



mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental

Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias



**Organización
Mundial de la Salud**



***MhGAP* Programa de acción para superar
las brechas en salud mental**

**Mejora y ampliación de la atención de los
trastornos mentales, neurológicos y por abuso de
sustancias**



Catalogación por la Biblioteca de la OMS

mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias

1. Trastornos mentales: prevención y control. 2. Enfermedades del sistema nervioso. 3. Trastornos psicóticos. 4. Trastornos relacionados con el abuso de sustancias. 5. Programas y planes de salud. I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 159620 6

(Clasificación de la NLM: WM 140)

© Organización Mundial de la Salud, 2008

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Publicaciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud: 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de permiso de reproducción o traducción de las publicaciones de la OMS —ya sea para la venta o para distribución no comercial— deben dirigirse a Publicaciones de la OMS, en la dirección anterior (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas y la presentación del material de esta publicación no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya todavía pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros de naturaleza similar que no se mencionan. Salvo error u omisión, los nombres de los productos patentados llevan mayúscula inicial.

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en la presente publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Compete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. En ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño: Inís Communication (www.inis.ie)

Edición: Tara Satyanand

La portada incorpora el logotipo de 2001 del Día Mundial de la Salud que fue diseñado por Marc Bizet.

Impreso en:

Índice

| | |
|---|----|
| Prólogo | 1 |
| Prefacio | 2 |
| Resumen Ejecutivo | 3 |
| El reto y la necesidad | 6 |
| Programa de acción para superar las brechas en salud mental | 11 |
| Objetivos | 11 |
| Estrategias | 11 |
| Marco de acción nacional | 18 |
| Compromiso político | 18 |
| Evaluación de las necesidades y los recursos | 18 |
| Formulación de una política e infraestructura legislativa | 19 |
| Implementación del paquete de intervenciones | 20 |
| Fortalecimiento de recursos humanos | 22 |
| Movilización de recursos financieros | 23 |
| Seguimiento y evaluación | 25 |
| Construyendo alianzas | 27 |
| Organismos de las Naciones Unidas | 28 |
| Ministerios y Organizaciones Gubernamentales | 28 |
| Donantes | 29 |
| ONG y centros colaboradores de la OMS | 29 |
| Sociedad civil | 30 |
| ¡Ahora es el momento de actuar! | 31 |
| Anexo 1: | |
| Carga de salud pública asociada a las condiciones prioritarias incluidas en el mhGAP | 32 |
| Anexo 2: | |
| Carga atribuible a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias y recursos humanos disponibles en países con ingresos bajos y medios-bajos | 37 |
| Lecturas recomendadas | 42 |

Prólogo

La salud mental es fundamental para la salud. Esto se ve reflejado en la definición de salud de la Constitución de la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de dolencias o enfermedades”. Las investigaciones realizadas en los últimos años han llamado nuestra atención con respecto al hecho de que la salud mental afecta intrínsecamente a la salud física y que la salud física afecta a la salud mental. En términos de alcanzar un estado más completo de bienestar, ambas son inseparables.

La salud mental tiene una importancia fundamental en lo relativo al bienestar personal, las relaciones familiares y el éxito en las contribuciones a la sociedad. Se relaciona con el desarrollo de las sociedades y los países. La mala salud mental y la pobreza interactúan en un ciclo negativo: la mala salud mental supone una traba a la capacidad de aprender y de ocuparse productivamente de la propia economía; por su parte, la pobreza aumenta el riesgo de desarrollar trastornos mentales y reduce la capacidad de la gente de obtener acceso a los servicios de salud.

El número de personas afectadas, la discapacidad asociada a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, y el hecho de que haya tratamientos eficaces disponibles destaca la importancia de abordar estos trastornos en la atención primaria. Nuestra meta es velar porque la salud mental se integre en los sistemas de salud de todo el mundo.

Es necesario realizar un esfuerzo mucho mayor para cambiar las políticas, las prácticas y los sistemas de prestación de servicios a fin de garantizar que se asigne, a las necesidades y las preocupaciones en materia de salud mental, el grado de prioridad requerido para reducir la carga asociada a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. No debería haber más excusas para marginar el financiamiento dedicado a la prestación de los servicios de salud mental. Tenemos que velar por que el área de la salud mental reciba la proporción justa de los recursos de salud pública.

El *Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP*, por sus siglas en inglés) de la OMS presenta argumentos a favor del incremento del compromiso político de los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas. El programa *mhGAP* identifica estrategias dirigidas a aumentar la cobertura de las intervenciones claves para afecciones prioritarias en entornos con recursos limitados.

Invito a los socios a que se unan a la OMS para hacer que el Programa Mundial de Acción en Salud Mental sea un éxito.

Dr. Ala Alwan
Subdirector general
Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental

Prefacio

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son sumamente prevalentes y onerosos en todo el mundo. Las violaciones de los derechos humanos de quienes padecen estos trastornos agravan el problema. Los recursos proporcionados para afrontar esta enorme carga son insuficientes, desigualmente distribuidos y se usan de modo ineficiente, lo cual hace que la gran mayoría de las personas afectadas por estos trastornos no reciban atención alguna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la necesidad de tomar medidas para reducir la carga y mejorar la capacidad de los Estados Miembros de responder a este reto creciente. El Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS fue respaldado por la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud en el año 2002. El programa ha llevado a la aparición de iniciativas de apoyo y promoción de la causa, además de proveer orientación normativa a los Estados Miembros para que mejoren sus sistemas de salud con el objetivo de prestar asistencia a las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. ¡La salud mental está ahora en la agenda global de salud pública!

Sin embargo, la tarea dista mucho de estar concluida. Aún existe una gran brecha entre lo que se necesita urgentemente y aquello con lo que ya se cuenta para disminuir la carga. La próxima fase, el *Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)*, que se presenta en este documento, refleja el compromiso continuo de la OMS por reducir esta diferencia. El *mhGAP* es el programa de acción de la OMS elaborado especialmente para países con ingresos bajos y medios-bajos con el fin de que amplíen y mejoren los servicios destinados a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. La esencia de este programa son las asociaciones concebidas para reforzar y acelerar los esfuerzos y aumentar las inversiones a fin de proporcionar servicios a quienes no cuentan con ninguno.

Me complace presentar a la comunidad sanitaria mundial el *mhGAP*, esperando con interés las orientaciones y actividades que inspirará.

Dr. Benedetto Saraceno
Director
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias

Resumen ejecutivo

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (MNS) son prevalentes en todas las regiones del mundo y son factores importantes que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura. El 14% de la carga mundial de morbilidad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), puede atribuirse a los trastornos MNS. El estigma y las violaciones de los derechos humanos de las personas que padecen estos trastornos agravan el problema. Los recursos provistos para afrontar la enorme carga de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son insuficientes, se han distribuido desigualmente y han sido utilizados de modo ineficaz, lo que ha supuesto una disparidad en materia de tratamiento superior al 75% en muchos países con ingresos bajos y medios-bajos.

Para reducir esta disparidad y mejorar la capacidad de los Estados Miembros de responder a este reto creciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta el *Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP*, por sus siglas en inglés). El *mhGAP* ofrece a los planificadores de salud, a las instancias normativas y a los donantes un conjunto claro y coherente de actividades y programas para ampliar y mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.

Los objetivos del programa son reforzar el compromiso por parte de los interesados directos de aumentar la asignación de recursos financieros y humanos para la atención de los trastornos MNS y lograr una mayor cobertura a través de intervenciones clave, especialmente en países con ingresos bajos y medios-bajos, los cuales representan una gran proporción de la carga mundial por estos trastornos.

Dado que la mayor parte de la carga mundial corresponde a los países con ingresos bajos y medios-bajos, y debido a que los mismos cuentan con recursos humanos y económicos limitados, una estrategia centrada en estos países tiene el potencial para alcanzar un máximo impacto. El Programa *mhGAP* proporciona criterios para identificar cuáles países sufren la mayor parte de la carga por trastornos MNS y cuáles presentan un gran déficit de recursos.

Este programa está basado en los mejores datos científicos y epidemiológicos acerca de los trastornos MNS identificados como prioritarios. Pretende brindar un conjunto integrado de intervenciones tomando en consideración las barreras existentes y posibles para la ampliación y mejora de la atención. Las condiciones prioritarias fueron identificadas teniendo en cuenta que representan una carga elevada (en cuanto a mortalidad, morbilidad y discapacidad), que causan grandes costos económicos o que se asocian a violaciones de los derechos humanos.

Estas afecciones prioritarias son la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos por consumo de alcohol, los trastornos por consumo de drogas ilícitas y los trastornos mentales infantiles. El paquete del *mhGAP* consiste en un conjunto de intervenciones para la prevención y el tratamiento de cada una de estas condiciones prioritarias, basándose en datos acerca de la efectividad y factibilidad de la mejora y ampliación de estas intervenciones. El *mhGAP* proporciona un modelo para un paquete de intervenciones que será preciso adaptar a los países, o a regiones dentro de los países, teniendo en cuenta el contexto local.

También deben considerarse los obstáculos que dificultan la ejecución generalizada de estas intervenciones, junto con las opciones que están disponibles para abordarlos. El Programa *mhGAP* proporciona un marco de trabajo para aumentar y mejorar las intervenciones orientadas a los trastornos MNS, teniendo en cuenta las diversas limitaciones que quizás existan en cada país.

El éxito en la aplicación del programa ante todo se basa en poder alcanzar un compromiso político al más alto nivel. Una manera de lograrlo es estableciendo un grupo central de interesados directos claves que cuenten con experiencia multidisciplinaria para guiar el proceso. La evaluación de las necesidades y los recursos mediante un análisis de la situación puede ayudar a conocer las necesidades específicas relacionadas con los trastornos MNS y con la atención de salud, y por lo tanto ayudar a orientar la asignación eficaz de las prioridades y el escalonamiento de las intervenciones, así como el fortalecimiento de su aplicación. La formulación de una política y la creación de una infraestructura legislativa será importante para

tratar los trastornos MNS y para promover y proteger los derechos humanos de quienes los padecen.

Deberán tomarse decisiones sobre la mejor manera de ejecutar las intervenciones seleccionadas a nivel de los establecimientos de salud, de la comunidad y en el plano doméstico para asegurar que la cobertura sea de alta calidad y equitativa. Se necesitarán recursos humanos adecuados para ejecutar el conjunto de las intervenciones. La tarea principal consiste en identificar a las personas que serán responsables de la ejecución de las intervenciones en cada nivel de la prestación de servicios.

La mayoría de los países con ingresos bajos y medios no asignan suficientes recursos económicos para la atención de los trastornos MNS. Los recursos para la prestación de servicios destinados a estos trastornos pueden movilizarse de diversas fuentes - por ejemplo, intentando aumentar los montos asignados a estas condiciones en los presupuestos sanitarios nacionales; mediante la reasignación de fondos destinados a otras actividades; y mediante el financiamiento externo, como el que se proporciona a través de programas de ayuda al desarrollo, organismos bilaterales y multilaterales, y fundaciones.

El marco de trabajo del *mhGAP* también incluye planes para la programación, el seguimiento, la evaluación y la ejecución de programas. La selección de los insumos, procesos, resultados e indicadores del impacto, junto con la identificación de las herramientas y los métodos de medición, forman parte integral del proceso.

La esencia del programa *mhGAP* es crear asociaciones productivas, reforzar los compromisos con los socios existentes, atraer a nuevos socios y dinamizarlos, así como acelerar los esfuerzos y aumentar las inversiones en favor de una reducción de la carga de los trastornos MNS. La ampliación y la mejora de la atención de los problemas de salud mental es un proceso social, político e institucional que abarca a una variedad de donantes, grupos de interés y organizaciones. El alcanzar con éxito un mejoramiento e incremento en el nivel de atención de la salud mental es responsabilidad conjunta de los gobiernos, los profesionales de la salud, la sociedad civil, las comunidades y las familias, con el apoyo de la comunidad internacional. Es necesario un compromiso urgente de todos los socios para responder a esta necesidad de salud pública. Ahora es el momento de actuar.

El reto y la necesidad

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (MNS) son prevalentes en todas las regiones del mundo y son los principales factores que contribuyen a la morbilidad y la mortalidad prematura. En todo el mundo, los estudios epidemiológicos basados en la comunidad han estimado que las tasas de prevalencia en el curso de la vida de los trastornos mentales en adultos son de 12,2-48,6% y que las tasas de prevalencia de 12 meses alcanzan el 8,4-29,1%. El 14% de la carga mundial de morbilidad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), puede atribuirse a los trastornos MNS. Cerca de 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estos trastornos. Casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios-bajos. El estigma y las violaciones de los derechos humanos de quienes padecen estos trastornos agravan el problema, aumentando su vulnerabilidad, acelerando y reforzando su caída en la pobreza y dificultando su atención y rehabilitación. La restauración de la salud mental no solo es esencial para el bienestar individual, sino que también es necesaria para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza en la sociedad (recuadro 1). Existe una estrecha interacción entre la salud mental y la seguridad sanitaria. Las situaciones de conflicto dan lugar a muchos retos en materia de salud mental (recuadro 2).

Recuadro 1: Salud mental y desarrollo humano

La salud mental es crucial para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países. La importancia de la salud mental ha sido reconocida por la OMS desde su origen y se refleja en la definición de salud de la Constitución de la OMS: “*un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. La salud mental se relaciona con el desarrollo de las sociedades y los países. La pobreza y los factores psicosociales estresantes asociados (por ejemplo, violencia, desempleo, exclusión social e inseguridad) se correlacionan con los trastornos mentales. La pobreza relativa, la escasa educación y la desigualdad en el seno de las comunidades se asocian a un riesgo elevado de problemas de salud mental.

El desarrollo comunitario y económico también puede ser utilizado para recuperar y mejorar la salud mental. Los programas de desarrollo de la comunidad que procuran reducir la pobreza, lograr la independencia económica y el empoderamiento de las mujeres, reducir la desnutrición, aumentar el grado de alfabetización y de educación, así como fortalecer a los menos privilegiados, contribuyen a la prevención de los trastornos mentales y por abuso de sustancias y promueven la salud mental.

Recuadro 2: Salud mental y seguridad sanitaria

Las condiciones de urbanización rápida, los desastres naturales, la violencia y los conflictos amenazan a la seguridad sanitaria a nivel individual, comunitario, nacional e internacional. La urbanización rápida crea condiciones en las cuales aumenta el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas. También la violencia y los conflictos a menudo aumentan el consumo nocivo de alcohol o drogas; y viceversa, los trastornos por el uso de alcohol y otras drogas se asocian a la violencia y al comportamiento criminal. En muchas emergencias - ya sean causadas por desastres naturales, violencia o guerras -, la prevalencia de la angustia y de los trastornos mentales aumenta, mientras que la capacidad de los sistemas formales y no formales disminuye notablemente, lo cual se traduce en un enorme sufrimiento y discapacidad, a la par que implica una demora en los esfuerzos de recuperación y de reconstrucción.

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias se vinculan de manera compleja con muchas otras afecciones. Estos trastornos a menudo se producen como comorbilidad o actúan como factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares y cáncer), enfermedades transmisibles (por ejemplo, infección por el VIH/SIDA y tuberculosis), problemas de la salud sexual y reproductiva de las madres (por ejemplo, mayor morbilidad ginecológica, violencia sexual, depresión materna y desarrollo infantil) y lesiones (por ejemplo, violencia y accidentes de tránsito). La depresión y los trastornos por abuso de sustancias también afectan la adherencia al tratamiento de otras enfermedades.

A pesar de la prevalencia y la carga de los trastornos MNS, una gran proporción de personas que sufren tales problemas no reciben tratamiento ni atención. Una gran

encuesta realizada en varios países y apoyada por la OMS mostró que 35-50% de los casos graves en los países desarrollados y 76-85% en los países poco desarrollados no habían recibido tratamiento alguno en los 12 meses anteriores a la encuesta. Una revisión de la bibliografía a nivel mundial encontró que las brechas en materia de tratamiento eran de 32% para la esquizofrenia, 56% la depresión y hasta 78% en el caso de los trastornos por consumo de alcohol. Muchos estudios realizados en la población han revelado que más de 95% de los pacientes epilépticos de muchas regiones con escasos recursos no reciben el tratamiento adecuado. Los ejemplos nacionales también ilustran la gravedad de la situación: en China, solo 11% de los casos graves de trastornos mentales había recibido algún tipo de tratamiento en los 12 meses anteriores, y solo 10% de las personas tratadas en Nigeria había recibido un tratamiento adecuado.

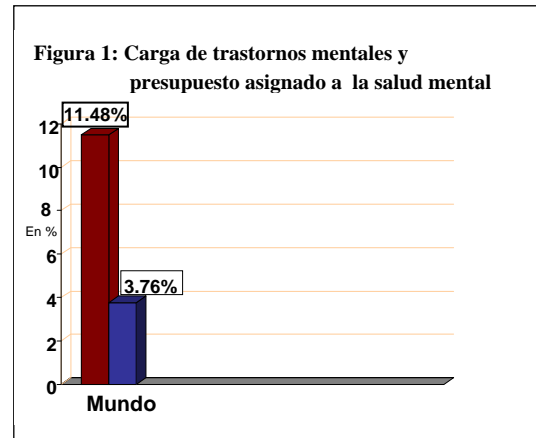
La OMS ha reconocido la necesidad de tomar medidas para reducir la carga de los trastornos MNS en todo el mundo, y para mejorar la capacidad de los Estados Miembros de responder a este reto creciente. En el año 2001, se recordó el tema de la salud mental al público en general, a las instituciones y organizaciones nacionales e internacionales, a la comunidad de salud pública y a otros interesados directos. A través del Día Mundial de la Salud, la Asamblea Mundial de la Salud y el *Informe sobre la salud en el mundo (Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas)*, la OMS y sus Estados Miembros se comprometieron de manera total e irrestricta con esta área de la salud pública.

El Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS surgió a partir de estos antecedentes para proporcionar una estrategia coherente a fin de reducir las brechas entre lo que se necesita urgentemente y aquello de lo que se dispone para disminuir la carga de los trastornos mentales a

escala mundial. El programa fue respaldado en 2002 por la 55.^a Asamblea Mundial de la Salud, quien instó a los Estados Miembros a que aumentaran las inversiones en salud mental tanto dentro de cada país como mediante la cooperación bilateral y multilateral.

Las cuatro estrategias fundamentales identificadas por el programa fueron la información, la política y el desarrollo de servicios, la promoción de la causa y la investigación. Los esfuerzos integrales y continuados de la OMS y de los socios han aumentado sustancialmente la información disponible acerca de la prevalencia, la carga, los recursos y los datos científicos con respecto a las intervenciones relacionadas con los trastornos MNS. La conciencia acerca de la importancia de los trastornos mentales para la salud pública ha aumentado enormemente y ha hecho que la salud mental sea incluida en las agendas políticas. Muchos países han elaborado o revisado sus políticas, legislación y los programas relacionados con estos trastornos.

Sin embargo, los recursos proporcionados para afrontar la enorme la carga de los trastornos MNS son aún insuficientes. Casi un tercio de los países todavía carecen de un presupuesto específico para la salud mental. De los países que sí lo tienen, el 21% gasta en salud mental menos del 1% del presupuesto sanitario general. La figura 1 compara la carga de los trastornos mentales con el presupuesto asignado a la salud mental; indica que los países le asignan porcentajes desproporcionadamente pequeños de sus presupuestos, en comparación con sus cargas.

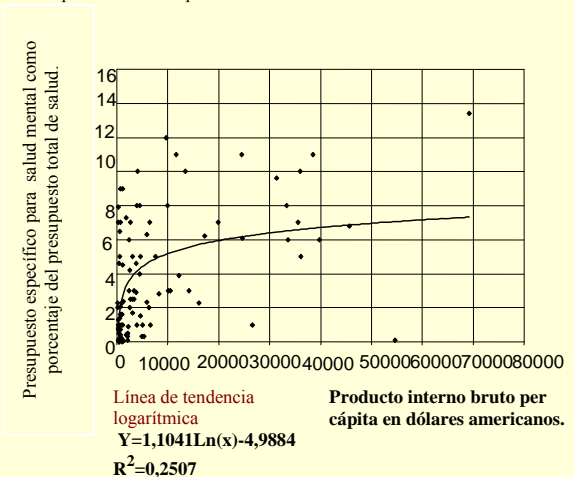


■ Proporción de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) atribuible a los trastornos mentales (Fuente: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodprojections2030/en/index.html>)

■ Mediana del presupuesto total sanitario asignado a la salud mental (Fuente: Atlas de Salud Mental, OMS, 2005)

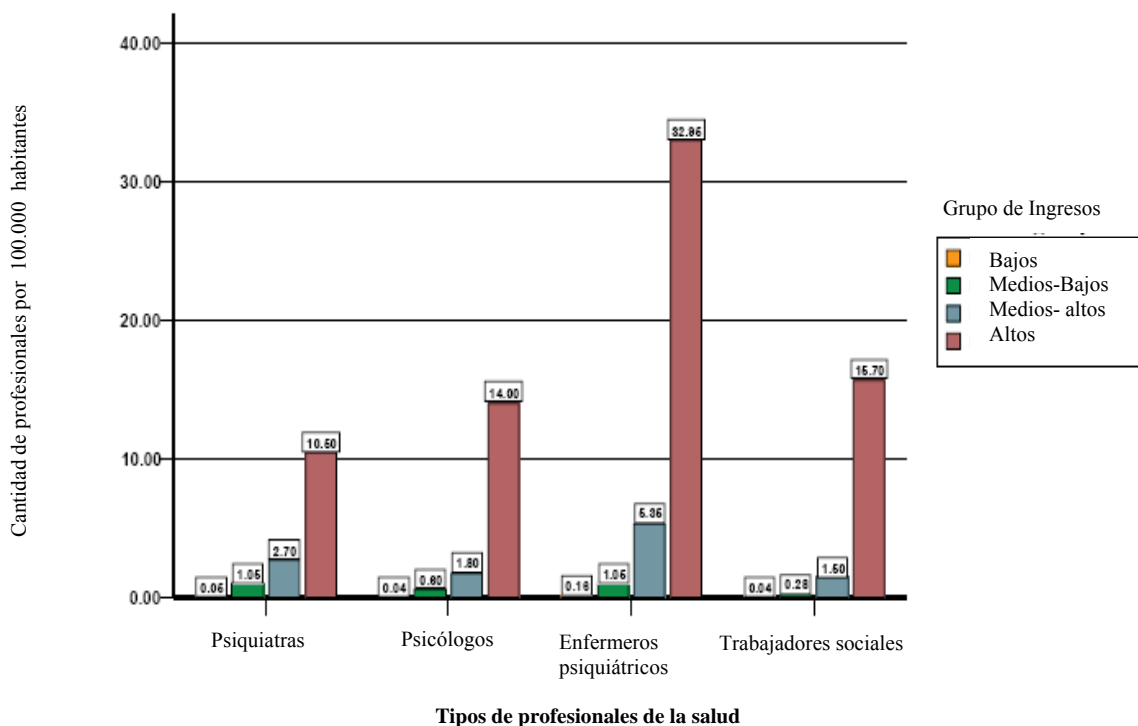
A la escasez de recursos se une la inequidad en su distribución. Los datos del Proyecto Atlas de la OMS ilustran la escasez de recursos para la atención de salud mental en los países con ingresos bajos y medios. La mayoría de los países asignan una proporción baja de sus presupuestos sanitarios a la salud mental, pero en el caso de los países con un producto interno bruto bajo (PIB), esta proporción es aun más pequeña (figura 2).

Figura 2: Asociación entre el presupuesto específico para salud mental como proporción del presupuesto total de salud y el PIB per cápita correspondiente a 101 países



Fuente: Atlas de Salud Mental, OMS, 2005.

Figura 3: Recursos humanos para la atención de salud mental en cada grupo de países según sus ingresos (por 100.000 habitantes)



(Fuente: Atlas de Salud Mental, OMS, 2005)

La escasez de recursos es aún mayor en lo relativo a recursos humanos; la figura 3 presenta la distribución de los recursos humanos para la salud mental correspondiente a diferentes categorías de ingresos.

También hay ineficiencia en el uso de los escasos y desigualmente distribuidos recursos. Por ejemplo, muchos países de ingresos medios que han hecho inversiones considerables en grandes hospitales psiquiátricos son reacios a reemplazarlos por establecimientos comunitarios y servicios de hospitalización en hospitales generales, pese a que se ha demostrado que los hospitales psiquiátricos prestan una atención inadecuada y que los servicios comunitarios son más eficaces.

Por tanto, es preciso avanzar en la organización de la prestación de servicios a las personas con trastornos MNS; para ello será fundamental asignar más recursos a estas áreas.

La OMS ha recibido de los países un número cada vez mayor de solicitudes de asistencia y acciones específicas para cada uno de ellos. La necesidad y la importancia de que exista una perspectiva económica en la planificación, prestación y evaluación de los servicios así como en la mejora de la atención de los trastornos MNS, es otra razón para revisar el foco de la estrategia de salud mental. Por otro lado, un programa integral para la acción puede estimular a los interesados directos y acelerar el proceso reuniendo a socios con una finalidad común.

Otro estímulo para la revisión de la estrategia de salud mental ha sido la publicación reciente en la revista médica *The Lancet* de una serie sobre salud mental, a escala mundial, que aborda cuestiones de salud mental en países con ingresos bajos y medios. La serie culminó en un llamamiento a la comunidad sanitaria mundial a favor de la acción para ampliar y mejorar los servicios de atención de salud mental en estos países. La serie llegó a la conclusión de que los datos y las soluciones para afrontar la carga mundial de salud mental están al alcance de la mano. Lo que se necesita es voluntad política, actividades concertadas por parte de los diversos interesados directos en materia de salud a escala mundial, así como recursos para ejecutarlas. La situación es similar en el caso de los trastornos neurológicos y por abuso de sustancias.

Programa de acción para superar la brecha en salud mental

La OMS procura proporcionar a los planificadores sanitarios, a las instancias normativas y a los donantes un conjunto de actividades y programas claros y coherentes para aumentar y mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias mediante el **Programa de acción para superar las brechas en salud mental** (*mhGAP*).

Objetivos

- Reforzar el compromiso de los gobiernos, las organizaciones internacionales y otros interesados directos para aumentar la asignación de recursos financieros y humanos dedicados a la atención de los trastornos MNS.
- Lograr una cobertura mucho mayor con intervenciones claves en los países con ingresos bajos y medios-bajos a los que les corresponde una gran proporción de la carga mundial de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.

Estrategias

Este programa está basado en los mejores datos científicos y epidemiológicos disponibles sobre las afecciones prioritarias. Intenta aportar un conjunto o paquete integrado de intervenciones, teniendo en cuenta tanto las barreras existentes como las posibles que puedan afectar la ampliación y mejora de la atención.

Condiciones prioritarias

Un grupo de enfermedades puede ser considerado prioritario si representa una carga grande (en cuanto a mortalidad, morbilidad o discapacidad), tiene elevados costos económicos o se asocia a violaciones de los derechos humanos. El área de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias está constituida por un gran número de afecciones. Las condiciones prioritarias que se han identificado siguiendo los criterios ya indicados por el *mhGAP* son la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos debidos al consumo de alcohol, los trastornos por consumo de drogas ilícitas y los trastornos mentales infantiles. Estos trastornos son comunes en todos los países donde se los ha investigado y afectan sustancialmente la capacidad de aprender de los niños y la capacidad de los adultos de desenvolverse en el ámbito familiar, laboral y social. Dado que son sumamente prevalentes, persistentes y causan discapacidad, contribuyen de forma importante a la carga total de morbilidad. La discapacidad es la responsable de la mayoría de la carga atribuible a estos trastornos; sin embargo, la muerte prematura -en especial por suicidio- también es

importante. La carga económica que imponen estos trastornos incluye la pérdida de empleos apropiados, con la consiguiente reducción de los ingresos familiares; la necesidad de prestar cuidados, con la posible pérdida adicional de salarios; el costo de los medicamentos; y la necesidad de otros servicios médicos y sociales. Estos costos son particularmente devastadores para las poblaciones pobres. El anexo 1 resume la carga que implican estos trastornos y los vínculos con otras enfermedades y otros sectores. Por otro lado, en muchos países y culturas los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias suponen un estigma. La estigmatización ha dado lugar a disparidades en cuanto a la disponibilidad de atención, discriminación y violaciones de los derechos humanos de quienes padecen estos trastornos.

Paquete de intervenciones

Actualmente se dispone de considerable información acerca de la eficacia en función de los costos de diversas intervenciones para la reducción de la carga de los trastornos MNS. Aunque es útil determinar cuáles intervenciones son costo-efectivas en lo relativo a un conjunto particular de trastornos, esto no constituye el final del proceso. Al tomar decisiones respecto a qué intervenciones deben prestarse, hay que considerar otros criterios, como la gravedad de los diferentes trastornos (en cuanto a sufrimiento y discapacidad), el potencial de reducción de la pobreza de las personas que los padecen y la protección de los derechos humanos de quienes padecen severos trastornos MNS.

El paquete consta de intervenciones para la prevención y el tratamiento de cada una de las afecciones prioritarias, basadas en datos acerca de la eficacia y la factibilidad de la

ampliación y mejoramiento de estas intervenciones. En este contexto, una intervención se define como un agente o acción (de tipo biológica, psicológica o social) que tiene por objeto reducir la morbilidad o la mortalidad. Las intervenciones pueden dirigirse a individuos o poblaciones y se han identificado considerando su efectividad, su eficacia en función de los costos, su equidad, cuestiones éticas -incluidos los derechos humanos-, su factibilidad o posibilidad de prestación, así como su aceptabilidad.

Las intervenciones no pueden ejecutarse como actividades independientes, sino que deben prestarse como parte de una variedad de paquetes o conjuntos y en diferentes niveles del sistema de salud. La implementación de las intervenciones en forma de paquetes tiene muchas ventajas y es la opción más rentable en cuanto a capacitación, ejecución y supervisión. Muchas intervenciones van naturalmente juntas, dado que puede llevarla a cabo la misma persona, en el mismo momento (por ejemplo, antipsicóticos e intervenciones familiares y comunitarias para el tratamiento de la esquizofrenia).

El cuadro 1 presenta una plantilla o modelo para las intervenciones correspondientes a cada una de las condiciones prioritarias, que puede adaptarse a la situación particular de cada país o región.

Este modelo deberá ser adaptado en función de la prevalencia y la carga de cada una de las afecciones prioritarias; de los datos con respecto a la eficacia, la factibilidad, el costo y la aceptabilidad de las intervenciones en contextos específicos; de los requisitos del sistema de salud para su ejecución (incluidas las implicaciones

económicas y en materia de recursos humanos); y de las opciones culturales, las creencias y el comportamiento relacionado con la búsqueda de asistencia sanitaria en comunidades específicas. Las prioridades y los métodos usados variarán inevitablemente según el entorno. Por lo tanto, los paquetes de intervenciones y su aplicación quizás difieran de un país a otro, e incluso en diferentes zonas del mismo país. Por ejemplo, en muchos países

de bajos ingresos, más de tres cuartas partes de la población vive en zonas rurales. A estas áreas llegan pocos servicios, incluidos los recursos humanos. Por consiguiente, ante esta situación, se requieren soluciones pragmáticas. Los trabajadores de la comunidad -después de una capacitación específica y con el apoyo necesario (por ejemplo, consultas telefónicas con los médicos generales)- pueden aplicar algunas de las intervenciones prioritarias.

Cuadro 1: Intervenciones basadas en datos científicos para tratar condiciones prioritarias

| Condición | Intervenciones basadas en datos científicos | Ejemplos de intervenciones que deben formar parte del paquete |
|--|---|--|
| Depresión | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con medicamentos antidepresivos • Intervenciones psicosociales | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con antidepresivos antiguos o recientes por profesionales de atención primaria de salud capacitados. • Intervenciones psicosociales como terapia conductual cognoscitiva o resolución de problemas. • Remisión de casos y apoyo de supervisión por especialistas. |
| Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con medicamentos antipsicóticos • Intervenciones psicosociales familiares o comunitarias | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con antipsicóticos antiguos por profesionales de atención primaria de salud capacitados dentro del entorno comunitario. • Rehabilitación comunitaria. • Remisión de casos y apoyo de supervisión por especialistas. |
| Suicidio | <ul style="list-style-type: none"> • Restricción del acceso a métodos comunes de suicidio • Prevención y tratamiento de la depresión y la dependencia del alcohol y otras drogas | <ul style="list-style-type: none"> • Medidas multisectoriales relacionadas con la salud pública, como restricción del acceso a la mayoría de los plaguicidas tóxicos y almacenamiento de los suministros en locales seguros. • Véanse los ejemplos de intervenciones para la depresión, los trastornos por consumo de alcohol y los trastornos por uso de drogas ilícitas. |
| Epilepsia | <ul style="list-style-type: none"> • Identificación y tratamiento con medicamentos antiepilépticos | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con medicamentos antiepilépticos de primera línea por profesionales de atención primaria de salud capacitados. • Remisión de casos y apoyo de supervisión por especialistas. |
| Demencia | <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones dirigidas a los cuidadores | <ul style="list-style-type: none"> • Educación básica acerca de la demencia y capacitación específica en el tratamiento de los comportamientos problemáticos por profesionales de atención primaria de salud capacitados. |
| Trastornos por consumo de alcohol | <ul style="list-style-type: none"> • Medidas normativas integrales dirigidas a reducir el consumo perjudicial de alcohol • Intervenciones para el consumo excesivo de alcohol y tratamiento de los trastornos | <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones normativas y legislativas, como la reglamentación del acceso a las bebidas alcohólicas, la puesta en marcha de políticas apropiadas sobre la conducción de automóviles en estado de ebriedad y reducción de la demanda de bebidas alcohólicas mediante la tributación y la fijación de precios. |

| Condición | Intervenciones basadas en datos científicos | Ejemplos de intervenciones que deben formar parte del paquete |
|--|---|---|
| | mediante intervenciones farmacológicas y psicosociales | <ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje e intervenciones breves por profesionales de atención primaria de salud capacitados. • Identificación temprana y tratamiento oportuno de los trastornos en el nivel de atención primaria. • Remisión de casos y apoyo de supervisión por especialistas. |
| Trastornos por consumo de drogas ilícitas | <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones farmacológicas y psicosociales, incluido el tratamiento de mantenimiento con agonistas para la dependencia de opiáceos | <ul style="list-style-type: none"> • Farmacoterapia de la dependencia de opiáceos utilizando agonistas, como la metadona o la buprenorfina, con apoyo psicosocial. • Identificación temprana e intervenciones preventivas y terapéuticas para los trastornos por consumo de drogas a través de profesionales de atención primaria de salud capacitados. • Remisión de casos y apoyo de supervisión por especialistas. |
| Trastornos mentales en niños | <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de trastornos del desarrollo • Intervenciones farmacológicas y psicológicas | <ul style="list-style-type: none"> • Medidas dentro del sector de la salud como la provisión de atención calificada en el parto, servicios comunitarios eficaces de atención de salud materno-infantil, tamizaje prenatal del síndrome de Down y prevención del abuso de alcohol por las embarazadas. • Medidas multisectoriales relacionadas con la salud pública, como la fortificación de alimentos con yodo y ácido fólico, e intervenciones para reducir el maltrato de menores. • Identificación y atención inicial en entornos de atención primaria. • Remisión de casos y apoyo de supervisión por especialistas. |

Identificación de los países a los que se debe prestar mayor apoyo

La mayor parte de la carga mundial por trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias corresponde a países con ingresos bajos y medios-bajos. Estos países no solo tienen mayor necesidad de afrontar esta carga, sino que también disponen de menos recursos para hacerlo. El principio conceptual del *mhGAP* es que, teniendo en cuenta que la mayor parte de la carga mundial corresponde a un número reducido de países de ingresos bajos y medios-bajos, que en comparación tienen pocos recursos humanos y económicos, una estrategia que se centre en la atención de salud mental en estos países sería la que potencialmente tendría el máximo impacto. Por lo tanto, el programa *mhGAP* pretende proporcionar criterios para identificar a los países con ingresos bajos y medios-bajos que tienen las mayores cargas de trastornos MNS y el mayor déficit de recursos y ofrecerles un apoyo más intenso. Sin embargo, cabe señalar que el marco de trabajo que el *mhGAP* provee para la acción nacional es adaptable y puede usarse en cualquier país donde exista la posibilidad de apoyo técnico. Por consiguiente, este proceso no implica negar apoyo a otros países.

En la selección de los países a los que se debe dar mayor apoyo podrían utilizarse muchos criterios. Uno de ellos podría ser la carga de trastornos MNS. El enfoque utilizado en el proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad fue tomar los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) como un indicador descriptivo de la salud de la población según las categorías de enfermedades y de riesgo. Por ejemplo, el total de los años de vida ajustados en función de la discapacidad puede usarse como una medida de la carga de morbilidad para identificar a los países con ingresos bajos y medios-bajos que tienen las mayores cargas de condiciones prioritarias. También pueden usarse los años de vida ajustados en función de la discapacidad por 100.000 habitantes para medir la carga de morbilidad. Este criterio es útil para conseguir la inclusión de los países con poblaciones pequeñas pero con grandes tasas de cargas por trastornos MNS. Otro criterio podría ser el producto interno bruto (PIB) per cápita, que es indicativo de la pobreza relativa de los países.

El anexo 2 proporciona una lista de los países con ingresos bajos y medios-bajos que han sido identificados mediante estos criterios como destinatarios para recibir un mayor apoyo. Los países fueron seleccionados a partir de tres listas correspondientes a cada una de las seis regiones de la OMS. La primera lista ordenaba a los países según el número total de años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad (AVAD). De esta lista se seleccionó a los cuatro principales países contribuyentes de cada una de las seis regiones de la OMS. La segunda lista ordenaba a los países según la tasa de carga de los trastornos MNS. Se incluyó a cualquier país entre los cuatro principales países contribuyentes de cada una de las seis regiones de la OMS que no hubiera sido ya seleccionado en la lista

anterior. La tercera lista ordenaba a los países según su PIB per cápita. Se incluyó a cualquier país entre los cuatro principales países contribuyentes de cada una de las seis regiones de la OMS que no hubiera sido ya seleccionado en las listas anteriores. La mayoría de los países identificados también disponían de pocos medios en materia de salud y presentaban una gran brecha de recursos, como evidencia de la escasez de proveedores de servicios de salud y de profesionales de la salud mental.

Otro criterio podría ser la disposición del país para llevar a cabo una ampliación y mejora de los servicios. A pesar de que no existen indicadores “cuantitativos” para medir la disposición de un país, los indicadores “cualitativos” podrían incluir cualquier solicitud de apoyo para ampliar las actividades en el área de los trastornos MNS; cualquier colaboración anterior o en curso entre la OMS y el país; o cualquier interés por parte de donantes.

Ampliación y mejora

Se define a la *ampliación y mejora* como el esfuerzo deliberado por aumentar el impacto de las intervenciones de los servicios de salud, que han sido probadas satisfactoriamente en proyectos piloto de modo que benefician a más personas; y el esfuerzo por fomentar la formulación sostenible de políticas y programas. Sin embargo, los proyectos piloto o experimentales tienen poco valor hasta que no sean ampliados y mejorados para lograr una mayor repercusión. Hasta la fecha, la orientación práctica acerca de cómo seguir adelante con la ampliación y mejora ha sido inadecuada. El *mhGAP* pretende identificar estrategias generales y recomendaciones específicas para este proceso.

La ampliación y mejora incluye las siguientes tareas:

- identificación de un conjunto de intervenciones y estrategias para la prestación de servicios de salud, y la planificación de una secuencia para la adopción de estas acciones y del ritmo al cual pueden ejecutarse las mismas y ampliarse los servicios;
- consideración de los obstáculos que dificultan la ejecución generalizada de las intervenciones seleccionadas y de las opciones disponibles para superar los mismos;
- evaluación de los costos totales de la ampliación y mejora así como la sostenibilidad de las intervenciones en diversos escenarios.

Estas tareas exigen un conocimiento claro del tipo y de la profundidad de las limitaciones que afectan al sistema de salud de un país. Tales limitaciones podrían operar en diferentes niveles, como el comunitario y el doméstico, la prestación de servicios de salud, las políticas en

el sector de la salud y la gestión estratégica, las políticas públicas intersectoriales, el entorno y el contexto. Un artículo de la serie recientemente publicada por la revista médica *The Lancet* sobre salud mental a escala mundial examinó las barreras para el desarrollo de los servicios de salud mental a través de una encuesta cualitativa de expertos y líderes internacionales en materia de salud mental (recuadro 3).

Sin embargo, las barreras que se comentan en el recuadro 3 se refieren solo a las limitaciones para la ampliación y mejora de la provisión de servicios de salud mental, aunque la respuesta es igualmente importante para la prestación eficaz de servicios. La evidencia indica que las barreras desde el punto de vista de la demanda pueden disuadir a los pacientes de acceder al tratamiento disponible, especialmente si son pobres o vulnerables. Entre las barreras para la obtención de servicios de salud mental se encuentran los costos del acceso, la falta de información, así como factores sociales, culturales y de género.

Recuadro 3: Barreras al desarrollo de los servicios de salud mental

La principal barrera al desarrollo de los servicios de salud mental ha sido la ausencia de la salud mental de la agenda de prioridades de la salud pública. Esto tiene graves implicaciones en cuanto a la financiación de la atención de salud mental, ya que los gobiernos le han asignado cantidades exiguas en sus presupuestos sanitarios, y ha faltado interés por parte de los donantes.

Otra barrera identificada fue la organización de los servicios. Los recursos de salud mental se centralizan en las grandes ciudades y cerca de ellas, además de en grandes instituciones. Tales instituciones suelen utilizar una proporción mayor de los escasos recursos para la salud mental; aíslan a los individuos de sistemas vitales de apoyo familiar y comunitario; la atención es más costosa que la que se presta en la comunidad; y se asocian a condiciones de vida indignas, violaciones de los derechos humanos y estigmas. Sin embargo, tanto la reducción del tamaño de los hospitales psiquiátricos como el hecho de hacer que la atención esté disponible en la comunidad implicarán retos.

La tercera barrera al desarrollo de los servicios de salud mental, que se relaciona con la organización de los servicios, es la complejidad de integrar eficazmente la atención de salud mental con los servicios de atención primaria. Los sistemas que proporcionan atención primaria están sobrecargados, tienen múltiples tareas y elevadas cargas de pacientes, poca supervisión y pocos sistemas de derivación funcionales, así como un suministro discontinuo de medicamentos esenciales. Las limitaciones en los recursos humanos también contribuyen a esta barrera debido a la escasa cantidad y el tipo de profesionales de la salud que han recibido capacitación y supervisión en lo que atañe a la atención de salud mental.

Por último, es probable que una barrera importante sea la falta de un liderazgo eficaz en salud pública para la salud mental en la mayoría de los países.

Fuente: Saraceno B et al. Barriers to the improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2007; 370:1164-1174.

Marco para la acción nacional

El Programa *mhGAP* pretende proporcionar un marco para mejorar y ampliar las intervenciones en materia de trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. El marco tiene en cuenta las variadas limitaciones que puedan existir en los diferentes países. Sin embargo, el programa solo pretende ser una guía para la acción y debe ser flexible y suficientemente adaptable a fin de que pueda ejecutarse según la situación de cada país.

El enfoque descrito en el *mhGAP* ha sido concebido para que sea consultivo y participativo, para tener en cuenta las necesidades y los recursos nacionales y para aprovechar los programas y los servicios existentes. Más específicamente, procura formular orientaciones sobre los pasos principales a seguir en el desarrollo de un marco de trabajo.

Compromiso político

El éxito en la puesta en práctica del programa se basa, primero y ante todo, en lograr el compromiso político al más alto nivel y en la adquisición de los recursos humanos y económicos necesarios. Una manera de lograr estos requisitos previos podría ser establecer un grupo central de interesados directos claves que cuenten con experiencia multidisciplinaria para orientar el proceso. Antes de tomar la decisión de crear un nuevo grupo, deben evaluarse los mecanismos existentes para reunir a los interesados directos pertinentes. Entre estos actores claves que deben ser incluidos en el proceso, se encuentran las instancias normativas, los directores de programas de áreas relevantes (como medicamentos esenciales y recursos humanos), y los expertos en comunicación y en desarrollo de la comunidad y sistemas de salud. El programa necesitará los aportes de profesionales de la salud de los campos de la psiquiatría, la neurología y la atención primaria; profesionales de las ciencias sociales; economistas de salud; colaboradores multilaterales y bilaterales clave; y organizaciones no gubernamentales (ONG). Los usuarios de los servicios son también interesados directos importantes y sus aportes serán esenciales.

Evaluación de las necesidades y los recursos

Un análisis de la situación debe proporcionar un conocimiento profundo de las necesidades relacionadas con los trastornos MNS y con la atención de salud; asimismo, debe ayudar a orientar hacia una asignación efectiva de prioridades y el escalonamiento de las intervenciones, fortaleciendo su implementación. Aunque los datos disponibles podrían ser limitados (por ejemplo, puede que no sean representativos a escala nacional o que su calidad varíe), en la medida de lo posible, se debe recopilar la información usando las fuentes existentes.

El análisis de la situación incluye varias tareas:

- describir el estado de la carga de los trastornos MNS en la población del país, la región o la población seleccionada;
- identificar los recursos humanos, financieros y materiales necesarios, teniendo en cuenta los planes del sector de la salud y las estrategias de desarrollo existentes (recuadro 4);
- examinar la cobertura y la calidad de las intervenciones básicas, y cualquier motivo por el que la cobertura resulte baja o ineficaz;
- describir políticas actuales de relevancia para los trastornos MNS y su estado de ejecución; el gasto actual en estos trastornos y los principales socios involucrados;
- sintetizar la información para destacar las brechas importantes que deben enfrentarse a fin de aumentar la atención de los trastornos MNS. Una estrategia útil para esta tarea es el análisis FODA, para identificar las fortalezas, las debilidades, las oportunidades y las amenazas.

Formulación de una política e infraestructura legislativa

Un entorno político favorable ayuda en el proceso de ampliación de las intervenciones para trastornos MNS, dado que las políticas definen una visión de la salud futura de la población y especifican el marco que debe implantarse para tratar y prevenir los trastornos MNS prioritarios. Las políticas deben basarse en los principios de respeto a los derechos humanos y de cumplimiento, promoción y protección de esos derechos.

Recuadro 4: Evaluación de los sistemas de salud mental de la OMS

La OMS ha creado una herramienta, el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental de la OMS (WHO-AIMS, por sus siglas en inglés), para recopilar información esencial sobre el sistema de salud mental de un país o una región. Este instrumento ha sido creado para satisfacer las necesidades específicas de los países con ingresos bajos y medios. Incluye muchos indicadores de recursos y procesos, y escalas de clasificación ordinales que facilitan el proceso de recopilación de datos ya que, con frecuencia, en muchos de estos países no se dispone de información sobre indicadores de resultados o impacto. El WHO-AIMS produce evaluaciones integrales y abarca los vínculos con otros sectores. Por ejemplo, este instrumento evalúa los servicios y apoyos que se brindan en la atención primaria a las personas con trastornos mentales, e incluye elementos que son sumamente importantes para los países con ingresos bajos y medios, como los trabajadores de atención primaria de salud para-profesionales y los curanderos. El instrumento también puede adaptarse fácilmente para recopilar datos sobre trastornos neurológicos y por abuso de sustancias.

Fuente: http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html

Cuando una política está claramente conceptualizada, puede coordinar los servicios y las actividades esenciales para conseguir que se preste atención y tratamiento a las personas que los necesiten, y que se prevenga la fragmentación e ineficiencia en el sistema de salud. El conjunto de orientaciones en materia de políticas y servicios de salud mental que ha desarrollado la OMS consta de una serie de módulos prácticos, interrelacionados y diseñados para abordar temas vinculados con la reforma de los sistemas de salud mental. Este paquete puede ser utilizado como marco para ayudar a los países a crear políticas y planes y a ponerlos luego en práctica.

Medidas necesarias:

- redactar o revisar las políticas para

plantear su visión, sus valores y principios, sus objetivos y las áreas de actividad clave;

- incorporar los conocimientos existentes acerca del mejoramiento del tratamiento, la atención y prevención de los trastornos MNS;
- incluir a todos los interesados directos significativos;
- trabajar con otros sectores y examinar otras políticas destacadas;
- desarrollar medios para la ejecución de las políticas.

La legislación sobre salud mental es también esencial para tratar los trastornos MNS. La ley de salud mental codifica y consolida los principios fundamentales, los valores, los propósitos y los objetivos de las políticas y los programas de salud mental. Proporciona un marco jurídico para promover los derechos humanos, prevenir su violación y abordar los temas fundamentales que afectan a las vidas de quienes padecen trastornos mentales. La OMS ha desarrollado el “Libro de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación” (*Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*), que describe las normas internacionales relativas a los derechos de las personas con trastornos mentales, los temas clave que deben considerarse e incluirse en la ley nacional de salud mental y las estrategias en favor de las mejores prácticas para el desarrollo, la adopción y la aplicación de una ley de salud mental.

Implementación del paquete de intervenciones

Las decisiones acerca de cuál es la mejor manera de ejecutar las intervenciones elegidas a nivel de establecimientos de salud y a nivel comunitario

y doméstico son fundamentales para asegurar que las mismas alcancen un mayor impacto, alta calidad y cobertura equitativa. La implementación del paquete depende de la capacidad de los servicios de salud, de los recursos financieros, humanos y materiales disponibles y del contexto comunitario. Entre las consideraciones fundamentales para la prestación de los servicios se encuentran:

- definir la responsabilidad de ejecución de las intervenciones en diferentes niveles del sistema de salud;
- la integración en los servicios existentes;
- desarrollo de estrategias de implementación para los niveles comunitarios, de atención primaria y centros de referencia o derivación para lograr una alta cobertura de las intervenciones seleccionadas;
- el fortalecimiento de los sistemas de salud;
- el mejoramiento de las conexiones entre las comunidades y el sistema de salud;
- la elaboración de estrategias para llegar a las poblaciones con necesidades especiales;
- el desarrollo de estrategias para tratar situaciones especiales, como las emergencias.

El *mhGAP* hace un llamado para que la salud mental se integre en la atención primaria. El manejo y el tratamiento de los trastornos MNS en la atención primaria deben permitir que un número mayor de personas consigan acceso más fácil y rápido a los servicios; muchos ya buscan ayuda en este nivel. La integración de la salud mental en la atención primaria de salud no solo proporciona mejor asistencia, sino que también reduce el dispendio resultante de las investigaciones innecesarias y de los tratamientos inapropiados e inespecíficos.

Será preciso prestar apoyo adicional a los sistemas de salud para ejecutar las intervenciones. Deben identificarse los medicamentos, el equipo y los suministros que tienen que estar disponibles en cada nivel de prestación de servicios, y han de crearse los mecanismos para mantener una provisión constante. Será preciso fortalecer las vías de referencia o de derivación apropiada y los mecanismos de retroalimentación entre todos los niveles de prestación de servicios.

Un proyecto de control de la epilepsia en la China rural ha demostrado la validez de la prestación de servicios a través de los sistemas existentes y la integración del modelo de control de la epilepsia en los sistemas locales de salud. Los resultados confirmaron que los pacientes con epilepsia podrían ser tratados con fenobarbital a través de los sistemas locales de atención primaria, por los médicos de los consultorios de los pueblos y por médicos rurales con capacitación básica. Los métodos usados en este proyecto deberían ser apropiados para extenderlos a otras zonas rurales de China y quizás a otros países en desarrollo. De hecho, después del éxito del estudio inicial, el proyecto se extendió con apoyo del gobierno central para incluir 34 condados de China, con una población de 19 millones de personas. Se ha capacitado a 1.500 médicos locales y han sido tratados más de 10.000 pacientes con epilepsia.

La implementación de un paquete de intervenciones exigirá que se fomente la movilización y la participación comunitarias, así como actividades cuyo objetivo sea concientizar y mejorar la aceptación de las acciones y el uso de los servicios.

La planificación para la aplicación de las intervenciones también tiene que incorporar a poblaciones con necesidades especiales (por ejemplo, diferentes grupos culturales y étnicos u otros grupos vulnerables, como las poblaciones indígenas). El enfoque usado para la prestación de servicios debe atender a las cuestiones de género. Las diferencias entre los sexos crean inequidades entre los hombres y las mujeres en cuanto al estado de salud. Además, las diferencias entre los sexos dan lugar a diferencias en el acceso y el uso de la información, la atención y los servicios sanitarios (por ejemplo, es posible que una mujer no pueda acceder a los servicios de salud porque las normas de su comunidad le impiden que vaya sola a un consultorio).

Debe planificarse la implementación, de manera que incluya situaciones específicas, como las emergencias. Dada la capacidad muy limitada del sistema de salud mental en los países con ingresos bajos y medios, la provisión de tal asistencia a las poblaciones afectadas por los desastres es una tarea difícil. Las personas con trastornos mentales severos preexistentes son especialmente vulnerables en las situaciones de emergencia. Sin embargo, las emergencias también pueden catalizar las reformas en materia de salud mental, dado que sus consecuencias para la salud mental y el bienestar psicosocial de la personas han ganado el interés de los medios de comunicación, los profesionales y el público en general. Los profesionales se han percatado que las tasas de trastornos psiquiátricos aumentan después de las emergencias, y el público, incluidos los políticos, ha empezado a preocuparse por las consecuencias que ellas tienen sobre la salud mental. Esto tiende a brindar oportunidades sin precedentes para el desarrollo de los sistemas de salud mental en los meses y los años posteriores a una emergencia, y

en estos contextos pueden producirse con suma rapidez mejoras en la organización de los servicios.

Fortalecimiento de los recursos humanos

Es necesario contar con recursos humanos con capacitación adecuada y apropiada para ampliar y mejorar todas las intervenciones en salud, y especialmente las dirigidas a los trastornos MNS, ya que la atención de estos problemas depende en gran medida del personal de salud, más que de la tecnología o del equipo. La mayoría de los países con ingresos bajos y medios tienen pocos recursos humanos capacitados y disponibles, enfrentando, a menudo, dificultades de distribución dentro del mismo país o de determinadas regiones (por ejemplo, personal muy escaso en entornos rurales o demasiado personal en las grandes instituciones asistenciales). El problema ha empeorado por la migración al extranjero de los profesionales capacitados. Por otro lado, las competencias del personal podrían no estar actualizadas, ni satisfacer las necesidades de la comunidad y gran parte de ese personal podría estar mal utilizado, ser improductivo o estar desmoralizado. En muchos países de bajos ingresos falta infraestructura y establecimientos para la capacitación continua del personal de salud. El desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos son el eje de la capacitación organizacional y uno de los principales desafíos a enfrentar. La meta en lo relativo a recursos humanos es sencilla, aunque sea complejo alcanzarla: lograr que trabajadores apropiados, con aptitudes apropiadas, estén en el lugar correcto, haciendo lo correcto.

Con cada paquete de intervención, debe identificarse una categoría específica de personal de salud que debe asumir la responsabilidad de la ejecución de las intervenciones en cada nivel de prestación de servicios. Por ejemplo, los

profesionales de atención primaria de la salud pueden tratar la mayoría de los casos de epilepsia con antiepilépticos de primera línea, mientras que los casos complejos deben remitirse a un especialista. El acceso a los servicios de salud puede mejorarse incluyendo múltiples actores en diversos niveles del sistema de salud. Cuando los médicos y las enfermeras sean escasos, algunas de las intervenciones prioritarias pueden ser aplicadas por agentes de salud de la comunidad, tras recibir capacitación específica y contando con la supervisión necesaria. Para muchas condiciones prioritarias, la intervención debe realizarse siguiendo un modelo de atención progresivo, que consta de funciones claramente definidas para cada nivel de atención, desde la atención primaria a la atención sumamente especializada. Esto exige una capacitación apropiada para cada nivel de profesionales de la salud.

También es preciso identificar las habilidades adicionales que cada categoría de profesionales de la salud podría requerir. Quizás tengan que fortalecer determinadas aptitudes y adquirir otras nuevas. Por ejemplo, los profesionales de la atención primaria podrían necesitar capacitación en intervenciones psicosociales para la esquizofrenia. El paso siguiente es decidir cómo se desarrollarán estas capacidades adicionales.

Entre las acciones fundamentales se encuentran:

- la capacitación apropiada, previa a la prestación de servicios o en servicio, de diferentes profesionales de la salud, con programas de estudios basados en las necesidades y ajustados a los objetivos;
- el mejoramiento del acceso a la información y las fuentes de conocimiento;
- el desarrollo de la supervisión de apoyo;
- la creación de herramientas simplificadas de diagnóstico y tratamiento.

En la mayoría de los países será necesario, a corto y mediano plazo, invertir en capacitación en servicio. Al mismo tiempo, deben realizarse esfuerzos tempranos para fortalecer el programa de estudios básico (capacitación previa al servicio).

Son necesarias estrategias para desarrollar especialistas que sean capaces de manejar y tratar casos complejos, proporcionar supervisión y apoyo continuo a los profesionales que no sean especialistas, así como enseñar y entrenar a otros profesionales de la salud.

Movilización de recursos financieros

La mayoría de los países con ingresos bajos y medios no asignan suficientes recursos financieros a la atención de los trastornos MNS. Por consiguiente, la movilización de los recursos financieros necesarios para su mejora y ampliación es una tarea importante. La determinación exacta de los costos es un primer paso necesario para hacer presupuestos realistas y estimar la brecha en términos de recursos, antes de poder movilizarlos. Se requerirán distintos tipos de estimación de costos según las finalidades. La OMS ha creado una herramienta para calcular los costos financieros que implica el logro de un nivel definido de cobertura mediante un conjunto de intervenciones integradas. Un estudio reciente calculó las necesidades de recursos y los costos asociados a la ampliación y mejora de un conjunto fundamental de intervenciones para la atención de la salud mental en países seleccionados con ingresos bajos o medios (recuadro 5).

Aunque las inversiones estimadas no son grandes en términos absolutos, representarían un aumento sustancial de las asignaciones presupuestarias que actualmente se destinan a la salud mental. Si el presupuesto sanitario total se

mantuviera durante 10 años, la aplicación del paquete específico para la atención de la salud mental en la cobertura proyectada representaría la mitad del gasto total de salud en Etiopía y el 8,5% del total en Tailandia. Por lo tanto, los presupuestos sanitarios deben aumentarse, especialmente en los países de bajos ingresos.

Otra implicación importante de este proceso es la necesidad de modificar la prestación de los servicios de salud mental. En particular, los modelos de atención institucionales deben ser reemplazados por los de atención comunitaria, y es preciso introducir más intervenciones basadas en datos científicos.

Otro ejemplo es un estudio que estimó la carga prevenible de la epilepsia y los costos a nivel de la población en tratamiento con antiepilépticos de primera línea en países en desarrollo de nueve subregiones de la OMS. Mostró que la extensión de la cobertura del tratamiento con medicamentos antiepilépticos al 50% de los casos de epilepsia primaria evitaría 13-40% de la carga existente, con un costo anual por persona de 0,20-1,33 dólares. Con una tasa de cobertura de 80%, el tratamiento evitaría 21-62% de la carga. En las nueve subregiones, el costo para garantizar un año extra de vida saludable fue inferior a los ingresos medios por persona.

A efectos de la sostenibilidad, los costos marginales del fortalecimiento de los servicios para los trastornos MNS deben reducirse al mínimo, aprovechando para ello las estrategias y los planes existentes. Será necesario el financiamiento de los gobiernos para prestar servicios para los trastornos

Recuadro 5: Costo de la mejora y ampliación de los servicios de atención de salud mental en países con ingresos bajos y medios

Un estudio reciente ha evaluado las necesidades de recursos y los costos asociados a la mejora y ampliación de un conjunto de intervenciones esenciales para la atención de la salud mental en 10 años. El paquete básico de intervenciones de este proyecto comprendía los tratamientos farmacológicos y psicosociales de tres trastornos mentales - esquizofrenia, trastornos bipolares y depresión -, e intervenciones breves para un factor de riesgo, el consumo excesivo de alcohol.

La ampliación y mejora de las intervenciones efectivas en relación a los costos se basó en un marco general de servicios en el cual la mayoría de los usuarios de la atención de salud mental fueron tratados en el nivel de atención primaria, con referencia o derivación de los casos complejos a servicios más especializados. La cobertura prevista se fijó en 80% para la esquizofrenia y los trastornos bipolares, y en 25% y 33% con respecto al consumo perjudicial de alcohol y la depresión, respectivamente. La necesidad de recursos humanos para poder instrumentar el paquete de intervenciones se basó en estudios anteriores que evaluaron este requisito.

El costo anual de la ampliación del paquete básico de intervenciones para llegar a quienes lo necesitan fue calculado como el producto de cinco factores: población adulta total \times prevalencia anual en los adultos \times cobertura de los servicios \times tasa de uso \times costo unitario de los servicios. También se calcularon otros costos asociados a la gestión de programas, la capacitación y supervisión y la infraestructura esencial. Por ejemplo, en el nivel existente de cobertura de servicios, se calculó que los gastos anuales para el rubro de atención de salud eran de US\$0,12 por persona en Etiopía y de US\$1,25 por persona en Tailandia. Sin embargo, para alcanzar la cobertura proyectada en 10 años, el gasto total en Etiopía tendría que aumentar 13 veces (hasta US\$1,58 por persona) y 3 veces en Tailandia (hasta US\$4 por persona).

Los resultados indicaron que el costo extra que implica la ampliación y mejora de los servicios de salud mental en 10 años para poder proporcionar una mayor cobertura a través del paquete básico de intervenciones debe ser viable en términos absolutos, aunque implica un desafío.

Fuente: Chisholm D, Lund C, Saxena S. The cost of scaling up mental health care in low- and middle-income countries. *British Journal of Psychiatry*, 2007; 191: 528-535.

MNS y esto requerirá que los interesados directos defiendan su caso con determinación. Si pudieran integrarse las estrategias para este tipo de trastornos a los planes de desarrollo gubernamentales para otros sectores, se podría asegurar la inversión y los recursos continuos para esta área.

Los recursos para la prestación de servicios para los trastornos MNS pueden mobilizarse de diversas fuentes:

- Podría aumentarse la proporción del presupuesto asignado a estas enfermedades dentro de los presupuestos sanitarios nacionales. El Atlas de Salud Mental ha demostrado que casi un tercio de los países carecen de un presupuesto específico para salud mental. Incluso aquellos países que sí lo tienen, asignan solo una pequeña proporción de fondos a esta área (el 21% de ellos gastan en salud mental menos del 1% de sus presupuestos totales de salud). Será importante apoyar la causa y alentar a los países a que aumenten esta proporción.

- Podrían reasignarse fondos de otras actividades para este paquete de intervenciones. Si el porcentaje del presupuesto sanitario que se asigna a la salud mental no pudiera aumentarse a corto plazo, quizá sea posible reasignar recursos de los hospitales psiquiátricos a los servicios comunitarios, ya que existen datos probatorios que demuestran que estos últimos son más eficaces y rentables que aquéllos.
- Podría usarse el financiamiento externo. Ya que los presupuestos sanitarios de muchos países con ingresos bajos o medios son muy reducidos, la ampliación de la atención de la salud mental requerirá normalmente financiamiento de fuentes externas o de donantes. Los países pueden obtener acceso a sumas adicionales mediante iniciativas especiales de financiamiento, como las realizadas a través de organismos bilaterales y multilaterales de ayuda al desarrollo y de fundaciones. La identificación de los recursos externos -lo ideal es que tenga lugar en un plazo que permita mantener el impulso y reducir las demoras- es una tarea clave para el proceso de ampliación y mejora.

Debe desarrollarse una estrategia de movilización de recursos basada en la evaluación de las necesidades y los recursos y la elaboración de un plan de acción. La OMS podría apoyar puntos focales para los trastornos MNS dentro de los países a fin de preparar propuestas, identificar actividades específicas y financiar la ampliación y mejora de los servicios para este tipo de trastornos.

Seguimiento y evaluación

La frase “la medición es fundamental para la acción” resume la importancia del seguimiento

y de la evaluación para la planificación y ejecución del programa. El alcance del seguimiento y la evaluación refleja el alcance del plan de implementación. El proceso debe incorporar la selección de indicadores y la identificación de las herramientas y los métodos para la medición. Cada país tendrá que decidir qué indicadores deben medirse y con qué finalidad; dónde y cuándo medirlos; cómo hacerlo y qué fuentes de datos deben usarse. Los países también tendrán que planificar para el análisis y la utilización de los datos.

Los indicadores para la medición pueden estar basados en lo que el programa recibe, las actividades y procesos del mismo, sus resultados y el impacto/estado de salud (figura 4).

Existen solo unos pocos indicadores universales; cada estrategia de mejora y ampliación tiene que incluir sus propios indicadores. Estos son algunos ejemplos de indicadores de recursos:

- el número de sitios en el país que ejecutan la estrategia de mejora y ampliación de los servicios;
- el alcance del desarrollo de métodos y procedimientos de gestión;
- la presencia de una política, programa o plan oficial para salud mental;
- un presupuesto para salud mental específico como proporción del presupuesto total de salud;
- la proporción del gasto total en salud mental que se invierte en los servicios comunitarios.

Entre los ejemplos de indicadores de proceso se incluyen:

- la proporción de establecimientos de atención primaria que cuentan con profesionales de la salud capacitados para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos MNS;
- la proporción de establecimientos de atención primaria que tienen suministros, tales como medicamentos esenciales, para los trastornos MNS.

Un ejemplo de un indicador de resultado es:

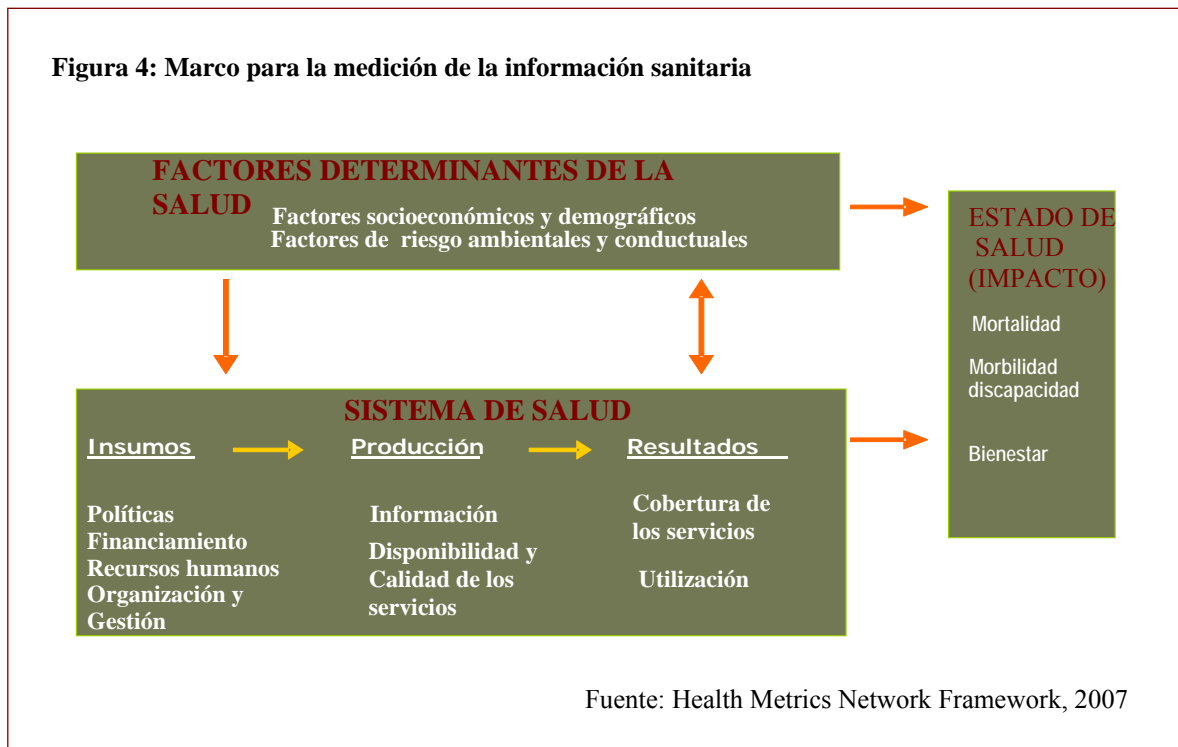
- el número de personas que cada año recibe tratamiento para los trastornos MNS como proporción de la prevalencia total anual calculada de trastornos MNS.

Son ejemplos de indicadores de impacto y del estado de salud:

- la prevalencia y la carga (AVAD) de los trastornos MNS;

- las defunciones por suicidio y la tasa de lesiones autoinfligidas.

Las decisiones acerca de la frecuencia de la medición de los indicadores de resultado seleccionados deben basarse en las fases de ejecución de las actividades. En general, los indicadores de procesos se miden de manera continua y deben examinarse cada 1-2 años para poder reajustar los planes de actividades. Los indicadores de resultado y del estado de salud se miden periódicamente, en general cada 3-5 años. Podrían usarse varios métodos para obtener los datos necesarios para el cálculo de los indicadores prioritarios. Las fuentes de datos incluyen los informes de los establecimientos de salud, las visitas de supervisión, las auditorías de los establecimientos de salud, los registros de los programas nacionales o de distrito, las encuestas de los establecimientos o proveedores de salud, las encuestas domiciliarias y estudios especiales para investigar temas específicos.



Construyendo alianzas

Un programa es tan bueno como eficaz sea la acción que genera. Para el programa *mhGAP* es fundamental crear asociaciones o alianzas productivas, es decir, reforzar los compromisos con los socios existentes y atraer nuevos socios y dinamizarlos, así como acelerar los esfuerzos y aumentar las inversiones en favor de una reducción de la carga de los trastornos MNS. No hay ninguna persona u organización que pueda tener éxito afrontando el reto por sí sola; por lo tanto, la ejecución del programa requiere mayor voluntad política, inversión pública, conciencia de los trabajadores de salud, participación de las familias y comunidades y colaboración entre gobiernos, organizaciones internacionales y otras partes interesadas.

La OMS tiene un papel importante que desempeñar, dado que es la agencia técnica líder en materia de salud. Su estructura se organiza alrededor del personal que trabaja en la sede, las oficinas regionales y las oficinas nacionales. Esta estructura es idónea para la ejecución de los programas nacionales. El plan estratégico a mediano plazo de la OMS (http://www.who.int/gb/e/e_amtsp.html) contempla los objetivos unificados y las estrategias para alcanzar estos objetivos, así como las contribuciones de las capacidades distintivas pero complementarias de las diversas oficinas de la OMS. La OMS está bien ubicada para ejecutar de manera sistemática las actividades claves identificadas en un marco de acción nacional. El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, en consulta con sus oficinas regionales, ha tomado una posición de avanzada en la elaboración de esta estrategia. La construcción de alianzas entre programas de la OMS, así como con otros interesados directos, es clave para la ejecución del *mhGAP*.

Recuadro 6: Guía sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia del Grupo de Trabajo del Comité Permanente Interinstitucional

Las directrices fueron formuladas por 27 organismos y han sido respaldadas por el Grupo de Trabajo del Comité Permanente Interinstitucional (IASC), que está constituido por jefes de organismos de las Naciones Unidas, organizaciones intergubernamentales, organismos de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y grandes consorcios de ONG. El proceso de formulación de las directrices ha mejorado enormemente la colaboración entre los organismos. Las guías se fundamentan en los principios de los derechos humanos, la participación, los recursos disponibles, la atención integrada, los apoyos múltiples y la evitación del daño. Muchos organismos están aplicando actualmente estas directrices o guías, y la OMS alienta a los donantes a que las utilicen como referencia clave cuando se decida la asignación de recursos. Se prevé que las mismas conlleven un uso más eficaz de los recursos para la atención de los trastornos mentales y por abuso de sustancias. Las guías o directrices utilizan un marco multisectorial y describen los primeros pasos para proteger la salud mental y el apoyo psicosocial durante una emergencia.

<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Guidelines%20IASC%20Mental%20Health%20Psychosocial.pdf>

Organismos de las Naciones Unidas

Muchas organizaciones internacionales -como UNICEF- tienen su propia agenda de salud. La mejora y ampliación de los servicios requiere asociaciones o alianzas entre diferentes organismos a fin de que los escasos recursos financieros sean asignados de manera justa. Uno de dichos ejemplos es la salud mental en situaciones de emergencia. Probablemente la ayuda para la salud mental en las emergencias necesite más directrices sólidas y consensuadas, además de colaboración interinstitucional, que otras áreas. Por consiguiente, en el 2007, la OMS inició y copresidió un Grupo de Trabajo del Comité Permanente Interinstitucional (IASC) que redactó la *Guía sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia* (recuadro 6).

Ministerios y organismos de gobierno

Los ministerios son los más importantes socios para la acción a nivel nacional. Cada gobierno tiene que asumir su responsabilidad en la planificación y la puesta en práctica de su plan estratégico. Dado que la OMS es una organización multinacional, puede reunir a los países que comparten vínculos geográficos, sociales y culturales, y que también tienen problemas o dificultades similares con los trastornos MNS, a fin de unir esfuerzos y aprender de las experiencias de los demás. La Red de Salud Mental de las Islas del Pacífico (PIMHnet) es un buen ejemplo de una alianza innovadora (recuadro 7).

Recuadro 7: Red de Salud Mental de las Islas del Pacífico (PIMHnet): Forjar asociaciones para mejorar la atención de salud mental

La Red de Salud Mental de las Islas del Pacífico de la OMS, que reúne a 16 países de esta Región, fue lanzada durante la reunión de ministros de salud de los países insulares del Pacífico que se celebró en Vanuatu en el 2007. Al trabajar en colaboración, los países de la red pueden aprender de sus experiencias, conocimientos y recursos colectivos para promover la salud mental y desarrollar sistemas que proporcionen tratamiento y atención eficaces en estas naciones.

En consulta con los países, PIMHnet ha identificado varias áreas de trabajo prioritarias entre las que se incluye: la promoción de la causa; recursos humanos y capacitación; políticas, planificación, legislación y desarrollo de servicios en materia de salud mental; acceso a los medicamentos psicotrópicos; investigación e información. Los países de la red se reúnen anualmente para desarrollar planes de trabajo que destaquen las principales áreas de acción para abordar estas prioridades. Es necesario que estos planes de trabajo sean respaldados oficialmente por los ministros de salud. Los puntos focales formalmente nombrados en todos los países proporcionan la coordinación y el enlace entre los miembros de la PIMHnet, y con la secretaría de la red y el equipo de cada país.

Una estrategia importante de la PIMHnet ha sido forjar asociaciones estratégicas con ONG y otros organismos que trabajan en la Región del Pacífico para reducir la fragmentación existente de las actividades en favor de la salud mental; elaborar estrategias coordinadas y eficaces para abordar las brechas de tratamiento; mejorar la atención de salud mental; y poner fin al estigma, la discriminación y la violación de los derechos humanos de quienes padecen trastornos mentales.

http://www.who.int/mental_health/policy/country/pimhnet/en/index.html

Donantes

Los donantes, tanto multilaterales como bilaterales, están financiando cada vez más al sector de la salud. Es necesaria una intensa acción de apoyo para que los trastornos MNS sean incluidos en la lista de prioridades de los donantes en los países con ingresos bajos y medios y para proporcionar un aumento sustancial de la asignación de recursos para este tipo de trastornos. Sin embargo, no basta con un aumento de los fondos. Ellos deben distribuirse de modo equitativo y han de usarse eficientemente. Para permitir que tenga lugar esta distribución, las instancias de salud pública y otros grupos profesionales en países con ingresos bajos y medios deben transformarse en socios activos.

ONG y centros colaboradores de la OMS

Las ONG que operan a nivel local, nacional e internacional pueden contribuir en muchos aspectos con la ejecución de este programa (recuadro 8). Por ejemplo, las organizaciones de profesionales de la salud pueden contribuir velando porque la educación y la capacitación básica de todo el personal de salud incluyan el tratamiento de los trastornos MNS. Otro socio importante involucrado en la puesta en práctica de este programa es la red de centros colaboradores de la OMS.

Recuadro 8: Campaña Mundial de ILAE, IBE y OMS contra la Epilepsia

En todo el mundo, cerca de 50 millones de personas sufren epilepsia, y muchas más se ven afectadas por sus consecuencias, tales como sus familiares, amigos, empleadores y profesores. El 80% de los pacientes epilépticos viven en países en desarrollo; 80% de ellos no son tratados apropiadamente a pesar de la disponibilidad de intervenciones eficaces y de bajo costo.

La necesidad de una iniciativa mundial contra este trastorno universal es imperiosa. Las tres principales organizaciones internacionales que trabajan en el campo de la epilepsia (la Liga Internacional Contra la Epilepsia [ILAE], la Oficina Internacional para la Epilepsia [IBE] y la OMS) unieron sus fuerzas en 1997 para crear la Campaña Mundial Contra la Epilepsia. La campaña pretende mejorar la provisión de información acerca de la epilepsia y sus consecuencias, así como ayudar a los gobiernos y a aquellas personas que están preocupadas por la enfermedad a reducir su carga.

Hasta el presente, más de 90 países se han unido a la campaña. Como parte de los esfuerzos generales para concientizar, se han organizado conferencias regionales y se han redactado y adoptado declaraciones regionales. Se han elaborado informes regionales para definir los retos actuales y ofrecer recomendaciones apropiadas. Se ha emprendido la evaluación de los recursos nacionales mediante el Proyecto Atlas y *Atlas: La atención de la epilepsia en el mundo*, que resumió los datos correspondientes a los recursos disponibles para la atención de la enfermedad en 160 países.

Una actividad para ayudar a los países a elaborar sus programas nacionales para la epilepsia son los proyectos de demostración. La meta máxima de estos proyectos es el desarrollo de diversos modelos exitosos de control de esta enfermedad que puedan integrarse en el sistema de atención de salud del país participante.

El éxito de la Campaña Mundial Contra la Epilepsia es en gran parte atribuible a la colaboración de ONG, como ILAE e IBE, con la OMS.

http://www.who.int/mental_health/management/globalepilepsycampaign/en/index.html

Sociedad civil

La sociedad civil, incluidos los usuarios, los cuidadores y los miembros de familias, son colaboradores claves para mejorar los servicios. La participación de los usuarios o pacientes y sus cuidadores es un aspecto importante de la atención y del tratamiento y se extiende a través de la atención social y de salud. Los interesados directos y actores claves del sector social deben colaborar con la provisión de apoyo social a las personas con trastornos MNS, basándose en los recursos locales y generando recursos externos según sea necesario. La participación de los usuarios de los servicios y sus familias en la planificación y la prestación de los servicios para los trastornos MNS ha cobrado un impulso considerable durante el último decenio. Las opiniones de los movimientos de usuarios contribuyen en la campaña a favor de los cambios de actitud hacia los que sufren estas enfermedades. Un ejemplo es el Foro Mundial para la Salud Mental Comunitaria (recuadro 9).

Recuadro 9: Foro Mundial para la Salud Mental Comunitaria

En general se considera que el avance realizado hacia el establecimiento de servicios comunitarios de salud mental ha sido bastante lento, a pesar de los datos que comprueban que estos servicios son los más eficaces para fomentar la salud mental y el respeto de los derechos humanos. La OMS ha convocado el Foro Mundial para la Salud Mental Comunitaria con el fin de dar un impulso extra a esta área. La misión de este Foro es proporcionar una red asistencial y de apoyo para todos los interesados en la promoción de servicios de salud mental comunitarios para las personas que padecen enfermedades mentales severas. También provee una plataforma para el intercambio de información, generando un espacio de apoyo mutuo y un sentido de pertenencia en usuarios, familiares, proveedores y todos aquellos que estén interesados en que la atención de salud mental se traslade desde las instituciones de atención a largo plazo hacia una atención comunitaria eficaz. El foro se organiza sobre una base de asociación; entre los socios existentes se encuentran BasicNeeds, Christian Blind Mission y la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial. El Departamento de Salud del Reino Unido está ayudando activamente al foro. También se hallan firmemente involucrados distintos grupos de usuarios y familiares.

La primera reunión del Foro Mundial para la Salud Mental Comunitaria se organizó en mayo del 2007 en Ginebra. Se planificaron dos talleres regionales cada año, además de la reunión mundial. Los talleres regionales brindaron a las ONG pequeñas la oportunidad de obtener el apoyo necesario para sus tareas relacionadas con la atención de salud mental en la comunidad y para generar mejores prácticas que deben ser aplicadas por terceros.

<http://www.gfcmh.com/>

¡Ahora es el momento de actuar!

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes y suponen una carga sustancial para la salud pública. Están asociados a la pobreza, la marginación y la desventaja social. A esto se añade el estigma y la violación de los derechos humanos de quienes sufren trastornos MNS. Se cuenta con intervenciones eficaces para reducir esta carga y pueden ejecutarse aún en entornos donde los recursos son escasos.

Es necesario aumentar la cobertura de servicios para los trastornos MNS en todos los países, pero en particular en los de ingresos bajos y medios, de modo que la atención disponible sea proporcional al grado de necesidad. El *mhGAP* pretende introducir la salud mental en la agenda mundial de prioridades de la salud pública. Este programa contempla la mejora de la atención para un conjunto de condiciones prioritarias con el uso de un paquete de intervenciones factible y basado en evidencias. Aboga por el apoyo continuo y comprometido y por los esfuerzos coordinados para ayudar a los países a mejorar la cobertura y la calidad de los servicios. Proporciona la visión y la orientación acerca de cómo responder a esta necesidad de salud pública.

La mejora y ampliación de los servicios de atención de la salud mental es un proceso social, político e institucional que ocupa a muchos participantes, grupos de interés y organizaciones. Los gobiernos, los profesionales de la salud para trastornos MNS, la sociedad civil, las comunidades y las familias, con el apoyo de la comunidad internacional, son conjuntamente responsables de emprender con éxito este proceso. El camino a seguir es crear asociaciones y alianzas innovadoras. Es necesario un compromiso de todos los socios para responder a esta urgente necesidad de salud pública. ¡Ahora es el momento de actuar!

Anexo 1:

Carga de salud pública asociada a las condiciones prioritarias incluidas en el Programa de Acción para Superar la Brecha en Materia de Salud Mental, *mhGAP*

En lo que respecta a las condiciones prioritarias incluidas en el *mhGAP*, el cuadro resume la carga de trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (MNS) y sus vínculos con otras enfermedades y otros sectores.

| Condición prioritaria | Carga | Vínculos con otras enfermedades | Vínculos con otros sectores |
|-----------------------|---|--|-----------------------------|
| Depresión | <p>Es el principal factor que contribuye a la carga de enfermedades no mortales y es responsable de un gran número de AVAD perdidos a escala mundial.</p> <p>Es la cuarta causa principal de carga de morbilidad (en AVAD) a nivel mundial y se prevé que subirá en esta escala hasta ser la segunda causa principal en el 2030.</p> <p>La prevalencia calculada de trastorno depresivo mayor o distimia a lo largo de toda la vida es de 4,2-17% (media ponderada: 12,1%).</p> | <p>Es un factor de riesgo de suicidio y de muchas enfermedades no transmisibles, como el accidente cerebrovascular, la cardiopatía coronaria y la diabetes de tipo II.</p> <p>La depresión comórbida es un factor predictivo de resultados adversos (por ejemplo, mayor mortalidad después de infarto de miocardio).</p> <p>La infección por el VIH-1 se asocia a una mayor incidencia de depresión; el cumplimiento del tratamiento antirretroviral se ve afectado por la depresión concomitante. Se ha demostrado que el cumplimiento del tratamiento antirretroviral mejora cuando se trata la depresión comórbida.</p> <p>La depresión comórbida también afecta al cumplimiento del tratamiento de otras enfermedades, como la diabetes y la tuberculosis.</p> <p>La depresión puerperal tiene consecuencias negativas para la relación temprana entre la madre y el hijo, así como para el desarrollo psicológico del niño. La depresión materna es un factor de riesgo de retraso del crecimiento infantil. Las madres que sufren depresión pueden tardar en buscar ayuda para sus hijos con enfermedades potencialmente graves.</p> | |

| Condición prioritaria | Carga | Vínculos con otras enfermedades | Vínculos con otros sectores |
|--|---|---|--|
| Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos | <p>El riesgo de vida para la esquizofrenia es de 0,08-0,44% y el de psicosis no afectivas alcanza el 0,64-1,68%. La prevalencia de vida de las psicosis no afectivas es de 0,3–1,6%.</p> <p>El 1,1% de todos los AVAD perdidos se debe a la esquizofrenia. El 2,8% del total de años vividos con discapacidad se debe a la esquizofrenia, ya que este trastorno se asocia a aparición temprana, duración prolongada y discapacidad grave.</p> | <p>Es factor de riesgo de suicidio. En la esquizofrenia suele producirse abuso de sustancias. La esquizofrenia materna se asocia sistemáticamente a parto prematuro y a peso bajo al nacer.</p> | <p>La esquizofrenia es uno de los trastornos más estigmatizantes, con la consiguiente violación de los derechos humanos y discriminación en áreas como el empleo, la vivienda y la educación.</p> |
| Suicidio | <p>El suicidio es la tercera causa principal de muerte a escala mundial en personas de 15-34 años, y es la 13.^a causa principal de muerte en todas las edades combinadas. Cada año mueren cerca de 875.000 personas por suicidio.</p> <p>El suicidio a escala mundial representa el 1,4% de la carga de morbilidad (en AVAD).</p> | <p>Las tasas elevadas de suicidio se asocian a trastornos mentales como la depresión y la esquizofrenia. Las tasas elevadas de suicidio se asocian a la dependencia del alcohol y las drogas.</p> | <p>Las adversidades en la niñez, incluidos los abusos físicos, emocionales y sexuales, se asocian a un riesgo elevado de suicidio.</p> <p>El suicidio es resultado de muchos factores socio-culturales complejos y tiene grandes probabilidades de ocurrir en situaciones de crisis socioeconómica, familiar e individual (por ejemplo, pérdida de una persona querida, pérdida del empleo, maltrato de la pareja o violencia en el hogar).</p> <p>El acceso fácil a sustancias mortales, como los plaguicidas, se relaciona con tasas elevadas de suicidio.</p> |
| Epilepsia | <p>La prevalencia de la epilepsia activa a nivel mundial es 5-8 por 1.000 habitantes.</p> | <p>Las causas prenatales o perinatales (complicaciones obstétricas, prematuridad, peso bajo al nacer y asfixia neonatal) son factores de riesgo de aparición de la epilepsia.</p> | <p>La epilepsia impone una carga escondida asociada a estigmatización, discriminación y</p> |

| Condición prioritaria | Carga | Vínculos con otras enfermedades | Vínculos con otros sectores |
|--|---|--|--|
| | <p>La epilepsia afecta en todo el mundo a cerca de 50 millones de personas, el 80% de las cuales viven en países en desarrollo.</p> <p>El riesgo de muerte prematura en personas con epilepsia es dos a tres veces mayor que en la población general.</p> | <p>Otras causas son las lesiones cerebrales traumáticas, las infecciones del sistema nervioso central, la enfermedad cerebrovascular, los tumores cerebrales y las enfermedades neurodegenerativas.</p> | <p>violaciones de los derechos humanos de las personas que la sufren, tanto en la comunidad y en el lugar de trabajo como en la escuela y el hogar.</p> |
| Demencia | <p>En todo el mundo, cerca de 24,3 millones de personas sufren demencia, y se prevé que esta cifra se duplicará cada 20 años.</p> <p>El 60% de las personas con demencia viven en los países en desarrollo. Estudios en estos países han revelado que la prevalencia de la demencia varía entre 0,84 y 3,5%.</p> <p>Los familiares que cuidan a las personas con demencia les prestan un gran apoyo; y pueden sufrir importantes dificultades psicológicas, prácticas y económicas. En EUA, el costo anual de la atención informal fue de \$18.000 millones de dólares anuales (en 1998).</p> | <p>El tratamiento de las enfermedades subyacentes y los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares puede ayudar a prevenir las enfermedades cerebrovasculares futuras que podrían conducir a la demencia por múltiples infartos.</p> <p>Otros trastornos, como el hipotiroidismo o la deficiencia de vitamina B₁₂, que podría conducir a la demencia, o agravarla, son fácilmente tratables, y los costos del tratamiento son mucho menores que los costos de atención de la demencia.</p> | <p>La demencia plantea problemas laborales para los cuidadores y una carga para el sector del bienestar social.</p> |
| Trastornos por consumo de alcohol | <p>El 4,4% de la carga de morbilidad mundial es atribuible al consumo de alcohol.</p> <p>Los trastornos neuropsiquiátricos por consumo de alcohol, incluida la dependencia alcohólica, representan el 34% de la carga de morbilidad y discapacidad, que es atribuible al alcohol.</p> <p>En algunos países de las Américas y Europa del</p> | <p>El consumo de alcohol se relaciona causalmente con más de 60 condiciones codificadas por la Clasificación Internacional de Enfermedades, como el daño hepático, el daño pancreático, el suicidio, las lesiones involuntarias y los trastornos hormonales.</p> | <p>Los trastornos por el consumo de alcohol afectan a los servicios sociales, al sector fiscal, a los organismos de aplicación de la ley y la justicia penal, a los servicios contra incendios, al transporte, a las normas de tránsito, a la industria del alcohol, al sector agropecuario, al turismo, a la industria del entretenimiento.</p> |

| Condición prioritaria | Carga | Vínculos con otras enfermedades | Vínculos con otros sectores |
|---|--|---|--|
| | <p>Este, la prevalencia estimada de trastornos por consumo de alcohol es cercana al 10%.</p> <p>Aunque la mayoría de los bebedores de alto riesgo en todo el mundo sean los hombres, las mujeres están gravemente afectadas por el consumo abusivo de alcohol (por ejemplo, la violencia doméstica a causa del alcohol).</p> | | |
| <p>Trastornos por consumo de drogas ilícitas</p> | <p>Se calcula que en todo el mundo hay 200 millones de personas que consumieron drogas ilícitas en 2005-2006.</p> <p>Se ha calculado que en los países desarrollados el costo económico del consumo de drogas ilícitas es de 0,2-2% del producto interno bruto.</p> <p>El uso ilícito de opioides representaba el 0,7% de los AVAD a escala mundial en el año 2000. El número de usuarios de drogas inyectables en todo el mundo ronda los 13 millones.</p> <p>El cannabis fue la droga ilícita más consumida: 3,8% de la población mundial mayor de 15 años la consume. Pese a que representa cerca del 80% del consumo de drogas ilícitas en todo el mundo, no se conoce bien la mortalidad y la morbilidad atribuibles a su uso, ni siquiera en los países desarrollados.</p> | <p>Los usuarios de heroína con dependencia de esta droga tienen mayor riesgo de muerte prematura por sobredosis, violencia, suicidio y causas relacionadas con el alcohol.</p> <p>En todo el mundo, el 5-10% de las nuevas infecciones por el VIH son atribuibles al uso de drogas inyectables debido al uso compartido de equipo contaminado.</p> <p>Los trastornos por consumo de drogas ilícitas se asocian a mayor riesgo de otras enfermedades infecciosas, como la hepatitis B y C.</p> | <p>Los trastornos debidos al uso de drogas ilícitas afectan a los servicios sociales, al sistema de justicia penal y a los sectores de la educación y la seguridad vial.</p> |

| Condición prioritaria | Carga | Vínculos con otras enfermedades | Vínculos con otros sectores |
|--|--|--|--|
| <p>Trastornos mentales infantiles</p> | <p>Los trastornos mentales en los niños tienden a persistir hasta la edad adulta. Dicho a la inversa, los trastornos mentales en los adultos, frecuentemente, empiezan en la niñez o juventud. Cerca del 50% de los trastornos mentales en los adultos comienzan antes de los 14 años.</p> <p>No se ha identificado adecuadamente la carga de los trastornos mentales en los niños y los adolescentes en cuanto a los AVAD.</p> <p>Un estudio realizado en el Sudán, Filipinas, Colombia y la India reveló que el 12-29% de los niños de 5-15 años tuvieron problemas de salud mental. En un estudio de los niños y adolescentes nigerianos, 62,2% de las nuevas derivaciones al consultorio habían presentado sustanciales factores de estrés psicosocial en el año anterior. En el este de Etiopía se registró una prevalencia de trastornos del comportamiento en niños de 17,7%.</p> <p>Se ha notificado que la prevalencia de discapacidades intelectuales (retraso mental) en los países en desarrollo es de 0,09-18,3%.</p> | <p>Los niños y adolescentes que son huérfanos debido a la muerte de sus padres por infección de VIH/SIDA, o que están ellos mismos infectados, corren el riesgo de sufrir secuelas neuropsicológicas.</p> <p>Otros problemas asociados a la mala salud mental son la violencia, y la salud reproductiva y sexual deficiente.</p> <p>El consumo de alcohol y de drogas es un importante factor de riesgo de trastornos mentales en los adolescentes.</p> <p>Las más importantes causas prevenibles de discapacidad intelectual son la desnutrición proteica o calórica, la carencia de yodo, el trauma al nacer y la asfixia perinatal.</p> | <p>Se sabe que los conflictos armados afectan la salud mental de niños y adolescentes.</p> <p>El desplazamiento y abandono de los hogares, las familias, las comunidades y los países debido a guerras u otras situaciones de emergencia pueden conducir a los niños a la depresión, al suicidio, al abuso de sustancias u a otros problemas.</p> <p>El reclutamiento militar y la prostitución de los niños pueden dificultar su desarrollo psicológico.</p> <p>Los trastornos mentales infantiles suponen una carga para la educación, los servicios sociales, y residenciales y el sistema de justicia penal.</p> |

Anexo 2:

Carga atribuible a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, y recursos humanos disponibles en países con ingresos bajos y medios-bajos

| Países con ingresos bajos y medios-bajos según la región de la OMS | Categoría según el ingreso / Banco Mundial | Ingreso nacional bruto per cápita (US\$2006) | Población en miles (2002) | AVAD por trastornos MNS (en miles) | AVAD por trastornos MNS por 100.000 | Profesionales de la salud mental (por 100.000) | Proveedores de servicios de salud (por 1.000) |
|--|--|--|---------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Región del África | | | | | | | |
| Argelia | Medio-Bajo | 3.030 | 31.266 | 431 | 1.377,5 | 3 | 3,36 |
| Angola | Medio-Bajo | 1.980 | 13.184 | 212 | 1.605,2 | <0,001 | 1,27 |
| Benin | Bajo | 540 | 6.558 | 94 | 1.440,6 | 1,27 | 0,88 |
| Burkina Faso | Bajo | 460 | 12.624 | 175 | 1.388,1 | 0,5 | 0,6 |
| Burundi | Bajo | 100 | 6.602 | 118 | 1.787,2 | 1,72 | 0,22 |
| Camerún | Medio-Bajo | 1.080 | 15.729 | 225 | 1.432,5 | 0,33 | 1,79 |
| Cabo Verde | Medio-Bajo | 2.130 | 454 | 7 | 1.547,3 | 2 | 1,36 |
| República Centrafricana | Bajo | 360 | 3.819 | 66 | 1.741,1 | 0,17 | 0,52 |
| Chad | Bajo | 480 | 8.348 | 113 | 1.347,9 | 0,03 | 0,32 |
| Comoras | Bajo | 660 | 747 | 10 | 1.324,4 | 0,55 | 0,89 |
| Congo | Medio-Bajo | 950 | 3.633 | 62 | 1.708,2 | 0,39 | 1,16 |
| Côte d'Ivoire | Bajo | 870 | 16.365 | 323 | 1.976,3 | 0,5 | 0,73 |
| República Democrática del Congo | Bajo | 130 | 51.201 | 888 | 1.734,7 | 0,48 | 0,64 |
| Eritrea | Bajo | 200 | 3.991 | 65 | 1.622,2 | 0,21 | 0,63 |
| Etiopía | Bajo | 180 | 68.961 | 954 | 1.382,8 | 0,48 | 0,25 |
| Gambia | Bajo | 310 | 1.388 | 19 | 1.346,7 | 0,16 | 1,43 |
| Ghana | Bajo | 520 | 20.471 | 372 | 1.818,0 | 2,15 | 1,07 |
| Guinea | Bajo | 410 | 8.359 | 118 | 1.410,0 | 0,04 | 0,67 |
| Guinea-Bissau | Bajo | 190 | 1.449 | 20 | 1.353,4 | <0,001 | 0,82 |

| Países con ingresos bajos y medios-bajos según la región de la OMS | Categoría según el ingreso / Banco Mundial | Ingreso nacional bruto per cápita (US\$2006) | Población en miles (2002) | AVAD por trastornos MNS (en miles) | AVAD por trastornos MNS por 100.000 | Profesionales de la salud mental (por 100.000) | Proveedores de servicios de salud (por 1.000) |
|--|--|--|---------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Kenya | Bajo | 580 | 31.540 | 551 | 1.745,5 | 2,41 | 1,28 |
| Lesotho | Medio-bajo | 1.030 | 1.800 | 31 | 1.729,6 | 1,54 | 0,67 |
| Liberia | Bajo | 140 | 3.239 | 48 | 1.490,0 | 0,06 | 0,33 |
| Madagascar | Bajo | 280 | 16.916 | 233 | 1.378,9 | 0,43 | 0,61 |
| Malawi | Bajo | 170 | 11.871 | 188 | 1.585,3 | 2,5 | 0,61 |
| Malí | Bajo | 440 | 12.623 | 179 | 1.417,5 | 0,24 | 0,61 |
| Mauritania | Bajo | 740 | 2.807 | 40 | 1.432,4 | 0,28 | 0,74 |
| Mozambique | Bajo | 340 | 18.537 | 316 | 1.706,4 | 0,11 | 0,35 |
| Namibia | Medio-bajo | 3.230 | 1.961 | 34 | 1.743,2 | 12,2 | 3,35 |
| Níger | Bajo | 260 | 11.544 | 163 | 1.409,0 | 0,16 | 0,25 |
| Nigeria | Bajo | 640 | 120.911 | 2.152 | 1.779,9 | 4,13 | 1,98 |
| Rwanda | Bajo | 250 | 8.272 | 129 | 1.555,0 | 1,13 | 0,48 |
| Santo Tomé y Príncipe | Bajo | 780 | 157 | 2 | 1.486,1 | 3,301 | 2,36 |
| Senegal | Bajo | 750 | 9.855 | 130 | 1.323,6 | 0,295 | 0,38 |
| Sierra Leona | Bajo | 240 | 4.764 | 74 | 1.547,0 | 0,12 | 0,39 |
| Swazilandia | Medio-bajo | 2.430 | 1.069 | 19 | 1.749,6 | 10,3 | 6,46 |
| Togo | Bajo | 350 | 4.801 | 67 | 1.400,7 | 0,24 | 0,47 |
| Uganda | Bajo | 300 | 25.004 | 377 | 1.508,5 | 7,6 | 0,81 |
| República Unida de Tanzania | Bajo | 350 | 36.276 | 516 | 1.421,1 | 2,245 | 0,39 |
| Zambia | Bajo | 630 | 10.698 | 172 | 1.604,7 | 5,1 | 2,13 |
| Zimbabwe | Bajo | 340 | 12.835 | 219 | 1.704,5 | 5,8 | 0,88 |
| Región de las Américas | | | | | | | |
| Bolivia | Medio-bajo | 1.100 | 8.645 | 232 | 2.677,8 | 5,9 | 4,42 |
| Colombia | Medio-bajo | 2.740 | 43.526 | 1.329 | 3.054,3 | 2 | 1,9 |

| Países con ingresos bajos y medios-bajos según la región de la OMS | Categoría según el ingreso / Banco Mundial | Ingreso nacional bruto per cápita (US\$2006) | Población en miles (2002) | AVAD por trastornos MNS (en miles) | AVAD por trastornos MNS por 100.000 | Profesionales de la salud mental (por 100.000) | Proveedores de servicios de salud (por 1.000) |
|--|--|--|---------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Cuba | Medio-Bajo | NA | 11.271 | 303 | 2.686,4 | 33,7 | 13,35 |
| República Dominicana | Medio-bajo | 2.850 | 8.616 | 212 | 2.463,0 | 4,6 | 3,71 |
| Ecuador | Medio-Bajo | 2.840 | 12.810 | 386 | 3.009,5 | 31,74 | 3,13 |
| El Salvador | Medio-Bajo | 2.540 | 6.415 | 181 | 2.817,5 | 31,7 | 2,03 |
| Guatemala | Medio-Bajo | 2.640 | 12.036 | 283 | 2.354,7 | 1,35 | 4,94 |
| Guyana | Medio-Bajo | 1.130 | 764 | 28 | 3.646,5 | 1,2 | 2,77 |
| Haití | Bajo | 480 | 8.218 | 200 | 2.436,4 | 0 | 0,36 |
| Honduras | Medio-Bajo | 1.200 | 6.781 | 166 | 2.454,3 | 1,52 | 1,89 |
| Jamaica | Medio-Bajo | 3.480 | 2.627 | 67 | 2.558,5 | 10,7 | 2,5 |
| Nicaragua | Medio-Bajo | 1.000 | 5.335 | 141 | 2.644,1 | 2,845 | 1,45 |
| Paraguay | Medio-Bajo | 1.400 | 5.740 | 156 | 2.720,9 | 1,88 | 2,89 |
| Perú | Medio-Bajo | 2.920 | 26.767 | 726 | 2.711,4 | 13,06 | 1,84 |
| Suriname | Medio-Bajo | 3.200 | 432 | 13 | 3.027,6 | 17,07 | 2,07 |
| Región del Mediterráneo Oriental | | | | | | | |
| Afganistán | Bajo | NA | 22.930 | 612 | 2.670,9 | 0,196 | 0,4 |
| Djibouti | Medio-Bajo | 1.060 | 693 | 11 | 1.590,9 | 0,16 | 0,6 |
| Egipto | Medio-Bajo | 1.350 | 70.507 | 1 194 | 1.694,1 | 3,4 | 2,53 |
| República Islámica del Irán | Medio-Bajo | 3.000 | 68.070 | 1 676 | 2.462,6 | 5 | 1,83 |
| Iraq | Medio-Bajo | NA | 24.510 | 402 | 1.640,0 | 1,05 | 1,97 |
| Jordania | Medio-Bajo | 2.660 | 5.329 | 100 | 1876,0 | 5,6 | 5,27 |
| Marruecos | Medio-Bajo | 1.900 | 30.072 | 490 | 1.630,7 | 2,637 | 1,3 |
| Pakistán | Bajo | 770 | 149.911 | 3 435 | 2.291,5 | 0,88 | 1,2 |
| Somalia | Bajo | NA | 9.480 | 148 | 1.565,5 | 0,28 | 0,23 |
| Sudán | Bajo | 810 | 32.878 | 499 | 1.518,1 | 0,56 | 1,14 |

| Países con ingresos bajos y medios-bajos según la región de la OMS | Categoría según el ingreso / Banco Mundial | Ingreso nacional bruto per cápita (US\$2006) | Población en miles (2002) | AVAD por trastornos MNS (en miles) | AVAD por trastornos MNS por 100.000 | Profesionales de la salud mental (por 100.000) | Proveedores de servicios de salud (por 1.000) |
|--|--|--|---------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| República Árabe Siria | Medio-Bajo | 1.570 | 17.381 | 245 | 1.411,5 | 1 | 3,34 |
| Túnez | Medio-Bajo | 2.970 | 9.728 | 168 | 1.726,1 | 2,4 | 4,21 |
| República del Yemen | Bajo | 760 | 19.315 | 302 | 1.563,2 | 1,83 | 0,99 |
| Región de Europa | | | | | | | |
| Albania | Medio-Bajo | 2.960 | 3.141 | 64 | 2.034,2 | 7 | 5,52 |
| Armenia | Medio-Bajo | 1.930 | 3.072 | 62 | 2.024,5 | 4,48 | 8,41 |
| Azerbaiyán | Medio-Bajo | 1.850 | 8.297 | 170 | 2.049,9 | 9,4 | 11,83 |
| Belarús | Medio-Bajo | 3.380 | 9.940 | 300 | 3.014,3 | 36,84 | 16,71 |
| Bosnia y Herzegovina | Medio-Bajo | 2.980 | 4.126 | 100 | 2.422,0 | 12,33 | 5,76 |
| Georgia | Medio-Bajo | 1.560 | 5.177 | 126 | 2.442,5 | 30 | 7,85 |
| Kirguistán | Bajo | 490 | 5.067 | 123 | 2.430,7 | 18,6 | 9,17 |
| República de Moldova | Medio-Bajo | 1.100 | 4.270 | 145 | 3.388,6 | 40,7 | 8,93 |
| Tayikistán | Bajo | 390 | 6.195 | 141 | 2.278,8 | 5,5 | 7,22 |
| Ex República Yugoslava de Macedonia | Medio-Bajo | 3.060 | 2.046 | 46 | 2.238,4 | 35 | 8,09 |
| Turkmenistán | Medio-Bajo | NA | 4.794 | 109 | 2.280,9 | 3 | 13,22 |
| Ucrania | Medio-Bajo | 1.950 | 48.902 | 1.376 | 2.813,2 | 43,36 | 11,08 |
| Uzbekistán | Bajo | 610 | 25.705 | 561 | 2.183,4 | 10,65 | 13,38 |
| Región de Asia Sudoriental | | | | | | | |
| Bangladesh | Bajo | 480 | 143.809 | 3.472 | 2.414,4 | 0,113 | 0,57 |
| Bhután | Medio-Bajo | 1.410 | 2.190 | 52 | 2.393,6 | 0,46 | 0,27 |
| República Popular Democrática de Corea | Bajo | NA | 22.541 | 446 | 1.977,9 | 0 | 7,41 |
| India | Bajo | 820 | 1.049.550 | 27.554 | 2.625,3 | 0,31 | 1,87 |
| Indonesia | Medio-Bajo | 1.420 | 217.131 | 4.165 | 1.918,4 | 2,91 | 0,95 |
| Maldivas | Medio-Bajo | 2.680 | 309 | 6 | 1.977,6 | 1,56 | 3,62 |

| Países con ingresos bajos y medios-bajos según la región de la OMS | Categoría según el ingreso / Banco Mundial | Ingreso nacional bruto per cápita (US\$2006) | Población en miles (2002) | AVAD por trastornos MNS (en miles) | AVAD por trastornos MNS por 100.000 | Profesionales de la salud mental (por 100.000) | Proveedores de servicios de salud (por 1.000) |
|--|--|--|---------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Myanmar | Bajo | NA | 48.852 | 1 010 | 2.067,5 | 1,11 | 1,34 |
| Nepal | Bajo | 290 | 24.609 | 572 | 2.324,1 | 0,32 | 0,67 |
| Sri Lanka | Medio-Bajo | 1.300 | 18.910 | 468 | 2.474,9 | 2,09 | 2,28 |
| Tailandia | Medio-Bajo | 2.990 | 62.193 | 1.493 | 2.400,7 | 4,1 | 3,2 |
| Timor-Leste | Bajo | 840 | 739 | 3 | 429,4 | 0 | 2,29 |
| Región del Pacífico Occidental | | | | | | | |
| Camboya | Bajo | 480 | 13.810 | 271 | 1.962,4 | 0,88 | 1 |
| China | Medio-Bajo | 2.010 | 1.302.307 | 29.421 | 2.259,2 | 3,28 | 2,14 |
| Fiji | Medio-Bajo | 3.300 | 831 | 15 | 1.805,3 | 0,5 | 2,29 |
| Kiribati | Medio-Bajo | 1.230 | 87 | 1 | 1.553,1 | 1 | 2,65 |
| República Democrática Popular Lao | Bajo | 500 | 5.529 | 154 | 2.781,3 | 0,03 | 1,61 |
| Islas Marshall | Medio-Bajo | 3.000 | 52 | 1 | 1.870,9 | 4 | 3,45 |
| Micronesia (Estados Federados de) | Medio-Bajo | 2.380 | 108 | 2 | 1.683,6 | 4 | 4,5 |
| Mongolia | Bajo | 880 | 2.559 | 56 | 2.178,8 | 16,7 | 6 |
| Papua Nueva Guinea | Bajo | 770 | 5.586 | 106 | 1.889,9 | 1,33 | 0,58 |
| Filipinas | Medio-Bajo | 1.420 | 78.580 | 599 | 2.035,2 | 17,7 | 2,72 |
| Samoa | Medio-Bajo | 2.270 | 176 | 3 | 1.654,6 | 0,5 | 2,74 |
| Islas Salomón | Bajo | 680 | 463 | 7 | 1.602,1 | 0,9 | 0,98 |
| Tonga | Medio-Bajo | 2.170 | 103 | 2 | 1.666,2 | 8 | 3,69 |
| Vanuatu | Medio-Bajo | 1.710 | 207 | 3 | 1.620,7 | 0 | 2,46 |
| Viet Nam | Bajo | 690 | 80.278 | 1.599 | 1.991,6 | 0,68 | 1,28 |

Notas:

Los países en negrita satisficieron los criterios para recibir un apoyo mayor (véase la página 13).

NA= No se dispone de datos exactos, pero se calcula que eran \leq \$905 para los países de bajos ingresos y de \$906 a \$3.595 para los países de ingresos medios-bajos.

Lecturas recomendadas

1. Chisholm D, Lund C, Saxena S. The cost of scaling up mental health care in low- and middle-income countries. *British Journal of Psychiatry* 2007; 191:528-535.
2. Chisholm D; WHO-CHOICE. Cost-effectiveness of first-line antiepileptic drug treatments in the developing world: a population-level analysis. *Epilepsia* 2005;46:751-759.
3. Inter-Agency Standing Committee (IASC). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Ginebra, Suiza, IASC, 2007 (en árabe, inglés, francés y español).
4. Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. Washington DC, USA, The World Bank and Oxford University Press, 2006.
5. Kohn R et al. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization* 2004;82:858-866.
6. Lancet Global Mental Health Group. Serie sobre salud mental a escala mundial. *Lancet*, publicado en línea el 4 de septiembre de 2007 (http://www.thelancet.com/online/focus/mental_health).
7. Lopez AD et al., eds. *Global burden of disease and risk factors*. Washington DC, USA, The World Bank and Oxford University Press, 2006.
8. Mathers CD et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2004 (documento de trabajo del GPE n.º 54, rev. en febrero de 2004).
9. Wang PS et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007;370:841-850.
10. World Bank. *World Development Indicators database*. Washington DC, Estados Unidos, Banco Mundial, septiembre de 2007 (<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf> WB).
11. Resolución WHA55.10 de la Asamblea Mundial de la Salud. Mental health: responding to the call for action. En: *Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13-18 May, 2002*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2002.
12. World Health Organization. *The World Health Report 2001-Mental health: new understanding, new hope*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2001.
13. World Health Organization. *mental health Global Action Programme: mhGAP*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2002.
14. World Health Organization. *Investing in mental health*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2003.
15. World Health Organization. *Atlas: Country resources for neurological disorders 2004*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2004.
16. World Health Organization.

- Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2004.
17. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2005.
 18. World Health Organization. *WHO Resource book on mental health, human rights and legislation*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2005.
 19. World Health Organization. *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS 2.2)*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2005.
 20. World Health Organization. *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Copenhague, Dinamarca, 2005 (http://www.euro.who.int/mentalhealth/publications/20061124_1).
 21. World Health Organization. *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2006.
 22. World Health Organization. *Dollars, DALYs and Decisions*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2006.
 23. World Health Organization. *Framework and standards for country health information systems*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2007.
 24. World Health Organization. *Neurological disorders: public health challenges*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2007.
 25. World Health Organization. *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package (13 modules)*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2007 (http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index1.html).

Oficinas Regionales de la OMS

África

Asesor Regional de Salud Mental y Abuso
de Sustancias
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para África
P.O. Box 06
Brazzaville
Congo

Las Américas

Coordinador del Proyecto de Salud
Mental, Dicapacidad y Rehabilitación
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas /
Organización Panamericana de la Salud
525, 23rd Street, N.W.
Washington DC, 20037
USA

Asia Sudoriental

Asesor Regional de Salud Mental y Abuso
de Sustancias
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para Asia Sudoriental
World Health House
Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi
Road
New Delhi 110002
India

Europa

Asesor Regional de Salud Mental y Abuso
de Sustancias
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para Europa
8, Scherfigsvij
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark


Mediterráneo Oriental

Asesor Regional de Salud Mental y Abuso
de Sustancias
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para el Mediterráneo
Oriental
Abdul Razzak Al Sanhoury Street
P.O. Box 7608
Nasr City, Cairo 11371
Egypt

Pacífico Occidental

Asesor Regional de Salud Mental y Abuso
de Sustancias
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para el Pacífico
Occidental
P.O. Box 2932
1000 Manila
Philippines

**Para más información sobre la iniciativa del Programa de acción para
superar la brecha en salud mental, por favor contactarse con:
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud
CH-121 Geneva 27, Switzerland
Correo electrónico: mnh@who.int**



Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son altamente prevalentes y onerosos a nivel mundial. La brecha entre lo que se necesita urgentemente y los recursos disponibles para reducir la carga es aún muy grande.

La OMS reconoce la necesidad de acción para reducir la carga y mejorar la capacidad de los Estados Miembros de responder a este desafío creciente. El Programa para Superar la Brecha en Salud Mental, *mhGAP*, es un plan de acción de la OMS para ampliar y mejorar los servicios destinados a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias especialmente en los países de bajos recursos y bajos-medios. Las condiciones prioritarias que aborda el *mhGAP* son: la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos debidos al consumo de alcohol, los trastornos por consumo de drogas ilícitas y los trastornos mentales infantiles. El paquete del *mhGAP* consiste en un conjunto de intervenciones para la prevención y el manejo de cada una de estas afecciones prioritarias.

El éxito en la ampliación y la mejora de los servicios es responsabilidad conjunta de los gobiernos, los profesionales de la salud, la sociedad civil, las comunidades y las familias, con el apoyo de la comunidad internacional. La esencia del programa *mhGAP* es impulsar la acción colectiva a través de la construcción de alianzas.

Es necesario un compromiso por parte de todos para responder a esta urgente necesidad de salud pública y el momento de actuar es ahora.