Salud mental colectiva: una revisión del concepto en la literatura académica de Brasil, Colombia y España. *Saúde Soc*. 2023;32(3):e210693es. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210693es>
90. Velázquez T, Valdez R. Una propuesta de salud mental comunitaria frente a la violencia social. *Rev Cienc Soc*. 2012;25:130-43.
91. Piquer-Martínez C, Urionagüena A, Benrimoj SI, Calvo B, Dineen-Griffin S, García-Cárdenas V, et al. Theories, models and frameworks for health systems integration: a scoping review. *Health Policy*. 2024;141:104997. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.104997>