



INFORME SOBRE
LA SALUD EN
EL MUNDO
2001

*Salud mental:
nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

1. Salud mental 2. Trastornos mentales 3. Servicios comunitarios de salud mental
4. Costo de las enfermedades 5. Previsiones 6. Salud mundial – tendencias
I. Título: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas

ISBN 92 4 356201 0 (Clasificación NLM: WA 540.1)
ISSN 1020-6760

La Organización Mundial de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpresiones y traducciones ya disponibles.

© **Organización Mundial de la Salud 2001**

Todos los derechos reservados.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen los datos, incluidos los cuadros y los mapas, no implican, por parte de la Secretaría 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. En los mapas, las líneas discontinuas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales aún no hay 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 análogos que no se mencionan. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OMS letra inicial mayúscula.

Puede solicitarse información sobre esta publicación a:

Informe sobre la salud en el mundo
Organización Mundial de la Salud
1211 Ginebra 27, Suiza
Fax: (41-22) 791 4870
E-mail: whr@who.int
Pedidos: bookorders@who.int

Los principales colaboradores en la redacción del informe fueron Rangaswamy Srinivasa Murthy (redactor-jefe), José Manoel Bertolote, JoAnne Epping-Jordan, Michelle Funk, Thomson Prentice, Benedetto Saraceno y Shekhar Saxena. Dirigió la elaboración del informe un comité de orientación integrado por Susan Holck, Christopher Murray (presidente), Rangaswamy Srinivasa Murthy, Thomson Prentice, Benedetto Saraceno y Derek Yach.

Agradecemos igualmente las aportaciones de Gavin Andrews, Sarah Assamagan, Myron Belfer, Tom Bornemann, Meena Cabral de Mello, Somnath Chatterji, Daniel Chisholm, Alex Cohen, Leon Eisenberg, David Goldberg, Steve Hyman, Arthur Kleinmann, Alan Lopez, Doris Ma Fat, Colin Mathers, Maristela Monteiro, Philip Musgrove, Norman Sartorius, Chitra

Subramanian, Naren Wig y Derek Yach.

Aportaron información valiosa un grupo consultivo interno y un grupo de referencia regional, cuyos miembros se citan en la nota de agradecimiento. Igualmente apreciados fueron la ayuda y el asesoramiento proporcionados por directores regionales, directores ejecutivos de la sede de la OMS y asesores principales sobre políticas de la Directora General.

Se ocuparon de la edición del informe Angela Haden y Barbara Campanini. Michel Beusenberg coordinó los cuadros y las figuras. Shelagh Probst, con la ayuda de Pearl Hartley, coordinó la traducción y proporcionó apoyo administrativo al equipo del *Informe sobre la salud en el mundo*. El índice alfabético fue preparado por Liza Furnival.

En la cubierta figura el logotipo del Día Mundial de la Salud 2001, diseñado por Marc Bizet.

Diseño de Marilyn Langfeld. Maqueta de Gráficos, OMS
Impreso en Francia
2001/13757 – Sadag – 3000

NDICE

MENSAJE DE LA DIRECTORA GENERAL	IX
--	-----------

PANORAMA GENERAL	XI
Tres escenarios de acción	xiii
Esquema del informe	xiv

CAP TULO 1	
LA SALUD P^UBLICA AL SERVICIO DE LA SALUD MENTAL	1
Introducción	3
El concepto de salud mental	5
Avances en neurociencia	5
Avances en medicina del comportamiento	7
Comprender los trastornos mentales y conductuales	10
Factores biológicos	11
Factores psicológicos	12
Factores sociales	13
Un enfoque integrado desde la salud pública	16

CAP TULO 2	
CARGA DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES	19
Identificación de los trastornos	21
Diagnóstico de los trastornos	21
Prevalencia de los trastornos	23
Trastornos observados en los centros de atención primaria	23
Repercusión de los trastornos	24
Costos económicos para la sociedad	26
Repercusión en la calidad de vida	29
Algunos trastornos frecuentes	29
Trastornos depresivos	29
Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas	30
Esquizofrenia	33
Epilepsia	34
Enfermedad de Alzheimer	34
Retraso mental	35
Trastornos de la infancia y la adolescencia	36
Comorbilidad	37
Suicidio	37
Factores determinantes de los trastornos mentales y conductuales	39
Pobreza	39
Sexo	41
Edad	43
Conflictos y desastres	43
Enfermedades físicas graves	44
Factores familiares y ambientales	44

CAP TULO 3

RESOLVER LOS PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL**47**

Cambio de paradigma	49
Principios de la asistencia	54
Diagnóstico e intervención	54
Continuidad de la asistencia	55
Una gama amplia de servicios	55
Cooperación con los pacientes y las familias	56
Participación de la comunidad local	58
Integración en la atención primaria	59
Componentes de la asistencia	59
Farmacoterapia	61
Psicoterapia	61
Rehabilitación psicosocial	62
Rehabilitación laboral y empleo	63
Vivienda	63
Ejemplos de eficacia	64
Depresión	64
Dependencia del alcohol	66
Drogodependencia	67
Esquizofrenia	68
Epilepsia	69
Enfermedad de Alzheimer	70
Retraso mental	71
Trastornos hipercinéticos	71
Prevención del suicidio	73

CAP TULO 4

POLITICAS Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL**75**

Elaboración de políticas	77
Sistema de salud y formas de financiamiento	78
Formulación de las políticas de salud mental	80
Establecimiento de un banco de información	81
Importancia de los grupos vulnerables y los problemas especiales	82
Respeto de los derechos humanos	83
Legislación sobre salud mental	84
Prestación de servicios	85
Sustitución progresiva de la atención dispensada en grandes hospitales psiquiátricos	87
Desarrollo de servicios comunitarios de salud mental	88
Integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales	89
Disponibilidad de medicamentos psicotrópicos	91
Creación de vínculos intersectoriales	92
Elección de estrategias de salud mental	92
Adquisición frente a prestación: papel de los sectores público y privado	94
Desarrollo de los recursos humanos	95
Promoción de la salud mental	98
Concienciación del público	98
Papel de los medios de información	99
Utilización de recursos comunitarios para propiciar el cambio	100

Participación de otros sectores	101
Trabajo y empleo	102
Comercio y economía	103
Educación	103
Vivienda	103
Otros servicios de protección social	103
Sistema de justicia penal	104
Fomento de las investigaciones	104
Investigaciones epidemiológicas	104
Investigaciones sobre los resultados de los tratamientos, la prevención y la sensibilización	105
Investigaciones sobre las políticas y los servicios	105
Estudios económicos	106
Investigaciones en los países en desarrollo y comparaciones transculturales	106

CAP TULO 5

EL CAMINO HACIA ADELANTE	107
Ofrecer soluciones eficaces	109
Recomendaciones generales	110
Acción basada en los recursos reales	112

REFERENCIAS	117
--------------------	------------

ANEXO ESTAD STICO	129
--------------------------	------------

Notas explicativas	130
Cuadro 1 Indicadores básicos de todos los Estados Miembros	136
Cuadro 2 Defunciones por causas, sexos y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS, estimaciones para 2000	144
Cuadro 3 Carga de morbilidad expresada como años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) por causas, sexos y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS, estimaciones para 2000	150
Cuadro 4 Esperanza de vida sana (EVAS) en todos los Estados Miembros, estimaciones para 2000	156
Cuadro 5 Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud de todos los Estados Miembros, estimaciones para 1997 y 1998	160

LISTA DE ESTADOS MIEMBROS POR REGIONES DE LA OMS Y ESTRATOS DE MORTALIDAD	168
--	------------

NOTA DE AGRADECIMIENTO	170
-------------------------------	------------

NDICE ALFABÉTICO	171
-------------------------	------------

CUADROS

Cuadro 2.1	Prevalencia de trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria	24
Cuadro 2.2	Prevalencia de los trastornos entre los niños y los adolescentes, según determinados estudios	36
Cuadro 2.3	Relación entre violencia doméstica y pensamientos suicidas	42
Cuadro 3.1	Utilización de servicios profesionales para los problemas mentales, Australia, 1997	53
Cuadro 3.2	Eficacia de las intervenciones contra la depresión	65
Cuadro 3.3	Eficacia de las intervenciones contra la esquizofrenia	68
Cuadro 3.4	Eficacia de las intervenciones contra la epilepsia	69
Cuadro 4.1	Efectos de la transferencia de funciones del hospital psiquiátrico tradicional a la atención comunitaria	89
Cuadro 4.2	Colaboración intersectorial en pro de la salud mental	102
Cuadro 5.1	Intervenciones mínimas requeridas para la atención de salud mental según las recomendaciones generales	114

FIGURAS

Figura 1.1	Interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en la aparición de trastornos mentales	4
Figura 1.2	El progresivo descubrimiento del cerebro	6
Figura 1.3	Continuum de los síntomas depresivos en la población	11
Figura 1.4	El círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales	14
Figura 1.5	Razón media mujeres/hombres entre los usuarios de medicamentos psicotrópicos en determinados países	15
Figura 2.1	Carga de trastornos neuropsiquiátricos como proporción de la carga total de morbilidad, a nivel mundial y en las regiones de la OMS, 2000	26
Figura 2.2	Causas principales de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), en todas las edades y en adultos de 15 a 44 años, por sexos, estimaciones para 2000	27
Figura 2.3	Causas principales de los años perdidos por discapacidad (APD), en todas las edades y en adultos de 15 a 44 años, por sexos, estimaciones para 2000	28
Figura 2.4	Variación de las tasas de suicidio normalizadas por edades durante determinados periodos en países con más de 100 millones de habitantes	38
Figura 2.5	El suicidio como causa destacada de defunción en países de la Región de Europa y en China, población de 15 a 34 años, 1998	39
Figura 2.6	Prevalencia de la depresión según los ingresos (bajos/altos) en algunos países	40
Figura 3.1	Necesidades de las personas con trastornos mentales	60
Figura 4.1	Porcentaje de Estados Miembros con políticas y legislación sobre salud mental, por regiones de la OMS, 2000	79
Figura 4.2	Obstáculos a la aplicación de intervenciones eficaces contra las enfermedades mentales	85
Figura 4.3	Camas psiquiátricas por 10 000 habitantes, por regiones de la OMS, 2000	86
Figura 4.4	Número de psiquiatras por 100 000 habitantes, 2000	96
Figura 4.5	Número de enfermeras psiquiátricas por 100 000 habitantes, 2000	97

RECUADROS

Recuadro 1.1	Premio Nobel para una nueva perspectiva sobre el cerebro	7
Recuadro 1.2	Dolor y bienestar	8
Recuadro 1.3	Observancia de las recomendaciones médicas	9
Recuadro 2.1	Trastornos mentales y del comportamiento clasificados en la CIE-10	22
Recuadro 2.2	Carga Mundial de Morbilidad 2000	25
Recuadro 2.3	Consumo de tabaco y trastornos mentales	31
Recuadro 2.4	Opiniones de las personas pobres sobre las enfermedades del cuerpo y de la mente	41
Recuadro 3.1	Atención de salud mental: ¿entonces o ahora?	50
Recuadro 3.2	Violaciones de los derechos humanos en hospitales psiquiátricos	51
Recuadro 3.3	La Declaración de Caracas	52
Recuadro 3.4	El papel de los consumidores en la atención de salud mental	56
Recuadro 3.5	Cooperación con las familias	57
Recuadro 3.6	Oportunidades de trabajo en la comunidad	63
Recuadro 3.7	Cuidar a los abuelos del mañana	70
Recuadro 3.8	Dos enfoques nacionales de prevención del suicidio	72
Recuadro 4.1	Proyecto Atlas	78
Recuadro 4.2	Formulación de la política: preguntas clave	80
Recuadro 4.3	Reforma de la salud mental en Uganda	81
Recuadro 4.4	Reforma de la salud mental en Italia	86
Recuadro 4.5	Reforma de la salud mental en Australia	87
Recuadro 4.6	Servicios de salud mental: desequilibrio entre el campo y la ciudad	88
Recuadro 4.7	Integración de la salud mental en la atención primaria	90
Recuadro 4.8	Vínculos intersectoriales en pro de la salud mental	92
Recuadro 4.9	Combatir la estigmatización	99
Recuadro 4.10	La Iniciativa de Ginebra	100

MENSAJE DE LA DIRECTORA GENERAL

La enfermedad mental no es un fracaso personal ni es algo que sólo le suceda a los demás. Todos recordamos la época, no demasiado lejana, en que no podíamos hablar abiertamente del cáncer. Era un secreto de familia. Todavía hoy somos muchos los que no queremos hablar del SIDA. Poco a poco hemos ido derribando estas barreras.

El lema del Día Mundial de la Salud de 2001 fue «Salud mental: sí a la atención, no a la exclusión». Con ello queríamos subrayar que no existe justificación alguna para excluir de nuestras comunidades a las personas que padecen enfermedades mentales o trastornos cerebrales: hay sitio para todos. Sin embargo, muchos de nosotros todavía nos descubrimos temerosos ante esos enfermos, o nos comportamos como si no existiesen:

se diría que no nos atrevemos a comprenderlos y atenderlos. El subtítulo de este informe es «Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas». Se trata de mostrar de qué manera la unión de la ciencia y la sensibilidad puede derribar las barreras reales o aparentes que nos impiden prestar atención a los enfermos mentales y curarlos. Porque disponemos de nuevos conocimientos que ofrecen esperanzas fundadas para los enfermos mentales. Se trata de conocimientos sobre la manera en que los factores genéticos, biológicos, sociales y ambientales determinan conjuntamente la aparición de enfermedades mentales y trastornos cerebrales. Estamos viendo hasta qué punto la salud mental y la salud física son inseparables, y hasta qué punto su influencia recíproca es compleja y profunda. Y sólo se trata de un comienzo, porque considero que hablar de la salud sin referirse a la salud mental es como afinar un instrumento y dejar algunas notas disonantes.

El mensaje de la OMS es muy sencillo: la salud mental – a la que durante demasiado tiempo no se ha prestado la atención que merece – es fundamental para el bienestar general de las personas, de las sociedades y de los países, y es preciso abordarla en todo el mundo desde una nueva perspectiva.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, que este año celebra el décimo aniversario de la aprobación de los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, se ha unido a nuestro llamamiento. Considero que el *Informe sobre la salud en el mundo 2001* viene a reafirmar esos principios de las Naciones Unidas. En el primero de ellos se establece que no habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Con arreglo a otro de esos principios, toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad. Y un tercer principio establece que todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos limitador posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y perturbador posible.

Durante el presente año, los Estados Miembros de la OMS se han sumado a nuestra lucha centrándose en diversos aspectos médicos, sociales y políticos de la enfermedad mental. Este año la Organización también apoya la preparación e iniciación de campañas mundiales sobre el tratamiento de la depresión y la prevención del suicidio, así como sobre la esquizofrenia y la epilepsia. La Asamblea Mundial de la Salud de 2001 debatió el tema de la salud mental en todas sus dimensiones. Para la Organización Mundial de la Salud y, en general, para la comunidad de los profesionales de la salud, la importancia que se asigna a



Dra. Gro Harlem Brundtland

este tema y la determinación de prestarle atención permanente representan una oportunidad y un desafío.

Todavía queda mucho por hacer. No sabemos cuántas son las personas que se ven privadas de la ayuda que necesitan, una ayuda que puede prestarse y que no resulta muy costosa. Según estimaciones preliminares, actualmente hay 450 millones de personas que padecen trastornos mentales o neurológicos, o que tienen problemas psicosociales, como los relacionados con el alcohol y el uso indebido de drogas. Muchas de esas personas sufren en silencio. Muchas están solas. Más allá del sufrimiento y de la falta de atención están las fronteras de la estigmatización, la vergüenza, la exclusión y, con mucha más frecuencia de lo que queremos reconocer, la muerte.

La depresión grave es hoy la causa principal de discapacidad a nivel mundial, y la cuarta de las diez causas principales de la carga de morbilidad a nivel mundial. Si las proyecciones son correctas, en un plazo de 20 años la depresión tendrá el dudoso honor de convertirse en la segunda de esas causas. En el mundo hay 70 millones de personas dependientes del alcohol. Unos 50 millones padecen epilepsia, y otros 24 millones esquizofrenia. Cada año, un millón de personas se suicidan y entre 10 y 20 millones intentan hacerlo.

Son muy pocas las familias en las que se desconocen los trastornos mentales.

Una de cada cuatro personas padece un trastorno mental en alguna etapa de su vida. En el caso de algunos trastornos, entre ellos la enfermedad de Alzheimer, el riesgo aumenta con la edad. Las conclusiones son evidentes si se piensa en el envejecimiento de la población mundial. La carga social y económica que supone la enfermedad mental es enorme.

En la actualidad sabemos que la mayor parte de las enfermedades, tanto mentales como físicas, obedecen a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Nuestra comprensión de la relación entre la salud mental y la salud física se está ampliando rápidamente. Sabemos que los trastornos mentales son el producto de muchos factores y que tienen una base física en el cerebro. Sabemos que pueden afectar a cualquier persona, en cualquier parte. Y sabemos que en la mayor parte de los casos existen tratamientos eficaces.

En el presente informe se abordan los trastornos depresivos, la esquizofrenia, el retraso mental, los trastornos de la niñez y la adolescencia, la dependencia de las drogas y el alcohol, la enfermedad de Alzheimer y la epilepsia. En todos los casos se trata de enfermedades comunes, que suelen provocar discapacidades graves. Si bien la epilepsia no es una enfermedad mental, se la ha incluido porque quienes la padecen son víctimas del mismo tipo de estigmatización, ignorancia y miedo con que se suele reaccionar ante las enfermedades mentales.

En este informe se lleva a cabo un examen completo de nuestros conocimientos sobre la carga actual y futura asociada con estos trastornos y sobre los principales factores que contribuyen a su aparición. En él se habla de la eficacia de la prevención, de la existencia de tratamientos adecuados y de los obstáculos con que se tropieza para prestarlos. Se hace también un análisis detallado de la cuestión de la prestación y la planificación de los servicios. Por último, se esbozan las políticas que han de aplicarse a fin de acabar con la estigmatización y la discriminación y asegurar la adopción y la financiación suficiente de medidas eficaces en materia de prevención y tratamiento.

En otras palabras, se trata de algo muy sencillo: disponemos de los medios y de los conocimientos científicos para ayudar a las personas que padecen enfermedades mentales y trastornos cerebrales. Los gobiernos han sido negligentes, como también lo ha sido la comunidad de salud pública. Ya se trate de algo deliberado o de un resultado involuntario, todos somos responsables de esta situación. Como organismo rector en materia de salud pública a nivel mundial, la OMS no tiene otra alternativa que velar por que la nuestra sea la última generación que tolere que la vergüenza y la estigmatización prevalezcan sobre la ciencia y la razón.



Gro Harlem Brundtland
Ginebra
Octubre de 2001

PANORAMA GENERAL

Esta publicación de referencia de la Organización Mundial de la Salud tiene por objeto concienciar al público y a los profesionales acerca de la verdadera carga y el costo humano, social y económico que representan los trastornos mentales. Al mismo tiempo, se propone ayudar a dismantelar muchos de los obstáculos, particularmente la estigmatización, la discriminación y las deficiencias de los servicios, que impiden que muchos millones de personas de todo el mundo reciban el tratamiento que necesitan y merecen.

En muchos aspectos, el *Informe sobre la salud en el mundo 2001* proporciona un nuevo enfoque de las enfermedades mentales que permite abrigar nuevas esperanzas a los enfermos mentales y sus familias en todos los países y todas las sociedades. Es un examen global de los conocimientos acerca de la carga actual y futura que suponen los trastornos y los principales factores que contribuyen a ellos. En él se analizan el alcance de la prevención y la disponibilidad de tratamiento, así como los obstáculos que se oponen a éste. Se examinan en detalle la prestación y la planificación de servicios, y por último se ofrece un conjunto de recomendaciones de gran alcance que pueden adaptar todos los países de acuerdo con sus necesidades y sus recursos.

Las diez recomendaciones de acción son las siguientes:

1. DISPENSAR TRATAMIENTO EN LA ATENCION PRIMARIA

El manejo y tratamiento de los trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria es un paso fundamental que permite facilitar y agilizar el acceso a los servicios para el mayor número de personas; hay que reconocer que muchas ya solicitan ayuda en este nivel. Con ello no sólo se proporciona una mejor asistencia, sino que se reduce el despilfarró de investigaciones innecesarias y tratamientos inadecuados e inespecíficos. Para conseguirlo, sin embargo, es necesario que el personal de salud general reciba formación en las competencias esenciales de la atención de salud mental. Dicha formación asegura el uso óptimo de los conocimientos disponibles para el mayor número de personas, y posibilita la aplicación inmediata de medidas de intervención. Por lo tanto, la salud mental debe ser incluida en los planes de formación, con cursos de actualización que aumenten la eficacia de los servicios de salud generales en el manejo de los trastornos mentales.

2. ASEGURAR LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS PSICOTRÉPICOS

En todos los niveles de la asistencia sanitaria deben dispensarse y estar siempre disponibles los medicamentos psicotrópicos esenciales. Estos fármacos deben figurar en la lista de medicamentos esenciales de cada país, y en la medida de lo posible deben estar disponibles los mejores fármacos para el tratamiento de las distintas afecciones. En algunos países puede ser necesario modificar la legislación con ese fin. Estos medicamentos pueden paliar los síntomas, reducir la discapacidad, abreviar el curso de muchos trastornos y prevenir las recaídas. A menudo constituyen el tratamiento de primera línea, sobre todo donde no puede recurrirse a intervenciones psicosociales ni a profesionales altamente capacitados.

3. PRESTAR ASISTENCIA EN LA COMUNIDAD

La atención comunitaria tiene mejores efectos que el tratamiento institucional en el pronóstico y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos. Además, el traspaso de los pacientes de hospitales psiquiátricos a la asistencia comunitaria es económicamente eficiente y respeta los derechos humanos. Por lo tanto, se deben suministrar servicios de salud mental en la comunidad, utilizando para ello todos los recursos disponibles. Los servicios comunitarios pueden facilitar la intervención temprana y limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento. Los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos por centros de atención comunitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales y apoyo a la asistencia domiciliaria, con vistas a satisfacer todas las necesidades de los enfermos que eran competencia de dichos hospitales. Este traspaso a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario, junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido.

4. EDUCAR AL PÚBLICO

En todos los países se deben realizar campañas de educación y sensibilización pública sobre la salud mental. El objetivo principal es reducir las barreras que obstaculizan el tratamiento y la asistencia, a través de un mayor conocimiento de la frecuencia de los trastornos mentales, su tratabilidad, el proceso de recuperación y los derechos humanos de los enfermos mentales. Las alternativas de asistencia viables y sus ventajas deben ser ampliamente divulgadas para que las respuestas de la población en general, los profesionales, los medios de comunicación, las autoridades y los políticos reflejen los mejores conocimientos disponibles. Esto constituye ya una prioridad para una serie de países y organizaciones nacionales e internacionales. Mediante campañas de sensibilización y educación del público bien planeadas es posible reducir la estigmatización y la discriminación, incrementar el uso de los servicios de salud mental y acortar la distancia entre la atención de salud mental y la atención de salud física.

5. INVOLUCRAR A LAS COMUNIDADES, LAS FAMILIAS Y LOS CONSUMIDORES

Las comunidades, las familias y los consumidores deben participar en la formulación y la adopción de decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios. El resultado deberían ser unos servicios más acordes con las necesidades de la población y mejor utilizados. Por otra parte, las intervenciones deben tener en cuenta la edad, el sexo, la cultura y las circunstancias sociales, para responder a las necesidades de los enfermos mentales y sus familias.

6. ESTABLECER POLÍTICAS, PROGRAMAS Y LEGISLACIÓN A ESCALA NACIONAL

La política, los programas y la legislación sobre salud mental son pasos imprescindibles para una acción seria y sostenida. Deben basarse en conocimientos actualizados y en el respeto de los derechos humanos. Es preciso que la mayoría de los países incrementen sus presupuestos para programas de salud mental por encima de los bajos niveles actuales. Algunos países que han desarrollado o revisado recientemente su política y su legislación han logrado avances en la aplicación de sus programas de atención de salud mental. Las reformas relativas a la salud mental deben inscribirse en las reformas más generales del sistema sanitario. Los planes de seguro de enfermedad deben evitar la discriminación de los enfermos mentales, a fin de ampliar su acceso a los tratamientos y de reducir la carga asistencial.

7. DESARROLLAR RECURSOS HUMANOS

En la mayoría de los países en desarrollo es necesario incrementar y mejorar la formación de los profesionales de la salud mental, que son los llamados a dispensar asistencia especializada y apoyar los programas de atención primaria. La mayoría de los países en desarrollo carecen de suficientes especialistas de ese tipo para los servicios de salud mental. Una vez capacitados, se debe alentar a esos profesionales a permanecer en sus países ocupando puestos donde sus competencias se aprovechen al máximo. Este desarrollo de recursos humanos es particularmente necesario para los países donde tales recursos son ahora escasos. Aunque la atención primaria sea el marco más útil para la asistencia inicial, se necesitan especialistas que suministren una gama de servicios más amplia. Lo ideal sería que los equipos de especialistas en atención de salud mental incluyeran profesionales médicos y no médicos, tales como psiquiatras, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería psiquiátrica, asistentes sociales de psiquiatría y terapeutas ocupacionales, capaces de trabajar juntos para garantizar una asistencia completa y la integración de los pacientes en la comunidad.

8. ESTABLECER VÍNCULOS CON OTROS SECTORES

En la mejora de la salud mental de las comunidades deben participar también otros sectores además del sanitario, como los de la educación, el trabajo, la asistencia social, la legislación y las organizaciones no gubernamentales. Estas últimas deberían ser mucho más dinámicas, tener un papel mejor definido, y ser alentadas a prestar más apoyo a las iniciativas locales.

9. VIGILAR LA SALUD MENTAL DE LAS COMUNIDADES

Se debe vigilar la salud mental de las comunidades incluyendo indicadores de la salud mental en los sistemas de información y notificación sanitaria. Los índices deben reflejar tanto el número de personas con trastornos mentales como la calidad de la asistencia que reciban, y también otras medidas más generales de la salud mental de las comunidades. Esa clase de vigilancia facilita la detección de las tendencias y variaciones de la salud mental resultantes de acontecimientos externos, por ejemplo desastres. La vigilancia es imprescindible para evaluar la eficacia de los programas de prevención y tratamiento en salud mental, y además refuerza los argumentos favorables a la asignación de más recursos. Son necesarios nuevos indicadores de la salud mental de las comunidades.

10. APOYAR NUEVAS INVESTIGACIONES

Para comprender mejor los trastornos mentales y desarrollar intervenciones más eficaces es necesario investigar más a fondo los aspectos biológicos y psicosociales de la salud mental. Esas investigaciones deberían llevarse a cabo sobre una amplia base internacional, para poder entender las variaciones entre comunidades y conocer mejor los factores que influyen en las causas, el curso y los resultados de los trastornos mentales. Urge aumentar la capacidad de investigación en los países en desarrollo.

TRES ESCENARIOS DE ACCIÓN

La adopción de medidas a escala internacional es crucial para que esas recomendaciones se apliquen con eficacia, ya que muchos países carecen de los recursos necesarios. Los organismos técnicos y de desarrollo de las Naciones Unidas y otros pueden ayudar a los países a desarrollar la infraestructura, capacitar personal y aumentar la capacidad de investigación en materia de salud mental.

Para ayudar a orientar a los países, en su sección de conclusiones el informe presenta tres «escenarios» correspondientes a distintos niveles de recursos nacionales para la salud mental en el mundo. El escenario A, por ejemplo, se aplica a los países más pobres donde esos recursos son muy limitados o inexistentes. Incluso en esos casos, pueden aplicarse medidas concretas como la capacitación de todo el personal, la disponibilidad de medicamentos esenciales en todos los establecimientos sanitarios y el traslado de todos los enfermos mentales que se encuentren en las cárceles. En los países con un nivel de recursos intermedio, el escenario B sugiere, entre otras cosas, el cierre de los hospitales psiquiátricos de internamiento y la adopción de medidas de integración de la atención de salud mental en la atención sanitaria general. El escenario C, correspondiente a los países con más recursos, propone mejoras en el tratamiento de los trastornos mentales en la atención primaria, un acceso más fácil a los medicamentos más recientes y establecimientos de atención comunitaria que ofrezcan una cobertura total.

Todas las recomendaciones y medidas expuestas se derivan del cuerpo principal del propio informe.

ESQUEMA DEL INFORME

El **capítulo 1** presenta al lector una nueva interpretación de la salud mental y explica por qué ésta reviste la misma importancia que la salud física para el bienestar general de las personas, las familias, las sociedades y las comunidades.

La salud mental y la salud física son dos aspectos de la vida estrechamente imbricados e interdependientes. Los avances de la neurología y la medicina del comportamiento han mostrado que, al igual que muchas enfermedades físicas, los trastornos mentales y conductuales son resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

A medida que avanza la revolución molecular, los investigadores tienen cada vez más medios para observar el funcionamiento del cerebro humano mientras vive, siente y piensa, y comprender así por qué, en ocasiones, funciona por debajo de sus posibilidades. Los progresos que se hagan en el futuro permitirán entender de forma más completa la relación del cerebro con el complejo funcionamiento mental y comportamental. Los progresos de la imaginología del cerebro y otras técnicas de investigación permitirán obtener imágenes en tiempo real del funcionamiento del sistema nervioso.

Mientras tanto, los datos científicos obtenidos en el campo de la medicina del comportamiento han demostrado que existe una conexión fundamental entre la salud mental y la salud física: por ejemplo, la depresión es un factor predictivo de las cardiopatías. Las investigaciones muestran que hay dos vías principales por las que la salud mental y la salud física se influyen mutuamente.

Una de esas vías son sistemas fisiológicos, como las funciones neuroendocrinas e inmunitarias. La ansiedad y la depresión, por ejemplo, inician una cascada de cambios perjudiciales en esas funciones y aumentan la susceptibilidad a diversas enfermedades físicas.

El comportamiento en materia de salud es otra de esas vías, y se refiere a actividades como la alimentación, el ejercicio, las prácticas sexuales, el consumo de tabaco y el seguimiento de los tratamientos médicos. El comportamiento de una persona en relación con su propia salud depende en gran medida de su salud mental. Por ejemplo, datos recientes han demostrado que los jóvenes con trastornos psiquiátricos como la depresión y la dependencia de ciertas sustancias tienen más probabilidades de comenzar a fumar y de adoptar prácticas sexuales de riesgo.

Los factores psicológicos individuales también guardan relación con la aparición de trastornos mentales. Las relaciones entre los niños y sus padres u otros adultos durante la infancia son decisivas. Con independencia de la causa específica, los niños privados de cariño tienen más probabilidades de presentar trastornos mentales y del comportamiento durante la infancia o más adelante. Ciertos factores sociales, como la urbanización

incontrolada, la pobreza y los rápidos cambios tecnológicos también tienen gran influencia. La relación entre la salud mental y la pobreza es particularmente importante: los pobres y los desfavorecidos tienen una prevalencia más alta de trastornos, en particular de abuso de sustancias. Las desigualdades en materia de tratamiento son muy acusadas en la mayoría de los trastornos mentales, pero para la población pobre son ciertamente enormes.

El **capítulo 2** empieza abordando las desigualdades en materia de tratamiento como una de las cuestiones más importantes de la salud mental hoy día. En primer lugar describe la magnitud y la carga de los trastornos mentales y del comportamiento. Muestra que son comunes, pues afectan al 20%-25% de toda la población en algún momento de su vida. También son universales: afectan a todos los países y sociedades y a personas de todas las edades. Los trastornos tienen grandes repercusiones económicas, directas e indirectas, en las sociedades, incluido el costo de los servicios. El impacto negativo en la calidad de vida de los individuos y las familias es enorme. Se calcula que, en 2000, los trastornos mentales y neurológicos fueron responsables de un 12% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos por todo tipo de enfermedades y traumatismos. Para 2020, se prevé que la carga correspondiente a esos trastornos habrá aumentado en un 15%; sin embargo, sólo una pequeña parte de los actualmente afectados reciben algún tipo de tratamiento.

El capítulo presenta un grupo de trastornos comunes que suelen provocar graves discapacidades, y explica cómo se identifican y diagnostican y cuáles son sus efectos en la calidad de vida. Entre ellos figuran los trastornos depresivos, la esquizofrenia, los trastornos por abuso de sustancias, la epilepsia, el retraso mental, los trastornos de la infancia y la adolescencia y la enfermedad de Alzheimer. Aunque la epilepsia es claramente un trastorno neurológico, se incluye en el grupo porque desde antiguo se ha considerado un trastorno mental y aún se juzga así en muchas sociedades. Al igual que las personas que padecen trastornos mentales, los enfermos de epilepsia son víctimas de la estigmatización y también padecen graves discapacidades si no reciben tratamiento.

Entre los factores que determinan la prevalencia, la aparición y el curso de todos esos trastornos figuran la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y los desastres, las grandes enfermedades físicas y el entorno familiar y social. A menudo se presentan dos o más trastornos mentales en una sola persona; una de las combinaciones más comunes es la de ansiedad y depresión.

En el capítulo se examina el riesgo de suicidio asociado a esos trastornos. Tres aspectos del suicidio tienen importancia para la salud pública. En primer lugar, es una de las principales causas de defunción entre los jóvenes en la mayoría de los países desarrollados y en muchos países en desarrollo. En segundo lugar, hay amplias variaciones en las tasas de suicidio entre países, entre sexos y entre grupos de edad, lo que indica una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales. En tercer lugar, los suicidios de personas cada vez más jóvenes y de mujeres son un problema reciente y cada vez mayor en muchos países. La prevención del suicidio es una de las cuestiones que se analizan en el capítulo siguiente.

El **capítulo 3** se ocupa de la solución de los problemas de la salud mental. Destaca una cuestión clave en todo el informe, que ocupa un lugar prominente en las recomendaciones generales. Se trata del cambio positivo, recomendado para todos los países y ya observado en algunos, desde la atención institucionalizada, en la que los pacientes mentales están retenidos en asilos, hospitales de internamiento o cárceles, a la atención en la comunidad reforzada por la reserva de camas en hospitales generales para los casos agudos.

En la Europa del siglo XIX, la enfermedad mental se veía por un lado como objeto legítimo de indagación científica; la psiquiatría floreció como disciplina médica y las personas aquejadas de trastornos mentales eran vistas como pacientes. Por otro lado, las personas afectadas por esos trastornos, al igual que muchos otros enfermos y personas con comportamiento social inaceptable, eran aisladas de la sociedad en grandes instituciones de internamiento, los manicomios estatales, después conocidos como hospitales psiquiátricos. Esa

tendencia fue exportada más adelante a África, las Américas y Asia.

Durante la segunda mitad del siglo XX se produjo un cambio de paradigma en la atención de salud mental, principalmente a causa de tres factores independientes. En primer lugar, la psicofarmacología hizo grandes progresos, con el descubrimiento de nuevas clases de fármacos, en particular neurolépticos y antidepresivos, y se desarrollaron nuevas formas de intervención psicosocial. En segundo lugar, el movimiento de derechos humanos se convirtió en un fenómeno de auténtico alcance internacional bajo el patrocinio de las Naciones Unidas, recién establecidas, y la democracia progresó a escala mundial. En tercer lugar, la recién creada OMS incorporó de forma inequívoca un componente mental a su definición del concepto de salud. La combinación de esos acontecimientos ha impulsado el abandono progresivo de la atención en grandes instituciones custodiales en favor de una atención comunitaria más abierta y flexible.

Entre los fallos de las instituciones de internamiento cabe citar los reiterados casos de malos tratos a los pacientes, el aislamiento geográfico y profesional de las instituciones y de su personal, las irregularidades en los procedimientos de notificación y contabilidad, la mala gestión y la ineficacia administrativa, la incorrecta asignación de los recursos financieros, la falta de capacitación del personal y las deficiencias de los procedimientos de inspección y de control de la calidad.

Por el contrario, la atención comunitaria persigue una asistencia de buena calidad y la habilitación de las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento. En la práctica, la atención comunitaria entraña el desarrollo de una amplia gama de servicios de ámbito local. Ese proceso, que aún no ha comenzado en muchos países y regiones, tiene por objeto asegurar que se presten algunas de las funciones de protección de las instituciones de internamiento, sin perpetuar los aspectos negativos de éstas.

A continuación se enumeran algunas características de la atención en la comunidad:

- servicios cercanos al domicilio, que incluyan atención en el hospital general para los casos agudos, y residencias para estancias largas en la comunidad;
- intervenciones relacionadas con las discapacidades además de con los síntomas;
- tratamiento y atención específicos para el diagnóstico y las necesidades de cada persona;
- una amplia gama de servicios que respondan a las necesidades de las personas con trastornos mentales y comportamentales;
- servicios coordinados entre los profesionales de la salud mental y los organismos comunitarios;
- servicios ambulatorios antes que residenciales, incluidos los que permitan el tratamiento a domicilio;
- colaboración con los cuidadores y respuesta a sus necesidades;
- legislación en apoyo de los aspectos citados.

No obstante, este capítulo advierte que cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos. Lo uno y lo otro deben de hacerse a un tiempo, de forma bien coordinada y gradual. Un proceso correcto de desinstitucionalización consta de tres componentes esenciales:

- la prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos mediante la dotación de medios comunitarios;
- el reintegro a la comunidad de los pacientes institucionalizados a largo plazo que hayan sido debidamente preparados;
- el establecimiento y el mantenimiento de sistemas de apoyo comunitario para los pacientes no institucionalizados.

En muchos países en desarrollo los programas de atención de salud mental apenas tienen prioridad. La atención prestada se limita a un número reducido de instituciones que

suelen estar saturadas, tienen poco personal y son poco eficientes. Los servicios reflejan un escaso conocimiento de las necesidades de los enfermos o de la gama de métodos disponibles para el tratamiento y la asistencia. No hay atención psiquiátrica para la mayoría de la población. Los únicos servicios se encuentran en grandes hospitales mentales que funcionan con arreglo a una legislación que a menudo es más penal que terapéutica. El acceso a ellos es difícil, y se convierten en comunidades cerradas, aisladas del resto de la sociedad.

A pesar de las grandes diferencias entre la atención de salud mental prestada en los países en desarrollo y la prestada en los países desarrollados, un problema común es que muchas personas que podrían beneficiarse de los servicios psiquiátricos disponibles no los aprovechan. Incluso en los países con servicios bien establecidos, menos de la mitad de los individuos que necesitan atención recurren a ellos. Esto guarda relación tanto con el estigma que recae en las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento como con las deficiencias de los servicios suministrados.

En el capítulo se definen importantes principios de la atención de salud mental. Entre ellos figuran el diagnóstico, la intervención precoz, el uso racional de técnicas terapéuticas, la continuidad de la atención y la diversidad de servicios. Otros principios son la participación de los usuarios, la asociación con las familias, la participación de la comunidad local y la integración en la atención primaria. También se describen tres ingredientes fundamentales de la atención: medicación, psicoterapia y rehabilitación psicosocial, y se afirma que es indispensable una combinación equilibrada de los tres. Se examinan la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en el contexto de los trastornos destacados en el informe.

El **capítulo 4** se ocupa de las políticas y la prestación de servicios en materia de salud mental. La protección y la mejora de la salud mental de la población es una tarea compleja que entraña decisiones múltiples. Exige establecer prioridades entre las necesidades, las afecciones, los servicios, los tratamientos y las estrategias de prevención y promoción en materia de salud mental, y adoptar decisiones acerca de su financiación. Los servicios y las estrategias de salud mental deben estar bien coordinados entre sí y con otros servicios, como los de seguridad social y educación, y con las intervenciones públicas en materia de empleo y vivienda. Los resultados de salud mental deben vigilarse y analizarse para poder adaptar continuamente las decisiones en función de las dificultades que surjan.

Los gobiernos, en su calidad de supervisores últimos de la salud mental, han de asumir la responsabilidad de garantizar que se lleven a cabo esas complejas actividades. Un papel crítico al respecto es elaborar y aplicar políticas. Esto significa definir las cuestiones y los objetivos principales, especificar los papeles respectivos de los sectores público y privado en la financiación y la prestación de servicios, y determinar los instrumentos de política y los arreglos de organización que se necesiten en el sector público, y posiblemente en el privado, para alcanzar los objetivos de salud mental. También significa aplicar medidas que favorezcan el aumento de la capacidad y el desarrollo organizacional, y formular directrices para asignar grados de prioridad a los gastos, vinculando así el análisis de los problemas a las decisiones sobre la asignación de recursos.

A lo largo del capítulo se examinan estas cuestiones en detalle, comenzando con las distintas alternativas de financiación para la prestación de servicios de salud mental y señalando al mismo tiempo que las características de éstos no deben diferir de las de los servicios de salud en general. Debe protegerse a la población de los riesgos financieros catastróficos, lo que significa reducir al mínimo los pagos directos en favor de los métodos de prepago, sea por conducto de los impuestos generales, de la seguridad social obligatoria o de seguros privados voluntarios. La población sana debe financiar la atención de la población enferma por conducto de mecanismos de prepago, y un buen sistema de financiación significa también que los más favorecidos financien la atención de los pobres, al menos en cierta medida.

A continuación se examina la formulación de políticas de salud mental, que a menudo se hace totalmente al margen de las políticas en materia de alcohol y drogas. Las políticas relativas a salud mental, alcohol y drogas deben formularse en el contexto de un conjunto complejo de políticas sanitarias, de protección social y sociales en general del gobierno. Las

realidades sociales, políticas y económicas deben tenerse presentes en los niveles local, regional y nacional.

La formulación de políticas debe basarse en información actualizada y fiable acerca de la comunidad, los indicadores de la salud mental, la eficacia de los tratamientos, las estrategias de prevención y promoción y los recursos de salud mental. La política habrá de ser revisada periódicamente.

Las políticas deben prestar particular atención a los grupos vulnerables con necesidades especiales en materia de salud mental, como los niños, los ancianos y las mujeres víctimas de abusos, así como los refugiados y las personas desplazadas en los países donde hay guerras civiles o conflictos internos.

Las políticas también deben abarcar la prevención del suicidio. Ello significa, por ejemplo, restringir el acceso a sustancias tóxicas y armas de fuego y eliminar la toxicidad del gas de uso doméstico y de los gases de escape de los automóviles. Esas políticas deben garantizar no sólo la atención a los individuos especialmente expuestos, como los aquejados de depresión, esquizofrenia o dependencia del alcohol, sino también la fiscalización del alcohol y las drogas ilícitas.

En muchos países, el presupuesto público para la salud mental se invierte principalmente en el mantenimiento de la atención institucional, y apenas se dedican recursos a servicios más eficaces en la comunidad. En la mayoría de los países, los servicios de salud mental deben ser analizados, reevaluados y reformados para ofrecer el mejor tratamiento y atención disponibles. También se examinan tres alternativas para mejorar la organización de los servicios, aun con recursos limitados, para que las personas que los necesitan puedan aprovecharlos plenamente; a saber, abandonar progresivamente la atención en los hospitales psiquiátricos, desarrollar los servicios de salud mental en la comunidad, e integrar los servicios de salud mental en la atención de salud general.

Otras cuestiones abordadas en ese capítulo son la disponibilidad de psicotrópicos, el establecimiento de vínculos intersectoriales, la elección de intervenciones de salud mental, el papel de los sectores público y privado en la prestación de servicios, el desarrollo de recursos humanos, la definición de las funciones y responsabilidades de los agentes de salud, y la promoción no sólo de la salud mental, sino también de los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales. En este último caso, la legislación es indispensable para garantizar la protección de sus derechos humanos fundamentales.

La colaboración intersectorial entre los departamentos gubernamentales es fundamental para que las políticas de salud mental se beneficien de los programas generales del gobierno. Además, la salud mental ha de tenerse presente para garantizar que todas las actividades y políticas del gobierno contribuyan a ella, y no la menoscaben. Esto afecta al trabajo y el empleo, el comercio y la economía, la educación, la vivienda, otros servicios de protección social y el sistema de justicia penal.

En el capítulo se afirma que las barreras más importantes que hay que salvar en la comunidad son la estigmatización y la discriminación, y que se necesita un enfoque que abarque distintos niveles, entre ellos la función de los medios de comunicación y el uso de recursos comunitarios para impulsar el cambio.

El **capítulo 5** presenta las recomendaciones y los tres escenarios mencionados al principio de este panorama general. Concluye el informe de manera optimista, destacando que existen soluciones para los trastornos mentales y que están a nuestro alcance. Gracias a los adelantos científicos realizados en el tratamiento de las enfermedades mentales, la mayoría de los afectados y sus familias pueden recibir ayuda. Además de medios eficaces de tratamiento y rehabilitación, se dispone de estrategias para la prevención de algunos trastornos. Una política y una legislación adecuadas y progresistas en materia de salud mental pueden favorecer en gran medida la prestación de servicios a quienes los necesitan. Afortunadamente tenemos nuevos conocimientos, y nuevas esperanzas.

CAPÍTULO 1

La salud pública al servicio de la salud mental

La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento. Los avances en neurociencia y medicina conductual han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Aunque nos queda todavía mucho que aprender, disponemos ya de los conocimientos y la capacidad para reducir la carga que suponen las enfermedades mentales y del comportamiento en el mundo.

1

LA SALUD PÚBLICA AL SERVICIO DE LA SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN

Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes. Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países.

Desgraciadamente, en la mayor parte del mundo no se concede a la salud mental y a sus trastornos la misma importancia que a la salud física. Muy al contrario, han sido objeto de indiferencia o abandono. En parte como consecuencia de esta actitud, el mundo está sufriendo una carga creciente de trastornos mentales, y un desfase terapéutico cada vez mayor. Hoy día, aproximadamente 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento, pero sólo una pequeña minoría recibe siquiera el tratamiento más elemental. En los países en desarrollo, a la mayoría de las personas con enfermedades psiquiátricas graves se les deja que afronten como puedan sus cargas personales, como la depresión, la demencia, la esquizofrenia y la toxicomanía. En conjunto, a muchas de ellas su enfermedad las convierte en víctimas y en objetos de estigmatización y discriminación.

El envejecimiento de la población, el agravamiento de los problemas sociales y la agitación social permiten prever un aumento del número de afectados. Entre las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden ya a trastornos mentales. Esta carga creciente supone un costo enorme en sufrimiento humano, discapacidad y pérdidas económicas.

Se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada. Más del 40% de los países no disponen de una política de salud mental, y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella. Más del 90% de los países carecen de una política de salud mental que incluya a niños y adolescentes. Es frecuente, además, que los planes de salud no cubran los trastornos mentales y conductuales en la misma medida que otras enfermedades, hecho que genera importantes problemas económicos para los pacientes y sus familias. De este modo, el sufrimiento persiste y los problemas aumentan.

Esto no tiene por qué ser así. La OMS ha reconocido desde su creación la importancia de la salud mental, como refleja la definición de salud de la Constitución de la OMS, según la cual «no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», sino «un estado de completo bienestar físico, mental y social». En los últimos años, muchos avances importantes en las ciencias biológicas y del comportamiento han atraído aún más la atención sobre esta definición. Estas ciencias, por su parte, han ampliado nuestros conocimientos sobre el

funcionamiento de la mente y sobre la profunda relación entre la salud mental, la salud física y la salud social. De estos nuevos conocimientos nacen nuevas esperanzas.

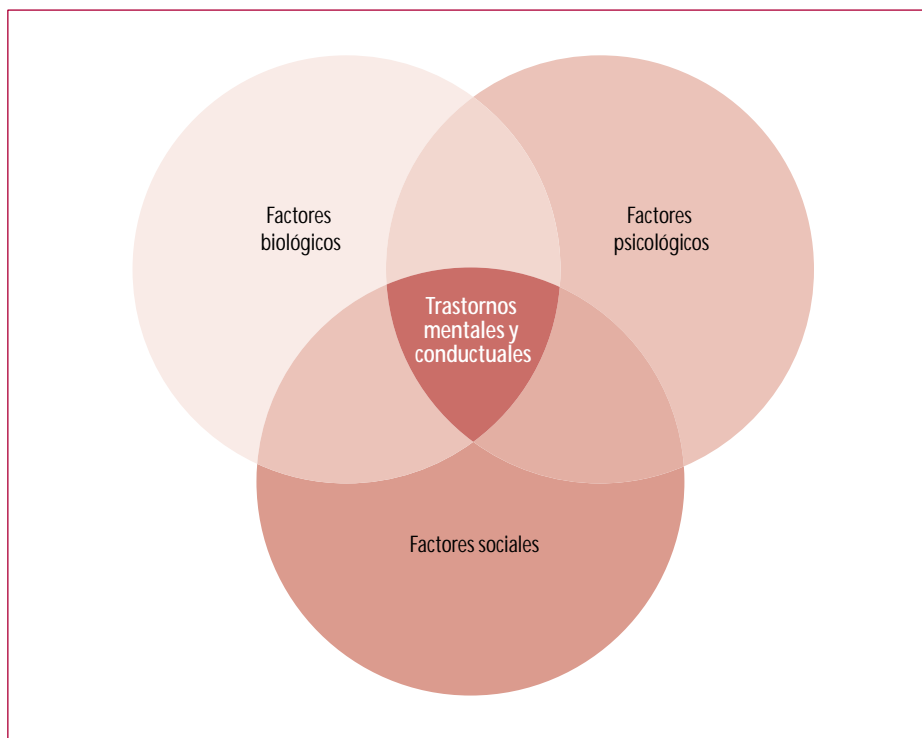
Sabemos hoy que la mayor parte de las enfermedades, tanto psíquicas como orgánicas, están influidas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales (véase la figura 1.1). Sabemos que los trastornos mentales y del comportamiento asientan en el cerebro. Sabemos que afectan a personas de todas las edades en todos los países y son causa de sufrimiento tanto para las familias y las comunidades como para los individuos. Sabemos también que en la mayor parte de los casos pueden diagnosticarse y tratarse de manera eficaz con relación al costo. El conjunto de nuestros conocimientos permite ofrecer a las personas con trastornos mentales o del comportamiento nuevas esperanzas de una vida plena y productiva en sus propias comunidades.

Este informe presenta información relativa a los actuales conocimientos sobre los trastornos mentales y del comportamiento, su magnitud y carga de morbilidad, y las estrategias tanto para lograr tratamientos eficaces como para mejorar la salud mental mediante el desarrollo de políticas y servicios.

El informe expone con claridad que los gobiernos son tan responsables de la salud mental de sus ciudadanos como de su salud física. Uno de los mensajes fundamentales a los gobiernos es que los hospitales psiquiátricos, allí donde todavía existen, deben cerrarse y sustituirse por una atención comunitaria bien organizada y por camas de psiquiatría en hospitales generales. Los días en los que se internaba a las personas con trastornos mentales o del comportamiento en lúgubres instituciones psiquiátricas de aspecto carcelario deben terminar. La inmensa mayoría de las personas con trastornos mentales no son violentas. Sólo en una pequeña proporción de trastornos mentales y del comportamiento existe un mayor riesgo de violencia, que puede reducirse con una asistencia psiquiátrica integral.

Como administradores últimos de todo sistema de salud, los gobiernos deben asumir la responsabilidad de velar por el desarrollo y la aplicación de políticas de salud mental. Este

Figura 1.1 Interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en la aparición de trastornos mentales



informe recomienda estrategias que los países deberían adoptar, como la integración de los tratamientos y los servicios de salud mental en el sistema general de salud, y en particular en la atención primaria. Esta iniciativa se ha aplicado con éxito en cierto número de países. Sin embargo, en numerosas zonas del mundo queda todavía mucho por hacer.

EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL

En las distintas culturas, los estudiosos han definido de formas diversas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales.

Los conocimientos sobre la salud mental y, en términos más generales, sobre el funcionamiento de la mente son importantes, porque proporcionan el fundamento necesario para comprender mejor el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento.

En los últimos años, la nueva información procedente de la neurociencia y la medicina conductual ha ampliado de manera espectacular nuestros conocimientos sobre el funcionamiento de la mente. Resulta cada vez más evidente que dicho funcionamiento tiene una base fisiológica, además de estar esencialmente relacionado con el funcionamiento físico y social, y con los resultados de salud.

AVANCES EN NEUROCIENCIA

El *Informe sobre la salud en el mundo 2001* se publica en un momento apasionante de la historia de la neurociencia. Ésta es la rama de la ciencia que estudia la anatomía, la fisiología, la bioquímica y la biología molecular del sistema nervioso, especialmente en lo relativo al comportamiento y el aprendizaje. Los espectaculares avances en biología molecular están aportando una visión más completa de las unidades estructurales de las células nerviosas (neuronas). Estos avances seguirán proporcionando información esencial para el análisis genético de las enfermedades humanas, y ayudarán al desarrollo de nuevas estrategias para el descubrimiento de tratamientos.

Los conocimientos acerca de la estructura y la función del cerebro han evolucionado a lo largo de los últimos 500 años (figura 1.2). A medida que la revolución molecular avanza, instrumentos como la neuroimagenología y la neurofisiología están permitiendo a los investigadores ver el cerebro humano vivo sintiendo y pensando. Utilizadas en combinación con la neurociencia cognitiva, las técnicas imaginológicas ofrecen cada vez más posibilidades de identificar las regiones específicas del cerebro que se utilizan para distintos aspectos del pensamiento y las emociones.

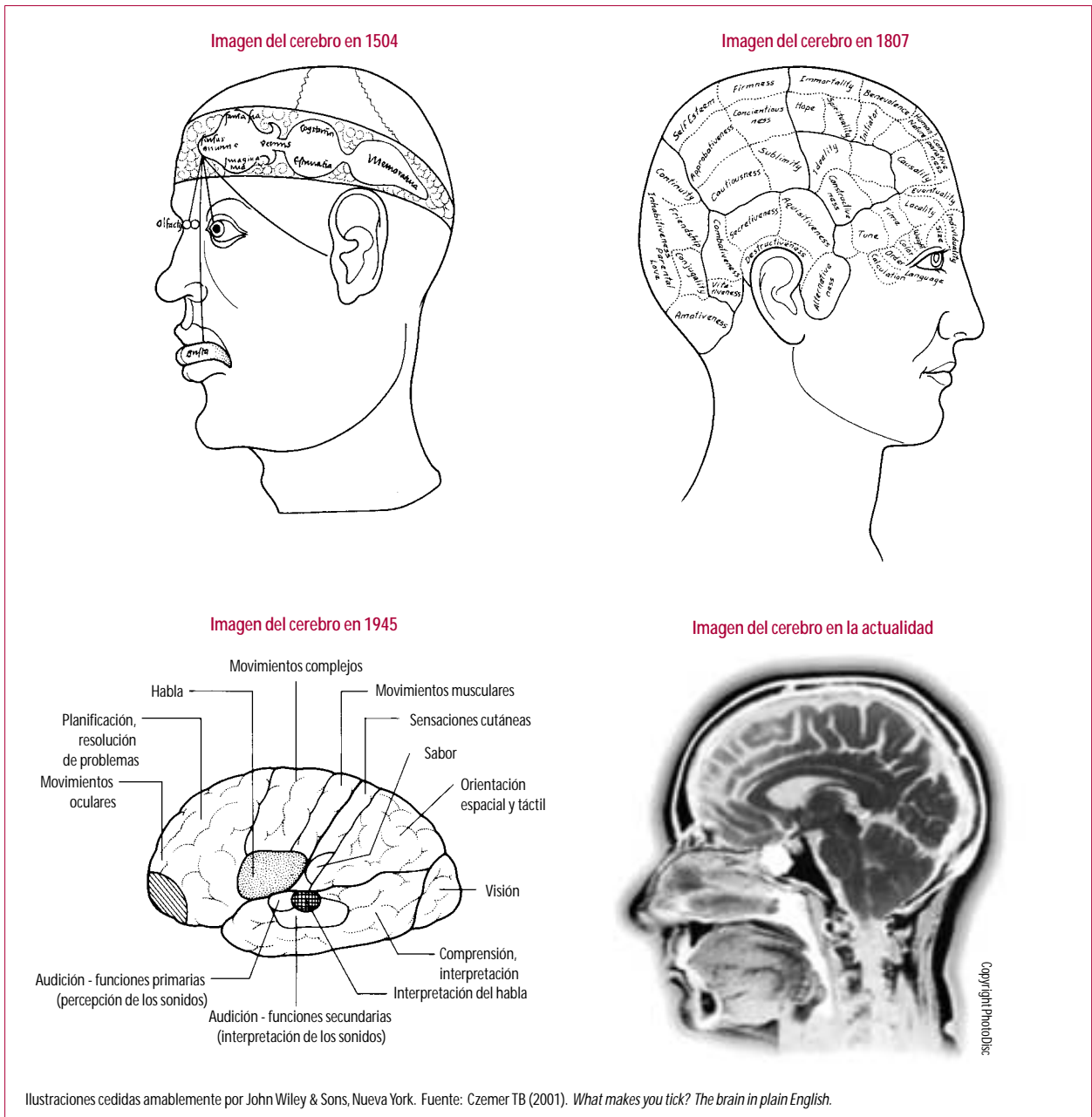
El cerebro es responsable de combinar la información genética, molecular y bioquímica con la información procedente del mundo exterior. Es, pues, un órgano sumamente complejo. En él existen dos tipos de células, las neuronas y la neuroglía. Las neuronas son responsables de la emisión y la recepción de impulsos nerviosos o señales. La neuroglía aporta a las neuronas nutrientes, protección y soporte estructural. En conjunto, el cerebro contiene más de cien mil millones de neuronas, pertenecientes a miles de tipos diferentes. Cada una de ellas se comunica con otras neuronas a través de estructuras especializadas denominadas sinapsis. Más de 100 sustancias químicas, denominadas neurotransmisores, transitan a través de estas sinapsis. En conjunto, el cerebro aloja probablemente más de 100 billones de sinapsis. Los circuitos, constituidos por cientos o miles de neuronas, dan origen a procesos mentales y conductuales complejos.

Durante el desarrollo fetal, los genes dirigen la formación del cerebro. El resultado es una estructura específica y muy organizada. Este desarrollo temprano puede también verse afectado por factores ambientales como la alimentación de la embarazada y el abuso de sustancias (alcohol, tabaco y otras sustancias psicotrópicas) o la exposición a radiaciones. Después del nacimiento, y a lo largo de la vida, experiencias de todo tipo pueden no sólo

dar lugar a una comunicación directa entre las neuronas, sino también poner en marcha procesos moleculares que remodelen las conexiones sinápticas (Hyman 2000). Este proceso se describe como *plasticidad sináptica* y modifica literalmente la estructura física del cerebro. Puede darse la creación de sinapsis nuevas, la eliminación de sinapsis antiguas y el fortalecimiento o el debilitamiento de las existentes. El resultado es que la información que se procesa en el circuito cambiará para incorporar la nueva experiencia.

Tanto en el periodo prenatal como durante la infancia y la edad adulta, los genes y el entorno participan en una serie de interacciones inextricables. Cada acto de aprendizaje – proceso que depende tanto de circuitos concretos como de la regulación de determinados genes – modifica el cerebro en términos físicos. De hecho, el notable éxito evolutivo del

Figura 1.2 El progresivo descubrimiento del cerebro



cerebro humano reside en que, dentro de ciertos límites, conserva su plasticidad sináptica durante toda la vida; este reciente descubrimiento se aparta de anteriores teorías según las cuales la estructura del cerebro adulto es estática (véase el recuadro 1.1).

Pese a los notables descubrimientos realizados hasta la fecha, la neurociencia se encuentra todavía en sus albores. Los futuros avances nos permitirán conocer con mayor detalle la relación entre el cerebro y las funciones mentales y conductuales complejas. Las innovaciones en imaginología cerebral, unidas a los estudios neuropsicológicos y electrofisiológicos, ofrecerán imágenes dinámicas en tiempo real del sistema nervioso en funcionamiento. La obtención de imágenes se combinará con la capacidad cada vez mayor de registrar simultáneamente la actividad de un gran número de neuronas, lo que permitirá descifrar su lenguaje. Otros avances se basarán en los progresos de la genética. Ya está a disposición pública una secuencia preliminar operativa del genoma humano (<http://www.oml.gov/hgmis/>). Una de las aplicaciones importantes de la información genómica será la de proporcionar nuevos fundamentos para el desarrollo de tratamientos eficaces frente a los trastornos mentales y del comportamiento.

Otro instrumento importante que ampliará nuestros conocimientos sobre las unidades moleculares básicas del desarrollo, la anatomía, la fisiología y el comportamiento es la producción de ratones modificados genéticamente. Casi todos los genes humanos tienen sus análogos en el ratón. Esta conservación de la función génica entre las dos especies permite suponer que los modelos murinos aportarán datos fundamentales sobre la fisiología y las enfermedades humanas (O'Brien et al. 1999). Muchos laboratorios de todo el mundo trabajan hoy día introduciendo o suprimiendo sistemáticamente genes identificados, y otros han emprendido proyectos de generación de mutaciones aleatorias en el genoma del ratón. Estas estrategias ayudarán a relacionar los genes con sus acciones en las células en los órganos y en el conjunto del organismo.

La integración de los resultados de las investigaciones neuroimagenológicas y neurofisiológicas con los de la biología molecular debería ampliar nuestros conocimientos sobre las bases de la función mental normal y patológica, así como contribuir al desarrollo de tratamientos más eficaces.

AVANCES EN MEDICINA DEL COMPORTAMIENTO

No sólo se ha avanzado en la comprensión del funcionamiento de la mente, sino también en el conocimiento de la influencia de estas funciones en la salud física. La ciencia moderna está descubriendo que, si bien para debatir sobre la cuestión resulta práctico dis-

Recuadro 1.1 Premio Nobel para una nueva perspectiva sobre el cerebro

El premio Nobel de Fisiología y Medicina del año 2000 se otorgó conjuntamente a los profesores Arvid Carlsson, Paul Greengard y Eric Kandel por sus descubrimientos en el campo de la comunicación entre las células cerebrales.¹ Sus investigaciones versan sobre la transducción de señales en el sistema nervioso, que tiene lugar en las sinapsis (puntos de contacto entre las células cerebrales). Estos descubrimientos, cruciales para ampliar nuestra comprensión del funcionamiento normal del cere-

bro y de la forma en que las alteraciones de dicha transducción pueden causar trastornos mentales y del comportamiento, han conducido ya al desarrollo de nuevos y eficaces medicamentos.

Las investigaciones de Arvid Carlsson sobre la dopamina revelaron que este neurotransmisor cerebral interviene en el control de los movimientos, y que la enfermedad de Parkinson guarda relación con su falta. Consecuencia de este descubrimiento es la existencia hoy día de un tratamiento eficaz para la enfer-

medad de Parkinson (L-DOPA). Los trabajos de Carlsson demostraron también cómo actúan otros medicamentos, en particular los utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia, y han conducido al desarrollo de una nueva generación de antidepresivos eficaces.

Paul Greengard descubrió cómo actúan la dopamina y otros neurotransmisores en la sinapsis. Sus investigaciones esclarecieron el mecanismo de acción de varios medicamentos psicotrópicos.

Eric Kandel demostró que los

cambios de la función sináptica son fundamentales para el aprendizaje y la memoria. Descubrió que el desarrollo de la memoria a largo plazo precisa de una modificación de la síntesis de proteínas que también puede ocasionar cambios en la forma y la función de la sinapsis. Estas investigaciones amplían nuestros conocimientos sobre los mecanismos cerebrales esenciales para la memoria, y aumentan con ello las posibilidades de desarrollar nuevos tipos de medicamentos para mejorar el funcionamiento de la memoria.

¹ Butcher J (2000). A Nobel pursuit. *The Lancet*, 356: 1331.

tinguir entre salud mental y salud física, esa división no deja de ser una ficción creada por el lenguaje. Se considera que en la mayoría de las enfermedades «mentales» y «orgánicas» influye una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Se reconoce además la importante repercusión de los pensamientos, los sentimientos y el comportamiento sobre la salud física. A la inversa, se reconoce también la influencia de ésta sobre la salud mental y el bienestar.

La medicina conductual es una extensa área interdisciplinar que integra los conocimientos de las ciencias conductuales, psicosociales y biomédicas de interés para comprender la salud y la enfermedad. A lo largo de los últimos 20 años, la medicina conductual ha hecho acopio de datos que demuestran la íntima conexión existente entre la salud mental y la salud física (véase el recuadro 1.2). Las investigaciones han demostrado, por ejemplo, que las mujeres con cáncer de mama avanzado que participan en una terapia grupal de apoyo viven significativamente más que las que no intervienen en este tipo de actividad (Spiegel et al. 1989), que la depresión predice la incidencia de cardiopatía (Ferketich et al. 2000), y que la aceptación realista de la propia muerte se asocia a un menor tiempo de supervivencia entre los afectados por el SIDA, incluso después de ajustar los datos en función de otros posibles factores predictivos de la mortalidad (Reed et al. 1994).

¿Cómo se influyen mutuamente las funciones mentales y las funciones orgánicas? Las investigaciones han señalado dos vías por las cuales la salud mental y la salud física influyen la una en la otra a lo largo del tiempo. La primera vía fundamental discurre directamente a través de los sistemas fisiológicos, como las funciones neuroendocrinas e inmunitarias. La segunda es la vía del comportamiento en materia de salud. Por comportamiento en materia de salud se entiende una gama de actividades tales como comer sensatamente, hacer ejercicio con regularidad, dormir lo suficiente, no fumar, mantener relaciones sexuales seguras, utilizar el cinturón de seguridad en los vehículos y cumplir los tratamientos médicos (véase el recuadro 1.3).

Aunque la vía fisiológica es distinta de la conductual, no son independientes la una de la otra, ya que el comportamiento en materia de salud puede afectar a la fisiología (por ejemplo, el consumo de tabaco y la vida sedentaria reducen la actividad del sistema inmunitario), y a su vez las funciones fisiológicas pueden influir en dicho comportamiento de salud (por ejemplo, el cansancio conduce a olvidarse de los tratamientos médicos). De todo ello resulta un modelo integrado de salud física y mental en el que los diversos componentes están relacionados y se influyen mutuamente a lo largo del tiempo.

Recuadro 1.2 Dolor y bienestar

El dolor persistente es un problema de salud pública muy importante, responsable de enormes sufrimientos y de pérdida de productividad en todo el mundo. Las estimaciones concretas varían, pero se admite que el dolor crónico es un problema de salud debilitante y oneroso, que figura entre los primeros motivos de consulta médica y de ausencia laboral por problemas de salud.

En un estudio reciente de la OMS, basado en una muestra de 5447 personas de 15 centros de estudio de África, Asia, Europa y las

Américas, se analizó la relación entre dolor y bienestar.¹ Los resultados mostraron que la frecuencia de trastornos depresivos o de ansiedad era más de cuatro veces superior en las personas con dolor crónico que en las que no lo padecían. Esta relación se constató en todos los centros del estudio, fuera cual fuera su ubicación geográfica. En otros estudios se ha observado que la intensidad del dolor, la discapacidad y la ansiedad/depresión interactúan para originar y mantener estados de dolor crónico.

Son prometedores los resultados de un reciente estudio de atención

primaria realizado en 255 personas con lumbalgia, y en el que se comprobó que una intervención grupal basada en habilidades, y dirigida por personas profanas, esto es, no profesionales de la salud, aminoraba las preocupaciones y reducía la discapacidad.² La intervención se basó en un modelo de autotratamiento de enfermedades crónicas y consistió en cuatro clases de dos horas impartidas una vez a la semana, con 10–15 participantes por clase. Los directores, profanos que padecían también lumbalgia crónica o recurrente, recibieron dos días de forma-

ción por parte de un médico conocedor del tratamiento de la lumbalgia y del programa terapéutico. No surgió ningún problema relevante con los directores profanos, cuyas aptitudes para aplicar la intervención se consideraron admirables. Este estudio demuestra que personas no profesionales de la salud pueden aplicar eficazmente intervenciones comportamentales estructuradas, y ofrece esperanzas de que el procedimiento pueda aplicarse a otros problemas médicos.

¹ Gureje O et al. (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 280(2):147–151.

² Von Korff M et al. (1998). A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, 23(23):2608–2615.

Recuadro 1.3 Observancia de las recomendaciones médicas

Los pacientes no siempre observan o cumplen las recomendaciones de sus proveedores de atención médica. Una revisión bibliográfica indica que la tasa media de observancia para los tratamientos farmacológicos prolongados apenas supera el 50%, mientras que la correspondiente a los cambios en el estilo de vida, como la modificación de los hábitos dietéticos, es muy baja. En general, cuanto

más prolongado, complejo o perturbador es el tratamiento médico prescrito, menos probabilidades hay de que el paciente lo cumpla. Otros factores importantes para la observancia son las aptitudes de comunicación del proveedor de atención médica, la opinión del paciente sobre la utilidad del tratamiento prescrito y su capacidad para obtener medicamentos u otros tratamientos recomendados a un precio razonable.

La depresión contribuye de forma importante al incumplimiento de los tratamientos médicos: la inobservancia es tres veces más frecuente entre los pacientes deprimidos que entre los no deprimidos.¹ Esto significa, por ejemplo, que entre los diabéticos deprimidos es más probable que la alimentación sea deficiente, las hipoglucemias más frecuentes, la discapacidad mayor, y los costos de atención de salud más ele-

vados que entre los diabéticos no deprimidos.^{2,3} En pacientes diabéticos, el tratamiento de la ansiedad y la depresión mejora su evolución, tanto mental como física.⁴⁻⁶

La estrecha relación entre depresión e inobservancia del tratamiento indica que los pacientes, en particular los incumplidores, deberían ser objeto de revisiones sistemáticas y, en caso necesario, recibir tratamiento antidepresivo.

¹ DiMatteo MR et al. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*, 160: 2101–2107.

² Ciechanowski PS et al. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160: 3278–3285.

³ Ziegelstein RC et al. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160: 1818–1823.

⁴ Lustman PJ et al. (1995). Effects of alprazolam on glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, 18(8): 1133–1139.

⁵ Lustman PJ et al. (1997). Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 59(3): 241–250.

⁶ Lustman PJ et al. (2000). Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, 23(5): 618–623.

Vía fisiológica

En un modelo de salud integrado y basado en pruebas científicas, la salud mental (incluidos los modos de pensamiento y las emociones) se perfila como un determinante clave de la salud general. La ansiedad y la depresión, por ejemplo, ponen en marcha una cadena de alteraciones de las funciones endocrinas e inmunitarias, y aumentan la propensión a diversas enfermedades orgánicas. Así, se sabe que el estrés guarda relación con la aparición del resfriado (Cohen et al. 1991) y retrasa la cicatrización de las heridas (Kielcot-Glaser et al. 1999).

Persisten muchos interrogantes sobre los mecanismos específicos de esas relaciones, pero es evidente que los trastornos mentales desempeñan un papel importante en la depresión del sistema inmunitario, la aparición de ciertas enfermedades y la muerte prematura.

Vía del comportamiento en materia de salud

Debido al papel que el comportamiento en materia de salud desempeña en la conformación del estado de salud general, es importante conocer sus determinantes. Las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías y el cáncer, se cobran en todo el mundo un tributo enorme en vidas y salud. Muchas de ellas están estrechamente ligadas a comportamientos no saludables, como el consumo de alcohol y tabaco, la mala alimentación y la vida sedentaria. El comportamiento en materia de salud es también un determinante fundamental de la propagación de enfermedades transmisibles como el SIDA, a través de prácticas sexuales de riesgo y del uso compartido de jeringuillas. Muchas enfermedades podrían prevenirse mediante comportamientos saludables.

El comportamiento de un individuo en materia de salud depende en gran medida de su salud mental. Así, se ve afectado, por ejemplo, por las enfermedades mentales o el estrés psicológico. Se ha comprobado recientemente que los jóvenes con trastornos psiquiátricos, como depresión y toxicomanía, tienen más probabilidades de mantener relaciones sexuales de alto riesgo que los que no los padecen. Por ello corren el riesgo de contraer diversas enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA (Ranrakha et al. 2000). Pero también otros factores influyen en el comportamiento de salud. Los niños y los adolescentes aprenden a través de la experiencia directa, de la información y de la observación de otras personas, y este aprendizaje influye en dicho comportamiento. Por ejemplo, se ha comprobado

que el consumo de drogas antes de los 15 años guarda una estrecha relación con la evolución hacia la toxicomanía y el alcoholismo en la vida adulta (Jaffe 1995). Las influencias ambientales, como la pobreza o las normas sociales y culturales, afectan también al comportamiento en materia de salud.

Estas pruebas científicas son recientes, por lo que todavía hemos de esperar a que se reconozca plenamente la relación entre la salud mental y la salud física, y los sistemas de atención de salud procedan en consecuencia. Con todo, las pruebas son claras: la salud mental está esencialmente ligada a los resultados de salud física.

COMPRENDER LOS TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES

La promoción de una buena salud mental en todos los miembros de la sociedad es, sin duda, un objetivo importante, pero todavía queda mucho por aprender acerca de cómo lograr este objetivo. A la inversa, disponemos hoy día de intervenciones eficaces para diversos problemas psíquicos. Debido al gran número de personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento, muchas de las cuales no reciben nunca tratamiento, y a la carga que se deriva de estas enfermedades no tratadas, el presente informe se centra en los trastornos mentales y del comportamiento, no en el concepto más amplio de salud mental.

La *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)* define los trastornos mentales y del comportamiento como un conjunto. Los síntomas varían sustancialmente, pero estos trastornos se caracterizan en términos generales por alguna combinación de anomalías de los procesos de pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones con los demás. Como ejemplos cabe citar la esquizofrenia, la depresión, el retraso mental y los trastornos relacionados con el abuso de sustancias. Los capítulos 2 y 3 abordan con más detalle los trastornos mentales y del comportamiento. En la figura 1.3 se ilustra la transición continua desde las fluctuaciones normales del estado de ánimo a los trastornos mentales y del comportamiento en el caso de los síntomas depresivos.

La separación artificial entre los factores biológicos por un lado y los factores psicológicos y sociales por otro ha obstaculizado enormemente la plena comprensión de los trastornos mentales y del comportamiento. En realidad, estos trastornos se asemejan a muchas enfermedades orgánicas en el hecho de ser el resultado de una interacción compleja de todos esos factores.

Durante años, los científicos han discutido acerca de la importancia relativa de la *genética frente al ambiente* en la aparición de los trastornos mentales y del comportamiento. Hoy día, las pruebas científicas indican que dichos trastornos son consecuencia de la *suma de influencias genéticas y ambientales*, esto es, de la interacción de las características biológicas con factores psicológicos y sociales. El cerebro no se limita a reflejar el desarrollo determinista de complejos programas genéticos, ni el comportamiento humano es sólo el resultado de un determinismo ambiental. Antes del nacimiento y a lo largo de la vida, los genes y el entorno intervienen en un conjunto de interacciones inextricables que son esenciales para la aparición y el curso de los trastornos mentales y del comportamiento.

La ciencia moderna está demostrando, por ejemplo, que la exposición a factores estresantes durante las primeras etapas del desarrollo se asocia a hiperreactividad cerebral persistente y a mayores probabilidades de depresión en periodos ulteriores de la vida (Heim et al. 2000). Resulta prometedora la demostración de que la terapia conductual de los trastornos obsesivo-compulsivos provoca modificaciones de las funciones cerebrales observables mediante técnicas imaginológicas, y semejantes a las que pueden lograrse con tratamientos farmacológicos (Baxter et al. 1992). Aun así, el descubrimiento de genes asociados a un mayor riesgo de trastornos seguirá brindando instrumentos eficaces que, unidos a una mejor comprensión de los circuitos neuronales, conducirán a nuevos e importantes conocimientos sobre la génesis de los trastornos mentales y del comportamiento. Queda todavía mucho por aprender sobre las causas específicas de dichos trastornos, pero la

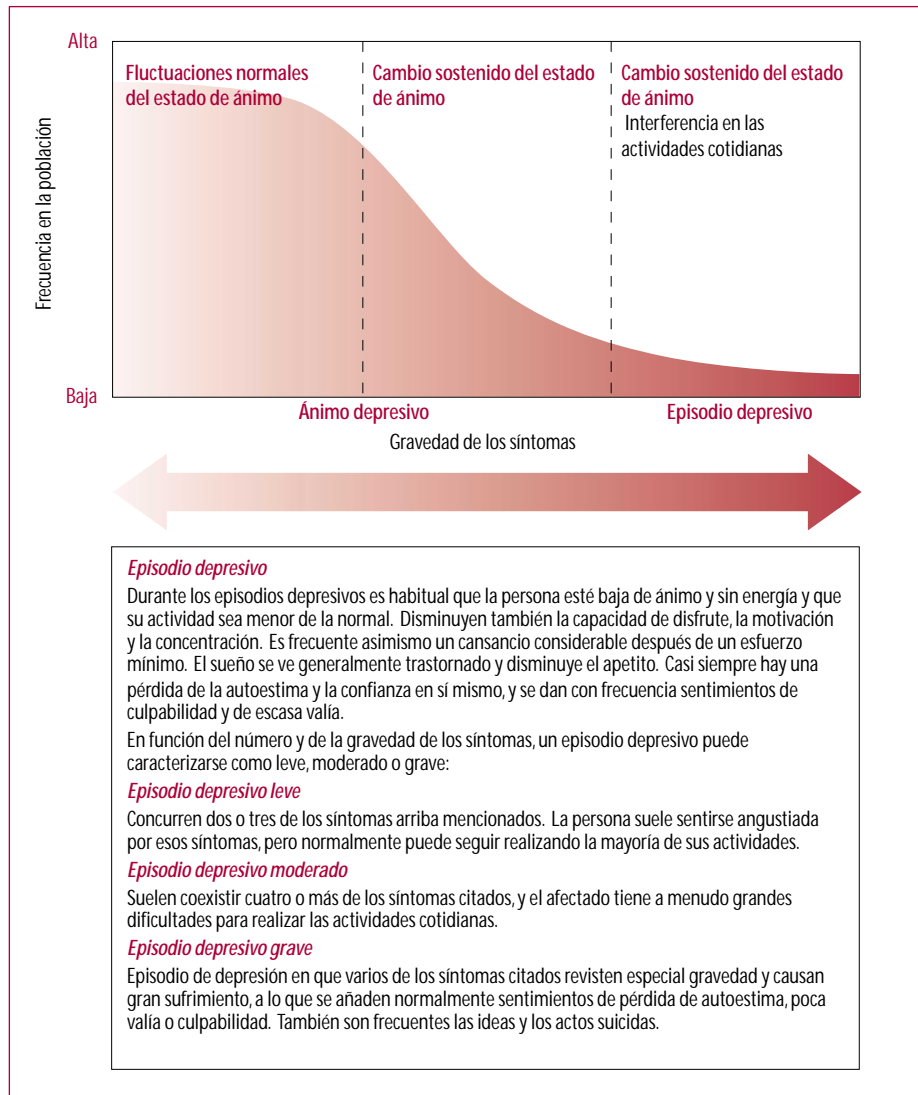
neurociencia, la genética, la psicología y la sociología, entre otras disciplinas, han desempeñado un importante papel en la estructuración de nuestros conocimientos sobre estas complejas relaciones. El reconocimiento científico de las interacciones entre los diversos factores contribuirá poderosamente a erradicar la ignorancia y a poner freno a los malos tratos infligidos a las personas con estos problemas.

FACTORES BIOLÓGICOS

La edad y el sexo influyen en los trastornos mentales y del comportamiento, según se explica en el capítulo 2.

Se ha observado una relación entre diversos trastornos de ese tipo y la existencia de alteraciones de la comunicación neuronal en determinados circuitos. En la esquizofrenia, la anormal maduración de los circuitos neuronales puede causar alteraciones histopatológicas, detectables a escala tanto celular como tisular macroscópica, que den lugar a un procesamiento incorrecto o maladaptado de la información (Lewis y Lieberman 2000). Sin embargo, en la depresión es posible que no se produzcan anomalías anatómicas características; en este caso, el riesgo de enfermedad puede deberse a cambios de la reactividad de los

Figura 1.3 Continuum de los síntomas depresivos en la población



circuitos neuronales (Berke y Hyman 2000). Éstos, a su vez, pueden ser reflejo de cambios sutiles en la estructura, la ubicación o los niveles de expresión de proteínas esenciales para un funcionamiento normal. Algunas enfermedades psíquicas, como las toxicomanías, pueden considerarse en parte el resultado de una plasticidad sináptica maladaptada. En otras palabras, las alteraciones de las conexiones sinápticas inducidas por sustancias psicotrópicas o por la experiencia pueden causar trastornos duraderos de los procesos de pensamiento, las emociones y el comportamiento.

El progreso de la genética ha discurrido parejo al de la neurociencia. Casi todos los trastornos mentales y del comportamiento graves y frecuentes se asocian a un importante componente genético de riesgo. Sin embargo, tanto los estudios sobre el modo de transmisión de los trastornos mentales en el seno de familias extensas multigeneracionales, como aquellos en los que se ha comparado el riesgo de trastornos mentales en gemelos monocigóticos (idénticos) y dicigóticos, permiten concluir que el riesgo de las formas frecuentes de trastornos mentales es complejo desde el punto de vista genético. Los trastornos mentales y del comportamiento se deben fundamentalmente a la interacción de múltiples genes de riesgo y factores ambientales. Es más, puede que una predisposición genética a desarrollar un determinado trastorno mental o del comportamiento se manifieste únicamente en personas sometidas también a determinados estresores ambientales que desencadenan la manifestación de la enfermedad. Los ejemplos de factores ambientales abarcan desde la exposición a sustancias psicotrópicas en la vida fetal a la malnutrición, las infecciones, la desintegración de la familia, el abandono, el aislamiento y los traumatismos.

FACTORES PSICOLÓGICOS

Los factores psicológicos individuales guardan también relación con la aparición de trastornos mentales y del comportamiento. A lo largo del siglo XX, un hallazgo fundamental ha conformado nuestra concepción actual: la importancia decisiva de las relaciones con los padres y otros cuidadores durante la infancia. Los cuidados afectuosos, atentos y estables permiten a los lactantes y a los niños pequeños desarrollar con normalidad funciones como el lenguaje, el intelecto y el control de las emociones. Ese desarrollo puede verse interferido si el cuidador sufre problemas de salud mental u otras enfermedades, o si fallece. Los niños pueden verse separados de sus cuidadores por la pobreza, la guerra o el desplazamiento de poblaciones. A escala más general, también quedan desatendidos cuando no existen servicios sociales en la comunidad. Al margen de las causas concretas, cuando los niños se ven privados de la atención de sus cuidadores, tienen más probabilidades de padecer trastornos mentales y del comportamiento, ya sea durante la infancia o más adelante. Prueba de ello es la evolución seguida por muchos niños acogidos en instituciones que no les proporcionaban la suficiente estimulación social. Aunque recibían una alimentación y unos cuidados corporales adecuados, era frecuente que manifestaran graves deficiencias en la interacción con los demás, en la expresividad emocional y en el afrontamiento adaptativo a los acontecimientos estresantes de la vida. En algunos casos se observaban también deficiencias intelectuales.

Otro hallazgo fundamental es que el comportamiento humano se configura en parte por medio de interacciones con el entorno natural o social. Estas interacciones pueden tener consecuencias favorables o desfavorables para el individuo. En esencia, es más probable que las personas se inclinen por los comportamientos que sean «recompensados» por el entorno, y menos probable que opten por comportamientos ignorados o sancionados. Por consiguiente, los trastornos mentales y del comportamiento pueden considerarse como un comportamiento maladaptado aprendido, ya sea directamente o por la observación de otros a lo largo del tiempo. Esta teoría se basa en pruebas obtenidas a lo largo de décadas de investigación sobre el aprendizaje y el comportamiento, y se ve corroborada por el éxito de la terapia conductual, que aplica estos principios para ayudar a las personas a modificar sus formas maladaptadas de pensamiento y conducta.

Por último, la psicología ha demostrado que algunos tipos de trastornos mentales y del comportamiento, como la ansiedad y la depresión, pueden ser consecuencia de la incapaci-

cidad para afrontar adaptativamente un acontecimiento vital estresante. Por lo general, las personas que evitan pensar en las causas de estrés o afrontarlas tienen más probabilidades de padecer ansiedad o depresión, mientras que las personas que comparten sus problemas con otros y procuran encontrar maneras de hacer frente a los factores estresantes funcionan mejor al cabo del tiempo. Esta constatación ha impulsado el desarrollo de intervenciones basadas en la enseñanza de aptitudes de afrontamiento.

En conjunto, estos descubrimientos han ampliado nuestros conocimientos sobre los trastornos mentales y conductuales, y han sentado los fundamentos para el desarrollo de diversas intervenciones eficaces que se comentan más detenidamente en el capítulo 3.

FACTORES SOCIALES

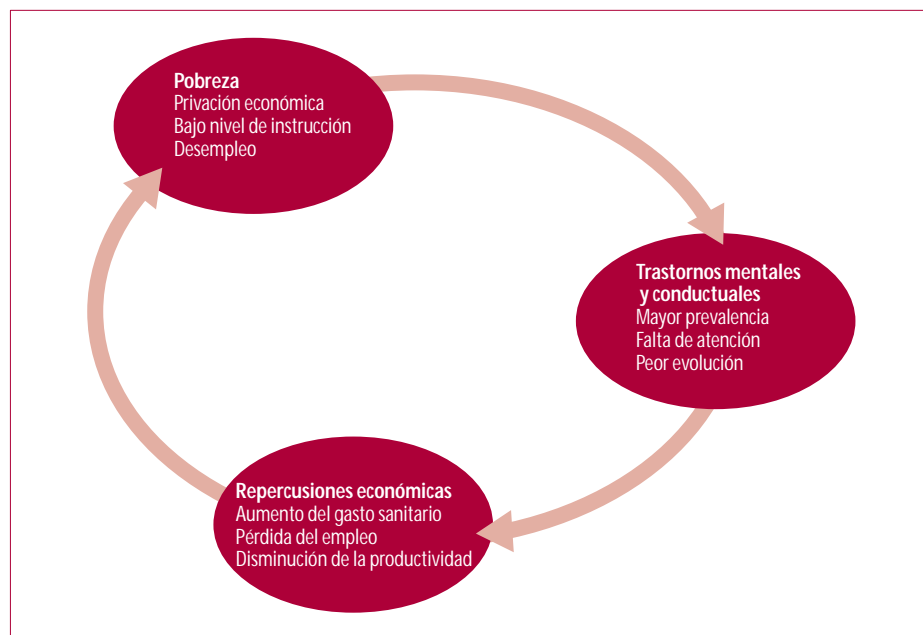
Se han relacionado los trastornos mentales y del comportamiento con factores sociales como la urbanización, la pobreza y la evolución tecnológica, pero no hay razón alguna para dar por sentado que la repercusión de los cambios sociales sobre la salud mental es igual en todos los segmentos de una sociedad determinada. Por lo general, dichos cambios tienen efectos distintos en función de la situación económica, el sexo, la raza y las características étnicas.

Entre 1950 y 2000, la proporción de población urbana en Asia, África, América Central y América del Sur aumentó del 16% al 50% (Harpham y Blue 1995). En 1950, Ciudad de México y São Paulo tenían 3,1 y 2,8 millones de habitantes respectivamente, pero se estima que para el año 2000 habían alcanzado los 10 millones. Las características de la urbanización moderna pueden tener efectos nocivos sobre la salud mental por la influencia de los factores estresantes, más frecuentes, y de acontecimientos vitales adversos como los entornos superpoblados y contaminados, la pobreza y la dependencia de una economía monetaria, los altos niveles de violencia y el escaso apoyo social (Desjarlais et al. 1995). Aproximadamente la mitad de la población urbana de los países con ingresos bajos y medios vive en la pobreza, y decenas de millones de adultos y niños carecen de un hogar. En algunas zonas, el desarrollo económico está obligando a un número cada vez mayor de poblaciones indígenas a emigrar hacia áreas urbanas en busca de sustento. Por lo general, la emigración no aporta un mayor bienestar social; al contrario, genera a menudo altas tasas de desempleo y condiciones de vida miserables, de tal modo que los emigrantes quedan expuestos a tensiones sociales y a un mayor riesgo de trastornos mentales debido a la ausencia de redes sociales de apoyo. Así, los conflictos, las guerras y los enfrentamientos civiles se asocian a mayores tasas de problemas de salud mental que se comentan en el capítulo 2.

También la vida rural está erizada de problemas para muchas personas. Son frecuentes el aislamiento, la carencia de transportes y comunicaciones, y la escasez de oportunidades educativas y económicas. Además, los servicios de salud mental tienden a concentrar los recursos clínicos y el personal experimentado en áreas metropolitanas más amplias, dejando así pocas opciones a los habitantes de zonas rurales necesitados de asistencia psiquiátrica. Un estudio reciente sobre el suicidio en ancianos de algunas zonas de la provincia china de Hunan mostró que la tasa de suicidio era más elevada en las zonas rurales (88,3 por 100 000 habitantes) que en las urbanas (24,4 por 100 000 habitantes) (Xu et al. 2000). En otros lugares se ha comprobado que, en las zonas rurales, las tasas de depresión en las mujeres eran más de dos veces superiores a las estimadas para la población general femenina (Hauenstein y Boyd 1994).

La relación entre pobreza y salud mental es compleja y multidimensional (figura 1.4). Según su definición más estricta, la pobreza consiste en la carencia de dinero o posesiones materiales. En términos más amplios, y quizá más apropiados para hablar de los trastornos mentales y del comportamiento, la pobreza puede entenderse como la insuficiencia de medios, lo que comprende la falta de recursos sociales o educativos. La pobreza y las situaciones que conlleva, como el desempleo, la baja instrucción, las privaciones y la falta de un hogar, no sólo abundan en los países pobres, sino que afectan también a una minoría considerable en los países ricos. Entre las víctimas de la pobreza y las privaciones es mayor la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento, incluidos los asociados al abuso

Figura 1.4 El círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales



de sustancias psicotrópicas. Esta mayor prevalencia puede explicarse por la acumulación de causas de trastornos mentales entre los pobres, así como por la transición de los enfermos mentales hacia la pobreza. Aunque se ha discutido cuál de estos dos mecanismos es responsable de la mayor prevalencia entre los pobres, los datos indican que ambos tienen importancia (Patel 2001). Por ejemplo, el mecanismo causal puede ser más válido para los trastornos depresivos y de ansiedad, mientras que la teoría de la transición a la pobreza puede explicar sobre todo la mayor prevalencia de trastornos psicóticos y ligados a toxicomanías entre los pobres. Pero estos mecanismos no se excluyen mutuamente: los individuos pueden estar predispuestos a los trastornos mentales debido a su situación social, y aquellos que padecen estos trastornos pueden sufrir aún más privaciones como consecuencia de su enfermedad. Éstas consisten en niveles de instrucción más bajos, desempleo y, en casos extremos, carencia de un hogar. Los trastornos mentales pueden causar discapacidades graves y duraderas, e incluso incapacitar para el trabajo. Si no existe un apoyo social suficiente, como ocurre a menudo en los países en desarrollo carentes de servicios organizados de asistencia social, las personas se empobrecen con rapidez.

Existen también pruebas de que la *evolución* de los trastornos mentales y del comportamiento está determinada por la situación socioeconómica del individuo. Puede ser el resultado de una carencia general de servicios de salud mental, unida a las barreras que impiden a ciertos grupos socioeconómicos el acceso a la asistencia médica. Los países pobres disponen de muy pocos recursos para la asistencia psiquiátrica, y éstos a menudo quedan fuera del alcance de los segmentos más pobres de la sociedad. Incluso en los países ricos, la pobreza, unida a factores como la ausencia de cobertura de seguro médico, el menor nivel de instrucción, el desempleo y la condición de minoría racial, étnica y lingüística, puede levantar barreras infranqueables para el acceso a la asistencia médica. El desfase terapéutico es grande para la mayoría de los trastornos mentales, pero en la población pobre es enorme.

En los distintos niveles socioeconómicos, los numerosos papeles que las mujeres desempeñan en la sociedad las exponen a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales y del comportamiento que otros miembros de la comunidad. Las mujeres siguen soportando la carga de responsabilidad ligada a su condición de esposas, madres, educadoras y cuidadoras de otras personas, al tiempo que se están convirtiendo en una parte fundamen-

tal de la fuerza de trabajo; constituyen ya la principal fuente de ingresos para una proporción de hogares comprendida entre la cuarta y la tercera parte. Además de las presiones que las mujeres soportan como consecuencia de sus responsabilidades, cada vez más amplias y a menudo encontradas, se enfrentan a una importante discriminación sexual y a las situaciones adversas que conlleva, como la pobreza, el hambre, la malnutrición, el exceso de trabajo y la violencia doméstica y sexual. Por ello no sorprende constatar que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de que se les prescriban psicofármacos (véase la figura 1.5). La violencia contra las mujeres constituye un importante problema social y de salud pública que afecta a éstas sin distinción de edad, ámbito cultural o nivel de ingresos.

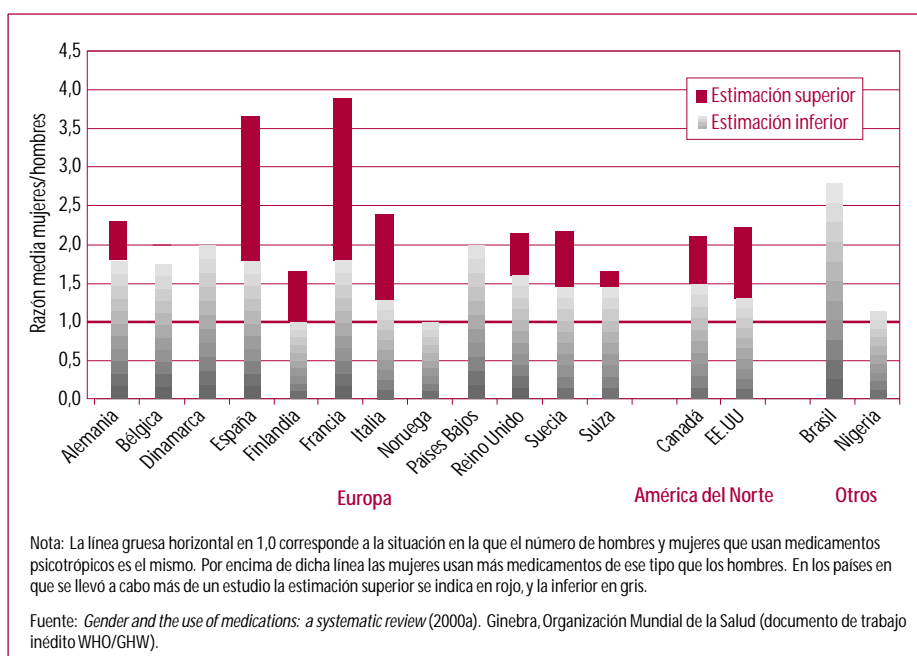
También el racismo origina problemas importantes. Aunque en algunos círculos persiste la renuencia a hablar del fanatismo racial y étnico en el contexto de los problemas de salud mental, diversas investigaciones en materia de psicología, sociología y antropología han demostrado que el racismo guarda relación con la perpetuación de los problemas mentales. Los datos disponibles indican que las personas que han sufrido el racismo durante largo tiempo corren mayor riesgo de padecer problemas mentales o de que se agraven los ya existentes. En cuanto a las personas que practican y perpetúan el racismo, se ha comprobado que sufren ciertos tipos de trastornos mentales.

Los psiquiatras que estudian la interacción entre el racismo y la salud mental en sociedades con problemas de racismo han observado, por ejemplo, que éste puede agravar la depresión. En una revisión reciente de 10 estudios sobre diversos grupos raciales de América del Norte, que reunían las respuestas de más de 15 000 individuos, se estableció firmemente la asociación entre las experiencias de racismo y los trastornos psicológicos (Williams y Williams-Morris 2000).

También puede analizarse la influencia del racismo en la salud mental colectiva de grupos y sociedades. El racismo ha impulsado muchos sistemas sociales opresivos en el mundo y en la historia. En fechas recientes, permitió a los sudafricanos blancos definir categóricamente a los sudafricanos negros como «el enemigo», y cometer así actos que de otro modo se hubiesen considerado moralmente reprensibles.

La extraordinaria magnitud y rapidez de los avances tecnológicos en la última parte del siglo XX es otro factor que se ha asociado al desarrollo de trastornos mentales y del com-

Figura 1.5 Razón media mujeres/hombres entre los usuarios de medicamentos psicotrópicos en determinados países



portamiento. Estos progresos tecnológicos, y en particular la revolución de las comunicaciones, ofrecen inmensas oportunidades para ampliar la difusión de la información y capacitar a sus usuarios. Hoy día, la telemedicina posibilita los tratamientos a distancia.

Pero estos avances tienen también su contrapartida. Algunos datos indican que las imágenes que aparecen en los medios de comunicación influyen en los niveles de violencia, los comportamientos sexuales y el interés por la pornografía, y que la exposición a la violencia de los videojuegos propicia los comportamientos agresivos y otras tendencias de la misma naturaleza (Dill y Dill 1998). En todo el mundo, el gasto en publicidad supera en una tercera parte el crecimiento de la economía mundial. La mercadotecnia agresiva está desempeñando un papel sustancial en la mundialización del consumo de alcohol y tabaco entre los jóvenes, con el consiguiente aumento del riesgo de trastornos relacionados con el abuso de sustancias y de las alteraciones orgánicas asociadas (Klein 1999).

UN ENFOQUE INTEGRADO DESDE LA SALUD PÚBLICA

Los vínculos esenciales entre los factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan la aparición y la evolución de los trastornos mentales y del comportamiento dan pie a enviar un mensaje de esperanza a los millones de personas que padecen estos problemas discapacitantes. Todavía queda mucho por aprender, pero las pruebas científicas recientes son claras: tenemos a nuestro alcance los conocimientos y la capacidad para reducir significativamente la carga de trastornos mentales y del comportamiento en el mundo.

Este mensaje es un llamamiento a la acción para reducir la carga de los 400 millones de personas que se calcula padecen enfermedades mentales y del comportamiento. Dada la propia magnitud del problema, su etiología multifactorial, la estigmatización y la discriminación generalizada que conlleva, y el importante desfase terapéutico en todo el mundo, la respuesta más adecuada es una estrategia de salud pública.

El estigma puede definirse como una marca de vergüenza, deshonra o desaprobación por la que el individuo es rechazado, discriminado y excluido de la participación en diversos ámbitos de la sociedad.

El informe del Ministro de Salud de los Estados Unidos sobre la Salud Mental (DHHS 1999) describió el impacto del estigma con las palabras siguientes: «El estigma socava la confianza en que los trastornos mentales son enfermedades reales que pueden tratarse. Conduce a las personas a no relacionarse con los enfermos mentales, a no emplearlos ni trabajar con ellos, o a no alquilarles viviendas ni vivir en sus proximidades». Además, «el estigma disuade a las personas del pago por la atención médica y reduce así el acceso de los consumidores a los recursos y las oportunidades de recibir tratamiento y asistencia por parte de los servicios sociales. La consiguiente incapacidad o imposibilidad de recibir tratamiento refuerza las actitudes destructivas de baja autoestima, aislamiento y desesperanza. El estigma priva trágicamente a las personas de su dignidad y obstaculiza su plena participación en la sociedad».

Desde la perspectiva de la salud pública, queda mucho por hacer para reducir la carga de los trastornos mentales:

- formular políticas encaminadas a mejorar la salud mental de las poblaciones;
- asegurar el acceso de toda la población a servicios adecuados y eficaces con relación al costo, como la promoción de la salud mental y los servicios de prevención;
- asegurar una asistencia suficiente y la protección de los derechos humanos para los pacientes internados con trastornos mentales graves;
- evaluar y supervisar la salud mental de las comunidades, en particular las poblaciones vulnerables como los niños, las mujeres y los ancianos;
- promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo de trastornos mentales y del comportamiento, como los entornos familiares inestables, los malos tratos y la agitación social;

- apoyar la estabilidad familiar, la cohesión social y el desarrollo humano;
- impulsar la investigación de las causas de los trastornos mentales y del comportamiento, el desarrollo de tratamientos eficaces, y la supervisión y evaluación de los sistemas de salud mental.

El resto del presente informe está dedicado a esas cuestiones fundamentales. Con la presentación de la información científica sobre los trastornos mentales y del comportamiento, la OMS alberga la esperanza de que el estigma y la discriminación se reduzcan, la salud mental sea reconocida como un problema urgente de salud pública, y los gobiernos del mundo adopten medidas para mejorarla.

En el capítulo 2 se presenta la información epidemiológica más reciente relativa a la magnitud, la carga y las consecuencias económicas de los trastornos mentales y del comportamiento en el mundo.

En el capítulo 3 se informa sobre los tratamientos eficaces para las personas con trastornos mentales y del comportamiento. Se describen los principios generales de la asistencia a estos pacientes, así como estrategias específicas de tratamiento.

El capítulo 4 propone estrategias para que las instancias normativas superen las barreras más frecuentes y mejoren la salud mental en sus comunidades.

Por último, el capítulo 5 subraya las actividades prioritarias que deben emprenderse en función de los recursos disponibles.

CAPÍTULO 2

Carga de los trastornos mentales y conductuales

Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes: más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Tienen un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las familias. Los trastornos mentales y conductuales afectan en un momento dado al 10% de la población adulta aproximadamente. Alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento. Estas familias no sólo proporcionan apoyo físico y emocional, sino que soportan las consecuencias negativas de la estigmatización y la discriminación. Se ha estimado que, en 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10% de los AVAD totales perdidos por todas las enfermedades y lesiones. En 2000 ese porcentaje había aumentado al 12%, y se prevé que llegará hasta el 15% en 2020. Los más frecuentes, responsables por lo general de discapacidades importantes, son los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia. Los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales son la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar.

2

CARGA DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES

IDENTIFICACION DE LOS TRASTORNOS

Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos. No son sólo variaciones dentro de la «normalidad», sino fenómenos claramente anormales o patológicos. Un episodio de comportamiento anormal o un breve periodo de afectividad anormal no son signos, por sí solos, de la existencia de un trastorno mental o del comportamiento. Para clasificarse como trastornos, estas anomalías deben ser duraderas o recurrentes, y deben causar cierta angustia personal o alteraciones del funcionamiento en una o más facetas de la vida. Los trastornos mentales y conductuales se caracterizan también por síntomas y signos específicos, y suelen seguir una evolución espontánea más o menos previsible, salvo si se llevan a cabo intervenciones terapéuticas. No todos los casos de angustia humana son trastornos mentales. Los individuos pueden estar angustiados debido a circunstancias personales o sociales, pero, si no se satisfacen todos los criterios fundamentales para un trastorno en concreto, esa angustia no es un trastorno mental. No son lo mismo, por ejemplo, un bajo estado de ánimo y la depresión diagnosticable (véase la figura 1.3)

Las diversas formas de pensar y comportarse en las distintas culturas pueden influir en la manifestación de los trastornos mentales, pero no son, por sí mismas, indicativas de trastorno. Por consiguiente, las variaciones normales determinadas por la cultura no deben etiquetarse como trastornos mentales, ni las creencias sociales, religiosas o políticas pueden considerarse pruebas de un trastorno mental.

La *Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (OMS 1992b) ofrece una relación completa de todos los trastornos mentales y conductuales (véase el recuadro 2.1). Con fines científicos, existen también otros criterios de diagnóstico que permiten una definición más precisa de estos trastornos (OMS 1993a).

Toda clasificación de los trastornos mentales clasifica síndromes o enfermedades, pero no individuos. Éstos pueden padecer uno o varios trastornos durante uno o varios periodos de su vida, pero no debe utilizarse una etiqueta diagnóstica para describir a un individuo. Nunca debe equipararse una persona con un trastorno, ya sea orgánico o mental.

DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS

Los trastornos mentales y del comportamiento se identifican y diagnostican mediante métodos clínicos similares a los utilizados para las enfermedades orgánicas. Consisten en una recopilación cuidadosa y detallada de los antecedentes personales y familiares del paciente, una exploración clínica sistemática para determinar su estado mental, y las pruebas

y exploraciones especializadas que procedan. En las últimas décadas se ha progresado tanto en la normalización de la evaluación clínica como en la mayor fiabilidad del diagnóstico. Hoy día, las entrevistas estructuradas, las definiciones uniformes de síntomas y signos, y los criterios de diagnóstico normalizados han permitido alcanzar un alto grado de fiabilidad y validez en el diagnóstico de los trastornos mentales. Las entrevistas estructuradas y las listas diagnósticas de signos y síntomas permiten a los profesionales de la salud mental obtener información mediante preguntas normalizadas y respuestas previamente codificadas. Los síntomas y signos se han definido detalladamente para permitir la aplicación uniforme de estos instrumentos. Por último, los criterios de diagnóstico de estos trastornos se han normalizado a escala internacional. En la actualidad, se pueden diagnosticar los trastornos mentales con tanta fiabilidad y exactitud como la mayoría de las enfermedades orgánicas más frecuentes. La concordancia media entre dos especialistas en el diagnóstico de trastornos mentales está comprendida entre 0,7 y 0,9 (Wittchen et al. 1991; Wing et al. 1974; OMS 1992; APA 1994; Andrews et al. 1995). Estas cifras son similares a las registradas para enfermedades orgánicas como la diabetes mellitus, la hipertensión o las coronariopatías.

Dado que es necesario un diagnóstico fiable tanto para emprender intervenciones adecuadas a nivel individual como para obtener datos epidemiológicos y de vigilancia exactos a nivel comunitario, los progresos en los métodos de diagnóstico han facilitado en gran medida la aplicación de principios clínicos y de salud pública en materia de salud mental.

Recuadro 2.1 Trastornos mentales y del comportamiento clasificados en la CIE-10

La *Clasificación CIE-10 de trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* contiene una relación completa de todos los trastornos mentales y conductuales.¹ Existen también otros criterios diagnósticos que permiten

una definición más precisa de estos trastornos para la investigación.² Este material, apto para uso transcultural, se desarrolló a partir del Capítulo V(F) de la *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10),³ sobre la base de una revisión internacional

de la bibliografía científica, de consultas mundiales y de un consenso. El Capítulo V de la CIE-10 aborda exclusivamente los trastornos mentales y del comportamiento. Además de denominar las enfermedades y los trastornos, al igual que el resto de los capítulos, el Capítulo V ha sido objeto

de un desarrollo ulterior destinado a ofrecer descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, así como criterios diagnósticos para la investigación. Las categorías generales de trastornos mentales y del comportamiento incluidas en la CIE-10 son las siguientes.

- **Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos** – p. ej., demencia de la enfermedad de Alzheimer, delirio.
- **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas** – p. ej., uso nocivo del alcohol, síndrome de dependencia de opiáceos.
- **Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes** – p. ej., esquizofrenia paranoide, trastornos delirantes, trastornos psicóticos agudos y transitorios.
- **Trastornos del humor [afectivos]** – p. ej., trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo.
- **Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos** – p. ej., trastornos de ansiedad generalizada, trastornos obsesivo-compulsivos.

Este informe se centra en una selección de trastornos que, en ausencia de un tratamiento adecuado, suelen causar graves discapacidades y representan una pesada carga para las comunidades. Se trata de los trastornos depresivos, los trastornos por uso de

sustancias, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la niñez y la adolescencia. La inclusión de la epilepsia se explica más adelante en este capítulo.

Algunos de los trastornos mentales, conductuales y neurológicos se

- **Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos** – p. ej., trastornos de la ingestión de alimentos, trastornos no orgánicos del sueño.
- **Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos** – p. ej., trastorno paranoide de la personalidad, transexualismo.
- **Retraso mental** – p. ej., retraso mental leve.
- **Trastornos del desarrollo psicológico** – p. ej., trastornos específicos de la lectura, autismo infantil.
- **Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia** – p. ej., trastornos hiperkinéticos, trastornos de la conducta, trastornos por tics.
- **Trastorno mental no especificado.**

clasifican como «trastornos neuropsiquiátricos» en el anexo estadístico del presente informe. Este grupo comprende la depresión monopolar grave, el trastorno afectivo bipolar, las psicosis, la epilepsia, el alcoholismo, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, la enfermedad de

Parkinson, la esclerosis múltiple, la drogodependencia, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos obsesivo-compulsivos, el trastorno de pánico, la migraña y los trastornos del sueño.

¹ *Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (1992b). Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

² *Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos de investigación* (1993a). Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

³ *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión 1992 (CIE-10). Vol. 1: Lista tabular. Vol. 2: Manual de instrucciones. Vol. 3: Índice alfabético* (1992a). Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS

Los trastornos mentales no se concentran en ningún grupo en particular. Antes bien, son verdaderamente universales: afectan a personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. Están presentes en todas las etapas de la vida de hombres y mujeres, ya sean ricos o pobres, residentes en zonas urbanas o rurales. La idea de que los trastornos mentales son un problema de las regiones industrializadas y más ricas del mundo es completamente errónea. Es también incorrecta la creencia de que las comunidades rurales, relativamente al margen del ritmo acelerado de la vida moderna, no padecen trastornos mentales.

Según análisis recientes llevados a cabo por la OMS, las enfermedades neuropsiquiátricas, denominación que abarcaba una selección de trastornos, tenían una prevalencia puntual acumulada del 10% aproximadamente en la población adulta (GBD 2000). Se estimó que alrededor de 450 millones de personas padecen enfermedades neuropsiquiátricas. Éstas consistían en trastorno depresivo unipolar, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y de determinadas sustancias psicoactivas, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario.

La prevalencia difiere según se refiera a las personas que sufren la enfermedad en un momento determinado (prevalencia puntual), en algún momento a lo largo de un periodo (prevalencia de periodo), o en algún momento a lo largo de la vida del individuo (prevalencia a lo largo de la vida). Aunque se citan a menudo las cifras de prevalencia puntual (como ocurre en el presente informe), las cifras de prevalencia a lo largo de un año resultan más útiles como indicación del número de personas que pueden necesitar asistencia en un año. Las cifras de prevalencia varían también en función del concepto y las definiciones de los trastornos incluidos en el estudio. Se han notificado tasas de prevalencia mayores al considerar todos los trastornos incluidos en la CIE-10 (véase el recuadro 2.1). Tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, las encuestas han demostrado que más del 25% de los individuos padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida (Regier et al. 1988; Wells et al. 1989; Almeida-Filho et al. 1997).

La mayor parte de los estudios señalan una mayor prevalencia general de trastornos mentales en la población femenina que en la masculina, pero ello se debe en gran medida a las diferencias en la distribución de los trastornos.

La relación entre pobreza y trastornos mentales se comenta más adelante en este capítulo.

TRASTORNOS OBSERVADOS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes en los pacientes que acuden a los centros de atención primaria. Resulta útil evaluar su magnitud y sus características en este contexto, por la posibilidad de identificar a los individuos con estos problemas y dispensarles la asistencia necesaria a este nivel.

Los estudios epidemiológicos realizados en centros de atención primaria se han basado en la identificación de trastornos mentales mediante instrumentos de detección, o bien en el diagnóstico clínico, ya sea por profesionales de atención primaria o mediante una entrevista psiquiátrica de diagnóstico. En el estudio transcultural llevado a cabo por la OMS en 14 centros (Üstün y Sartorius 1995; Goldberg y Lecrubier 1995) se utilizaron tres métodos distintos de diagnóstico: un instrumento sencillo de cribado, una entrevista estructurada detallada, y el diagnóstico clínico del médico de atención primaria. Aunque la prevalencia de los trastornos mentales variaba considerablemente entre los distintos centros, los resultados demostraron claramente que una proporción sustancial (alrededor del 24%) de todos los pacientes padecía un trastorno mental (véase la tabla 2.1). Los diagnósticos más frecuentes en los centros de atención primaria son los trastornos de depresión y de ansiedad, así como los debidos al consumo de sustancias. Se presentan en solitario o asociados a uno

o más trastornos orgánicos. Entre los países desarrollados y en desarrollo, las diferencias en la prevalencia no son uniformes.

REPERCUSIEN DE LOS TRASTORNOS

Los trastornos mentales y conductuales tienen un gran impacto sobre los individuos, las familias y las comunidades. Los individuos padecen sus síntomas angustiosos, y sufren también porque no pueden participar en las actividades laborales y de ocio, generalmente porque se les discrimina. Les preocupa no poder asumir sus responsabilidades respecto de la familia y los amigos, y temen ser una carga para los demás.

Se estima que una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro afectado por un trastorno mental o del comportamiento. Estas familias se ven obligadas no sólo a brindar apoyo físico y emocional, sino también a soportar las perjudiciales consecuencias de la estigmatización y la discriminación, presentes en todo el mundo. Aunque no se ha estudiado suficientemente la carga que representa cuidar a un familiar con un trastorno mental o conductual, los datos indican que, en efecto, esa carga es importante (Pai y Kapur 1982; Fadden et al. 1987; Winefield y Harvey 1994). Para las familias, ello comprende desde los problemas económicos hasta las reacciones emocionales a la enfermedad, el estrés de sobrellevar un comportamiento alterado, la perturbación de la rutina doméstica y la restricción de las actividades sociales (OMS 1997a). A menudo, es la familia la que subviene a los gastos del tratamiento de las enfermedades psiquiátricas, ya sea porque no se dispone de un seguro médico o porque éste no cubre los trastornos mentales.

Además de la carga directa, deben tenerse en cuenta las oportunidades perdidas. Las familias en las que uno de sus miembros padece un trastorno mental efectúan ciertas adaptaciones y concesiones que impiden a otros miembros desarrollar todo su potencial en el

Cuadro 2.1 Prevalencia de trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria

Ciudades	Depresión a la sazón (%)	Ansiedad generalizada (%)	Dependencia del alcohol (%)	Todos los trastornos mentales (según la CIDI ^a) (%)
Ankara (Turquía)	11,6	0,9	1,0	16,4
Atenas (Grecia)	6,4	14,9	1,0	19,2
Bangalore (India)	9,1	8,5	1,4	22,4
Berlín (Alemania)	6,1	9,0	5,3	18,3
Groningen (Países Bajos)	15,9	6,4	3,4	23,9
Ibadan (Nigeria)	4,2	2,9	0,4	9,5
Mainz (Alemania)	11,2	7,9	7,2	23,6
Manchester (Reino Unido)	16,9	7,1	2,2	24,8
Nagasaki (Japón)	2,6	5,0	3,7	9,4
París (Francia)	13,7	11,9	4,3	26,3
Rio de Janeiro (Brasil)	15,8	22,6	4,1	35,5
Santiago (Chile)	29,5	18,7	2,5	52,5
Seattle (Estados Unidos)	6,3	2,1	1,5	11,9
Shanghai (China)	4,0	1,9	1,1	7,3
Verona (Italia)	4,7	3,7	0,5	9,8
Total	10,4	7,9	2,7	24,0

^a CIDI: Composite International Diagnostic Interview.

Fuente: Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of WHO: 323-334.

ámbito laboral, de las relaciones sociales y del ocio (Gallagher y Mechanic 1996). Éstos son los aspectos humanos de la carga de los trastornos mentales, y es difícil evaluarlos y cuantificarlos, pero son importantes. Las familias se ven obligadas a menudo a dedicar gran parte de su tiempo a asistir al familiar afectado, y sufren privaciones económicas y sociales porque éste no es plenamente productivo. Existe también el temor constante a que la recidiva de la enfermedad pueda perturbar de forma súbita e inesperada las vidas de los miembros de la familia.

La repercusión de los trastornos mentales en las comunidades es importante y diversa. Comprende el costo de la asistencia sanitaria, la pérdida de productividad y algunos problemas legales (incluida la violencia) asociados a determinados trastornos mentales, aunque los actos violentos son causados con mucha mayor frecuencia por personas «normales» que por enfermos mentales.

Una de las cargas soportadas es la carga de morbilidad. Se ha medido tradicionalmente – en estadísticas de salud nacionales e internacionales – sólo en términos de incidencia/prevalencia y de mortalidad. Estos índices son adecuados para las enfermedades agudas que bien resultan mortales, o bien evolucionan hacia la recuperación completa. Su aplicación a enfermedades crónicas y discapacitantes adolece, sin embargo, de importantes limitaciones, especialmente en el caso de los trastornos mentales y conductuales, que acarrearán más a menudo una discapacidad que la muerte prematura del paciente. Una forma de cuantificar la cronicidad de los trastornos y la discapacidad que causan es el método de la Carga Mundial de Morbilidad (Global Burden of Disease, GBD), que se describe brevemente en el recuadro 2.2. En las estimaciones originales, desarrolladas para el año 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10,5% del total de AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones. Esta cifra demostró por vez primera la importancia de la carga debida a estos trastornos. La estimación para el año 2000 es del 12,3% para los AVAD (véase la figura 2.1). Entre las 20 causas principales de AVAD para todas las edades figuran tres trastornos neuropsiquiátricos, que se convierten en seis si se considera

Recuadro 2.2 Carga Mundial de Morbilidad 2000

En 1993, la Harvard School of Public Health, en colaboración con el Banco Mundial y la OMS, evaluó la Carga Mundial de Morbilidad (GBD).¹ Además de generar un conjunto – el más completo y coherente de los elaborados hasta la fecha – de estimaciones de la mortalidad y morbilidad por edades, sexos y regiones, GBD presentó una nueva variable para cuantificar la carga de morbilidad: los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD).^{2,3} Se trata de una medida de la pérdida de salud que combina la información relativa al impacto de la muerte prematura y la relativa a la discapacidad y a otros problemas de

salud no mortales. Un AVAD puede concebirse como un año de vida «sana» perdido, y la carga de morbilidad, como una medida del desfase entre el estado de salud actual y una situación ideal en la que todas las personas viven hasta la ancianidad sin ningún tipo de enfermedad o discapacidad. Murray y Lopez (2000) han publicado una revisión del desarrollo de los AVAD y de los avances más recientes en la medición de la carga de morbilidad.⁴

La Organización Mundial de la Salud ha emprendido una nueva evaluación de la Carga Mundial de Morbilidad para el año 2000, GBD 2000, con los objetivos específicos siguientes:

- cuantificar la carga de mortalidad prematura y de discapacidad por edades, sexos y regiones para 135 causas o grupos de causas importantes;
- analizar la contribución a dicha carga de determinados factores de riesgo, utilizando un marco comparable;
- desarrollar varios escenarios de proyección de la morbilidad para los próximos 30 años.

Los AVAD de una enfermedad equivalen a la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (APP) en la población y los años de vida perdidos por discapacidad (APD) como consecuencia de los casos incidentes de esa enfermedad. El AVAD es una

medida de la pérdida de salud que amplía el concepto de los años potenciales de vida perdidos por muerte prematura (APP) para abarcar también los años equivalentes de vida «sana» perdidos en estados de salud no óptima (discapacidad).

Los resultados del GBD 2000 relativos a los trastornos neuropsiquiátricos y recogidos en el presente informe se basan en un amplio análisis de los datos de mortalidad de todas las regiones del mundo, unido a revisiones sistemáticas de los estudios epidemiológicos y a encuestas poblacionales de salud mental. Los resultados definitivos del GBD 2000 se publicarán en el año 2002.

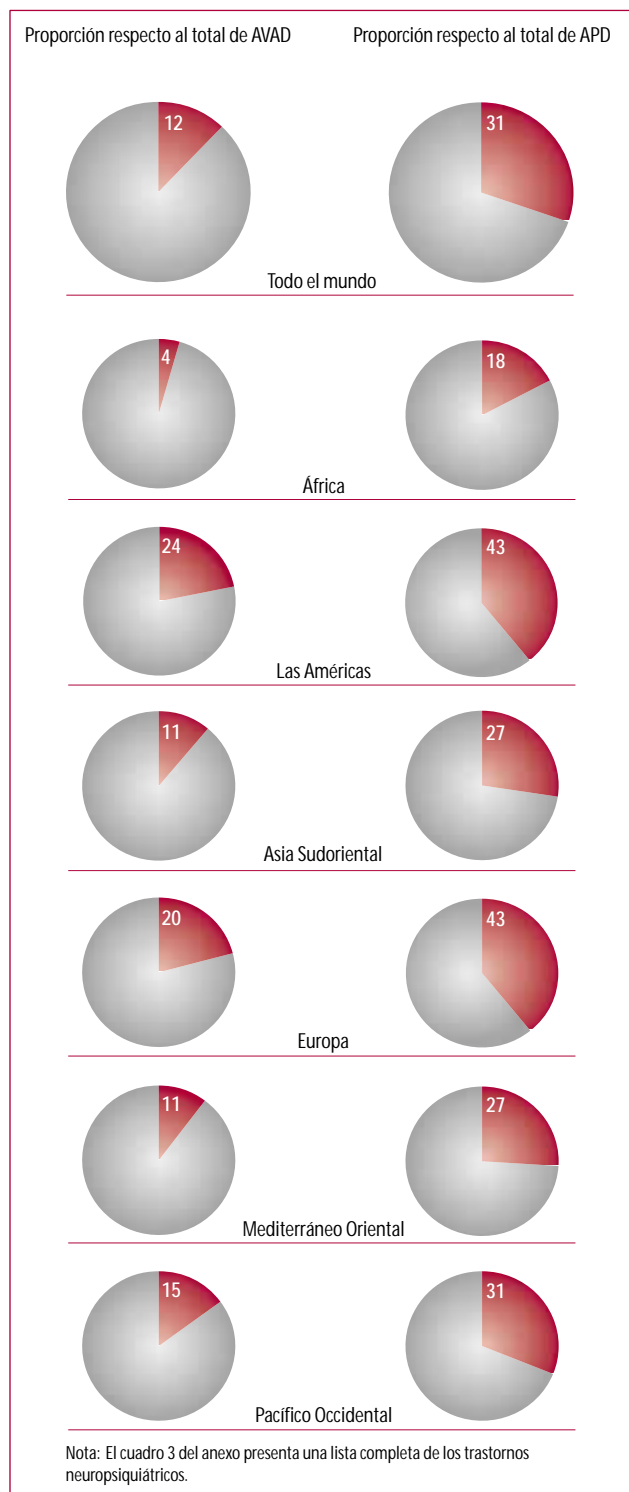
¹ Banco Mundial (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: invertir en salud*. Washington D.C., Banco Mundial, 1993.

² Murray CJL, Lopez AD, eds (1996a). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA. Harvard School of Public Health en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).

³ Murray CJL, Lopez AD (1996b). *Global health statistics*. Cambridge, MA. Harvard School of Public Health en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).

⁴ Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 9:69–82.

Figura 2.1 Carga de trastornos neuropsiquiátricos como proporción de la carga total de morbilidad, a nivel mundial y en las regiones de la OMS, 2000



el grupo de edad de 15 a 44 años (véase la figura 2.2). En el cálculo de los AVAD, estimaciones recientes, procedentes de Australia y basadas en métodos minuciosos y datos de distintas fuentes, han confirmado que los trastornos mentales son la principal causa de carga de discapacidad (Vos y Mathers 2000). El análisis de las tendencias deja claro que esta carga aumentará rápidamente en el futuro. Según las previsiones, ascenderá al 15% en el año 2020 (Murray y Lopez 1996a). La figura 2.1 muestra la proporción de AVAD y APD correspondiente a las enfermedades neuropsiquiátricas a nivel mundial y regional.

Considerando únicamente el componente de discapacidad de la carga, las estimaciones del GBD 2000 muestran que las enfermedades mentales y neurológicas son responsables del 30,8% de todos los años de buena salud perdidos por discapacidad (APD). En concreto, la depresión causa la mayor proporción de discapacidad: casi el 12% del total. Entre las 20 primeras causas de discapacidad (APD) en el mundo figuraban seis enfermedades neuropsiquiátricas: el trastorno depresivo unipolar, los trastornos por consumo de alcohol, la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y la migraña (véase la figura 2.3).

La tasa de discapacidad por trastornos mentales y neurológicos es elevada en todas las regiones del mundo. Sin embargo, como proporción del total es comparativamente menor en los países en desarrollo, debido sobre todo a la gran carga de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales en estas regiones. Aun así, los trastornos neuropsiquiátricos son responsables del 17,6% del total de APD en África.

Existen diversos grados de incertidumbre en las estimaciones del GBD 2000 para los AVAD y APD debidos a trastornos mentales y neurológicos, lo que refleja la incertidumbre existente tanto respecto a la prevalencia de las diversas enfermedades en distintas regiones del mundo como respecto a la variación de su distribución según la gravedad. En particular, las estimaciones de la prevalencia de trastornos mentales en muchas regiones adolecen de una incertidumbre considerable como consecuencia de las limitaciones de los instrumentos de autoinforme empleados para clasificar los síntomas de salud mental de manera comparable entre poblaciones, de la limitada posibilidad de generalizar las encuestas de subpoblaciones a grupos de población más amplios, y de las limitaciones de la información disponible para clasificar la gravedad de los síntomas discapacitantes de las enfermedades mentales.

COSTOS ECONÓMICOS PARA LA SOCIEDAD

El impacto económico de los trastornos mentales es amplio, duradero y de gran magnitud. Estos trastornos imponen una serie de costos a los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto. Parte de esta carga eco-

nómica es obvia y mensurable, pero parte de ella es casi imposible de medir. Entre los componentes mensurables de la carga económica se encuentran las necesidades de servicios de asistencia sanitaria y social, la pérdida de empleo y el descenso de la productividad, el impacto sobre las familias y los cuidadores, los niveles de delincuencia e inseguridad pública, y el impacto negativo de la mortalidad prematura.

Algunos estudios, en su mayoría procedentes de países industrializados, han estimado los costos económicos acumulados de los trastornos mentales. En uno de estos estudios (Rice et al. 1990) se concluyó que, en los Estados Unidos, el costo anual acumulado ascendía aproximadamente al 2,5% del producto nacional bruto. Algunos estudios llevados a cabo en Europa han estimado el gasto en trastornos mentales como porcentaje de todos los

Figura 2.2 Causas principales de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), en todas las edades y en adultos de 15 a 44 años, por sexos, estimaciones para 2000^a

Ambos sexos, todas las edades		Hombres, todas las edades		Mujeres, todas las edades				
	% del total		% del total		% del total			
1	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	6,4	1	Afecciones perinatales	6,4	1	VIH/SIDA	6,5
2	Afecciones perinatales	6,2	2	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	6,4	2	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	6,4
3	VIH/SIDA	6,1	3	VIH/SIDA	5,8	3	Afecciones perinatales	6,0
4	Trastornos depresivos unipolares	4,4	4	Enfermedades diarreicas	4,2	4	Trastornos depresivos unipolares	5,5
5	Enfermedades diarreicas	4,2	5	Cardiopatía isquémica	4,2	5	Enfermedades diarreicas	4,2
6	Cardiopatía isquémica	3,8	6	Accidentes de tráfico	4,0	6	Cardiopatía isquémica	3,3
7	Enfermedades cerebrovasculares	3,1	7	Trastornos depresivos unipolares	3,4	7	Enfermedades cerebrovasculares	3,2
8	Accidentes de tráfico	2,8	8	Enfermedades cerebrovasculares	3,0	8	Paludismo	3,0
9	Paludismo	2,7	9	Tuberculosis	2,9	9	Malformaciones congénitas	2,2
10	Tuberculosis	2,4	10	Paludismo	2,5	10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,1
11	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,3	11	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,4	11	Anemia ferropénica	2,1
12	Malformaciones congénitas	2,2	12	Malformaciones congénitas	2,2	12	Tuberculosis	2,0
13	Sarampión	1,9	13	Trastornos por consumo de alcohol	2,1	13	Sarampión	2,0
14	Anemia ferropénica	1,8	14	Sarampión	1,8	14	Pérdida de audición, aparición en el adulto	1,7
15	Pérdida de audición, aparición en el adulto	1,7	15	Pérdida de audición, aparición en el adulto	1,8	15	Accidentes de tráfico	1,5
16	Caidas	1,3	16	Violencia	1,6	16	Osteoartritis	1,4
17	Lesiones autoinfligidas	1,3	17	Anemia ferropénica	1,5	17	Malnutrición proteinoenergética	1,2
18	Trastornos por consumo de alcohol	1,3	18	Caidas	1,5	18	Lesiones autoinfligidas	1,1
19	Malnutrición proteinoenergética	1,1	19	Lesiones autoinfligidas	1,5	19	Diabetes mellitus	1,1
20	Osteoartritis	1,1	20	Cirrosis hepática	1,4	20	Caidas	1,1

Ambos sexos, 15–44 años		Hombres, 15–44 años		Mujeres, 15–44 años				
	% del total		% del total		% del total			
1	VIH/SIDA	13,0	1	VIH/SIDA	12,1	1	VIH/SIDA	13,9
2	Trastornos depresivos unipolares	8,6	2	Accidentes de tráfico	7,7	2	Trastornos depresivos unipolares	10,6
3	Accidentes de tráfico	4,9	3	Trastornos depresivos unipolares	6,7	3	Tuberculosis	3,2
4	Tuberculosis	3,9	4	Trastornos por consumo de alcohol	5,1	4	Anemia ferropénica	3,2
5	Trastornos por consumo de alcohol	3,0	5	Tuberculosis	4,5	5	Esquizofrenia	2,8
6	Lesiones autoinfligidas	2,7	6	Violencia	3,7	6	Parto obstruido	2,7
7	Anemia ferropénica	2,6	7	Lesiones autoinfligidas	3,0	7	Trastorno afectivo bipolar	2,5
8	Esquizofrenia	2,6	8	Esquizofrenia	2,5	8	Aborto	2,5
9	Trastorno afectivo bipolar	2,5	9	Trastorno afectivo bipolar	2,4	9	Lesiones autoinfligidas	2,4
10	Violencia	2,3	10	Anemia ferropénica	2,1	10	Septicemia materna	2,1
11	Pérdida de audición, aparición en el adulto	2,0	11	Pérdida de audición, aparición en el adulto	2,0	11	Accidentes de tráfico	2,0
12	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,5	12	Cardiopatía isquémica	1,9	12	Pérdida de audición, aparición en el adulto	2,0
13	Cardiopatía isquémica	1,5	13	Guerras	1,7	13	Clamidia	1,9
14	Enfermedades cerebrovasculares	1,4	14	Caidas	1,7	14	Trastorno de pánico	1,6
15	Caidas	1,3	15	Cirrosis hepática	1,6	15	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,5
16	Parto obstruido	1,3	16	Trastornos por consumo de drogas	1,6	16	Hemorragia materna	1,5
17	Aborto	1,2	17	Enfermedades cerebrovasculares	1,5	17	Osteoartritis	1,4
18	Osteoartritis	1,2	18	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,5	18	Enfermedades cerebrovasculares	1,3
19	Guerras	1,2	19	Asma	1,4	19	Migraña	1,2
20	Trastorno de pánico	1,2	20	Ahogamientos	1,1	20	Cardiopatía isquémica	1,1

^aSe resaltan los trastornos neuropsiquiátricos y las lesiones autoinfligidas (véase el cuadro 3 del anexo).

Figura 2.3 Causas principales de los años perdidos por discapacidad (APD), en todas las edades y en adultos de 15 a 44 años, por sexos, estimaciones para 2000^a

Ambos sexos, todas las edades		Hombres, todas las edades		Mujeres, todas las edades				
	% del total		% del total		% del total			
1	Trastornos depresivos unipolares	11,9	1	Trastornos depresivos unipolares	9,7	1	Trastornos depresivos unipolares	14,0
2	Pérdida de audición, aparición en el adulto	4,6	2	Trastornos por consumo de alcohol	5,5	2	Anemia ferropénica	4,9
3	Anemia ferropénica	4,5	3	Pérdida de audición, aparición en el adulto	5,1	3	Pérdida de audición, aparición en el adulto	4,2
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,3	4	Anemia ferropénica	4,1	4	Osteoartritis	3,5
5	Trastornos por consumo de alcohol	3,1	5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,8	5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,9
6	Osteoartritis	3,0	6	Caidas	3,3	6	Esquizofrenia	2,7
7	Esquizofrenia	2,8	7	Esquizofrenia	3,0	7	Trastorno afectivo bipolar	2,4
8	Caidas	2,8	8	Accidentes de tráfico	2,7	8	Caidas	2,3
9	Trastorno afectivo bipolar	2,5	9	Trastorno afectivo bipolar	2,6	9	Alzheimer y otras demencias	2,2
10	Asma	2,1	10	Osteoartritis	2,5	10	Parto obstruido	2,1
11	Malformaciones congénitas	2,1	11	Asma	2,3	11	Cataratas	2,0
12	Afecciones perinatales	2,0	12	Afecciones perinatales	2,2	12	Migraña	2,0
13	Alzheimer y otras demencias	2,0	13	Malformaciones congénitas	2,2	13	Malformaciones congénitas	1,9
14	Cataratas	1,9	14	Cataratas	1,9	14	Asma	1,8
15	Accidentes de tráfico	1,8	15	Malnutrición proteoenergética	1,8	15	Afecciones perinatales	1,8
16	Malnutrición proteoenergética	1,7	16	Alzheimer y otras demencias	1,8	16	Clamidia	1,8
17	Enfermedades cerebrovasculares	1,7	17	Enfermedades cerebrovasculares	1,7	17	Enfermedades cerebrovasculares	1,8
18	VIH/SIDA	1,5	18	VIH/SIDA	1,6	18	Malnutrición proteoenergética	1,6
19	Migraña	1,4	19	Filariasis linfática	1,6	19	Aborto	1,6
20	Diabetes mellitus	1,4	20	Trastornos por consumo de drogas	1,6	20	Trastorno de pánico	1,6

Ambos sexos, 15–44 años		Hombres, 15–44 años		Mujeres, 15-44 años				
	% del total		% del total		% del total			
1	Trastornos depresivos unipolares	16,4	1	Trastornos depresivos unipolares	13,9	1	Trastornos depresivos unipolares	18,6
2	Trastornos por consumo de alcohol	5,5	2	Trastornos por consumo de alcohol	10,1	2	Anemia ferropénica	5,4
3	Esquizofrenia	4,9	3	Esquizofrenia	5,0	3	Esquizofrenia	4,8
4	Anemia ferropénica	4,9	4	Trastorno afectivo bipolar	5,0	4	Trastorno afectivo bipolar	4,4
5	Trastorno afectivo bipolar	4,7	5	Anemia ferropénica	4,2	5	Parto obstruido	4,0
6	Pérdida de audición, aparición en el adulto	3,8	6	Pérdida de audición, aparición en el adulto	4,1	6	Pérdida de audición, aparición en el adulto	3,6
7	VIH/SIDA	2,8	7	Accidentes de tráfico	3,8	7	Clamidia	3,3
8	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,4	8	VIH/SIDA	3,2	8	Aborto	3,1
9	Osteoartritis	2,3	9	Trastornos por consumo de drogas	3,0	9	Trastorno de pánico	2,8
10	Accidentes de tráfico	2,3	10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,6	10	VIH/SIDA	2,5
11	Trastorno de pánico	2,2	11	Asma	2,5	11	Osteoartritis	2,5
12	Parto obstruido	2,1	12	Caidas	2,4	12	Septicemia materna	2,3
13	Clamidia	2,0	13	Osteoartritis	2,1	13	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,2
14	Caidas	1,9	14	Filariasis linfática	2,1	14	Migraña	2,1
15	Asma	1,9	15	Trastorno de pánico	1,6	15	Trastornos por consumo de alcohol	1,5
16	Trastornos por consumo de drogas	1,8	16	Tuberculosis	1,6	16	Artritis reumatoide	1,4
17	Aborto	1,6	17	Gota	1,3	17	Trastorno obsesivo-compulsivo	1,4
18	Migraña	1,6	18	Trastorno obsesivo-compulsivo	1,3	18	Caidas	1,4
19	Trastorno obsesivo-compulsivo	1,4	19	Violencia	1,2	19	Estrés posttraumático	1,4
20	Septicemia materna	1,2	20	Gonorrea	1,1	20	Asma	1,3

^aSe resaltan los trastornos neuropsiquiátricos y las lesiones autoinfligidas (véase el cuadro 3 del anexo).

costos de asistencia sanitaria: en los Países Bajos era del 23,2% (Meerding et al. 1998) y, en el Reino Unido, sólo los gastos de los pacientes hospitalizados ascendían al 22% (Patel y Knapp 1998). Aunque no se dispone de estimaciones científicas para otras regiones del mundo, es probable que también en ellas los costos de los trastornos mentales como proporción del conjunto de la economía sean elevados. Las estimaciones de los costos directos pueden ser bajas en los países con escasa disponibilidad y cobertura de la asistencia psiquiátrica, pero son cifras espurias. Los costos indirectos derivados de la pérdida de productividad son responsables de una proporción de los costos generales mayor que los directos. Además, los bajos costos de tratamiento (debido a la carencia de éste) pueden, de hecho, elevar los costos indirectos al prolongar el curso de los trastornos no tratados y la discapacidad que causan (Chisholm et al. 2000).

Todas estas estimaciones de las evaluaciones económicas son muy probablemente inferiores a la realidad, ya que en su cálculo no se tienen en cuenta los costos que la pérdida de oportunidades lleva aparejados para los individuos y las familias.

REPERCUSIØN EN LA CALIDAD DE VIDA

Los trastornos mentales y conductuales perturban profundamente la vida de las personas afectadas y de sus familias. Aunque no es posible medir toda la infelicidad y el sufrimiento que causan, uno de los métodos para evaluar su repercusión se basa en los cuestionarios de calidad de vida (CDV) (Lehman et al. 1998). Éstos emplean las calificaciones subjetivas del individuo en diversas áreas para evaluar la repercusión de los síntomas y los trastornos en la vida (Orley et al. 1998). En varios estudios se ha informado sobre la calidad de vida de individuos con trastornos mentales y se ha concluido que el impacto negativo no sólo es importante, sino prolongado (UK700 Group 1999). Se ha demostrado que, incluso después de que el paciente se haya recuperado del trastorno mental, la calidad de vida sigue siendo mala debido a factores sociales como la persistencia del estigma y la discriminación. Los resultados de los estudios sobre CDV indican también que la calidad de vida de los individuos con trastornos mentales graves internados en residencias psiquiátricas es peor que la de los que viven en la comunidad. Un estudio reciente demostró claramente que las necesidades básicas insatisfechas, tanto sociales como de funcionamiento, eran los factores predictivos más importantes de mala calidad de vida en los pacientes con trastornos mentales graves (UK700 Group 1999).

La repercusión en la calidad de vida no se limita a los trastornos mentales graves. Los trastornos de ansiedad y de pánico tienen también efectos importantes, sobre todo en el ámbito del funcionamiento psicológico (Mendlowicz y Stein 2000; Orley y Kuyken 1994).

ALGUNOS TRASTORNOS FRECUENTES

Los trastornos mentales y conductuales son variados y heterogéneos. Unos son leves y otros graves. Unos duran sólo unas semanas, mientras que otros pueden persistir toda la vida. Unos sólo son discernibles con una exploración detenida, pero otros no es posible ocultarlos ni siquiera de observadores ocasionales. Este informe se centra en unos pocos trastornos frecuentes que representan una onerosa carga para las comunidades y en conjunto son motivo de gran preocupación. Se incluyen los trastornos depresivos, los trastornos por consumo de sustancias, las esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental, y trastornos de la infancia y la adolescencia. Es preciso explicar por qué se ha incluido la epilepsia. La epilepsia es un trastorno neurológico y se clasifica en el capítulo VI de la CIE-10 junto con otras enfermedades del sistema nervioso. Sin embargo, históricamente era considerada un trastorno mental, y sigue siéndolo en muchas sociedades. Al igual que las personas que padecen trastornos mentales, los epilépticos sufren las consecuencias del estigma que recae en ellos y de una importante discapacidad si no reciben tratamiento. Las medidas diagnóstico-terapéuticas relativas a la epilepsia son a menudo responsabilidad de los profesionales de la salud mental, debido a la elevada prevalencia de este trastorno y la relativa escasez de servicios especializados en neurología, sobre todo en los países en desarrollo. Además, en muchos países rigen leyes que impiden a las personas con trastornos mentales y epilepsia asumir ciertas responsabilidades civiles.

En la sección siguiente se describen brevemente la epidemiología básica, la carga, la evolución/desenlace y las características especiales de algunos trastornos, a modo de ejemplos, como información previa para el análisis de las intervenciones a nuestro alcance (en el capítulo 3) y de las políticas y programas de salud mental (en el capítulo 4).

TRASTORNOS DEPRESIVOS

La depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y merma de la energía. Otros síntomas son una pérdida de la confianza y la autoestima, un sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, una menor capaci-

dad de concentración, y la aparición de trastornos del sueño y la alimentación. También pueden concurrir diversos síntomas somáticos. Aunque los sentimientos depresivos son frecuentes, sobre todo después de sufrir reveses en la vida, sólo se formula el diagnóstico de trastorno depresivo cuando los síntomas superan un umbral y duran al menos dos semanas. La depresión puede ser desde leve hasta muy grave (véase la figura 1.3). Por lo general es episódica, pero puede ser recidivante o crónica. Es más frecuente en las mujeres que en los varones. El GBD 2000 estima que la prevalencia puntual de los episodios de depresión unipolar es del 1,9% en la población masculina y del 3,2% en la femenina, y que el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentarán un episodio depresivo en un periodo de 12 meses. Estas cifras de prevalencia varían entre poblaciones y pueden ser más elevadas en algunas de ellas.

El análisis GBD 2000 también pone de manifiesto que el trastorno depresivo unipolar representa una carga enorme para la sociedad y está considerado la quinta causa de carga entre todas las enfermedades: es responsable del 4,4% del total de AVAD y es la causa principal de APD: 11,9% del total de APD. En el grupo de 15 a 44 años es la segunda causa de carga, y responsable del 8,3% de los AVAD perdidos. Estas estimaciones demuestran claramente el altísimo nivel de carga atribuible hoy día a la depresión, pero las perspectivas de futuro son todavía más sombrías. Para el año 2020, si las actuales tendencias de la transición demográfica y epidemiológica se mantienen, la carga de depresión aumentará al 5,7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de AVAD perdidos. En el mundo, sólo será superada en AVAD perdidos para ambos sexos por las miocardiopatías. En las regiones desarrolladas, la depresión será para esas fechas la primera causa de carga de morbilidad.

La depresión puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque la incidencia es mayor en la madurez. Sin embargo, cada vez se identifican más casos de depresión en adolescentes y adultos jóvenes (Lewinsohn et al. 1993). Es casi siempre un trastorno episódico y recurrente; cada episodio suele durar entre unos meses y unos años, con un periodo de normalidad entre ellos. Sin embargo, aproximadamente en el 20% de los casos la depresión sigue una evolución crónica sin remisiones (Thornicroft y Sartorius 1993), sobre todo cuando no se dispone de un tratamiento apropiado. La tasa de recurrencia en los pacientes que se recuperan del primer episodio ronda el 35% en los dos años siguientes y el 60% a los 12 años. La tasa de recurrencia es más elevada en los pacientes mayores de 45 años. Uno de los desenlaces especialmente trágicos del trastorno depresivo es el suicidio. Entre el 15% y el 20% de los pacientes depresivos lo consuman (Goodwin y Jamison 1990). El suicidio sigue siendo uno de los desenlaces frecuentes y evitables de la depresión.

Por trastorno afectivo bipolar se entiende una enfermedad depresiva asociada a episodios de manía caracterizados por euforia, mayor actividad, excesiva confianza en sí mismo y dificultades para concentrarse. Según el GBD 2000, la prevalencia puntual del trastorno bipolar ronda el 0,4%.

En resumen, la depresión es un trastorno mental frecuente, responsable de una altísima carga de morbilidad, y se prevé que mantendrá una tendencia ascendente durante los próximos 20 años.

TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Se consideran trastornos mentales y conductuales por consumo de sustancias psicoactivas los causados, entre otros, por el alcohol, opioides como el opio o la heroína, cannabinoides como la marihuana, sedantes e hipnóticos, cocaína, otros estimulantes, alucinógenos, tabaco y disolventes volátiles. Los estados patológicos consisten en intoxicación, uso nocivo, dependencia y trastornos psicóticos. Se diagnostica el uso nocivo cuando la salud física o mental ha sufrido daños. En el síndrome de dependencia se combina un intenso deseo de consumir la sustancia con los problemas para dominar su consumo, un estado fisiológico de abstinencia, la tolerancia a la sustancia, el abandono de otras diversiones e intereses, y la persistencia del consumo pese al daño infligido a uno mismo y a los demás.

Aunque el uso de sustancias psicoactivas (y los trastornos asociados) varía de unas regiones a otras, el tabaco y el alcohol son las sustancias más consumidas en el mundo en conjunto, y las que entrañan consecuencias más graves para la salud pública.

El consumo de tabaco es sumamente frecuente. En su mayor parte se realiza en forma de cigarrillos. El Banco Mundial estima que, en los países de ingresos altos, la asistencia sanitaria relacionada con el consumo de tabaco representa entre el 6% y el 15,1% del costo total anual en atención de salud (Banco Mundial 1999).

En la actualidad, uno de cada tres adultos, es decir, 1200 millones de personas, fuman, y se prevé que para el año 2025 esta cifra se elevará a más de 1600 millones. Se calcula que el tabaco causó más de 3 millones de defunciones en 1990, y que esa cifra ascendió a 4 millones en 1998. Según las estimaciones, las muertes atribuibles al tabaco llegarán a 8,4 millones en 2020 y alcanzarán los 10 millones anuales hacia 2030. Sin embargo, este incremento no se distribuirá por igual en el mundo: se prevé que en las regiones desarrolladas las defunciones aumentarán un 50%, de 1,6 a 2,4 millones, mientras que en Asia casi se cuadruplicarán, pasando de 1,1 millones en 1990 a 4,2 millones en 2020 (Murray y Lopez 1997).

Además de los factores sociales y comportamentales relacionados con la iniciación en el consumo de tabaco, en la mayoría de los fumadores crónicos se observa una clara dependencia de la nicotina que les impide abandonar el hábito de fumar y mantenerse alejados de él. En el recuadro 2.3 se describe la relación entre los trastornos mentales y el consumo de tabaco.

El alcohol es también una sustancia consumida con mucha frecuencia en la mayoría de las regiones del mundo. La prevalencia puntual de los trastornos debidos al abuso de alcohol (uso nocivo y dependencia) en la población adulta se ha estimado en torno al 1,7% en

Recuadro 2.3 Consumo de tabaco y trastornos mentales

La relación entre el consumo de tabaco y los trastornos mentales es compleja. Los resultados de las investigaciones indican claramente que los profesionales de la salud mental deben prestar mucha más atención al consumo de tabaco de sus pacientes durante y después del tratamiento, con objeto de prevenir los problemas conexos.

La proporción de fumadores es dos veces mayor entre las personas con trastornos mentales; son particularmente frecuentes los grandes fumadores en la población esquizofrénica y alcohólica, con tasas hasta del 86%.¹⁻³ En un reciente estudio estadounidense se comprobó que la tasa de fumadores entre los individuos que padecían en ese momento trastornos mentales

era del 41%, frente al 22,5% en la población general, y se estimó que el 44% de los cigarrillos fumados en los Estados Unidos lo son por personas con trastornos mentales.⁴

El consumo habitual de tabaco comienza a edades más tempranas en los adolescentes varones con trastorno de déficit de atención,⁵ y también entre los individuos con depresión son más frecuentes los fumadores.⁶ Se pensaba tradicionalmente que las personas deprimidas tendían a fumar más debido a sus síntomas, pero los nuevos datos indican que podría ser a la inversa. Un estudio realizado en adolescentes mostró que la prevalencia de antecedentes de tabaquismo era mayor entre los que se deprimían, lo que lleva a pensar que en realidad fue el consu-

mo de tabaco el que dio lugar a la depresión en este grupo de edad.⁷

También en los pacientes con trastornos por consumo de alcohol y drogas se observan alteraciones sistemáticas de su conducta de fumadores durante el tratamiento. En un estudio reciente se constató que los grandes fumadores redujeron el consumo de tabaco durante su ingreso hospitalario para la desintoxicación alcohólica, mientras que los fumadores moderados lo aumentaron sustancialmente.⁸

No se conocen a ciencia cierta las razones de la elevada tasa de consumo de tabaco entre las personas con trastornos mentales y del comportamiento, pero se ha atribuido la responsabilidad a mecanismos neuroquímicos.⁹ La nicotina es una potente

sustancia psicoactiva con diversos efectos en el cerebro: posee propiedades de refuerzo y activa los sistemas cerebrales de recompensa; aumenta asimismo la liberación de dopamina en regiones del cerebro íntimamente relacionadas con los trastornos mentales. Además, puede consumirse nicotina en un intento de aminorar la angustia y otros efectos adversos de los síntomas mentales. Es probable que también intervenga el entorno social, en particular el aislamiento y el tedio; estos factores son especialmente manifiestos en los hospitales psiquiátricos. Sean cuales sean las razones, es indudable que las personas con trastornos mentales arriesgan todavía más su salud al fumar en exceso.

¹ Hughes JR et al. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143: 993-997.

² Goff DC et al. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side-effects. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1189-1194.

³ True WR et al. (1999). Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 56: 655-661.

⁴ Lasser K et al. (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284: 2606-2610.

⁵ Castellanos FX et al. (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(12): 1791-1796.

⁶ Pomerleau OF et al. (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, 7(3): 363-368.

⁷ Goodman E, Capitman J (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics* 106(4): 748-755.

⁸ Harris J et al. (2000). Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification. *Addiction Biology*, 5: 443-450.

⁹ Batra A (2000). Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient. *Forschritte de Neurologie-Psychiatrie*, 68: 80-92.

el mundo, según el análisis del GBD 2000. Las tasas son del 2,8% para los varones y del 0,5% para las mujeres. La prevalencia de los trastornos debidos al consumo de alcohol varía mucho entre las regiones del mundo, desde cifras muy bajas en algunos países de Oriente Medio a más del 5% en América del Norte y zonas de Europa oriental.

El consumo de alcohol está aumentando rápidamente en algunas regiones del mundo en desarrollo (Jernigan et al. 2000; Riley y Marshall 1999; OMS 1999), lo que probablemente agravará los problemas relacionados con el alcohol (OMS 2000b). Es también un motivo importante de preocupación en los pueblos indígenas de todo el mundo, entre los que se observa una mayor prevalencia del consumo y de los problemas asociados.

El alcohol es uno de los factores que más contribuyen a la carga de morbilidad. El proyecto sobre la carga mundial de morbilidad (Murray y Lopez 1996a) estimó que es responsable del 1,5% de todas las defunciones y del 3,5% del total de los AVAD. Esta carga comprende trastornos orgánicos (como cirrosis) y lesiones (por ejemplo, accidentes automovilísticos) atribuibles al alcohol.

El alcohol impone un alto costo económico a la sociedad. Una estimación sitúa el costo actual del consumo abusivo de alcohol en los Estados Unidos en US\$ 148 mil millones, incluidos US\$ 19 mil millones en gastos de asistencia sanitaria (Harwood et al. 1998). En el Canadá, los costos económicos del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas sumaron en 1992 CAD 18,4 mil millones, lo que representa el 2,7% del PIB. Por sí solo, el alcohol provocó unos costos de CAD 7,52 mil millones. En otros países, se ha estimado el costo de los problemas relacionados con el alcohol en torno al 1% del producto interior bruto (Collins y Lapsely 1996; Rice et al. 1991). En un estudio reciente se comprobó que, en el estado de Nuevo México (Estados Unidos), las cargas hospitalarias relacionadas con el consumo de alcohol se elevaron en 1998 a US\$ 51 millones, frente a los US\$ 35 millones recaudados por impuestos sobre el alcohol (New Mexico Department of Health 2001), lo que muestra claramente que el dinero que las comunidades dedican a la asistencia que exigen los problemas causados por el alcohol supera al que obtienen de éste.

Además del tabaco y el alcohol, también se consumen muchas otras sustancias psicoactivas, agrupadas generalmente bajo la amplia categoría de drogas. Se engloban aquí las drogas ilegales, como la heroína, la cocaína y el cannabis. La prevalencia de periodo del consumo de drogas y la drogodependencia oscila entre el 0,4% y el 4%, pero el tipo de drogas consumidas varía mucho entre las regiones. El análisis GBD 2000 indica que la prevalencia puntual de los trastornos por consumo de heroína y cocaína es del 0,25%. El consumo de drogas por vía intravenosa entraña un importante riesgo de infecciones como la hepatitis B, la hepatitis C y el VIH. Se ha estimado que existen en el mundo aproximadamente 5 millones de personas que se inyectan drogas ilegales. La prevalencia de la infección por el VIH entre estos consumidores de drogas por vía intravenosa es del 20%-80% en muchas ciudades. La importancia creciente de esta forma de consumo en la transmisión del VIH ha suscitado una grave preocupación en todo el mundo, especialmente en los países del centro y el este de Europa (UNAIDS 2000).

Según el GBD 2000, la carga atribuible a las drogas ilegales (heroína y cocaína) asciende al 0,4% de la carga total de morbilidad. Se ha estimado que, en los Estados Unidos, el costo económico del uso nocivo y de la drogodependencia es de US\$ 98 mil millones (Harwood et al. 1998). Ni esta carga de morbilidad ni esta estimación del costo tienen en cuenta los diversos efectos sociales negativos del consumo de drogas. El consumo de tabaco y alcohol se inicia generalmente en la juventud y propicia el consumo de otras drogas. Por consiguiente, tabaco y alcohol contribuyen indirectamente a una gran parte de la carga que suponen otras drogas, y a las enfermedades consiguientes.

Muchos se preguntan si los trastornos por uso de sustancias psicoactivas son verdaderos trastornos o, por el contrario, deberían considerarse comportamientos desviados de personas que se entregan de manera deliberada a actividades nocivas para ellos. Por lo general, la decisión de experimentar con una sustancia psicoactiva es personal; sin embargo, la aparición de la dependencia después de un consumo repetido no responde a una decisión consciente e informada del individuo, ni es consecuencia de una debilidad moral,

sino de una compleja combinación de factores genéticos, fisiológicos y ambientales. Es muy difícil distinguir exactamente cuándo una persona se hace dependiente de una sustancia (esté o no legalizada), puesto que existen pruebas de que la dependencia no es una categoría claramente delimitada, sino que se desarrolla a lo largo de un continuum, desde problemas iniciales sin dependencia significativa hasta la dependencia grave con consecuencias físicas, mentales y socioeconómicas.

Aumentan también las pruebas demostrativas de alteraciones neuroquímicas cerebrales que no sólo se asocian con muchas de las características esenciales de la dependencia de sustancias psicoactivas, sino que son de hecho su causa. Incluso los datos clínicos sugieren que la drogadicción debería considerarse una enfermedad crónica y un problema social (Leshner 1997; McLellan et al. 2000). Tanto los orígenes comunes de la dependencia de múltiples sustancias como la alta prevalencia de la multidependencia indican también que la drogadicción debe considerarse un trastorno mental complejo, con un posible origen en el funcionamiento cerebral.

ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad grave que se inicia generalmente en la adolescencia tardía o en los primeros años de la edad adulta. Se caracteriza por distorsiones fundamentales de los procesos de pensamiento y percepción y por alteraciones de la afectividad. El trastorno afecta a las funciones más esenciales que confieren a las personas normales el sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección. El comportamiento puede estar gravemente alterado en algunas fases de la enfermedad y acarrear consecuencias sociales adversas. La firme creencia en ideas falsas y sin ninguna base real (delirios) es otra característica de este trastorno.

La esquizofrenia sigue un curso clínico variable, con una recuperación sintomática y social completa aproximadamente en una tercera parte de los casos. Sin embargo, puede seguir una evolución crónica o recurrente, con síntomas residuales y una recuperación social incompleta. En el pasado, los pacientes con esquizofrenia crónica constituían una gran proporción de los internados en hospitales psiquiátricos, y así sigue siendo allí donde persisten esas instituciones. Gracias a los progresos actuales en farmacoterapia y asistencia psicosocial, puede esperarse una recuperación plena y duradera para casi la mitad de los individuos que desarrollan esquizofrenia. Del resto, sólo la quinta parte aproximadamente sufre graves limitaciones en sus actividades cotidianas.

La esquizofrenia afecta más o menos por igual a hombres y a mujeres, aunque en éstas tiende a comenzar más tardíamente y a tener una evolución y un pronóstico más favorables.

El informe GBD 2000 registra una prevalencia puntual del 0,4% para la esquizofrenia, enfermedad que causa un alto grado de discapacidad. En un estudio reciente sobre la discapacidad asociada a las enfermedades físicas y mentales en 14 países, la población general situó la psicosis activa en tercer lugar en la relación de trastornos más discapacitantes, por encima de la paraplejía y la ceguera (Üstün et al. 1999).

En el estudio sobre la carga mundial de morbilidad, la esquizofrenia era responsable del 1,1% del total de AVAD y del 2,8% de los APD. También el costo económico de la esquizofrenia para la sociedad es elevado. Se ha estimado que en los Estados Unidos ascendió en 1991 a US\$ 19 mil millones en gastos directos, y a US\$ 46 mil millones en pérdidas de productividad.

Incluso después de que los síntomas más evidentes de este trastorno hayan desaparecido, pueden persistir algunos síntomas residuales tales como falta de interés e iniciativa en las actividades laborales diarias, incompetencia social e incapacidad para interesarse por actividades placenteras. Estos síntomas pueden ser causa de una discapacidad constante y una mala calidad de vida, además de constituir una carga considerable para las familias (Pai y Kapur 1982). Se ha demostrado repetidamente que la esquizofrenia sigue un curso menos grave en los países en desarrollo (Kulhara y Wig 1978; Thara y Eaton 1996). Por ejemplo, en uno de los estudios internacionales multicéntricos, la proporción de pacientes en remisión total a los dos años era del 63% en los países en desarrollo, frente al 37% en los

países desarrollados (Jablensky et al. 1992). Aunque se ha intentado justificar este mejor pronóstico por la existencia de apoyos familiares más firmes y menos exigencias a los pacientes, no se conocen con exactitud las razones de estas diferencias.

Un número considerable de esquizofrénicos intenta suicidarse en algún momento de la evolución de su enfermedad. Un estudio reciente demostró que el 30% de los pacientes con ese diagnóstico habían intentado suicidarse al menos una vez en su vida (Radomsky et al. 1999), y aproximadamente el 10% de las personas con esquizofrenia consuman el suicidio (Caldwell y Gottesman 1990). A nivel mundial, la esquizofrenia reduce la esperanza de vida del individuo en una media de 10 años.

EPILEPSIA

La epilepsia es el trastorno cerebral más frecuente en la población general. Se caracteriza por la aparición recurrente de convulsiones debidas a descargas de actividad eléctrica excesiva en una parte del cerebro o en todo él. La mayoría de los individuos con epilepsia no presentan ninguna anomalía cerebral evidente o demostrable, exceptuando las alteraciones eléctricas. Sin embargo, parte de las personas afectadas pueden tener lesiones cerebrales responsables de otras disfunciones físicas, como espasticidad o retraso mental.

Las causas de epilepsia comprenden la predisposición genética, las lesiones cerebrales debidas a complicaciones perinatales, las infecciones y parasitosis, los traumatismos cerebrales, las intoxicaciones y los tumores. Las cisticercosis (*Tenia solium*), la esquistosomiasis, la toxoplasmosis, el paludismo, y las encefalitis tuberculosas y víricas son algunas de las causas infecciosas de epilepsia frecuentes en los países en desarrollo (Senanayake y Román 1993). Las convulsiones epilépticas varían mucho en frecuencia, desde varias en un día a una cada pocos meses. La manifestación de la epilepsia depende de las áreas cerebrales afectadas. Por lo general, el paciente experimenta una pérdida súbita de conciencia y puede presentar movimientos espasmódicos del cuerpo. Corre el riesgo de lesionarse por una caída durante el episodio convulsivo.

El informe GBD 2000 estima que hay en el mundo unos 37 millones de personas que sufren epilepsia primaria. Cuando se considera también la epilepsia causada por otras enfermedades o lesiones, el número total de personas afectadas se eleva a unos 50 millones. Se estima que más del 80% de los individuos epilépticos viven en países en desarrollo.

La epilepsia supone una carga importante para las comunidades, sobre todo en los países en desarrollo, en los que muchos casos quedan sin tratar. El informe GBD 2000 estima que la carga acumulada debida a la epilepsia representa el 0,5% de la carga total de morbilidad. Además de la discapacidad física y mental, la epilepsia tiene a menudo graves consecuencias psicosociales para el individuo y la familia. El estigma asociado a la epilepsia impide a los epilépticos participar en actividades normales como la educación, el matrimonio, el trabajo y los deportes.

La epilepsia aparece generalmente durante la infancia y puede seguir una evolución crónica (aunque no siempre). La tasa de recuperación espontánea es importante: muchos de los diagnosticados inicialmente de epilepsia no presentan convulsiones tres años después.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa primaria del cerebro. En la CIE-10, se clasifica la demencia de la enfermedad de Alzheimer entre los trastornos mentales y del comportamiento. Se caracteriza por un declive progresivo de las funciones cognitivas tales como la memoria, el pensamiento, la comprensión, el cálculo, el lenguaje, la capacidad de aprendizaje y el juicio. Se diagnostica la demencia cuando el declive de estas funciones llega a afectar a las actividades personales de la vida diaria. La enfermedad de Alzheimer tiene un comienzo insidioso con un deterioro lento. Esta enfermedad debe distinguirse claramente del declive fisiológico de las funciones cognitivas que se produce con la edad; éste es mucho menor, mucho más gradual, y causa discapacidades más leves. La enfermedad de Alzheimer se manifiesta generalmente después de los 65 años, aunque

no son infrecuentes los casos de comienzo más temprano. Al aumentar la edad, la incidencia se eleva también con rapidez (aproximadamente se duplica cada cinco años). Este hecho tiene consecuencias obvias para el número total de individuos que viven con esta enfermedad a medida que aumenta la esperanza de vida en la población.

Se han estudiado extensamente la incidencia y la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer. Las muestras de población se componen por lo general de personas mayores de 65 años, aunque en algunos estudios se han incluido poblaciones más jóvenes, sobre todo en países en los que la esperanza de vida es menor (por ejemplo, en la India). La amplia horquilla de las cifras de prevalencia (1%-5%) se explica en parte por las diferencias en la edad de las muestras y en los criterios de diagnóstico. Según el informe GBD 2000, la prevalencia puntual de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en conjunto es del 0,6%. La prevalencia entre los mayores de 60 años es del 5% para los varones y el 6% para las mujeres, aproximadamente. No se ha observado que la incidencia difiera en función del sexo, pero la mayor longevidad femenina se traduce en un mayor número de mujeres con enfermedad de Alzheimer.

Sigue sin conocerse la causa exacta de la enfermedad, aunque se han señalado varios factores, entre ellos los trastornos del metabolismo y la regulación de la proteína precursora de amiloide, las proteínas asociadas a las placas, las proteínas tau, el zinc y el aluminio (Drouet et al. 2000; Cuajungco y Lees 1997).

El informe GBD 2000 estima que los AVAD debidos a las demencias ascienden al 0,84%, y los APD al 2,0%. Con el envejecimiento de las poblaciones, sobre todo en las naciones industrializadas, es probable que este porcentaje experimente un rápido incremento en los próximos 20 años.

El costo de la enfermedad de Alzheimer para la sociedad es ya muy importante (Rice et al. 1993) y seguirá aumentando (Brookmeyer y Gray 2000). Los costos directos y totales de este trastorno en los Estados Unidos se han estimado en US\$ 536 millones y US\$ 1750 millones, respectivamente, para el año 2000.

RETRASO MENTAL

El retraso mental es un estado de desarrollo detenido o incompleto de la mente, caracterizado por el deterioro de las habilidades y de la inteligencia en general en terrenos como las funciones cognitivas, el lenguaje y las capacidades motoras y sociales. Se denomina también discapacidad o minusvalía intelectual, y puede cursar solo o asociado a otros trastornos físicos o psíquicos. Aunque se caracteriza por un nivel de funcionamiento intelectual menor del normal, el diagnóstico de retraso mental sólo se hace si el individuo presenta también una menor capacidad para adaptarse a las exigencias diarias de un entorno social normal. Se clasifica como leve (CI: 50-69), moderado (CI: 35-49), grave (CI: 20-34) y profundo (CI por debajo de 20).

Las cifras de prevalencia varían considerablemente debido a la diversidad de criterios y métodos utilizados en las encuestas, así como a las diferencias en el intervalo de edad de las muestras. Se cree que la prevalencia global del retraso mental está comprendida entre el 1% y el 3%, con una tasa de retraso moderado, grave y profundo del 0,3%. Es más frecuente en los países en desarrollo, debido a la mayor incidencia de lesiones y anoxia en el periodo perinatal, así como de infecciones cerebrales en la primera infancia. Una causa frecuente de retraso mental es la carencia endémica de yodo, responsable del cretinismo (Sankar et al. 1998). La carencia de yodo constituye la principal causa aislada y prevenible de lesión cerebral y retraso mental en el mundo (Delange 2000).

El retraso mental supone una grave carga para el individuo y la familia. En los casos más profundos, requiere la ayuda en las tareas de la vida diaria y el cuidado personal. No se dispone de estimaciones para la carga global de morbilidad del retraso mental, pero todos los datos indican que es importante y, en la mayoría de los casos, se mantiene durante toda la vida.

TRASTORNOS DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Contrariamente a la creencia popular, los trastornos mentales y del comportamiento son frecuentes durante la infancia y la adolescencia. No se presta suficiente atención a esta parcela de la salud mental. En un informe reciente, el Director General de Sanidad de los Estados Unidos (DHHS 2001) señaló que su país se enfrenta a una crisis pública en la salud mental de los lactantes, los niños y los adolescentes. Según el informe, uno de cada 10 niños sufre una enfermedad mental lo bastante grave como para causarle cierto grado de deterioro, pero menos de la quinta parte de ellos recibe el tratamiento necesario. La situación en grandes zonas del mundo en desarrollo probablemente sea todavía menos satisfactoria.

La CIE-10 identifica dos amplias categorías específicas de la infancia y la adolescencia: los trastornos del desarrollo psicológico y los trastornos emocionales y del comportamiento. Los primeros se caracterizan por la alteración o el retraso del desarrollo de funciones específicas como el habla y el lenguaje (dislexias) o un trastorno generalizado del desarrollo (p. ej., el autismo). La evolución de estos trastornos es sostenida, sin remisiones ni recidivas, aunque la mayoría tienden a mejorar con el tiempo. El amplio grupo de las dislexias comprende los trastornos de la lectura y la escritura. Su prevalencia no se conoce con certeza, pero puede ser aproximadamente del 4% en la población en edad escolar (Spagna et al. 2000). La segunda categoría, los trastornos emocionales y del comportamiento, comprende trastornos hiperactivos (en la CIE-10), el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (en el DSM-IV, APA 1994), los trastornos de la conducta y los trastornos emocionales de la niñez. Además, muchos de los trastornos más frecuentes en la población adulta pueden iniciarse durante la infancia. Ejemplo de ello es la depresión, que cada vez se detecta más entre los niños.

La prevalencia global de los trastornos mentales y conductuales en la población infantil ha sido objeto de varios estudios en países desarrollados y en desarrollo. En el cuadro 2.2 se resumen los resultados de algunos de ellos. Aunque las cifras de prevalencia varían notablemente entre los estudios, parece que el 10%-20% de todos los niños tienen uno o más problemas mentales o del comportamiento.

Cuadro 2.2 Prevalencia de los trastornos entre los niños y los adolescentes, según determinados estudios

País	Edad (años)	Prevalencia (%)
Alemania ¹	12-15	20,7
EE.UU. ²	1-15	21,0
España ³	8, 11, 15	21,7
Etiopía ⁴	1-15	17,7
India ⁵	1-16	12,8
Japón ⁶	12-15	15,0
Suiza ⁷	1-15	22,5

¹ Weyerer S et al. (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3-14-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77:290-296.

² Shaffer D et al. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35:865-877.

³ Gomez-Beneyto M et al. (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89:352-357.

⁴ Tadesse B et al. (1999). Childhood behavioural disorders in Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(Suppl):92-97.

⁵ Indian Council of Medical Research (2001). *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*. New Delhi, ICMR (datos inéditos).

⁶ Morita H et al. (1993). Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34:317-332.

⁷ Steinhausen HC et al. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98:262-271.

Se impone hacer una salvedad a estas altas estimaciones de morbilidad en niños y adolescentes: la infancia y la adolescencia son fases del desarrollo, por lo que es difícil trazar fronteras nítidas entre los fenómenos propios del desarrollo normal y los que son anormales. En muchos estudios se han utilizado listas comportamentales, rellenas por los padres y los profesores, para detectar los casos. Esta información resulta útil para identificar a los niños que pueden necesitar una atención especial, pero no siempre se corresponden con un diagnóstico definido.

Los trastornos mentales y del comportamiento de la población infantil y adolescente resultan muy onerosos para la sociedad desde el punto de vista tanto humano como económico. No se ha estimado la carga de morbilidad acumulada de estos trastornos, y resultaría complicado calcularla, porque muchos de ellos pueden anticipar trastornos mucho más discapacitantes en etapas posteriores de la vida.

COMORBILIDAD

Es muy frecuente que dos o más trastornos mentales coexistan en un mismo individuo, al igual que sucede con los trastornos físicos, que también tienden a aparecer asociados con mucha mayor frecuencia de la que puede explicar el azar. Esta situación es especialmente frecuente en edades avanzadas, cuando concurren varios trastornos físicos y mentales. Los problemas de salud física no sólo coexisten con trastornos mentales como la depresión, sino que pueden también predecir el inicio y la persistencia de ésta (Geerlings et al. 2000).

Uno de los estudios metodológicamente bien fundados de una muestra representativa a nivel nacional se llevó a cabo en los Estados Unidos (Kessler et al. 1994) y demostró que la comorbilidad afectaba al 79% de todas las personas enfermas. Dicho de otro modo, sólo el 21% de los pacientes padecían únicamente un trastorno mental. Más de la mitad de todos los trastornos afectaban a lo largo de la vida al 14% de la población. Estudios realizados en otros países han arrojado cifras similares, si bien no se dispone de mucha información de países en desarrollo.

Es muy frecuente la coexistencia de los trastornos de ansiedad y de depresión; se observa aproximadamente en la mitad de los individuos que los padecen (Zimmerman et al. 2000). Otra situación frecuente es la presencia de trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y a drogodependencia. De las personas que acuden a los servicios de asistencia a alcohólicos y drogodependientes, entre el 30% y el 90% padecen un «trastorno doble» (Gossop et al. 1998). La tasa de trastornos por consumo de alcohol es también elevada entre las personas que acuden a los servicios de salud mental (Rachliesel et al. 1999 registraron un 65%), así como entre los pacientes esquizofrénicos (12%-50%).

La importante comorbilidad tiene graves consecuencias para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los individuos afectados. También la discapacidad de éstos y la carga que soportan las familias aumentan proporcionalmente.

SUICIDIO

El suicidio es el resultado de un acto deliberadamente emprendido y ejecutado por una persona con pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal, y constituye hoy día un problema muy importante de salud pública. Considerando la media de 53 países para los que se dispone de datos completos, la tasa de suicidio normalizada para la edad era de 15,1 por 100 000 en 1996. Por sexos, era de 24,0 por 100 000 para la población masculina y de 6,8 por 100 000 para la femenina. En casi todo el mundo la tasa de suicidio es mayor entre los varones, según una proporción acumulada de 3,5 a 1.

En los últimos 30 años, las tasas de suicidio parecen haber permanecido bastante estables en los 39 países que disponen de datos completos sobre el periodo 1970-1996, pero las actuales tasas acumuladas ocultan importantes diferencias en lo tocante a la distribución por sexos, grupos de edad o zona geográfica, así como a las tendencias a más largo plazo.

Desde el punto de vista geográfico, las variaciones en las tasas de suicidio difieren considerablemente. Es probable que las tendencias en los megapaíses del mundo, es decir, aquellos con más de 100 millones de habitantes, ofrezcan información fiable sobre la mortalidad por suicidio. Siete de los 11 megapaíses disponen de información relativa a los últimos 15 años. Las tendencias oscilan desde un aumento de casi el 62% en México a un descenso del 17% en China; en los Estados Unidos y la Federación de Rusia la variación es del 5,3%, pero en sentidos opuestos, como se muestra en la figura 2.4. Es preciso hacer dos puntualizaciones: en primer lugar, probablemente sea sólo el tamaño de sus poblaciones lo que sitúa a estos países en la misma categoría, ya que difieren prácticamente en todos los demás aspectos. En segundo lugar, la magnitud de la variación no refleja la magnitud real de las tasas de suicidio en estos países. En el último año sobre el que hay datos, las tasas de suicidio iban desde 3,4 por 100 000 en México a 14,0 por 100 000 en China y 34,0 por 100 000 en la Federación de Rusia.

Es muy difícil, si no imposible, encontrar una explicación común para porcentajes tan diversos. Se señalan a menudo los cambios socioeconómicos (en cualquier dirección) como uno de los factores que contribuyen a elevar las tasas de suicidio. Sin embargo, aunque se ha documentado este efecto en varias ocasiones, también se han observado aumentos de las tasas de suicidio en periodos de estabilidad socioeconómica, y se han registrado tasas de suicidio estables durante periodos de cambios socioeconómicos muy importantes. Por otra parte, estas cifras acumuladas pueden ocultar importantes diferencias entre algunos segmentos de la población. Por ejemplo, una evolución plana de las tasas de suicidio puede ocultar un aumento de las tasas en la población masculina, compensado estadísticamente por una disminución entre las mujeres (como ocurrió en Australia, Chile, Cuba, el Japón y España); el mismo mecanismo es aplicable a los grupos de edad extremos, como los adolescentes y los ancianos (por ejemplo, en Nueva Zelanda). Se ha comprobado que el aumento de las tasas de desempleo suele acompañarse, aunque no siempre, de un descenso de las tasas de suicidio en la población general (Finlandia), pero de un aumento entre los ancianos y los jubilados (Suiza).

El consumo de alcohol (por ejemplo, en los Estados bálticos y la Federación de Rusia) y el fácil acceso a algunas sustancias tóxicas (como en China, la India y Sri Lanka) y a armas de fuego (como en El Salvador y los Estados Unidos) parecen correlacionarse positivamente con las tasas de suicidio en todos los países estudiados hasta el momento, tanto industrializados como en desarrollo. También en estos casos las cifras acumuladas pueden ocultar discrepancias muy importantes entre, por ejemplo, las zonas rurales y las urbanas (como ocurre en China y en la República Islámica del Irán).

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre los adultos jóvenes. Es una de las tres causas principales de muerte en la población de 15 a 34 años. Como se muestra en los ejemplos de la figura 2.5, el suicidio predomina en el grupo de 15 a 34 años, en el que es la primera o segunda causa de muerte para ambos sexos. Esto representa para la sociedad una pérdida masiva de personas jóvenes en los años productivos de su vida. Sólo algunos países disponen de datos sobre intentos de suicidio; indican que el número de intentos de suicidio puede ser hasta 20 veces superior al número de suicidios consumados.

Las lesiones autoinfligidas, incluido el suicidio, causaron aproximadamente 814 000 defunciones en el año 2000. El informe GBD 2000 les atribuye el 1,3% de todos los AVAD.

Figura 2.4 Variación de las tasas de suicidio normalizadas por edades durante determinados periodos en países con más de 100 millones de habitantes

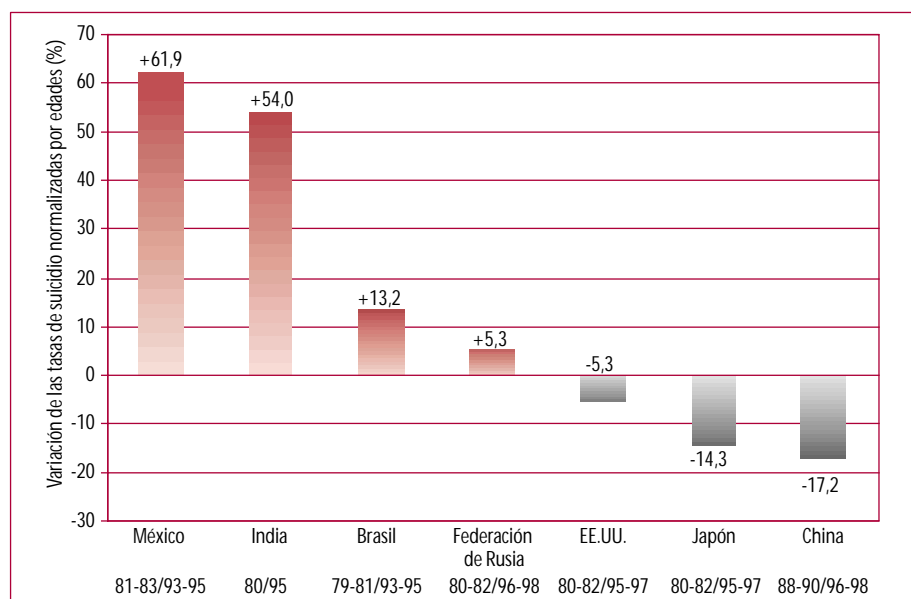


Figura 2.5 El suicidio como causa destacada de defunción en países de la Región de Europa y en China, población de 15 a 34 años, 1998

Región de Europa (algunos países) ^a		
Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1. Accidentes de transporte	1. Accidentes de transporte	1. Todos los cánceres
2. Suicidio	2. Suicidio	2. Accidentes de transporte
3. Todos los cánceres	3. Todos los cánceres	3. Suicidio

China (determinadas zonas) ^b		
Ambos sexos (zonas rurales y urbanas)	Hombres (zonas rurales)	Mujeres (zonas rurales)
1. Suicidio	1. Accidentes de vehículos de motor	1. Suicidio
2. Accidentes de vehículos de motor	2. Todos los cánceres	2. Todos los cánceres
3. Todos los cánceres	3. Suicidio	3. Todas las enfermedades cardiovasculares

^a Albania, Alemania, Austria, Bulgaria, Croacia, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Israel, Italia, Kazajstán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Macedonia, Malta, Noruega, Países Bajos, Portugal, República Checa, República de Moldova, Reino Unido, Rumania.

^b Cause-of-death statistics and vital rates, civil registration systems and alternative sources of information. *World Health Statistics Annual - Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales 1993*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994 (Sección A/B: China 11-17).

El más frecuente de los trastornos mentales que conducen al suicidio es la depresión, aunque también en la esquizofrenia las tasas son elevadas. Además, el suicidio guarda relación a menudo con el consumo de sustancias, ya sea en la persona suicida o en su familia. En fecha reciente se ha atribuido al consumo de alcohol la importante proporción de suicidios observada en algunos países de Europa central y oriental (Rossow 2000).

Es sabido que, en cualquier lugar, la disponibilidad de medios para suicidarse repercute notablemente sobre los suicidios consumados. Esta influencia se ha estudiado sobre todo en relación con la disponibilidad de armas de fuego, y se ha observado una alta mortalidad por suicidio entre las personas que murieron por heridas de arma de fuego en los Estados Unidos durante 1997, el 54% fallecieron por suicidio (Rosenberg et al. 1999).

La explicación precisa de las variaciones en las tasas de suicidio debe siempre considerarse en el contexto local. Es acuciante la necesidad de establecer una vigilancia epidemiológica y las investigaciones adecuadas a nivel local para conocer mejor este importantísimo problema de salud pública y mejorar las posibilidades de prevención.

FACTORES DETERMINANTES DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES

La prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y del comportamiento están determinadas por diversos factores. Se trata de factores sociales y económicos, factores demográficos como el sexo y la edad, amenazas graves como conflictos y desastres, la presencia de enfermedades físicas importantes, y el entorno familiar; todos ellos se describen a continuación para ilustrar su repercusión en la salud mental.

POBREZA

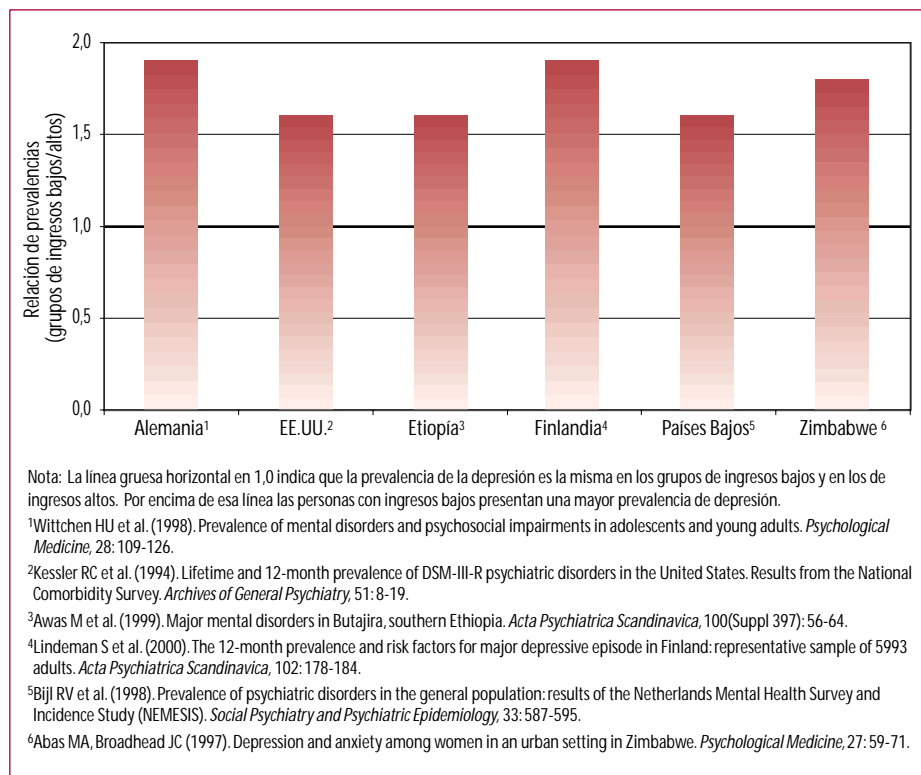
La pobreza y las condiciones asociadas de desempleo, bajo nivel de instrucción, privación y carencia de hogar no sólo abundan en los países pobres, sino que afectan también a una minoría considerable de habitantes de los países ricos. Los datos de encuestas transnacionales llevadas a cabo en el Brasil, Chile, la India y Zimbabwe demuestran que la

tasa de los trastornos mentales más frecuentes es aproximadamente dos veces mayor entre los pobres que entre los ricos (Patel et al. 1999). En los Estados Unidos se comprobó que el riesgo de trastornos era mayor en los niños de las familias más pobres, según una proporción de 2:1 para los trastornos del comportamiento y de 3:1 para los trastornos comórbidos (Costello et al. 1996). En una revisión de 15 estudios, la proporción mediana de la prevalencia general de trastornos mentales entre las categorías socioeconómicas inferior y superior era de 2,1:1 para la prevalencia en un año y de 1,4:1 para la prevalencia a lo largo de la vida (Kohn et al. 1998). Se han registrado resultados similares en estudios recientes de América del Norte, América Latina y Europa (Consortio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica 2000). La figura 2.6 muestra que la depresión es más frecuente entre los pobres que en la población rica.

Existen también pruebas de que la evolución de los trastornos está determinada por la situación socioeconómica del individuo (Kessler et al. 1994; Saraceno y Barbui 1997). Ahí podrían intervenir variables relacionadas con los servicios, como por ejemplo barreras en el acceso a la asistencia. Los países pobres disponen de pocos recursos para la asistencia psiquiátrica, y éstos a menudo quedan fuera del alcance de los segmentos más pobres de la sociedad. Incluso en los países ricos, la pobreza y los factores asociados, como la falta de cobertura del seguro médico, los menores niveles de instrucción, el desempleo, y la situación de minoría racial, étnica o idiomática, alcanzan barreras infranqueables para el acceso a la asistencia. En la mayor parte de los trastornos mentales el desfase terapéutico es grande, pero para la población pobre es enorme. Además, las personas pobres revelan a menudo aspectos problemáticos de su salud mental cuando solicitan tratamiento por trastornos físicos, como se muestra en el recuadro 2.4.

No se ha estudiado sistemáticamente la relación entre los trastornos mentales y conductuales, en particular los debidos al consumo de alcohol, y el desarrollo económico de las comunidades y los países. Se ha observado, no obstante, que a nivel de las comuni-

Figura 2.6 Prevalencia de la depresión según los ingresos (bajos/altos) en algunos países



dades y los países podría estar funcionando en las familias el círculo vicioso de pobreza y trastornos mentales (véase la figura 1.4).

SEXO

En el estudio de la prevalencia, las causas y la evolución de los trastornos mentales y conductuales se está prestando cada vez más atención a las diferencias en función del sexo. En siglos anteriores era mayor la proporción de mujeres entre los internos de hospitales psiquiátricos y otros centros de tratamiento, pero no se sabe con certeza si los trastornos mentales eran realmente más frecuentes entre las mujeres, o si éstas eran internadas con mayor frecuencia para recibir tratamiento.

Estudios recientes de ámbito comunitario y metodológicamente bien fundados han puesto de manifiesto algunas diferencias interesantes. La prevalencia global de trastornos mentales y del comportamiento no parece diferir entre la población masculina y la femenina. Sin embargo, la ansiedad y la depresión son más frecuentes entre las mujeres, mientras que los trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas o los de personalidad antisocial son más frecuentes entre los hombres (Gold 1998). Casi todos los estudios muestran una mayor prevalencia de trastornos de depresión y ansiedad entre las mujeres, en una proporción comprendida habitualmente entre 1,5:1 y 2:1. Se han observado resultados similares no sólo en países desarrollados, sino también en cierto número de países en desarrollo (Patel et al. 1999; Pearson 1995). Es interesante señalar que las diferencias entre las tasas de depresión de la población masculina y la femenina guardan una estrecha relación con la edad; las diferencias son máximas en la vida adulta, no existen en la infancia y son escasas en los ancianos.

Se han propuesto muchas explicaciones de esa mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en la población femenina. Sin duda desempeñan algún papel factores genéticos, o cuando menos biológicos, como lo indica en particular la estrecha relación temporal observada entre la mayor prevalencia y los años de fecundidad, con los cambios hormonales que conllevan. Están bien documentadas las variaciones del estado de ánimo asociadas a los cambios hormonales que tienen lugar durante el ciclo menstrual y el puerperio. De hecho, la depresión que aparece en los meses siguientes al parto puede ser el comienzo de un trastorno depresivo recurrente. Sin embargo, en las diferencias entre los

Recuadro 2.4 Opiniones de las personas pobres sobre las enfermedades del cuerpo y de la mente

Cuando se les pregunta por su salud,¹ las personas pobres mencionan una amplia gama de lesiones y enfermedades: fracturas de las extremidades, quemaduras, intoxicaciones por sustancias químicas y por la contaminación, diabetes, neumonías, bronquitis, tuberculosis, VIH/SIDA, asma, diarrea, fiebre tifoidea, paludismo, parasitosis por agua contaminada, infecciones de la piel y otras enfermedades debilitantes. A menudo se mencionan conjuntamente los problemas de salud mental y los trastornos físicos, y también se discuten con frecuencia las situaciones de miseria relacionadas con el abuso de drogas y alcohol. En-

tre los efectos de la pobreza y la mala salud, los grupos de discusión identifican con mucha frecuencia el estrés, la ansiedad, la depresión, la falta de autoestima y el suicidio. Un tema recurrente es el estrés generado por no ser capaz de subvenir a las necesidades de la familia. Las personas asocian muchas formas de enfermedad con el estrés, la angustia y la inquietud, pero es frecuente que destaquen en particular tres factores: el VIH/SIDA, el alcoholismo y las drogas.

El VIH/SIDA tiene una enorme influencia: en Zambia, un grupo de jóvenes estableció una relación causal entre la pobreza y la prostitución, el SIDA y, por último, la muerte. En dis-

cusiones de grupos de la Argentina, Ghana, Jamaica, Tailandia, Viet Nam y varios países más se citan también el VIH/SIDA y las enfermedades conexas como problemas que afectan a sus vidas y suscitan tensiones en la familia extensa.

Las personas consideran el consumo de drogas y el alcoholismo como causas de violencia, inseguridad y robos, y el dinero gastado en alcohol u otras drogas, la embriaguez masculina y la violencia doméstica como síndromes de la pobreza. Muchos grupos de discusión de todas las regiones refieren problemas de malos tratos físicos a las mujeres cuando los maridos vuelven a casa ebrios, y varios gru-

pos constataron que el consumo de cerveza conduce a la promiscuidad y la enfermedad. El alcoholismo es especialmente prevalente en la población masculina; en África, tanto en las zonas urbanas como en las zonas rurales, las personas pobres lo mencionan con más frecuencia que las drogas.

Se cita con frecuencia el consumo de drogas en las áreas urbanas, especialmente en América Latina, Tailandia y Viet Nam. También se menciona en zonas de Bulgaria, Kirguistán, la Federación de Rusia y Uzbekistán. Las personas adictas a las drogas se sienten abatidas, al igual que sus familias.

¹ Narayan D et al. (2000). *Voices of the poor, crying out for change*. New York. Oxford University Press for the World Bank.

sexos relativas a los trastornos de ansiedad y depresión también tienen importancia factores psicológicos y sociales. Es probable que la población femenina se vea sometida a más factores estresantes, tanto reales como subjetivos. El papel tradicional de las mujeres en las sociedades las expone a más tensiones, al tiempo que les resta capacidad para modificar su entorno estresante.

Otra explicación para las diferencias de género en la esfera de los trastornos mentales más frecuentes es la alta tasa de violencia doméstica y sexual a la que están expuestas las mujeres. La violencia doméstica está presente en todas las regiones del mundo, y las mujeres son las principales víctimas (OMS 2000b). En una revisión de estudios (OMS 1997a) se constató que la prevalencia de la violencia doméstica a lo largo de la vida oscila entre el 16% y el 50%. También la violencia sexual es frecuente; se ha estimado que una de cada cinco mujeres sufre una violación o un intento de violación a lo largo de su vida. Estos sucesos traumáticos tienen consecuencias psicológicas, y las más frecuentes son la ansiedad y la depresión. En Nicaragua, un estudio reciente mostró que entre las mujeres en situación de angustia emocional las denuncias de malos tratos conyugales eran seis veces más frecuentes que entre las mujeres que no sufrían tal angustia (Ellsberg et al. 1999). Asimismo, entre las mujeres que habían padecido malos tratos graves durante el último año la angustia emocional era 10 veces más frecuente que entre las mujeres que nunca los habían sufrido.

El Estudio Multipaíses de la OMS sobre Salud de la Mujer y Violencia Doméstica y los estudios mundiales sobre los malos tratos en el entorno familiar (WorldSAFE) llevados a cabo por la Red Internacional de Epidemiología Clínica (INCLEN 2001) están analizando la prevalencia de la violencia ejercida por las parejas y sus consecuencias para la salud de las mujeres en muestras de base poblacional procedentes de distintos lugares. En ambos estudios, se pregunta a las mujeres si han pensado alguna vez en suicidarse o lo han intentado. Los resultados preliminares muestran una estrecha y significativa relación entre esa violencia y el hecho de pensar en suicidarse (véase el cuadro 2.3). La misma relación significativa se observó para la violencia sexual, tanto aislada como combinada con la violencia física.

A diferencia de los trastornos de ansiedad y depresión, las enfermedades psiquiátricas graves como la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar no muestran diferencias nítidas en cuanto a la incidencia o la prevalencia (Kessler et al. 1994). Sin embargo, la esquizofrenia parece tener un comienzo más temprano y una evolución más discapacitante en la población masculina (Sartorius et al. 1986). Casi todos los estudios muestran que los trastornos por abuso de sustancias y la personalidad antisocial son mucho más frecuentes en los hombres.

La comorbilidad es más frecuente en la población femenina. Por lo general, se manifiesta como la coexistencia de trastornos de ansiedad, depresivos y somatomorfos; estos últimos consisten en la presencia de síntomas físicos no debidos a enfermedades físicas. Se ha comprobado que las mujeres refieren un mayor número de síntomas físicos y psicológicos que los varones.

Cuadro 2.3 Relación entre violencia doméstica y pensamientos suicidas

Experiencia de violencia física por parte de la pareja	% de mujeres que han pensado alguna vez en suicidarse ($P < 0,001$)							
	Brasil ¹ (n=940)	Chile ² (n=422)	Egipto ² (n=631)	India ² (n=6327)	Indonesia ³ (n=765)	Filipinas ² (n=1001)	Perú ¹ (n=1088)	Tailandia ¹ (n=2073)
Nunca	21	11	7	15	1	8	17	18
Alguna vez	48	36	61	64	11	28	40	41

¹ Estudio multipaíses de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica (resultados preliminares, 2001). Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento inédito).

² Red Internacional de Epidemiología Clínica (INCLEN) (2001). *World Studies of Abuse in Family Environments (WorldSAFE)*. Manila, Red Internacional de Epidemiología Clínica. En esta encuesta se preguntó a las mujeres si habían sufrido «violencia física grave».

³ Hakimi M et al. (2001). *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java*. Yogyakarta, Indonesia, Programa de Tecnología Apropriadada para los Servicios de Salud.

También se ha documentado la mayor frecuencia de prescripción de psicofármacos a las mujeres (véase la figura 1.5); consisten en ansiolíticos, antidepresivos, sedantes, hipnóticos y neurolépticos. Este mayor uso de medicamentos puede explicarse en parte por la mayor prevalencia de los trastornos mentales más comunes y porque es más frecuente que las mujeres recaben ayuda. Probablemente influya también en grado significativo el comportamiento de los médicos, que tienden a inclinarse por la opción más cómoda de prescribir medicamentos cuando se enfrentan a una situación psicosocial compleja que en realidad exige medidas psicológicas.

La mayor prevalencia de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas y del trastorno de personalidad antisocial en la población masculina es una constante en todo el mundo. Sin embargo, en muchas regiones está aumentando rápidamente la tasa de trastornos por uso de sustancias en la población femenina.

Son también las mujeres quienes soportan la carga de la asistencia a las personas con enfermedades mentales en la familia. Esta situación cobra mayor importancia a medida que aumenta el número de individuos con trastornos mentales crónicos cuya asistencia corre a cargo de la comunidad.

En resumen, los trastornos mentales están claramente determinados por factores relacionados con el sexo que es preciso conocer e investigar más a fondo en el contexto de la evaluación de la carga global.

EDAD

La edad es un importante factor determinante de los trastornos mentales. Ya se han descrito brevemente en este capítulo los trastornos mentales que afectan a los niños y adolescentes. También en la población anciana se observa una alta prevalencia de trastornos. Además de la enfermedad de Alzheimer, ya comentada, las personas de edad padecen también otros trastornos mentales y del comportamiento. En conjunto, la prevalencia de algunos trastornos tiende a aumentar con la edad. Entre ellos predomina la depresión, frecuente en la población anciana: los estudios indican que entre el 8% y el 20% de estas personas son atendidas en la comunidad, y el 37% de las atendidas en el nivel primario padecen depresión. En un estudio reciente basado en una muestra comunitaria de personas mayores de 65 años se registró una tasa de depresión del 11,2% (Newman et al. 1998). Sin embargo, en otro estudio también reciente, la prevalencia puntual de los trastornos depresivos era del 4,4% en las mujeres y del 2,7% en los varones, aunque las cifras correspondientes para la prevalencia a lo largo de la vida eran del 20,4% y del 9,6%. La depresión es más frecuente en las personas ancianas con problemas de discapacidad física (Katona y Livingston 2000). La presencia de depresión aumenta la discapacidad en esa población. En las personas de edad, los casos de depresión que quedan sin diagnosticar son incluso más frecuentes que en los adultos jóvenes, porque a menudo se consideran erróneamente manifestaciones del envejecimiento.

CONFLICTOS Y DESASTRES

Los conflictos, en particular las guerras y la agitación social, y los desastres afectan a gran número de personas y ocasionan problemas mentales. Se estima que hay en el mundo unos 50 millones de refugiados o desplazados internos. Además, millones de personas se ven afectadas por desastres naturales como terremotos, inundaciones, tifones, huracanes y otras calamidades similares a gran escala (IFRC 2000). Estas situaciones se cobran un oneroso tributo a costa de la salud mental de las personas afectadas, en su mayoría habitantes de países en desarrollo, donde la capacidad para hacer frente a estos problemas es sumamente limitada. Entre una tercera parte y la mitad de las personas afectadas sufren angustia. El diagnóstico más frecuente es el de trastorno de estrés postraumático (TEPT), que a menudo se acompaña de depresión o ansiedad. Además, la mayoría de los individuos refieren síntomas psicológicos que no llegan a adquirir la entidad de trastornos. El TEPT surge después de un suceso angustioso de naturaleza excepcionalmente peligrosa o

catastrófica, y se caracteriza por recuerdos intrusos, evitación de las circunstancias asociadas con el factor estresante, trastornos del sueño y un estado de alerta excesiva. Según el informe GBD 2000, la prevalencia puntual del TEPT en la población general es del 0,37%. Se ha cuestionado el diagnóstico de TEPT por considerarlo específico de determinadas culturas, y también por formularse con demasiada frecuencia. De hecho, se ha argumentado que el TEPT es una categoría diagnóstica inventada sobre la base de necesidades sociopolíticas (Summerfield 2001). Pese a las dudas sobre la idoneidad de este diagnóstico, existe acuerdo general en cuanto a la importancia global de la morbilidad mental en las personas expuestas a traumas graves.

Los estudios realizados en víctimas de desastres naturales revelan también altas tasas de trastornos mentales. En China, un estudio reciente registró una tasa elevada de síntomas psicológicos y una mala calidad de vida en los supervivientes de terremotos. Demostró también que el apoyo brindado después del desastre mejoraba el bienestar de los afectados (Wang et al. 2000).

ENFERMEDADES FÍSICAS GRAVES

La existencia de enfermedades físicas graves afecta tanto a la salud mental de los individuos como a la de familias enteras. La mayoría de las enfermedades muy discapacitantes o potencialmente mortales, como los cánceres tanto en hombres como en mujeres, tienen este impacto. En el presente informe se describe el caso de la infección por el VIH/SIDA para ilustrar este efecto.

El VIH se está propagando rápidamente en muchas zonas del mundo. A finales del año 2000, 36,1 millones de personas padecían la infección por el VIH/SIDA y 21,8 millones ya habían fallecido (UNAIDS 2000). De los 5,3 millones de nuevas infecciones en el año 2000, una de cada 10 afectó a niños, y casi la mitad a mujeres. En 16 países del África subsahariana, más del 10% de la población en edad fecunda está infectada actualmente por el VIH. La epidemia ha reducido el crecimiento económico y está acortando la esperanza de vida hasta en un 50% en los países más afectados. En muchos países, la infección por el VIH/SIDA se considera hoy día una amenaza para la seguridad nacional. Al no existir vacuna ni tratamiento curativo, la prevención de la transmisión sigue siendo la respuesta principal, y la asistencia y el apoyo a los infectados por el VIH ofrecen un punto crítico de acceso.

Esta epidemia tiene importantes consecuencias para la salud mental. Una parte de los individuos afectados sufre consecuencias psicológicas (tanto trastornos como problemas) debido a la infección. Los efectos de la intensa estigmatización y discriminación que soportan contribuyen también en gran medida al estrés psicológico. Se observan desde ansiedad o depresión hasta trastornos de adaptación (Maj et al. 1994a). Se detectan asimismo deficiencias cognitivas si se buscan específicamente (Maj et al. 1994b; Starace et al. 1998). Además, también los familiares sufren las consecuencias del estigma y, ulteriormente, la muerte prematura de sus parientes infectados. No se han estudiado con detalle los efectos psicológicos en los miembros de familias rotas y en los niños a quienes el SIDA ha dejado huérfanos, pero probablemente son importantes.

Estas situaciones complejas, en las que una enfermedad física acarrea consecuencias psicosociales a nivel tanto individual como familiar y comunitario, exigen una evaluación integral para determinar toda la magnitud de su repercusión sobre la salud mental. Son necesarias más investigaciones en este campo.

FACTORES FAMILIARES Y AMBIENTALES

Los trastornos mentales están firmemente enraizados en el entorno social del individuo, y su aparición, evolución y pronóstico dependen de diversos factores sociales.

Durante su vida, las personas atraviesan por una serie de acontecimientos significativos, tanto menores como de gran importancia. Pueden ser, además, favorables (como un ascenso laboral) o adversos (por ejemplo, la pérdida de un ser querido o la quiebra de un negocio). Se ha constatado la acumulación de acontecimientos vitales inmediatamente

antes de la aparición de trastornos mentales (Brown et al. 1972; Leff et al. 1987). Aunque son los acontecimientos adversos los que predominan antes de la aparición o la recidiva de los trastornos depresivos, en el caso de otros trastornos mentales se observa una mayor frecuencia de todo tipo de acontecimientos (adversos y favorables). Los estudios indican que todos los acontecimientos significativos de la vida actúan como factores estresantes y que, al sucederse de forma rápida, predisponen al individuo a los trastornos mentales. El efecto no se limita a dichos trastornos: también se ha demostrado su asociación con ciertas enfermedades físicas, como el infarto de miocardio.

Los acontecimientos vitales sólo son, claro está, uno de los diversos factores (como la predisposición genética, la personalidad y las aptitudes de afrontamiento) que intervienen en la génesis de los trastornos.

El interés de las investigaciones sobre los acontecimientos vitales reside esencialmente en identificar a los individuos que corren mayor riesgo porque experimentan acontecimientos vitales importantes en rápida sucesión (por ejemplo, pérdida del trabajo, pérdida del cónyuge y cambio de residencia). En un principio se observó este efecto en la depresión y la esquizofrenia, pero ulteriormente se ha constatado una asociación entre los acontecimientos vitales y algunos otros trastornos y alteraciones mentales y del comportamiento. Destaca entre ellos el suicidio.

Dentro de la familia, el entorno social y emocional desempeña también un papel en los trastornos mentales. Aunque hace tiempo que se intenta relacionar las enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia y la depresión, con el entorno familiar (Kuipers y Bebbington 1990), recientemente se han logrado algunos progresos definitivos. Se ha correlacionado inequívocamente el entorno social y emocional dentro de la familia con las recidivas de la esquizofrenia, pero no necesariamente con la aparición de la enfermedad. Según la observación inicial, las recaídas eran más frecuentes en los pacientes esquizofrénicos que regresaban al domicilio para permanecer con su familia después de un periodo de hospitalización. Este hecho impulsó algunas investigaciones sobre las causas de este fenómeno. En la mayoría de los estudios se ha utilizado el concepto de «emociones expresadas» de los miembros de la familia hacia la persona esquizofrénica. En estos estudios, las emociones expresadas consistían en comentarios críticos, hostilidad, excesiva implicación emocional y calidez afectiva.

Gran número de estudios de todas las regiones del mundo han demostrado que la afectividad expresada puede predecir la evolución de la esquizofrenia, incluidas las recidivas (Butzlaff y Hooley 1998). Se tiene también constancia de que la modificación del entorno afectivo en las familias puede tener un efecto aditivo respecto a la prevención de las recidivas con antipsicóticos. Estos datos son útiles para mejorar la asistencia de determinados pacientes dentro de su entorno familiar y recordar también la importancia de los factores sociales en la evolución y el tratamiento de enfermedades psiquiátricas graves como la esquizofrenia.

CAPÍTULO 3

Resolver los problemas de la salud mental

A lo largo del último medio siglo, el modelo de la atención de salud mental ha pasado de la institucionalización de las personas aquejadas de trastornos mentales a un enfoque de atención comunitaria respaldada por la disponibilidad de camas en hospitales generales para los casos agudos. Este cambio se basa tanto en el respeto a los derechos humanos de los enfermos mentales como en el empleo de intervenciones y técnicas modernizadas. Un diagnóstico objetivo correcto es fundamental para planificar la asistencia en cada caso individual y escoger el tratamiento adecuado. Cuanto antes se instaure un tratamiento oportuno, mejor será el pronóstico. Tratar adecuadamente los trastornos mentales y conductuales significa hacer un uso racional de las intervenciones farmacológicas, psicológicas y psicosociales, de manera integrada y clínicamente válida. El manejo de trastornos específicos comprende medidas de intervención en las áreas de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

3

RESOLVER LOS PROBLEMAS

DE LA SALUD MENTAL

CAMBIO DE PARADIGMA

La atención a las personas aquejadas por trastornos mentales y conductuales ha reflejado siempre el efecto de los valores sociales dominantes en la percepción social de la enfermedad mental. Cada época ha tratado de distinto modo a los enfermos mentales (véase el recuadro 3.1). Se les tuvo en alta consideración en sociedades que les atribuían un papel de intermediarios respecto a los dioses y los muertos. En la Europa medieval y en otros ámbitos fueron maltratados físicamente y quemados en la hoguera. Han sido reclusos en grandes instituciones. Han sido explorados como objetos científicos. Y han sido atendidos e integrados en sus respectivas comunidades.

En Europa el siglo XIX fue testigo de tendencias divergentes. De un lado, la enfermedad mental se consideraba objeto legítimo de indagación científica; la psiquiatría conoció un gran desarrollo como disciplina médica, y los enfermos mentales eran vistos como pacientes. De otro lado, los enfermos mentales, así como las personas aquejadas de otras muchas enfermedades y las que manifestaban conductas sociales indeseables, eran apartados de la sociedad en grandes instituciones custodiales, los hospitales psiquiátricos de propiedad estatal, que antes se habían llamado casas de locos o manicomios. Estas tendencias se exportaron después a África, las Américas y Asia.

Durante la segunda mitad del siglo XX se produjo un cambio de paradigma en la atención de salud mental, en gran medida debido a tres factores independientes.

- La psicofarmacología hizo progresos importantes con el descubrimiento de nuevos tipos de medicamentos, en particular neurolépticos y antidepresivos, y con el desarrollo de nuevas formas de intervención psicosocial.
- El movimiento en pro de los derechos humanos llegó a ser un fenómeno verdaderamente internacional bajo el patrocinio de la recién creada Organización de las Naciones Unidas, y la democracia avanzó en el mundo entero, aunque no con igual rapidez en todas partes (Merkl 1993).
- En la definición de salud (véase el capítulo 1) de la recién fundada OMS (1948) se incorporaron rotundamente componentes sociales y mentales.

Esos progresos técnicos y sociopolíticos facilitaron un cambio de enfoque, de la atención en grandes instituciones custodiales, que con el tiempo habían llegado a ser represivas y regresivas, a una asistencia comunitaria más abierta y flexible.

Los fallos de los manicomios se evidencian en los repetidos casos de maltrato a los pacientes, el aislamiento geográfico y profesional de las instituciones y su personal, los deficientes sistemas de notificación y contabilidad, la mala gestión, la administración ineficaz, la insatisfactoria asignación de los recursos financieros, la falta de formación del personal y la insuficiencia de los procedimientos de inspección y de control de la calidad. Al

Recuadro 3.1 Atención de salud mental: ¿entonces o ahora?

Las tres citas siguientes muestran claramente cómo han cambiado, o se han cuestionado, las actitudes y políticas relacionadas con el tratamiento de los enfermos mentales en los últimos 150 años.

«Hace ahora 16 años que se abolió el empleo de toda clase de restricción mecánica [de los enfermos mentales]: la camisa de fuerza, el manguito, el cepo, las esposas, la silla de sujeción u otros. Dondequiera que se ha intentado resueltamente, se ha conseguido. [...] no cabe mayor falacia que la de pensar que eso que se denomina un uso moderado de la restricción puede ser congruente con un plan general de tratamiento que en todos los demás aspectos sea completo, admisible y humano. [Su] abolición debe ser absoluta, o no será eficaz.»

1856. John Conolly (1794-1866), médico inglés, director del manicomio de Hanwell. En: *The treatment of the insane without mechanical restraints*. Londres, Smith, Elder & Co.

«Cuando se organizó, el Comité Nacional tenía como principal objeto humanizar la atención a los alienados: erradicar los abusos, las brutalidades y el abandono que tradicionalmente han sufrido los enfermos mentales; dirigir la atención pública a la necesidad de una reforma; convertir los «asilos» en hospitales, ampliar las instalaciones de tratamiento y elevar la calidad de la asistencia; en una palabra, conseguir para los enfermos mentales el alto nivel de atención médica que se dispensa a los enfermos orgánicos.»

1908. Clifford Beers (1876-1943), estadounidense, fundó el movimiento internacional de higiene mental y fue internado varias veces en hospitales psiquiátricos. En: *A mind that found itself: an autobiography*. Nueva York, Longmans Green.

«Nos alzamos contra el derecho atribuido a unos hombres, obtusos o no, de sancionar con el encarcelamiento a perpetuidad sus investigaciones en el ámbito del espíritu. ¡Y qué encarcelamiento! Se sabe – no lo bastante – que los asilos, lejos de ser lugares de *asilo*, son cárceles espeluznantes, donde los presos suministran una mano de obra gratuita y cómoda, donde los malos tratos son la norma, y esto lo consienten ustedes. El asilo de alienados, so capa de ciencia y justicia, es comparable a un cuartel, a una prisión, a una penitenciaría.»

1935. Antonin Artaud (1896-1948), poeta, actor y dramaturgo francés, que pasó muchos años en hospitales psiquiátricos. En: «Lettre aux Médecins-chefs des asiles de fous», *La Révolution surréaliste* N° 3, París.

mismo tiempo, las condiciones de vida en hospitales psiquiátricos de todo el mundo dejan mucho que desear, y generan violaciones de los derechos humanos y cronicidad. Considerando parámetros absolutos, se podría sostener que en los hospitales de los países desarrollados hay mejores condiciones de vida que en muchos países en desarrollo. Pero en términos relativos – comparando los niveles hospitalarios con los niveles comunitarios generales de cada país – cabe afirmar que las condiciones de todos los hospitales psiquiátricos son malas. Se han documentado ejemplos de vulneración de los derechos humanos en hospitales psiquiátricos (recuadro 3.2).

Por el contrario, la atención comunitaria persigue la habilitación de las personas con trastornos mentales y conductuales. En la práctica, la atención comunitaria implica desarrollar una amplia gama de servicios de ámbito local. El objetivo de ese proceso, que en muchas regiones y países todavía no se ha iniciado, es asegurar que algunas de las funciones protectoras del manicomio sean íntegramente asumidas por la comunidad, e impedir que se perpetúen los aspectos negativos de las instituciones. Como enfoque, la atención comunitaria significa lo siguiente:

- servicios situados cerca del domicilio, incluidos atención hospitalaria general para ingresos agudos y residencias para estancias largas en la comunidad;
- intervenciones relacionadas con las discapacidades además de con los síntomas;
- tratamiento y asistencia específicos para el diagnóstico y las necesidades de cada individuo;
- una amplia gama de servicios que respondan a las necesidades de las personas con trastornos mentales y conductuales;
- servicios coordinados entre los profesionales de salud mental y los organismos comunitarios;
- servicios ambulatorios antes que residenciales, incluidos los que permitan el tratamiento a domicilio;
- cooperación con los cuidadores y respuesta a sus necesidades;
- legislación en apoyo de los aspectos citados.

La evidencia acumulada de las deficiencias del hospital psiquiátrico, unida a la aparición del «institucionalismo», esto es, de discapacidades surgidas como consecuencia del aislamiento social y la atención institucional en manicomios apartados, dio origen al movi-

miento de desinstitucionalización. Aunque la desinstitucionalización es una parte importante de la reforma de la atención de salud mental, no es sinónimo de deshospitización. La desinstitucionalización es un proceso complejo que conduce al establecimiento de una red sólida de alternativas comunitarias. Cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos. Lo uno y lo otro deben hacerse a un tiempo, por etapas bien coordinadas. Un proceso de desinstitucionalización correcto tiene tres componentes esenciales:

- la prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos mediante la dotación de medios comunitarios;
- el reintegro a la comunidad de los pacientes institucionalizados de larga duración que hayan sido debidamente preparados;
- el establecimiento y el mantenimiento de sistemas de apoyo comunitarios para los pacientes no institucionalizados.

La desinstitucionalización no siempre ha sido un éxito, y la atención comunitaria aún tiene que resolver algunos problemas operativos. La falta de mejores resultados se ha debido, entre otras razones, a que los gobiernos no han asignado a la atención comunitaria los recursos que se ahorran al cerrar los hospitales; a que no se ha preparado adecuadamente a los profesionales para asumir sus nuevos cometidos, y a que el estigma ligado a los trastornos mentales sigue siendo fuerte y se traduce en actitudes públicas negativas hacia estos pacientes. En algunos países son muchos los enfermos mentales graves que acaban en prisión o sin hogar.

El cambio de paradigma del hospital a la comunidad se ha reflejado en la introducción de importantes modificaciones en las políticas de diversos países. En Italia, por ejemplo, el cierre de todos los hospitales psiquiátricos en aplicación de la Ley 180, que entró en vigor en 1978, formalizó y aceleró una tendencia preexistente en el cuidado de los enfermos mentales. Las principales disposiciones de la ley italiana establecen la prohibición de admitir pacientes nuevos en los grandes hospitales estatales; tampoco debe haber reingresos ni se han de construir nuevos hospitales psiquiátricos. Los pabellones psiquiátricos de los hospitales generales no deben tener más de 15 camas, y deben estar afiliados a centros de salud mental comunitarios. Los centros comunitarios, dotados con el personal de salud mental existente, tienen a su cargo una zona de captación determinada. La Ley 180 ha tenido repercusiones mucho más allá de la jurisdicción italiana.

Recuadro 3.2 Violaciones de los derechos humanos en hospitales psiquiátricos

Las comisiones de derechos humanos han descubierto condiciones «escandalosas e inaceptables» en sus visitas a distintos hospitales psiquiátricos de América Central¹ y la India² durante los últimos cinco años. Condiciones parecidas imperan en muchos otros hospitales psiquiátricos de otras regiones, tanto en países industrializados como en países en desarrollo. Entre ellas hay que contar la suciedad, las goteras, los lavabos inundados y los desperfectos en suelos, puertas y ventanas. La mayoría de los pacientes visitados estaban en pijama o des-

nudos. Algunos permanecían encerrados en pequeños recintos de pabellones residenciales sin nada que hacer en todo el día más que pasear o estar sentados o tumbados en el suelo de cemento. Los niños estaban tendidos en esteras sobre el suelo, algunos cubiertos de orina y heces. Era frecuente el uso indebido de restricciones físicas: a muchos pacientes se los veía atados a la cama.

Al menos un tercio de los pacientes eran personas con epilepsia o retraso mental, para las cuales la reclusión ni es necesaria ni reporta ningún beneficio. Sería perfecta-

mente posible reintegrarlas a la comunidad si se les pudiera facilitar la medicación adecuada y una gama completa de servicios y sistemas de apoyo comunitarios.

Muchos hospitales conservaban la estructura carcelaria con que fueron construidos en la época colonial. Los pacientes eran designados como *internos*, y durante la mayor parte del día estaban al cuidado de *celadores*, cuyos supervisores se denominaban *guardianes*, mientras que los pabellones recibían el nombre de *galeras*. En la mayoría de los hospitales se usaban celdas de aislamiento.

En más del 80% de los hospitales visitados no se disponía de medios para efectuar análisis ordinarios de sangre y orina. Al menos uno de cada tres pacientes carecía de diagnóstico psiquiátrico que justificase su estancia. En la mayoría de los hospitales el archivo de historias clínicas era muy deficiente. Había profesionales adiestrados de enfermería psiquiátrica en menos del 25% de los hospitales, y menos de la mitad de los hospitales contaban con psicólogos clínicos y asistentes sociales de psiquiatría.

¹ Levav I, Gonzalez VR (2000). Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 83-86.

² National Human Rights Commission (1999). *Quality assurance in mental health*. New Delhi, National Human Rights Commission of India.

En muchos países europeos el modelo dominante en la organización de la atención psiquiátrica integral ha sido la delimitación de zonas geográficas, los llamados *sectores*. Este concepto se desarrolló en Francia a mediados del siglo XX, y desde la década de 1960 el principio organizativo de la sectorización se ha aplicado extensamente en casi todos los países de Europa occidental, variando el tamaño del sector entre 25 000 y 30 000 habitantes. El concepto de distrito sanitario en la estrategia de la atención primaria de salud tiene muchos puntos en común con este planteamiento por sectores.

En muchos países en desarrollo los programas de asistencia a personas con problemas mentales y conductuales ocupan un nivel bajo en la escala de prioridades. Sólo existe dicha asistencia en un pequeño número de instituciones, donde son habituales la saturación, la escasez de personal y la ineficiencia, y los servicios denotan poca comprensión de las necesidades de los enfermos o de la gama de posibilidades de tratamiento y atención.

En la mayoría de los países en desarrollo no se dispone de servicios de psiquiatría para la generalidad de la población, y los únicos que existen se encuentran en hospitales psiquiátricos. Estos hospitales suelen estar centralizados y no ser fácilmente accesibles, por lo que es frecuente que sólo se acuda a ellos como último recurso. Son hospitales de grandes dimensiones, contruidos pensando más en la economía de su explotación que en el tratamiento. En cierto modo el manicomio pasa a ser una comunidad aparte, que mantiene muy pocos contactos con el conjunto de la sociedad. Los hospitales funcionan con arreglo a una normativa más penitenciaria que terapéutica. En muchos países los ingresos y las altas están obstaculizados por leyes que tienen más de 40 años de antigüedad. A ello hay que añadir que en la mayoría de los países en desarrollo no se cuenta con programas adecuados a nivel nacional para la formación de psiquiatras, profesionales de enfermería psiquiátrica, psicólogos clínicos, asistentes sociales de psiquiatría y terapeutas ocupacionales. Ante la escasez de profesionales especializados, la comunidad recurre a los curanderos tradicionales (Saeed et al. 2000).

Resultado de estos factores es una imagen institucional negativa de los enfermos mentales, que agrava el estigma de sufrir un trastorno mental o conductual. Aún hoy estas instituciones no se han adaptado a la apreciación actual de los derechos humanos de las personas aquejadas de afecciones mentales.

Recuadro 3.3 La Declaración de Caracas¹

Las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud, ...

DECLARAN:

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.
2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios.
3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:
 - a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles;
 - b) basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados; y
 - c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario.
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
 - a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales; y
 - b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento.
5. Que la capacitación del recurso humano en salud mental y psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración.
6. Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración de la atención psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual, instan: a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

¹ Extracto del texto adoptado el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada en Caracas (Venezuela) por la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la OMS para las Américas, *International Digest of Health Legislation – Recueil International de Législation sanitaire*, 1991, 42(2): 336–338.

Algunos países en desarrollo, particularmente en la Región del Mediterráneo Oriental, han tratado de formular planes nacionales de los servicios de salud mental, desarrollar recursos humanos e integrar la salud mental en la atención sanitaria general de acuerdo con las recomendaciones elaboradas en 1974 por un comité de expertos de la OMS (OMS 1975; Mohit 1999).

En 1991 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental, en los cuales se hace hincapié en la atención en la comunidad y los derechos de las personas con trastornos mentales (Naciones Unidas 1991). Ahora se reconoce que puede haber violación de los derechos humanos tanto porque se desatienda al paciente por discriminación, irresponsabilidad y falta de acceso a servicios como por la práctica de intervenciones intrusivas, restrictivas y regresivas.

En 1990 la OMS/OPS puso en marcha una iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región de las Américas, fruto de la cual fue la Declaración de Caracas (recuadro 3.3). En dicha declaración se hacía un llamamiento en favor del desarrollo de una atención psiquiátrica estrechamente unida a la atención primaria de salud e inscrita en el marco del sistema sanitario local. Estos avances contribuyeron a estimular la organización de la atención de salud mental en los países en desarrollo.

Allí donde recientemente se han organizado nuevos servicios de salud mental en países en desarrollo, por regla general se han constituido como parte de la atención primaria de salud. Visto desde cierto ángulo no podía ser de otro modo, habida cuenta de la falta de profesionales capacitados y recursos para prestar servicios especializados. Desde otro ángulo, es un reflejo de la oportunidad de organizar los servicios de salud mental de forma que se eviten el aislamiento, la estigmatización y la discriminación. La opción de utilizar todos los recursos comunitarios disponibles posee el atractivo de capacitar a los individuos, las familias y las comunidades para que hagan de la salud mental un objetivo de los ciudadanos más que de los profesionales. Actualmente, sin embargo, la atención de salud mental no está recibiendo los apoyos necesarios en los países en desarrollo. Incluso en países donde programas piloto han demostrado el valor de integrarla en la atención primaria de salud (por ejemplo el Brasil, China, Colombia, Filipinas, la India, la República Islámica del Irán, el Pakistán, el Senegal, Sudáfrica y el Sudán), ese enfoque no se ha hecho extensivo a la totalidad del territorio.

Cuadro 3.1 Utilización de servicios profesionales para los problemas mentales, Australia, 1997

Consultas con motivo de problemas mentales	Ningún trastorno %	Algún tipo de trastorno %	> 3 trastornos %
Sólo a un médico generalista ^a	2,2	13,2	18,1
Sólo a un profesional de la salud mental ^b	0,5	2,4	3,9
Sólo a otro profesional sanitario ^c	1,0	4,0	5,7
A varios tipos de profesional sanitario	1,0	15,0	36,4
A algún tipo de profesional sanitario ^d	4,6	34,6	64,0

^a Personas que en los últimos 12 meses consultaron al menos una vez a un médico generalista, pero no así a otro tipo de profesional sanitario.

^b Personas que en los últimos 12 meses consultaron al menos una vez a un profesional de la salud mental (psiquiatra/psicólogo/equipo de salud mental), pero no así a otro tipo de profesional sanitario.

^c Personas que en los últimos 12 meses consultaron al menos una vez a algún tipo de profesional sanitario (enfermera/especialista no psiquiatra/farmacéutico/encargado de ambulancia/asistente social o consejero) distinto de los antes considerados.

^d Personas que en los últimos 12 meses consultaron al menos una vez a algún tipo de profesional sanitario.

Fuente: Andrews G et al. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178:145-153.

A pesar de las grandes diferencias que existen entre los países desarrollados y en desarrollo por lo que se refiere a la atención de salud mental, unos y otros comparten un mismo problema, a saber, la escasa utilización de los servicios psiquiátricos disponibles. Incluso en países donde dichos servicios están consolidados, menos de la mitad de las personas que necesitan asistencia se benefician de ellos. Esto guarda relación tanto con el estigma que pesa sobre las personas que padecen trastornos mentales y conductuales como con la inadecuación de los servicios prestados (cuadro 3.1).

El problema del estigma fue subrayado en el Informe del Director General de Sanidad de los Estados Unidos para 1999 (DHHS 1999). Dicho informe señalaba: «A pesar de la eficacia de las opciones de tratamiento y de las muchas maneras posibles de obtener un tratamiento idóneo, casi la mitad de los estadounidenses que padecen una enfermedad mental grave no solicitan tratamiento. Lamentablemente, en la mayoría de los casos la renuencia a pedir atención es el resultado de obstáculos muy reales. El más importante de esos obstáculos es el estigma con que muchas personas de nuestra sociedad marcan la enfermedad mental y a quienes la padecen».

En resumen, el último medio siglo ha visto evolucionar la asistencia hacia un paradigma de atención comunitaria. Ello se basa en dos pilares fundamentales: el primero es el respeto a los derechos humanos de los enfermos mentales, y el segundo es el empleo de intervenciones y técnicas modernizadas. En los mejores casos, esto se ha traducido en un proceso responsable de desinstitucionalización, apoyado por profesionales sanitarios, consumidores, familiares y otros grupos progresistas de la comunidad.

PRINCIPIOS DE LA ASISTENCIA

La idea de una atención de salud mental comunitaria es un planteamiento general más que una solución organizativa. Atención comunitaria significa que la gran mayoría de los enfermos mentales que requieren asistencia deben tener la posibilidad de ser tratados a nivel comunitario. La atención de salud mental no sólo debe ser local y accesible, sino que también debe responder a las múltiples necesidades de los pacientes. Su objetivo final debe ser la habilitación, y debe emplear técnicas de tratamiento eficientes que permitan a los enfermos mentales mejorar sus aptitudes de autoayuda, poniendo a contribución el entorno informal familiar y social junto a mecanismos de apoyo formales. La atención comunitaria, a diferencia de la hospitalaria, puede localizar recursos y crear alianzas para la salud que de otro modo permanecerían ignorados e inactivos.

El empleo de esos recursos ocultos puede evitar que el paciente dado de alta sea abandonado por los servicios de salud al cuidado de su familia cuando ésta no está en condiciones de atenderle, con la consabida carga y consecuencias psicosociales negativas para los dos. Hace posible un manejo muy efectivo de la carga social y familiar, tradicionalmente aliviada por la asistencia institucional. Este tipo de servicio se está extendiendo en algunos países europeos, algunos estados de los Estados Unidos, Australia, el Canadá y China. Algunos países de América Latina, África, el Mediterráneo oriental, Asia sudoriental y el Pacífico occidental han implantado servicios innovadores (OMS 1997b).

Comoquiera y dondequiera que se dispense, la buena asistencia parte de ciertos principios rectores básicos, algunos de los cuales son de especial pertinencia para la atención de salud mental. Esos principios son: el diagnóstico; la intervención precoz; el empleo racional de las técnicas de tratamiento; la continuidad de la asistencia; una gama amplia de servicios; la participación de los consumidores; la cooperación con las familias; la participación de la comunidad local, y la integración en la atención primaria.

DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN

Un diagnóstico objetivo correcto es fundamental para planificar la asistencia individual y escoger el tratamiento adecuado. Los trastornos mentales y conductuales se pueden diagnosticar con un alto grado de fiabilidad. Dado que hay diferentes tratamientos indicados

para los diferentes trastornos, el diagnóstico es un punto de partida importante en toda intervención.

El diagnóstico se puede hacer en términos nosológicos (es decir, conforme a una clasificación y nomenclatura internacional de enfermedades y trastornos), en términos del tipo y grado de discapacidad que experimenta el paciente, o, preferiblemente, en ambas formas.

La intervención precoz es fundamental para evitar que la enfermedad alcance plenas dimensiones, controlar los síntomas y mejorar los resultados. Cuanto antes se instaure un tratamiento apropiado, mejor será el pronóstico. La importancia de la intervención precoz se comprueba en los siguientes ejemplos:

- En la esquizofrenia se está demostrando que es importante la duración de la psicosis no tratada. El retraso en el tratamiento conlleva probablemente un peor pronóstico (McGorry 2000, Thara et al. 1994).
- La detección precoz y las intervenciones breves para las personas con alto riesgo de padecer problemas relacionados con el alcohol son eficaces para reducir el consumo de bebidas alcohólicas y los perjuicios concomitantes (Wilk et al. 1997).

Para tratar correctamente los trastornos mentales se debe hacer un uso racional de las intervenciones farmacológicas, psicológicas y psicosociales disponibles, combinándolas en alternativas clínicamente válidas, equilibradas e integradas. En vista de su extrema importancia, esos ingredientes de la asistencia serán tratados por extenso más adelante en este capítulo.

CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA

Ciertos trastornos mentales y conductuales siguen un curso crónico, aunque con periodos de remisión y recaídas que pueden parecer trastornos agudos. No obstante, a efectos de manejo son similares a las enfermedades orgánicas crónicas. Por consiguiente, el paradigma de asistencia crónica resulta aquí más apropiado que el que se suele aplicar a las enfermedades agudas y comunicables. Esto encierra repercusiones particulares para el acceso a los servicios, la disponibilidad de personal y los costos para el paciente y su familia.

Las necesidades de los pacientes y de sus familias son complejas y variables, y es importante que la asistencia tenga continuidad. Esto requiere cambios en su organización actual. Algunas de las medidas necesarias para garantizar la continuidad son:

- establecer dispensarios especiales para grupos de pacientes con el mismo diagnóstico o los mismos problemas;
- capacitar a los cuidadores;
- disponer que un mismo equipo de tratamiento atienda a los pacientes y sus familias;
- impartir educación en grupo a los pacientes y sus familias;
- descentralizar los servicios;
- integrar la asistencia en la atención primaria de salud.

UNA GAMA AMPLIA DE SERVICIOS

Las necesidades de los enfermos mentales y sus familias son múltiples y diversas, y varían en los diferentes estadios de la enfermedad. Para prestar asistencia integral a algunos enfermos mentales se requiere una extensa gama de servicios. Quienes se recuperan de la enfermedad necesitan que se les ayude a recobrar sus capacidades y retomar su puesto en la sociedad. Quienes sólo se recuperan parcialmente necesitan apoyo para competir en una sociedad abierta. Sobre todo en los países en desarrollo, algunos pacientes que han recibido una asistencia subóptima pueden aun así beneficiarse de programas de rehabilitación. Los servicios pueden dispensar medicación o suministrar programas especiales de rehabilitación, vivienda, asistencia jurídica u otras formas de apoyo socioeconómico. El personal especializado, por ejemplo los profesionales de enfermería, los psicólogos clínicos, los asistentes sociales, los terapeutas ocupacionales y los voluntarios, ha demostrado su

valor como elemento intrínseco de equipos de asistencia flexibles. Los equipos multidisciplinarios tienen especial interés para el manejo de los trastornos mentales, debido a las necesidades complejas de los pacientes y sus familias en distintos momentos de la enfermedad.

COOPERACIÓN CON LOS PACIENTES Y LAS FAMILIAS

La aparición de movimientos de consumidores en cierto número de países ha hecho que se tuviera más en cuenta las opiniones de los interesados directos. En este caso los grupos de consumidores suelen estar formados por enfermos mentales y sus familias. En muchos países los movimientos de consumidores han crecido en paralelo con formas tradicionales de promoción de la salud mental, como la de los movimientos familiares. El movimiento de consumidores se basa en la confianza en las elecciones del paciente por lo que concierne al tratamiento y otras decisiones (véase el recuadro 3.4).

Probablemente el mejor ejemplo de movimiento de consumidores sea Alcohólicos Anónimos, que se ha popularizado en todo el mundo y ha conseguido tasas de recuperación comparables con las obtenidas por la atención psiquiátrica formal. La disponibilidad de tratamientos asistidos por computadora y apoyo en línea a cargo de ex pacientes ha abierto nuevos cauces a la asistencia. Los pacientes con trastornos mentales pueden ser muy capaces de ayudarse a sí mismos, y en diversas afecciones el apoyo de los compañeros ha sido importante para la curación y la reintegración en la sociedad.

El movimiento de consumidores ha influido sustancialmente en las políticas de salud mental de cierto número de países. En particular, ha incrementado el empleo de personas con trastornos en el sistema de salud mental tradicional, así como en otros organismos de servicios sociales. Por ejemplo, en el Ministerio de Salud de la provincia canadiense de Columbia Británica, el puesto de director de cuidados alternativos fue asignado recientemente a una persona aquejada de un trastorno mental, que de ese modo se encuentra en una buena posición para influir en la política y los servicios de salud mental.

Los movimientos de defensa del consumidor han incluido entre sus materias de interés el tratamiento involuntario, la asistencia autoadministrada, el papel de los consumidores en la investigación, la prestación de servicios y el acceso a la atención. Entre los programas gestionados por consumidores figuran centros de encuentro, programas de gestión de casos, programas de divulgación y servicios de crisis.

Recuadro 3.4 El papel de los consumidores en la atención de salud mental

Tradicionalmente, las personas que recurren a los servicios de salud mental han sido consideradas dentro del sistema como receptores pasivos e incapaces de articular sus necesidades y deseos particulares, y han sido sometidas a formas de atención o tratamiento decididas y concebidas por otros. En los últimos 30 años, sin embargo, han comenzado a articular como consumidores su propia visión de los servicios que necesitan y quieren.

Entre los temas que con mayor fuerza se han planteado están: el derecho a la autodeterminación; la necesidad de información sobre la medicación y otros tratamientos; la

necesidad de servicios que faciliten la participación activa de la comunidad; la eliminación de la estigmatización y de la discriminación; la mejora de la legislación y de las actitudes públicas con miras a eliminar obstáculos a la integración en la comunidad; la necesidad de servicios alternativos gestionados por los consumidores; la extensión de los derechos legales y la protección jurídica de los derechos existentes, y la supresión del internamiento, a menudo vitalicio, en grandes instituciones.

Entre los usuarios y sus organizaciones hay diversidad de pareceres sobre la mejor manera de conseguir sus objetivos. Algunos grupos desean cooperar y colaborar activa-

mente con los profesionales de la salud mental, en tanto que otros propugnan una total separación. Existen también divergencias importantes sobre si conviene cooperar, y hasta qué punto, con organizaciones representativas de los familiares de los pacientes.

Está claro que en todo el mundo las organizaciones de consumidores quieren que éstos hagan oír su voz y sean tenidos en cuenta cuando se adopten decisiones que afecten a sus vidas. Las personas a quienes se ha diagnosticado una enfermedad mental tienen derecho a ser escuchadas en los debates sobre políticas y prácticas de salud mental que implican a profesionales, familiares,

legisladores y líderes de opinión. Detrás de las etiquetas y los diagnósticos hay personas de carne y hueso, que, independientemente de lo que piensen otros, tienen ideas, criterios, opiniones y ambiciones. Las personas que han recibido un diagnóstico de enfermedad mental no son distintas de las demás, y quieren las mismas cosas básicas de la vida: unos ingresos adecuados; una vivienda decente; oportunidades educativas; una formación laboral que conduzca a un trabajo real y valioso; participación en la vida de la comunidad; amistades y relaciones sociales, y relaciones personales basadas en el afecto.

Hasta hace relativamente poco tiempo no se ha reconocido la función positiva de las familias en los programas de salud mental. La antigua visión de la familia como factor causal no es válida. El papel de la familia se extiende ahora, más allá de la asistencia cotidiana, a la promoción de los intereses de los enfermos mentales. Dicha promoción ha sido determinante para modificar la legislación relativa a la salud mental en algunos países y mejorar los servicios y desarrollar redes de apoyo en otros.

Hay pruebas sólidas que demuestran la conveniencia de involucrar a las familias en el tratamiento y manejo de la esquizofrenia, el retraso mental, la depresión, la dependencia del alcohol y los trastornos conductuales en la infancia. El papel de la familia en el tratamiento de otras afecciones debe ser dilucidado mediante nuevos ensayos controlados. Hay indicios de que se obtienen mejores resultados con los pacientes que viven con sus familias que con los internados en instituciones. Sin embargo, muchos estudios internacionales han puesto de manifiesto una fuerte relación entre las actitudes de intensa «emoción expresada» en los familiares y una mayor tasa de recaídas de los pacientes que conviven con ellos. Cambiando el clima emocional del hogar se puede reducir la tasa de recaídas (Leff & Gamble 1995; Dixon et al. 2000).

El trabajo de cooperación con las familias para reducir las recaídas se ha visto siempre no como un sustituto, sino como un complemento de la medicación de mantenimiento. De hecho, está demostrado que la terapia familiar añadida a la medicación antipsicótica es más eficaz que la medicación por sí sola para prevenir las recaídas en la esquizofrenia. Un metaanálisis llevado a cabo por la Cochrane Collaboration (Pharaoh et al. 2000) ha revelado que las tasas de recaídas se reducen en promedio a la mitad en periodos de uno y dos años. Subsiste el interrogante, sin embargo, de si equipos clínicos ordinarios podrían reproducir los llamativos resultados de los grupos de investigadores pioneros que han llevado a cabo esos ensayos, casi siempre en países desarrollados. En los países en desarrollo la familia suele participar en el tratamiento del paciente psiquiátrico, tanto si el tratamiento es

Recuadro 3.5 Cooperación con las familias

Los trabajadores de la salud mental, las familias de los enfermos mentales y las organizaciones de apoyo a las familias tienen mucho que aprender unos de otros. A través de contactos regulares, el personal de salud puede aprender de las familias qué conocimientos, actitudes y aptitudes se necesitan para colaborar con eficacia. Las familias, por su parte, pueden tomar conciencia de problemas tales como la escasez de recursos, la existencia de un gran volumen de trabajo o la falta de formación suficiente, que impiden que el personal y los servicios clínicos presten servicios efectivos. En esos casos la defensa pública de los intereses de los enfermos por parte de una organización familiar puede ser mejor vista que la de los «intereses creados» del trabajador profesional.

Ante un caso de enfermedad mental, al profesional sanitario le conviene establecer cuanto antes una relación de cooperación con la

familia. Esa conjunción de esfuerzos permitirá examinar información sobre un amplio abanico de cuestiones relacionadas con la enfermedad, explorar las reacciones de la familia y formular un plan de tratamiento. A su vez, la familia se beneficiará del aprendizaje de métodos de resolución de problemas que le permitirán afrontar la enfermedad con la máxima eficacia.

A continuación se describen brevemente dos asociaciones de apoyo a las familias que han demostrado ser muy competentes para satisfacer las necesidades de sus asociados y facilitar la relación con los profesionales.

Alzheimer's Disease International (ADI) es una federación que agrupa a 57 asociaciones nacionales de la enfermedad de Alzheimer repartidas por todo el mundo. Su finalidad es apoyar el desarrollo de asociaciones nuevas y fomentar la labor de las que ya existen mediante actividades tales como el Día Mundial del Alzheimer, una conferencia anual y

la Alzheimer's University (una serie de talleres donde se abordan cuestiones básicas de organización). También suministra información a través de su sitio web (<http://www.alz.co.uk>), hojas informativas, folletos y boletines.

Las asociaciones nacionales de la enfermedad de Alzheimer tienen como misión brindar apoyo a las personas con demencia y a sus familias. No sólo suministran información, sino también ayuda práctica y psicológica en forma de teléfonos de ayuda, grupos de apoyo y asistencia de relevo. Ofrecen asimismo capacitación para cuidadores y profesionales, y hacen presión ante los gobiernos.

La *World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WSF)* subraya que el intercambio de conocimientos – los conocimientos profesionales del personal de salud mental y los conocimientos que adquieren las familias y los consumidores a través de su experiencia vivida – es esencial para generar

confianza. Sin confianza no será posible en muchos casos establecer una alianza terapéutica eficaz, y podrán surgir desacuerdos entre los médicos, las familias y los pacientes.

Con esta cooperación permanente se pretende fomentar la seguridad en sí mismos de los cuidadores familiares, para que puedan resolver los muchos y complicados problemas que se les presentan sin tener que depender en todo momento del apoyo de los profesionales. Este proceso se ha descrito como un «pasar de la preocupación pasiva al cuidado activo». Se refuerza con la orientación hacia organizaciones de apoyo a las familias, que los profesionales deben recomendar vivamente a los familiares como parte importante del tratamiento y el plan de atención a largo plazo. Se puede obtener más información sobre esta asociación solicitándola por correo electrónico a info@world-schizophrenia.org.

dispensado por curanderos tradicionales como si procede de servicios biomédicos.

La creación de redes de familias a nivel local y nacional ha propiciado la colaboración de los cuidadores con los profesionales (recuadro 3.5). Muchas redes, además de suministrar ayuda mutua, han acometido tareas de promoción, educación del público en general, solicitud de mayor apoyo por parte de las autoridades públicas y lucha contra la estigmatización y la discriminación.

PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD LOCAL

Las creencias, actitudes y reacciones sociales deciden muchos aspectos de la atención de salud mental. Los enfermos mentales son miembros de la sociedad, y el ambiente social es un determinante importante de su evolución. Un ambiente social favorable contribuye a la recuperación y la reintegración, mientras que un ambiente negativo puede reforzar la estigmatización y la discriminación. Entre las medidas que pueden ser útiles para potenciar la participación de las comunidades locales están la difusión de información correcta sobre los trastornos mentales y la aplicación de recursos comunitarios a iniciativas específicas tales como el voluntariado para la prevención de suicidios y la colaboración con curanderos tradicionales. Traspasar la asistencia de las instituciones a la propia comunidad puede modificar las actitudes y respuestas de ésta y ayudar a que las personas con enfermedades mentales disfruten de una vida mejor.

Estudios efectuados en muchos países de África y Asia muestran que alrededor de un 40% de los clientes de curanderos tradicionales sufren enfermedades mentales (Saeed et al. 2000). No es muy distinto el panorama que revelan muchos estudios llevados a cabo en el contexto de la atención sanitaria general. Trabajar con curanderos tradicionales es, pues, una iniciativa de salud mental importante. Los profesionales suministran a los curanderos información correcta sobre los trastornos mentales y conductuales, los animan a actuar como agentes de derivación de pacientes y desalientan prácticas tales como la inanición y el castigo. A su vez, aprenden a entender las capacidades de los curanderos para tratar trastornos psicosociales.

Las organizaciones no gubernamentales han sido importantes en la promoción de la salud mental a lo largo de la historia. Fue un paciente, Clifford Beers, quien en 1906 creó la primera organización no gubernamental exitosa dedicada a la salud mental, precursora de la Federación Mundial de la Salud Mental. La aportación de esas organizaciones es incuestionable.

Hay múltiples maneras de inducir cambios en la comunidad. La más importante es el uso de los medios de comunicación para realizar campañas de educación del público. Las campañas «Defeat depression» y «Changing minds – every family in the land», llevadas a cabo en el Reino Unido, y el lema del Día Mundial de la Salud 2001, «Sí a la atención, no a la exclusión», son otros tantos ejemplos. Programas de sensibilización general en países como Australia, el Canadá, los Estados Unidos, la India, la República Islámica del Irán, Malasia y el Reino Unido han modificado las actitudes de la población hacia los trastornos mentales. La Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) ha puesto en marcha en varios países un programa encaminado a combatir la estigmatización y la discriminación contra las personas que padecen esquizofrenia (véase el recuadro 4.9). Dicho programa hace uso de los medios de comunicación, las escuelas y las familias como agentes del cambio.

En muchos países en desarrollo la comunidad no siempre ejerce discriminación contra los enfermos mentales, pero las creencias en la brujería, en fuerzas sobrenaturales, en el destino, en la hostilidad de los dioses, etcétera, pueden ser obstáculos para pedir ayuda y seguir un tratamiento. Uno de los mejores ejemplos de cómo la comunidad puede tomar a su cargo el cuidado de los enfermos mentales es el que ofrece la ciudad belga de Geel, marco del que sin duda es el más antiguo programa comunitario de salud mental del mundo occidental. Desde el siglo XIII, y conforme a una costumbre cuyos orígenes quizá se podrían remontar al siglo VIII, enfermos mentales graves han sido acogidos por la iglesia de Santa Dimpna o por familias adoptivas de la ciudad, con las cuales han convivido a menudo durante decenios. Hoy esas familias de Geel atienden a unos 550 pacientes, la mitad de los cuales aproximadamente tienen trabajo en talleres protegidos.

INTEGRACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Otro principio importante que desempeña un papel capital en la organización de la atención de salud mental es la integración en la atención primaria. La función fundamental de la atención primaria para el conjunto del sistema sanitario de cualquier país fue claramente afirmada en la Declaración de Alma-Ata. Este nivel básico de atención actúa a modo de filtro entre la población general y la asistencia sanitaria especializada.

Los trastornos mentales son comunes, y la mayoría de los pacientes sólo acuden a consultas de atención primaria, pero con frecuencia sus afecciones no son detectadas (Üstün & Sartorius 1995). Además, la morbilidad psicológica es un hallazgo frecuente (pero no siempre reconocido) de los profesionales de la atención primaria. Capacitar al personal de atención primaria y atención sanitaria general para la detección y el tratamiento de trastornos mentales y conductuales comunes es una medida importante de salud pública. Dicha capacitación se puede facilitar estableciendo enlaces con el personal de salud mental comunitario, que suele estar deseoso de compartir sus conocimientos.

La calidad y la cantidad necesarias de servicios especializados de salud mental dependen de los servicios que se presten en el nivel de atención primaria. Dicho de otro modo, es necesario que la prestación de servicios esté equilibrada entre atención comunitaria y atención hospitalaria.

Los pacientes dados de alta en pabellones psiquiátricos, ya sea de hospitales generales o especializados, pueden ser objeto de un seguimiento eficaz por parte de médicos de atención primaria. Es evidente que la atención primaria desempeña un papel de gran importancia en aquellos países donde no existen servicios de salud mental comunitarios. En muchos países en desarrollo, profesionales bien adiestrados de atención primaria dispensan tratamiento adecuado a los enfermos mentales. Es interesante observar que la pobreza de un país no significa necesariamente que los enfermos mentales estén mal atendidos. Las experiencias de algunos países de África, Asia y América Latina demuestran que una formación adecuada del personal de atención primaria en la detección precoz y el manejo de los trastornos mentales puede reducir la institucionalización y mejorar la salud mental de sus clientes.

COMPONENTES DE LA ASISTENCIA

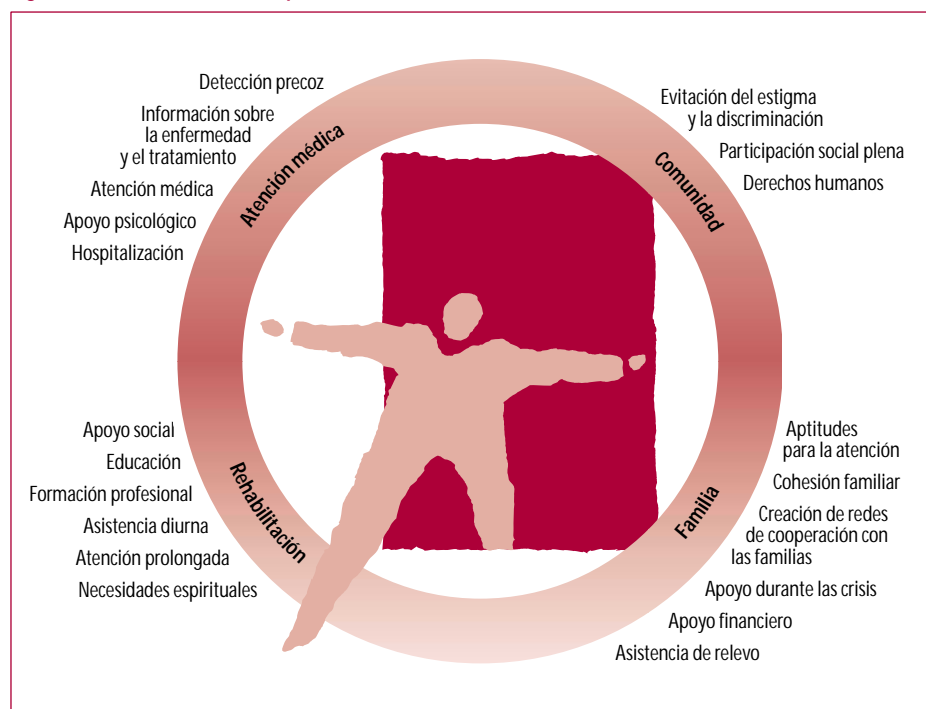
Quizá más particularmente que otras afecciones de la salud, los trastornos mentales y conductuales requieren para su manejo una combinación equilibrada de tres componentes fundamentales: medicación (o farmacoterapia), psicoterapia y rehabilitación psicosocial.

Para manejar racionalmente los trastornos mentales y conductuales hay que ajustar con tino la proporción de cada uno de esos ingredientes. Las cantidades necesarias variarán en función no sólo del diagnóstico principal, sino también de la existencia de otras enfermedades orgánicas y mentales, de la edad del paciente y del estadio en que se encuentre la enfermedad. Dicho de otro modo, el tratamiento debe adaptarse a las necesidades de cada caso, pero esas necesidades van cambiando a medida que evoluciona la enfermedad y varían las condiciones de vida del paciente (véase la figura 3.1).

Una combinación equilibrada de intervenciones se atenderá a los siguientes principios rectores:

- cada intervención tiene una indicación específica conforme al diagnóstico, esto es, se debe emplear en determinadas condiciones clínicas;
- cada intervención se debe emplear en una determinada dosis, esto es, el nivel de la intervención debe ser proporcionado a la gravedad de la afección;
- cada intervención debe tener una duración determinada, esto es, debe prolongarse durante tanto tiempo como requieran la naturaleza y la gravedad de la afección, y debe cesar tan pronto como sea posible;
- cada intervención debe ser sometida a vigilancia periódica para comprobar la adhesión y los resultados esperados, así como cualesquiera efectos adversos, y el receptor de la intervención debe ser siempre parte activa en esa vigilancia.

Figura 3.1 Necesidades de las personas con trastornos mentales



El manejo eficaz de los trastornos mentales y conductuales incluye un seguimiento atento de la adhesión al tratamiento. Algunos trastornos mentales son afecciones crónicas, y por lo tanto requieren que el régimen de tratamiento se extienda a toda la vida adulta. Es más difícil cumplir un tratamiento largo que un tratamiento corto. La situación se complica más porque, según se ha comprobado, la existencia de un trastorno mental o conductual se suele acompañar de un grado deficiente de cumplimiento de los regímenes terapéuticos.

Se han hecho muchas investigaciones sobre los factores que mejoran el cumplimiento del tratamiento. Entre ellos están:

- una relación de confianza entre el médico y el paciente;
- la dedicación de tiempo y energía a instruir al paciente sobre los objetivos de la terapia y las consecuencias de una buena o mala adhesión;
- un plan de tratamiento negociado;
- la colaboración de familiares y amigos en apoyo del plan terapéutico y su puesta en práctica;
- la simplificación del régimen de tratamiento;
- la reducción de los efectos adversos del régimen de tratamiento.

A lo largo de los años se ha constituido un consenso entre los profesionales clínicos sobre la eficacia de algunas intervenciones en el manejo de los trastornos mentales; esas intervenciones se describen más adelante. Lamentablemente, la información disponible sobre su eficacia con relación al costo es limitada. Las principales limitaciones son: en primer lugar, la naturaleza crónica de algunos trastornos mentales, que exige periodos de seguimiento muy largos para que la información sea significativa; segundo, los diferentes criterios clínicos y metodológicos empleados en los pocos estudios realizados sobre la costoeficacia de estas intervenciones; y tercero, el hecho de que la mayoría de los estudios de que se dispone han comparado enfoques avanzados del manejo de un trastorno dado, pocos de los cuales son factibles en los países en desarrollo. Por consiguiente, las intervenciones que a continuación se describen han sido seleccionadas en función de las pruebas

que atestiguan su eficacia – con independencia de que muchas personas no tengan acceso a ellas –, y no del criterio de eficacia con relación al costo. No obstante, se incluye información actualizada sobre la costoeficacia en los casos en que se dispone de tal información.

FARMACOTERAPIA

El descubrimiento y la mejora de medicamentos útiles para el manejo de los trastornos mentales en la segunda mitad del siglo XX han sido reconocidos en general como una revolución en la historia de la psiquiatría.

Básicamente son cuatro las clases de medicamentos psicotrópicos que se emplean contra síntomas específicos de los trastornos mentales: antipsicóticos para los síntomas psicóticos; antidepresivos para la depresión; antiepilépticos contra la epilepsia, y ansiolíticos o tranquilizantes para la ansiedad. Otros tipos se emplean para los problemas relacionados con las drogas y el alcohol. Es importante recordar que esas medicinas actúan sobre los síntomas de las enfermedades, no sobre las enfermedades en sí ni sobre sus causas. Por lo tanto no se pretende que curen las enfermedades, sino que aminoren o controlen sus síntomas o prevengan las recaídas.

En vista de la eficacia de la mayoría de estos medicamentos, que se hizo patente antes de que se generalizara la práctica de ensayos clínicos controlados, la mayoría de los estudios económicos recientes no se han centrado en la costoeficacia de la farmacoterapia en comparación con un placebo o con la ausencia de tratamiento, sino en la de otros tipos de medicación más recientes en comparación con sus homólogos más antiguos. Lo dicho se aplica en especial a los antidepresivos y antipsicóticos más modernos en relación, respectivamente, con los antidepresivos tricíclicos y los neurolépticos convencionales.

Una síntesis de los datos disponibles indica que, si bien estos medicamentos psicotrópicos más modernos tienen menos efectos secundarios adversos, no son significativamente más eficaces, y suelen ser más caros. Sin embargo, el costo de adquisición considerablemente mayor de los medicamentos más recientes se compensa por una necesidad menor de otros tipos de asistencia y tratamiento. Los antidepresivos más modernos, por ejemplo, pueden representar una alternativa más atractiva y asequible en los países de bajos ingresos una vez que expiren sus patentes, o allí donde ya se suministran a un precio similar al de los medicamentos más antiguos.

La Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS incluye actualmente los medicamentos que son necesarios como mínimo para el manejo satisfactorio de los trastornos mentales y neurológicos importantes desde el punto de vista de la salud pública. No obstante, los pacientes de países pobres o en desarrollo no deben verse privados de los avances de la psicofarmacología sólo por razones de índole económica. Es necesario no escatimar esfuerzos para poner al alcance de todos los mejores medicamentos que existan para tratar la afección. Esto requiere un planteamiento flexible de la lista de medicamentos esenciales.

PSICOTERAPIA

La psicoterapia consiste en intervenciones planificadas y estructuradas con las que se pretende influir en el comportamiento, el estado de ánimo y las pautas emocionales de reacción a diferentes estímulos a través de medios psicológicos verbales y no verbales. La psicoterapia no comprende el uso de medios bioquímicos ni biológicos.

Varias técnicas y enfoques, derivados de distintos fundamentos teóricos, han demostrado ser eficaces en relación con diversos trastornos mentales y conductuales. Entre ellos se cuentan la terapia conductual, la terapia cognitiva, la terapia interpersonal, las técnicas de relajación y las técnicas terapéuticas de apoyo (consejo) (OMS 1993b).

La terapia conductual consiste en la aplicación de principios psicológicos de base científica a la solución de problemas clínicos (Cottraux 1993). Se basa en los principios del aprendizaje.

Las intervenciones cognitivo-conductuales se encaminan a modificar las pautas de pensamiento y la conducta mediante la práctica de nuevas maneras de pensar y actuar, mien-

tras que la terapia interpersonal brota de un modelo conceptual distinto, centrado en cuatro áreas de conflicto comunes: conflictos de rol, transiciones de rol, duelos no resueltos y déficit sociales.

La relajación persigue reducir el estado de alerta – y por ende la ansiedad – a niveles aceptables mediante distintas técnicas de relajación muscular, derivadas de métodos como el yoga, la meditación trascendental, el autoentrenamiento y la biorretroalimentación. Puede ser un complemento importante de otras formas de tratamiento, es bien aceptada por los pacientes y se presta al autoaprendizaje (OMS 1988).

La terapia de apoyo, probablemente la forma más sencilla de psicoterapia, se basa en la relación médico-paciente. Otros componentes importantes de esta técnica son la tranquilización, el esclarecimiento, la abreacción, el asesoramiento, la sugestión y la enseñanza. Algunos ven en esta modalidad de tratamiento el fundamento esencial de una buena atención clínica, y sugieren que se incluya como componente intrínseco en los programas de formación de todo el personal con responsabilidades clínicas.

Varios tipos de psicoterapia, particularmente las intervenciones cognitivo-conductuales y la terapia interpersonal, son eficaces en el tratamiento de las fobias, la dependencia de las drogas y del alcohol y síntomas psicóticos tales como las delusiones y las alucinaciones. También ayudan a que los pacientes deprimidos aprendan a mejorar sus estrategias de afrontamiento y a reducir la angustia sintomática.

Recientemente se han divulgado datos alentadores sobre la costoeficacia de los enfoques psicoterapéuticos en el manejo de la psicosis y de una serie de trastornos relacionados con el estado de ánimo y el estrés, en combinación con la farmacoterapia o como alternativa a ésta. Un descubrimiento reiterado de las investigaciones es que las intervenciones psicológicas conducen a una mayor satisfacción y conformidad con el tratamiento, que a su vez puede contribuir notablemente a reducir las tasas de recaída, la hospitalización y el desempleo. Los costos añadidos de los tratamientos psicológicos se contrarrestan con niveles más bajos de demanda de otros apoyos o servicios de salud (Schulberg et al. 1998; Rosenbaum & Hylan 1999).

REHABILITACION PSICOSOCIAL

La rehabilitación psicosocial es un proceso que brinda la posibilidad de que personas disminuidas, discapacitadas o impedidas por un trastorno mental alcancen su nivel óptimo de funcionamiento independiente en la comunidad. Supone mejorar las competencias individuales y a la vez introducir cambios en el entorno (OMS 1995). La rehabilitación psicosocial no es una mera técnica, sino un proceso integral.

Las estrategias de rehabilitación psicosocial varían según las necesidades de los consumidores, el contexto de la rehabilitación (hospitalario o comunitario) y las condiciones culturales y socioeconómicas del país. La vivienda, la rehabilitación laboral, el empleo y las redes de apoyo social son otros tantos aspectos de la rehabilitación psicosocial. Sus objetivos principales son habilitar a los consumidores, reducir la discriminación y la estigmatización, mejorar la competencia social de la persona y crear un sistema de apoyo social duradero. La rehabilitación psicosocial es uno de los componentes de la atención de salud mental comunitaria integral. Por ejemplo, en Shanghai, China, se han desarrollado modelos de rehabilitación psicosocial en los que intervienen la atención primaria, el apoyo familiar, el apoyo psiquiátrico de refuerzo, supervisores comunitarios y rehabilitación en fábricas.

La rehabilitación psicosocial permite que muchas personas adquieran o recuperen las aptitudes prácticas necesarias para vivir e integrarse en la comunidad, y les enseña a hacer frente a sus discapacidades. Incluye asistencia para el desarrollo de aptitudes sociales, intereses y actividades de ocio que proporcionen un sentimiento de participación y valía personal. También imparte aptitudes para la vida cotidiana, como son las relativas al régimen de alimentación, la higiene personal, cocinar, comprar, presupuestar los gastos, ocuparse de la casa y utilizar distintos medios de transporte.

REHABILITACION LABORAL Y EMPLEO

En países como Alemania, la Argentina, el Brasil, China, Côte d'Ivoire, España, Italia y los Países Bajos existen cooperativas laborales organizadas por pacientes psiquiátricos, trabajadores sanitarios y sociales y, en algunos casos, otros pacientes discapacitados no psiquiátricos. Con esas oportunidades de trabajo no se pretende crear un ambiente artificialmente protegido, sino dotar a los pacientes psiquiátricos de una formación profesional que les permita desarrollar actividades económicamente rentables. En el recuadro 3.6 se describen algunos ejemplos.

Activando los recursos ocultos de la comunidad se crea un modelo nuevo con hondas repercusiones para la salud pública. Este modelo, conocido con el nombre de «empresa social», ha alcanzado un alto grado de desarrollo en algunos países mediterráneos (de Leonardis et al. 1994). La cooperación de los sectores público y privado en la empresa social es prometedora desde el punto de vista de la salud pública. Además, subsana la falta de recursos y brinda una solución alternativa a la rehabilitación psicosocial convencional. Los enfermos pueden participar de forma más activa en un proceso saludable de trabajo cooperativo, y por consiguiente en la generación de recursos.

VIVIENDA

La vivienda, además de constituir un derecho básico, es en muchos lugares el principal factor limitante del proceso de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica. Toda persona necesita una vivienda decente. La necesidad de camas psiquiátricas para los aquejados de trastornos mentales está fuera de discusión.

Hay determinados trastornos mentales que hacen inevitable el uso de camas en dos circunstancias: en primer lugar, en la fase aguda, y en segundo lugar, durante la convalecencia o el estadio crónico irreversible en el que se encuentran algunos pacientes. La experiencia de muchos países de las Américas, Asia y Europa ha demostrado que en el primer caso una cama en un hospital general es el recurso más adecuado. En el segundo caso se

Recuadro 3.6 Oportunidades de trabajo en la comunidad

En todo el mundo se pueden encontrar miles de buenos ejemplos de personas con trastornos mentales que no sólo viven integradas en sus comunidades, sino que incluso desempeñan labores productivas y de importancia económica. Sólo en Europa hay unas 10 000 personas que trabajan en negocios y empresas creados para darles empleo. A continuación se citan algunas muestras de oportunidades en la comunidad.¹

En Bouaké (Côte d'Ivoire) se puso en marcha una granja avícola partiendo de un puñado de enfermos mentales, algunos de los cuales habían vivido encadenados durante años. Hoy es una empresa importante e indispensable para la comunidad local, que en un principio la había mirado con recelo.

Poco a poco aquella primera resistencia se transformó en apoyo total, sobre todo cuando la granja necesitó más trabajadores y empezó a contratar a personas de la comunidad, convirtiéndose en el empleador más importante de la zona.

En España una relevante organización no gubernamental ha creado 12 centros de servicios que dan trabajo a más de 800 personas con trastornos mentales. Uno de esos centros, en Cabra, Andalucía, es una fábrica de muebles gestionada según criterios comerciales que emplea a 212 personas, la gran mayoría de las cuales han cumplido estancias largas en hospitales psiquiátricos. La fábrica es muy moderna y cuenta con varias líneas de montaje distintas, que permiten tomar en cuenta las necesidades y

capacidades de cada trabajador. Hace tan sólo algunos años estos trabajadores estaban reclusos en hospitales, como muchos otros enfermos mentales lo siguen estando en otros lugares. Hoy sus productos se venden en toda Europa y en los Estados Unidos.

Una cooperativa de empleo para personas con trastornos mentales que se fundó en Italia en 1981 con sólo nueve trabajadores tiene ahora más de 500 miembros que han vuelto a la vida productiva y están integrados en la sociedad normal. Esta cooperativa, semejante a otras que existen en Italia por centenares, suministra servicios de limpieza, servicios sociales para personas ancianas y adultos y niños discapacitados, programas de formación laboral, conservación de parques y jardines

y actividades de mantenimiento en general.

En Beijing (China) una de las mayores fábricas algodoneras del país tiene varios centenares de apartamentos para sus empleados, además de un hospital con 140 camas y dos escuelas. Recientemente una joven empleada fue diagnosticada de esquizofrenia y hospitalizada durante un año. Al ser dada de alta regresó a su apartamento y a su puesto de trabajo anterior con el salario íntegro. Sin embargo, al cabo de un mes vio que no podía mantener el ritmo de sus compañeros y fue trasladada a un puesto administrativo. Esta solución es el resultado del cumplimiento, por parte de su empleador, de la obligación legal de volver a emplearla después de la enfermedad.

¹ Harnois G, Gabriel P (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Oficina Internacional del Trabajo (WHO/MSD/MPS/00.2).

han sustituido con éxito los antiguos manicomios por instalaciones residenciales comunitarias. Siempre habrá situaciones que hagan necesario un periodo breve de hospitalización en un hospital general. Un grupo más pequeño de pacientes necesitará otros contextos residenciales. Se trata de componentes de la atención total que no están reñidos y que concuerdan plenamente con la estrategia de la atención primaria de salud.

Aparte de los ejemplos arriba mencionados, se están llevando a cabo ensayos interesantes en la esfera de la rehabilitación psicosocial en Botswana, el Brasil, China, España, Grecia, la India, la República Islámica del Irán, Malasia, Malí, México, el Pakistán, el Senegal, Sri Lanka, Sudáfrica y Túnez (Mohit 1999; Mubbashar 1999; OMS 1997b). El enfoque de estos países se orienta sobre todo a las actividades laborales y el apoyo social comunitario. Es muy frecuente que la rehabilitación psicosocial no contemple la vivienda sencillamente porque no la hay. En consecuencia, los pacientes con trastornos graves no tienen ninguna alternativa a la institucionalización. Las estrategias de vivienda actuales son demasiado costosas para muchos países en desarrollo, de modo que habrá que buscar soluciones innovadoras.

EJEMPLOS DE EFICACIA

Las intervenciones para el manejo de trastornos mentales y conductuales se pueden clasificar en tres categorías principales: prevención, tratamiento y rehabilitación. Estas categorías corresponden aproximadamente a los conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria (Leavell & Clark 1965).

- La *prevención* (prevención primaria o protección específica) comprende las medidas aplicables a una determinada enfermedad o grupo de enfermedades para atajar sus causas antes de que afecten a la persona; en otras palabras, para evitar que se produzca la afección.
- El *tratamiento* (prevención secundaria) comprende las medidas encaminadas a detener un proceso patológico ya iniciado, a fin de prevenir ulteriores complicaciones y secuelas, limitar la discapacidad y evitar la muerte.
- La *rehabilitación* (prevención terciaria) comprende medidas dirigidas a personas discapacitadas para restablecer su situación anterior o maximizar el empleo de las capacidades que conservan. Abarca tanto intervenciones a nivel individual como modificaciones del entorno.

Los ejemplos siguientes presentan una gama de intervenciones eficaces de importancia para la salud pública. Para algunos de los trastornos comentados la intervención más eficaz es la acción preventiva, mientras que para otros el mejor enfoque es el tratamiento o la rehabilitación.

DEPRESIØN

Actualmente no existen pruebas de que las intervenciones propuestas para la prevención primaria de la depresión sean eficaces, salvo en unos pocos estudios aislados. Se ha visto, sin embargo, la eficacia de ciertas intervenciones, tales como la creación de redes de apoyo para grupos vulnerables, intervenciones específicas centradas en determinados sucesos e intervenciones dirigidas a familias y personas vulnerables, y también del empleo de medios adecuados de detección y tratamiento de trastornos mentales como parte de la atención primaria para la discapacidad física (Paykel 1994). En buen número de programas de detección, educación y tratamiento para madres se ha demostrado que reducían la depresión en éstas y prevenían consecuencias adversas para la salud de sus hijos. Dichos programas pueden ser administrados en el contexto de la atención primaria de salud, por ejemplo por visitantes médicos o personal de salud comunitario. Sin embargo, no están muy difundidos en la atención primaria, ni siquiera en los países industrializados (Cooper & Murray 1998).

Los objetivos de la terapia son mitigar los síntomas, prevenir las recaídas y, a la larga, conseguir la remisión completa. El tratamiento de primera línea para la mayoría de las personas con depresión consiste hoy día en medicación antidepressiva o psicoterapia, o en una combinación de ambas cosas.

Los medicamentos antidepressivos son eficaces en toda la escala de intensidad de los episodios de depresión mayor. En los episodios de depresión leve, la tasa de respuesta global se sitúa en torno al 70%. En los episodios de depresión mayor la tasa de respuesta global es inferior, y la medicación es más eficaz que el placebo. Se ha demostrado que los antidepressivos antiguos (tricíclicos), los llamados ADT, son tan eficaces como los modernos y más baratos: el costo de los ADT viene a ser de US\$ 2-3 al mes en muchos países en desarrollo. Los nuevos antidepressivos constituyen un tratamiento eficaz para los episodios de depresión mayor, tienen menos efectos indeseados y son mejor aceptados por los pacientes, pero su disponibilidad sigue siendo limitada en muchos países en desarrollo. Estos medicamentos pueden ser ventajosos para los pacientes de más edad.

La fase aguda requiere entre seis y ocho semanas de medicación, durante las cuales se ve al paciente una vez a la semana o cada dos semanas – y con mayor frecuencia en las etapas iniciales – para vigilar los síntomas y los efectos secundarios, ajustar la dosis y dar apoyo.

Una buena resolución de la fase aguda mediante tratamiento medicamentoso con antidepressivos o psicoterapia debe ser seguida en casi todos los casos por un mínimo de seis meses de tratamiento continuado, en los que se ve al paciente una o dos veces al mes. El objetivo primordial de esta fase de continuación es prevenir las recaídas, cuya tasa puede así reducirse de un 40%-60% a un 10%-20%. El objetivo final es la remisión completa y la recuperación subsiguiente. Hay indicios, aunque débiles, de que la recaída es menos frecuente después de un tratamiento exitoso con terapia cognitivo-conductual que con antidepressivos (véase el cuadro 3.2).

La fase llamada de farmacoterapia de mantenimiento se orienta a prevenir la reaparición de trastornos del estado de ánimo en el futuro, y se suele recomendar para quienes tengan un historial de tres o más episodios depresivos, depresión crónica o síntomas persistentes de depresión. Esta fase puede prolongarse durante años, y normalmente requiere visitas mensuales o trimestrales.

Algunas personas prefieren la psicoterapia o el apoyo psicológico a la medicación como tratamiento de la depresión. Veinte años de investigación han acreditado que varias formas de psicoterapia de duración limitada son tan eficaces como los medicamentos para las depresiones leves o moderadas. Esas terapias específicas de la depresión comprenden la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal, y hacen hincapié en la colaboración activa y la educación del paciente. Hay buen número de estudios, referentes al Afganistán, los Estados Unidos, la India, los Países Bajos, el Pakistán, el Reino Unido, Sri Lanka y Suecia, que demuestran que es posible capacitar a los médicos generales para dispensar este tipo de atención, y que esa alternativa es costoeficaz (Sriram et al. 1990; Mubbashar 1999; Mohit et al. 1999; Tansella & Thornicroft 1999; Ward et al. 2000; Bower et al. 2000).

Incluso en los países industrializados, sólo una minoría de las personas que padecen depresión solicitan o reciben tratamiento. Parte de la explicación reside en los propios síntomas. El sentirse despreciable, abrumada por sentimientos de culpa y carente de motivación hace que la persona no busque ayuda. Además, es poco probable que en esa situación aprecie los beneficios potenciales del tratamiento. Las dificultades financieras y el miedo a la estigmatización son también factores disuasivos. Aparte del propio paciente, los prestadores de servicios de salud pueden no reconocer los síntomas ni seguir las recomendaciones sobre las mejores prácticas si no tienen tiempo o recursos para dispensar tratamiento basado en la evidencia en un contexto de atención primaria.

Cuadro 3.2 Eficacia de las intervenciones contra la depresión

Intervención	% de remisión al cabo de 3-8 meses
Placebo	27
Tricíclicos	48-52
Psicoterapia (cognitiva o interpersonal)	48-60

Fuentes:

Mynors-Wallis L et al. (1996). Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26:249-262.

Schulberg HC et al. (1996). Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 58:112-118.

DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

La prevención de la dependencia del alcohol se debe situar en el contexto del objetivo más amplio de prevenir y reducir los problemas relacionados con el alcohol a nivel poblacional (accidentes, traumatismos, suicidios, violencia, etc., relacionados con el alcohol). De este enfoque integral se hablará en el capítulo 4. Los valores culturales y religiosos se asocian con niveles bajos de consumo de alcohol.

Los objetivos de la terapia son reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el alcohol y paliar otros problemas socioeconómicos vinculados al consumo de alcohol crónico y excesivo.

La detección precoz del hábito de beber, la intervención precoz para combatirlo, las intervenciones psicológicas, el tratamiento de los efectos nocivos del alcohol (incluidas las consecuencias de la abstinencia y otras de carácter médico), la enseñanza de nuevas tácticas de afrontamiento en situaciones que lleven aparejado un riesgo de beber y recaer, la educación familiar y la rehabilitación son las principales estrategias que se han demostrado eficaces para tratar la dependencia y otros problemas relacionados con el alcohol.

La investigación epidemiológica ha puesto de relieve que la mayoría de los problemas surgen en personas que no tienen un grado de dependencia importante, por ejemplo en aquellas que encontrándose en estado de embriaguez conducen vehículos o se entregan a conductas peligrosas, o aquellas que a pesar de beber cantidades de riesgo siguen desempeñando su trabajo o sus estudios y mantienen relaciones y estilos de vida relativamente estables. Entre los pacientes que acuden a centros de atención primaria de salud y consumen cantidades peligrosas de alcohol, sólo un 25% dependen de él.

Las intervenciones breves comprenden una gama de actividades dirigidas a personas que, teniendo el hábito de beber en grado preocupante, no sufren dependencia del alcohol. Se trata de intervenciones de baja intensidad y corta duración, que suelen consistir en 5-60 minutos de apoyo psicológico e instrucción, generalmente en no más de 3-5 sesiones. Con ellas se pretende prevenir la aparición de problemas relacionados con el alcohol. El contenido de esas breves intervenciones varía, pero suele ser instructivo y motivacional, y estar centrado en el comportamiento específico de beber, con retroalimentación a partir de actividades de cribado, educación, formación de aptitudes, aliento y consejos prácticos, más que en técnicas de análisis psicológico intensivo o de tratamiento extenso (Gomel et al. 1995).

Respecto a la bebida como hábito precoz, numerosos estudios han demostrado la eficacia de las intervenciones breves a cargo de profesionales de atención primaria (OMS 1996; Wilk et al. 1997). Esa clase de intervenciones han reducido hasta un 30% el consumo de alcohol y la bebida en exceso, a lo largo de periodos de 6-12 meses o más. También se ha demostrado que esas intervenciones son costoeficaces (Gomel et al. 1995).

Para los pacientes con dependencia del alcohol más grave existen opciones de tratamiento tanto ambulatorio como hospitalario, y se ha comprobado su eficacia, aunque el tratamiento ambulatorio es notablemente menos costoso. Varios tratamientos psicológicos se han demostrado igualmente efectivos, entre ellos el tratamiento cognitivo-conductual, las entrevistas motivacionales y los métodos de «Doce Pasos» combinados con tratamiento profesional. Enfoques de refuerzo comunitario, como el de Alcohólicos Anónimos, durante y después del tratamiento profesional se asocian sistemáticamente a mejores resultados que el tratamiento solo. La terapia para cónyuges y familiares, o simplemente su participación, son beneficiosas tanto para la instauración del tratamiento antialcohólico como para su mantenimiento.

La desintoxicación (tratamiento de la abstinencia) en el seno de la comunidad es preferible, salvo para los pacientes con dependencia grave, antecedentes de delirium tremens o convulsiones por privación, ambiente doméstico no colaborador o intentos anteriores de desintoxicación fallidos (Edwards et al. 1997). La asistencia hospitalaria sigue siendo una opción para los pacientes que presentan otras enfermedades graves de índole orgánica o psiquiátrica. También las intervenciones psicosociales complementarias y familiares son

elementos importantes en el proceso de recuperación, en especial cuando a la dependencia del alcohol se suman otros problemas.

No hay pruebas de que el tratamiento coercitivo sea eficaz. Es improbable que un tratamiento de esa índole (ya sea consecuencia de un compromiso civil, una decisión del sistema de justicia penal o cualquier otra intervención) resulte beneficioso (Heather 1995).

La medicación no puede reemplazar al tratamiento psicológico para las personas dependientes del alcohol, pero se ha demostrado la eficacia de algunos medicamentos como tratamiento complementario para reducir las tasas de recaída (NIDA 2000).

DROGODEPENDENCIA

La prevención de la drogodependencia debe situarse en el contexto del objetivo más amplio de prevenir y reducir los problemas relacionados con el uso de drogas a nivel poblacional. Este enfoque general se comenta en el capítulo 4.

Los objetivos de la terapia son reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por el uso de sustancias psicoactivas o relacionadas con su consumo, hasta que los pacientes sean capaces de vivir sin drogas. Las estrategias incluyen el diagnóstico precoz, la identificación y el manejo del riesgo de enfermedades infecciosas y otros problemas médicos y sociales, la estabilización y el mantenimiento con farmacoterapia (para la dependencia de opioides), el apoyo psicológico, el acceso a servicios y las oportunidades de integración social.

Las personas drogodependientes tienen a menudo necesidades complejas. Corren un especial riesgo de verse afectadas por el VIH y por otros patógenos transmitidos por la sangre, por otras dolencias orgánicas y mentales, por problemas de poliadicción, por su implicación en actividades delictivas y por dificultades en lo tocante a las relaciones personales, el empleo y la vivienda. Sus necesidades exigen que haya vínculos entre los profesionales de la salud, los servicios sociales, el sector voluntario y el sistema de justicia penal.

La asistencia compartida y la integración de los servicios son ejemplos de prácticas adecuadas de atención a los drogodependientes. Los profesionales de medicina general pueden identificar y tratar los episodios agudos de intoxicación y abstinencia, y dispensar breves orientaciones además de inmunización, pruebas de detección del VIH y del cáncer cervicouterino, asesoría de planificación familiar y derivación de casos.

El asesoramiento y otras terapias conductuales son esenciales para un tratamiento eficaz de la dependencia, ya que pueden abordar la motivación, las aptitudes de afrontamiento, la capacidad de resolución de problemas y las dificultades en las relaciones interpersonales. Particularmente para los dependientes de opioides, las farmacoterapias de sustitución son coadyuvantes eficaces del asesoramiento. Dado que la mayoría de los drogodependientes fuman, es preciso suministrar orientación para abandonar el tabaco y terapias de sustitución nicotínica. Los grupos de autoayuda pueden también complementar y acrecentar la eficacia del tratamiento dispensado por los profesionales de la salud.

La desintoxicación médica no es más que la primera etapa de tratamiento de la dependencia, y por sí sola no modifica el uso de drogas a largo plazo. Para reducir las tasas de recaída es necesario suministrar asistencia a largo plazo y tratar además las enfermedades psiquiátricas concurrentes. La mayoría de los pacientes requieren un mínimo de tres meses de tratamiento para mejorar sustancialmente.

La inyección de drogas ilícitas plantea una amenaza particular para la salud pública. El uso compartido de material de inyección conlleva la transmisión de patógenos por la sangre (especialmente el VIH y los agentes de las hepatitis B y C) y ha sido la causa de la propagación del VIH en muchos países, dondequiera que se ha extendido el uso de drogas inyectables.

Las personas que se inyectan drogas y no se someten a tratamiento tienen una probabilidad hasta seis veces mayor de verse infectadas por el VIH que las que inician un tratamiento y lo mantienen. Por consiguiente, los servicios terapéuticos deberían determinar la presencia de VIH/SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, y siempre que fuera posible, ofrecer tratamiento para esas afecciones y asesoramiento para ayudar a los pacientes a abandonar las prácticas de inyección peligrosas.

El tratamiento de la drogodependencia es costoeficaz en lo referente a reducir el uso de drogas (40%–60%) y las consecuencias sanitarias y sociales que lleva aparejadas, por ejemplo la infección por el VIH y la actividad delictiva. La efectividad de dicho tratamiento es comparable a las tasas de éxito del tratamiento de otras enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión y el asma (NIDA 2000). Se ha comprobado que dar tratamiento es menos costoso que otras alternativas, tales como no tratar a los dependientes o simplemente encarcelarlos. En los Estados Unidos, por ejemplo, el costo en promedio de un año de terapia de mantenimiento con metadona asciende aproximadamente a US\$ 4700 por paciente, mientras que un año de reclusión penitenciaria cuesta alrededor de US\$ 18 400 por persona.

ESQUIZOFRENIA

La prevención primaria de la esquizofrenia no es posible en la actualidad. Recientemente, sin embargo, los esfuerzos de investigación se han centrado en desarrollar sistemas de detección del riesgo de esquizofrenia en sus estadios iniciales o incluso antes de que se manifieste. La detección precoz aumentaría la probabilidad de éxito de las intervenciones tempranas, reduciendo quizá el riesgo de cronificación o de secuelas graves. La eficacia de los programas de detección o intervención precoz debe ser evaluada a través de un seguimiento a largo plazo (McGorry 2000).

El tratamiento de la esquizofrenia tiene tres componentes principales. En primer lugar, existe medicación para aliviar los síntomas y prevenir las recaídas. En segundo lugar, las intervenciones educativas y psicosociales ayudan a los pacientes y sus familias a hacer frente a la enfermedad y sus complicaciones, y contribuyen a prevenir las recaídas. En tercer lugar, la rehabilitación ayuda a los pacientes a reintegrarse en la comunidad y reemprender la actividad educativa o laboral. El verdadero reto en la atención a los esquizofrénicos estriba en la necesidad de organizar servicios que lleven sin solución de continuidad de la identificación temprana al tratamiento regular y la rehabilitación.

Los objetivos de la atención son identificar la enfermedad lo antes posible, tratar los síntomas, dotar de aptitudes a los pacientes y sus familias, mantener la mejoría durante un tiempo, prevenir las recaídas y reintegrar a los enfermos en la comunidad de manera que puedan llevar una vida normal. Hay pruebas concluyentes de que el tratamiento reduce la duración de la enfermedad y la cronicidad, además de controlar las recaídas.

Dos grupos de medicamentos se emplean actualmente para tratar la esquizofrenia: los antipsicóticos tradicionales (antes denominados neurolépticos) y los antipsicóticos nuevos (también llamados antipsicóticos de segunda generación o «atípicos»). Los primeros fármacos antipsicóticos tradicionales, introducidos hace 50 años, han demostrado ser útiles para reducir, y en ocasiones eliminar, síntomas de la esquizofrenia como el desorden del pensamiento, las alucinaciones y las delusiones. También pueden mitigar síntomas concomitantes como la agitación, la impulsividad y la agresividad. Esto se puede conseguir en un plazo de días o semanas en aproximadamente el 70% de los pacientes. Tomadas con constancia, estas medicinas pueden asimismo reducir a la mitad el riesgo de recaídas. Los medicamentos actualmente disponibles parecen ser menos eficaces para reducir síntomas tales como la apatía, el retraimiento social y la pobreza de ideas. Los medicamentos de primera generación no son costosos, y en los países en desarrollo no cuestan más de US\$ 5 por mes de tratamiento. Algunos se pueden administrar en inyecciones de acción retardada a intervalos de 1-4 semanas.

Los antipsicóticos pueden ayudar a los pacientes a beneficiarse de formas de tratamiento psicosocial. En el caso de los antipsicóticos nuevos, es menos probable que induzcan efectos secundarios a la vez que mejoren ciertos síntomas. No hay indicios claros de que los medicamentos

Cuadro 3.3 Eficacia de las intervenciones contra la esquizofrenia

Intervención	% de recaídas al cabo de 1 año
Placebo	55
Clorpromazina	20-25
Clorpromazina + intervención familiar	2-23

Fuentes:

Dixon LB, Lehman AF (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4):631-643.

Dixon LB et al. (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4):567-577.

antipsicóticos más recientes difieran apreciablemente de los más antiguos en cuanto a eficacia, aunque hay diferencias en los efectos secundarios más comunes.

La duración del tratamiento es de 3–6 meses en promedio. El tratamiento de mantenimiento se prolonga durante al menos un año después del primer episodio de enfermedad, durante 2–5 años después del segundo episodio y durante más tiempo en los pacientes con múltiples episodios. En los países en desarrollo la respuesta al tratamiento es más positiva, las dosis son más bajas y la duración del tratamiento es menor. Dentro de la atención total a los pacientes, el apoyo de las familias es importante. Algunos estudios han mostrado que una combinación de medicación regular, educación familiar y apoyo puede reducir las recaídas de un 50% a menos de un 10% (véase el cuadro 3.3) (Leff & Gamble 1995; Dixon et al. 2000; Pharaoh et al. 2000).

La rehabilitación psicosocial para las personas esquizofrénicas abarca diversas medidas, que van desde mejorar la competencia social y crear redes de apoyo social hasta el apoyo familiar. Es fundamental habilitar a los consumidores y reducir la estigmatización y la discriminación mediante la educación de la opinión pública y la adopción de las medidas legales oportunas. El respeto a los derechos humanos es un principio rector de esta estrategia.

En la actualidad pocos pacientes con esquizofrenia necesitan hospitalización a largo plazo; en todo caso, la duración de la estancia es sólo de 2-4 semanas en promedio, mientras que antes de la introducción de las terapias modernas se prolongaba durante años. La rehabilitación en centros de atención diurna, talleres protegidos y casas de convalecencia mejora la recuperación de los pacientes que padecen la enfermedad desde hace tiempo o que sufren discapacidades residuales de lentitud, falta de motivación y retraimiento social.

EPILEPSIA

Son acciones eficaces para prevenir la epilepsia una adecuada atención prenatal y posnatal, el parto sin riesgo, el control de la fiebre en los niños, el control de las enfermedades parasitarias e infecciosas y la prevención de lesiones cerebrales (por ejemplo, el control de la tensión arterial y el empleo de cinturones y cascos de seguridad).

Los objetivos de la terapia son controlar los ataques previniéndolos durante al menos dos años y reintegrar a las personas epilépticas en la vida escolar y comunitaria. El diagnóstico precoz y el suministro constante de fármacos de mantenimiento son fundamentales para un resultado positivo.

La epilepsia se trata casi siempre con medicamentos antiepilépticos. Estudios recientes llevados a cabo en países desarrollados y países en desarrollo han demostrado que hasta un 70% de los casos recién diagnosticados de epilepsia en niños y adultos responden positivamente al tratamiento con antiepilépticos, y que el paciente no vuelve a sufrir ataques si sigue tomando la medicación con regularidad (véase el cuadro 3.4). Al cabo de 2–5 años de tratamiento exitoso (cesación de los ataques epilépticos), se puede retirar el tratamiento en el 60%–70% de los casos. El resto deben seguir medicándose durante toda la vida, pero si toman la medicación con constancia muchos permanecen libres de ataques, mientras que en otros casos la frecuencia o la severidad de los ataques pueden disminuir notablemente. En algunos pacientes con epilepsia intratable la neurocirugía puede ser eficaz. También es valioso el apoyo psicológico y social (ILAE/IBE/WHO 2000).

El fenobarbital se ha convertido en el antiepiléptico de primera línea en los países en desarrollo, quizá porque los otros cuestan entre 5 y 20 veces más. Un estudio realizado en la India rural reveló que el tratamiento con fenobarbital era eficaz en el 65% de los pacientes que lo recibían, y que entre los tratados con fenitoína se alcanzaba idéntico porcentaje; los efectos adversos eran semejantes en ambos gru-

Cuadro 3.4 Eficacia de las intervenciones contra la epilepsia

Intervención	% sin ataques al cabo de 1 año
Placebo	No disponible
Carbamazepina	52
Fenobarbital	54-73
Fenitoína	56

Fuentes:

Feksi AT et al. (1991). Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *The Lancet*, 337(8738):406-409.

Pal DK et al. (1998). Randomised controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India. *The Lancet*, 351(9095):19-23.

pos (Mani et al. 2001). Un estudio de Indonesia llegó a la conclusión de que, a pesar de ciertas desventajas, el fenobarbital debía seguir siendo el fármaco de elección para el tratamiento de la epilepsia en los países en desarrollo. Estudios llevados a cabo en el Ecuador y Kenya compararon el fenobarbital con la carbamazepina y no hallaron entre ellos diferencias significativas de eficacia ni de seguridad (Scott et al. 2001). En la mayoría de los países el tratamiento con fenobarbital puede costar no más de US\$ 5 por paciente y año.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

En la actualidad no es posible la prevención primaria de la enfermedad de Alzheimer. Los objetivos de la atención son: mantener el funcionamiento de la persona; reducir la discapacidad debida a la pérdida de funciones mentales; reorganizar las rutinas para maximizar el uso de las funciones conservadas; minimizar los fenómenos perturbadores, tales como los síntomas psicóticos (por ejemplo, la suspicacia), la agitación y la depresión, y prestar apoyo a las familias.

Un objetivo central de la investigación sobre el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer es descubrir agentes que retarden el inicio, ralenticen el avance o mejoren los síntomas de la enfermedad. Los agonistas colinérgicos (inhibidores de la acetilcolinesterasa) han demostrado en general su utilidad para mejorar la disfunción cognitiva general, y son sobre todo eficaces para mejorar la atención. La mejora de los problemas de aprendizaje y de la memoria, que son los déficit cognitivos más acusados en la enfermedad de Alzheimer, se ha observado con menos regularidad. El tratamiento con los inhibidores antes mencionados también parece beneficioso para los síntomas no cognitivos de la enfermedad de Alzheimer, como por ejemplo las delusiones y los síntomas conductuales.

El tratamiento de la depresión en los enfermos de Alzheimer puede mejorar su capacidad funcional. De los síntomas conductuales que experimentan estos enfermos, la depresión y la ansiedad son los más frecuentes en los estadios iniciales, mientras que los síntomas psicóticos y la conducta agresiva se manifiestan más tarde. A la vista del número creciente de personas de edad avanzada, la atención a su bienestar es un reto para el futuro (recuadro 3.7).

Las intervenciones psicosociales son extremadamente importantes en la enfermedad de Alzheimer, tanto para los pacientes como para los familiares cuidadores, que a su vez corren riesgo de sufrir depresión, ansiedad y trastornos somáticos. Dichas intervenciones incluyen la educación psicológica, el apoyo, las técnicas cognitivo-conductuales, la autoayuda

Recuadro 3.7 Cuidar a los abuelos del mañana

El importante crecimiento de la población de edad avanzada que se observa en todo el mundo es consecuencia no sólo de factores sociodemográficos, sino también del aumento de la esperanza de vida que se ha logrado durante el siglo XX, en gran medida gracias a mejoras del saneamiento y la salud pública. Esa conquista, sin embargo, plantea también uno de los mayores retos para las próximas décadas: atender al bienestar de los ancianos, que en el año 2025 representarán más del 20% de la población mundial.

Es de esperar que el envejecimiento de la población se acompañe de cambios importantes en

la frecuencia y la distribución de los trastornos somáticos y mentales, así como en la interrelación entre esos dos tipos de trastornos.

Los problemas de salud mental son frecuentes en las personas ancianas, y pueden ser graves y diversos. Además de la enfermedad de Alzheimer, que se encuentra casi exclusivamente en este grupo de edad, también es alta la prevalencia de muchos otros problemas, como la depresión, la ansiedad y los trastornos psicóticos. Las tasas de suicidio alcanzan su punto máximo particularmente entre los hombres ancianos. El uso indebido de sustancias, alcohol y medicamentos incluidos, es también muy elevado, aun-

que se le presta poca atención.

Estos problemas ocasionan un alto grado de sufrimiento no sólo para las personas de edad sino también para sus familiares. En muchos casos los familiares tienen que sacrificar buena parte de su vida personal para consagrarse por entero al cuidado del pariente enfermo. La carga que esto impone a las familias y las comunidades es muy pesada, y casi siempre los pacientes y sus familias carecen del apoyo necesario por falta de recursos de atención sanitaria adecuados.

Muchos de estos problemas se podrían abordar con eficiencia, pero la mayoría de los países carecen de políticas, programas y servicios pre-

parados para hacer frente a estas necesidades. Un doble estigma muy extendido, el que soportan los trastornos mentales en general y el que pesa sobre el final de la vida en particular, no ayuda a facilitar el acceso a la asistencia debida.

El derecho a la vida y el derecho a la calidad de vida exigen modificaciones profundas en la consideración de las sociedades hacia sus ancianos, así como la eliminación de los tabúes que existen al respecto. La manera en que una sociedad se organiza para atender a las personas de edad es un buen indicador de la importancia que concede a la dignidad del ser humano.

y la asistencia de relevo. En un estudio se ha observado que una intervención psicosocial concreta dirigida a los cónyuges cuidadores – asesoramiento individual y familiar unido a participación en un grupo de apoyo – retrasaba casi un año la institucionalización de los pacientes dementes (Mittleman et al. 1996).

RETRASO MENTAL

Debido a la gravedad que reviste y a la pesada carga que impone a las personas afectadas, a sus familias y a los servicios de salud, la prevención del retraso mental tiene suma importancia. Por otra parte, la diversidad de las distintas etiologías del retraso mental exige que la acción preventiva se oriente a factores causales específicos. Ejemplos de ello son la yodación del agua o de la sal para prevenir el retraso mental por déficit de yodo (cretinismo) (Mubbashar 1999), la abstinencia de las mujeres gestantes para evitar el síndrome alcohólico fetal, el control de la dieta para prevenir el retraso mental en personas con fenilcetonuria, el asesoramiento genético para prevenir ciertas formas de retraso mental (como el síndrome de Down), una adecuada atención prenatal y posnatal, y medidas de control medioambiental para prevenir el retraso mental asociado a la intoxicación por metales pesados como el plomo.

Los objetivos del tratamiento son la detección precoz y la utilización óptima de las capacidades intelectuales de la persona mediante adiestramiento, modificación de la conducta, educación y apoyo a la familia, formación profesional y oportunidades de trabajo en entornos protegidos.

La intervención precoz comprende esfuerzos programados para impulsar el desarrollo mediante distintas manipulaciones de factores ambientales o experimentales, y se instaura en los cinco primeros años de vida. Los objetivos son acelerar el índice de adquisición y desarrollo de nuevos comportamientos y aptitudes, potenciar el funcionamiento independiente y minimizar el impacto de la deficiencia. Lo normal es que el niño reciba adiestramiento sensoriomotor dentro de un programa de estimulación infantil y juntamente con intervenciones psicosociales de apoyo.

La formación de los padres para actuar como adiestradores en las tareas de la vida cotidiana ha llegado a ser fundamental para el cuidado de los retrasados mentales, sobre todo en los países en desarrollo. Esto supone que los padres tengan conciencia de los principios que rigen el aprendizaje y sean instruidos en técnicas de modificación de la conducta y formación profesional. Además, pueden ayudarse unos a otros a través de grupos de autoayuda.

La mayoría de los niños con retraso mental encuentran dificultades para seguir los planes de estudios normales. Necesitan ayuda adicional, y algunos tienen que asistir a escuelas especiales donde se les educa sobre todo en relación con actividades cotidianas como alimentarse o vestirse y se intenta que asimilen aptitudes sociales y conceptos básicos sobre los números y las letras. Las técnicas de modificación de la conducta son importantes para desarrollar muchas de esas aptitudes, así como para potenciar los comportamientos deseables y atenuar los indeseables.

La formación profesional en entornos protegidos y el uso de técnicas conductuales han permitido a muchas personas con retraso mental llevar una vida activa.

TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS

La etiología exacta de los trastornos hiperkinéticos – en forma de hiperactividad en los niños, a menudo acompañada de espasmos musculares involuntarios – se desconoce, por lo que su prevención primaria no es posible en la actualidad. Por otra parte, mediante intervenciones preventivas en la familia y en la escuela se puede evitar la aparición de síntomas que a menudo se diagnostican erróneamente como trastornos hiperkinéticos.

Antes de considerar el tratamiento de los trastornos hiperkinéticos, es necesario referirse al grado de precisión e idoneidad del diagnóstico. Con demasiada frecuencia se diagnostican esta clase de afecciones aunque el paciente no satisfaga los criterios objetivos de diagnóstico. Un diagnóstico inadecuado hace que resulte difícil valorar la respuesta del

paciente a las intervenciones terapéuticas. Se observan síntomas hiperkinéticos en una serie de trastornos para los cuales existen tratamientos específicos más apropiados. Por ejemplo, algunos niños y adolescentes con síntomas de trastorno hiperkinético padecen psicosis, o pueden estar manifestando un trastorno obsesivo-compulsivo. Otros pueden padecer trastornos específicos del aprendizaje. En otros puede ocurrir que la conducta esté dentro de los límites normales y que el entorno reaccione con escasa tolerancia ante esa clase de comportamientos. Hay niños que manifiestan síntomas hiperkinéticos como respuesta al estrés agudo en la escuela o en casa. Es esencial un proceso diagnóstico meticuloso, para el cual en muchos casos se necesitará la ayuda de especialistas.

El tratamiento con estimulantes anfetamínicos está extendido en la actualidad, pero se aboga por el empleo de terapia conductual y manipulación ambiental para reducir los síntomas hiperkinéticos. Se deberían evaluar las terapias para determinar su idoneidad como tratamientos de primera línea, sobre todo en los casos en que el diagnóstico de trastorno hiperkinético es discutible. En ausencia de directrices universalmente aceptadas para el uso de psicoestimulantes en niños y adolescentes, es importante administrar al principio dosis bajas, e ir las aumentando poco a poco hasta una dosis suficiente bajo observación permanente. Ahora existen medicamentos de acción sostenida, pero exigen la misma cautela para establecer una dosificación correcta. Se ha comunicado la utilidad de los antidepresivos tricíclicos y de otros medicamentos, pero actualmente no se los considera de primera línea.

Es frecuente que el diagnóstico de trastorno hiperkinético no se haga hasta que el niño alcanza la edad escolar, pudiendo entonces beneficiarse de una mayor estructuración en el ambiente escolar o de una instrucción más individualizada. En el ambiente doméstico, el apoyo de los padres y la corrección de expectativas o conflictos infundados pueden facilitar la reducción de los síntomas hiperkinéticos. Aunque antes se creía que esta afección desaparecía con el tiempo, ahora se sabe que en algunas personas el trastorno hiperkinético persiste en la edad adulta. El reconocimiento de esto por el paciente (o, rara vez, la paciente) puede ayudarle a encontrar en la vida las situaciones que más limiten los efectos debilitantes del trastorno no tratado.

Recuadro 3.8 Dos enfoques nacionales de prevención del suicidio

Finlandia. Entre 1950 y 1980 las tasas de suicidio en Finlandia aumentaron en casi un 50% entre los hombres, hasta 41,6 por 100 000, y entre las mujeres se duplicaron, hasta 10,8 por 100 000. En 1986 el Gobierno de Finlandia respondió estableciendo un programa innovador e integral de prevención del suicidio. En 1996 se había logrado reducir globalmente la tasa en un 17,5% en relación con el año cumbre de 1990.

La evaluación interna del proceso y la encuesta sobre el terreno¹ demostraron que para la buena marcha del programa fue decisivo gestionarlo desde el primer momento como una empresa común. Según una encuesta de evaluación, en la prevención habían par-

ticipado unos 100 000 profesionales. Eso significaba la actuación de unas 2000 unidades operativas, o el 43% de todas las «unidades de servicios humanos».

Aunque todavía no se dispone de un análisis definitivo que explique el descenso, se cree que el conjunto de intervenciones organizadas como parte del proyecto nacional desempeñó un papel fundamental. Factores específicos probablemente relacionados con el descenso son un menor consumo de alcohol (debido a la recesión económica) y un mayor consumo de medicación antidepresiva.

India. Más de 95 000 indios se quitaron la vida en 1997, lo que equivale a un suicidio cada seis minutos. Uno de cada tres pertenecía

al grupo de edad de 15-29 años. Entre 1987 y 1997 la tasa de suicidios aumentó de 7,5 a 10,03 por 100 000 habitantes. De las cuatro ciudades mayores de la India, es Chennai la que presenta la tasa más alta, 17,23. La India no tiene una política o programa nacional de prevención del suicidio, y para una población de 1000 millones de habitantes hay solamente 3500 psiquiatras. La magnitud del problema, unida a la escasez de servicios, impulsó la formación de Sneha, organización benéfica voluntaria dedicada a prevenir el suicidio y afiliada a Befrienders International, una organización que suministra «terapia de escucha» con contacto humano y apoyo emocional.²

Sneha funciona todos los días del año desde las primeras horas de la

mañana hasta el anochecer, y su personal se compone íntegramente de voluntarios, cuidadosamente seleccionados y adiestrados, que dominan las técnicas de la escucha empática y la intervención efectiva. Hasta ahora Sneha ha recibido más de 100 000 llamadas de socorro. Se estima en un 40% la proporción de los usuarios que se encuentra en riesgo medio o alto de suicidio.

Sneha ha ayudado a establecer 10 centros similares en distintas partes de la India, facilitándoles formación y apoyo. Esos centros funcionan en conjunto como Befrienders India. Ahora Sneha está ayudando a crear los primeros grupos de apoyo a supervivientes de la India.

¹ Upanne M et al. (1999) *Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992-1996: goals, implementation and evaluation*. Saarijäävi, Stakes.

² Vijayakumar L. (2001). Comunicación personal.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Hay pruebas convincentes de que la prevención y el tratamiento adecuados de ciertos trastornos mentales y conductuales pueden reducir las tasas de suicidio, tanto si esas intervenciones se dirigen a los individuos como si su objetivo son las familias, las escuelas u otros sectores de la comunidad global (recuadro 3.8). El reconocimiento y tratamiento tempranos de la depresión, de la dependencia del alcohol y de la esquizofrenia son estrategias importantes en la prevención primaria del suicidio. Particular importancia tienen los programas de formación de médicos y personal de atención primaria en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes deprimidos. Según un estudio efectuado sobre un programa de esa clase en la isla sueca de Gotland (Rutz et al. 1995), la tasa de suicidios descendió significativamente, sobre todo entre las mujeres, en el año siguiente a la puesta en marcha de un programa de educación para los médicos generalistas, pero aumentó cuando se abandonó el programa.

La ingestión de sustancias tóxicas tales como plaguicidas, herbicidas o medicamentos es el método de suicidio preferido en muchos lugares, particularmente en las zonas rurales de los países en desarrollo. Por ejemplo, en Samoa Occidental se observó en 1982 que el método de suicidio más utilizado era la ingestión del herbicida paraquat. Reduciendo el acceso de la población general al paraquat se lograron reducciones significativas del número total de suicidios, sin que hubiera un aumento paralelo del número de suicidios por otros medios (Bowles 1995). Hay ejemplos de éxitos semejantes en lo referente al control de otras sustancias tóxicas y a la destoxicación del gas de uso doméstico y de los gases de combustión de los vehículos de motor. En muchos lugares la falta de servicios de urgencias de fácil acceso significa que la ingestión de sustancias tóxicas, que en la mayoría de los países industrializados sería un intento de suicidio, pase a ser una más entre las causas de muerte.

En la Federación de Rusia y países limítrofes el consumo de alcohol ha aumentado vertiginosamente en los últimos años, y se ha relacionado esa circunstancia con el aumento de las tasas de suicidio y de intoxicación etílica (Vroublevsky & Harwin 1998) y con el descenso de la esperanza de vida de los varones (Notzon et al. 1998; Leon & Shkolnikov 1998).

Varios estudios han puesto de manifiesto una correlación entre la posesión de armas cortas en el hogar y las tasas de suicidio (Kellerman et al. 1992; Lester & Murrell 1980). Una legislación restrictiva del acceso a esa clase de armas puede tener efectos beneficiosos. Así lo indican estudios efectuados en los Estados Unidos, donde la restricción sobre la compra-venta de armas cortas se asoció a tasas más bajas de suicidio por arma de fuego. Los estados donde las leyes sobre posesión de armas cortas eran más severas tenían las tasas más bajas de suicidio por arma de fuego, y no por ello aumentó el recurso a otros métodos de suicidio (Lester 1995).

Además de las intervenciones que restringen el acceso a métodos comunes de suicidio, se ha demostrado que las intervenciones en el ámbito escolar para el manejo de las crisis, la potenciación de la autoestima y el desarrollo de aptitudes de afrontamiento y adopción correcta de decisiones reducen el riesgo de suicidio en los jóvenes (Mishara & Ystgaard 2000).

Los medios de comunicación pueden contribuir a la prevención limitando las descripciones gráficas e innecesarias de suicidios y despojando de elementos románticos esa clase de noticias. En varios países ha disminuido la tasa de suicidios cuando los medios de comunicación han accedido a minimizar su difusión y seguir las directrices propuestas. La exaltación del suicidio puede empujar a la imitación.

CAPÍTULO 4

Políticas y prestación de servicios de salud mental

En su calidad de responsables últimos de la salud mental, y en el marco de los sistemas de salud y las formas de financiamiento generales, los gobiernos deben definir políticas que protejan y mejoren la salud mental de la población. En lo que atañe al financiamiento, debe protegerse a la población frente a los riesgos financieros catastróficos; la población sana debe contribuir a costear los gastos de la población enferma, y los más favorecidos deben contribuir a costear los gastos de los pobres. La política de salud mental debe reforzarse mediante políticas coherentes en materia de alcohol y drogas y mediante servicios sociales como la vivienda. Las políticas deben elaborarse con la participación de todos los interesados directos y deben basarse en información fidedigna. Esas políticas deben garantizar el respeto de los derechos humanos y tener en cuenta las necesidades de los grupos vulnerables. Hay que desplazar gradualmente la asistencia desde los grandes hospitales psiquiátricos hasta servicios comunitarios que estén integrados en los servicios de salud generales. Es preciso disponer de fármacos psicotrópicos y adiestrar al personal de salud necesario. Los medios de información y las campañas de sensibilización del público pueden ser eficaces para reducir la estigmatización y la discriminación. Las organizaciones no gubernamentales y los grupos de consumidores también deben recibir apoyo, pues pueden ser fundamentales para mejorar la calidad de los servicios y la actitud del público. Se necesitan más investigaciones para mejorar las políticas y los servicios, en particular para tener en cuenta las diferencias culturales.

4

POLÍTICAS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

ELABORACIÓN DE POLÍTICAS

Proteger y mejorar la salud mental de la población es una tarea compleja que entraña múltiples decisiones. Hay que fijar prioridades entre las necesidades, los trastornos, los servicios, los tratamientos y las estrategias de prevención y promoción en materia de salud mental, y hay que adoptar decisiones acerca de su financiamiento. Los servicios y las estrategias de salud mental deben estar bien coordinados entre sí y con otros servicios, como los relacionados con la seguridad social, la educación, el empleo y la vivienda. Los resultados en materia de salud mental deben ser vigilados y analizados para poder adaptar en todo momento las decisiones en función de las dificultades que vayan surgiendo.

Los gobiernos, en su calidad de supervisores últimos de la salud mental, han de asumir la responsabilidad de asegurar que se lleven a cabo esas complejas actividades. Una función decisiva de ese liderazgo es la elaboración y ejecución de políticas. La política determina los problemas y objetivos principales, define los papeles respectivos de los sectores público y privado en el financiamiento y la prestación de servicios, determina los instrumentos de política y los arreglos de organización requeridos en el sector público, y posiblemente en el privado, para alcanzar los objetivos de salud mental, establece el plan de aumento de la capacidad y desarrollo organizacional, y da pautas para establecer prioridades en relación con el gasto, lo que significa vincular el análisis de los problemas a las decisiones acerca de la asignación de recursos.

La función de rectoría en la esfera de la salud mental está poco desarrollada en muchos países. El Proyecto Atlas de la OMS (véase el recuadro 4.1) ha copiado información básica sobre los recursos de salud mental de 181 países. Según esos datos, utilizados para ilustrar los principales argumentos del presente capítulo, la tercera parte de los países no ha declarado que posea un presupuesto específico para la salud mental, aunque cabe suponer que dedican recursos a esa cuestión. De los demás, la mitad asignan menos del 1% de su presupuesto de salud pública a la salud mental, a pesar de que los problemas neuropsiquiátricos representan el 12% de la carga de morbilidad total en el mundo. Un presupuesto inexistente o limitado para la salud mental supone un obstáculo importante para ofrecer tratamiento y atención.

Con este problema presupuestario guarda relación el hecho de que aproximadamente cuatro de cada diez países carecen de una política explícita en materia de salud mental y cerca de la tercera parte no tienen política alguna en materia de drogas y alcohol. La falta de políticas relacionadas específicamente con los niños y los adolescentes es aún más grave (Graham y Orley, 1998). Puede argumentarse que la existencia de una política no es una condición necesaria ni suficiente para obtener buenos resultados, y que en los países que carecen de una política de salud mental bastaría con disponer de un programa o plan definido en esa esfera. Sin embargo, la tercera parte de los países carecen de programas, y una cuarta parte no tienen ni política ni programa. Estas observaciones indican la falta de

Recuadro 4.1 Proyecto Atlas

Entre los estudios que examinan la situación actual de los sistemas de salud mental en los países, el Proyecto Atlas de Recursos de Salud Mental, de la OMS, es uno de los más recientes.¹ Abarca 181 de los Estados Miembros de la Organización, con lo que cubre al 98,7% de la población mundial. La infor-

mación se obtuvo de los ministerios de salud durante el periodo comprendido entre octubre de 2000 y marzo de 2001, utilizando un breve cuestionario, y fue parcialmente validada con arreglo a informes de expertos y a los trabajos publicados. Aunque la información reunida permite calibrar los recursos de salud

mental en el mundo, es preciso tener presentes ciertas limitaciones. La primera es que la información está basada en datos comunicados por las personas, y no todas las respuestas pudieron ser validadas de forma independiente. En segundo lugar, no todos los Estados Miembros respondieron, lo cual, unido a la falta de

datos en algunos puntos de la encuesta, probablemente ha sesgado los resultados. Por último, los resultados no reflejan de forma exhaustiva todas las variables de salud mental de importancia para los países, por lo que dejan algunas preguntas sin respuesta.

¹ *Los recursos de salud mental en el mundo. Resultados iniciales del Proyecto Atlas* (2001). Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Nota descriptiva N° 260, abril de 2001).

un compromiso expreso de afrontar los problemas de salud mental y la ausencia de requisitos para asumir la planificación, coordinación y evaluación de las estrategias, los servicios y la capacidad en salud mental a nivel nacional (véase la figura 4.1).

SISTEMA DE SALUD Y FORMAS DE FINANCIAMIENTO

Las políticas y la prestación de servicios en materia de salud mental se inscriben en los sistemas de salud y los arreglos de financiamiento generales. Las repercusiones de esos arreglos para la prestación de servicios de salud mental han de tenerse en cuenta en la formulación y aplicación de políticas.

Durante los últimos treinta años, los sistemas de salud de los países desarrollados han evolucionado desde un sistema de atención sumamente centralizado hacia uno descentralizado en el que la responsabilidad de la aplicación de políticas y la prestación de servicios se han transferido de estructuras centrales a estructuras locales. Ese proceso ha influido también en la configuración adoptada por los sistemas en muchos países en desarrollo. La descentralización presenta por regla general dos características principales: las reformas orientadas a la contención de costos y el aumento de la eficiencia, cuestión que se examina en la presente sección, y el recurso a contratos con proveedores de servicios privados y públicos, aspecto analizado más adelante en relación con la prestación de servicios de salud mental.

Las características de un buen financiamiento de los servicios de salud mental no difieren de las de los servicios de salud en general (OMS 2000c, capítulo 5). Hay tres grandes objetivos ideales. En primer lugar, la población debe estar protegida frente a los riesgos financieros catastróficos, lo que significa reducir al mínimo los pagos directos y, en particular, exigir esos pagos solamente en relación con gastos pequeños en servicios o bienes asequibles. Todas las modalidades de prepago, por conducto ya sea de los impuestos generales, de la seguridad social obligatoria o de un seguro privado voluntario, son preferibles a este respecto, ya que mancomunan los riesgos y permiten separar al menos en parte el uso de los servicios y el pago de éstos. Muchos problemas mentales son crónicos, de modo que lo que importa es no sólo el costo de un tratamiento o servicio dado, sino la probabilidad de que éste tenga que repetirse durante periodos largos. Lo que una persona o una familia puede permitirse una vez, durante una crisis, puede ser imposible de pagar a largo plazo, tal como ocurre con otras enfermedades crónicas no transmisibles, por ejemplo la diabetes.

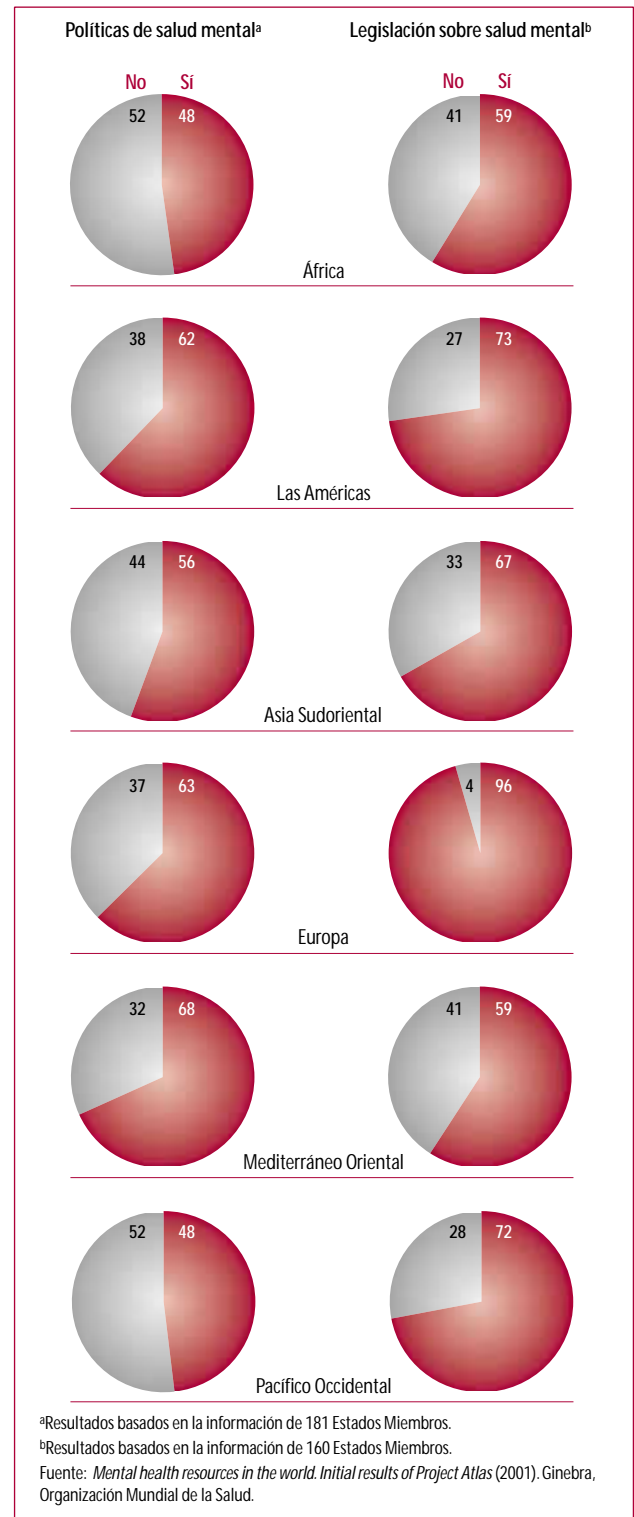
En segundo lugar, la población sana debe ayudar a costear los gastos de la población enferma. Cualquier mecanismo de prepago cumple esta condición en general, a diferencia del pago directo, pero el que los fondos vayan a parar a la salud mental dependerá de si el prepago cubre o no las necesidades específicas de los enfermos mentales. Un sistema de financiamiento puede ser adecuado a este respecto para muchos servicios, y aun así no transferir recursos de los sanos a los enfermos en lo que se refiere a los problemas mentales o conductuales, sencillamente por falta de cobertura de esos problemas. El efecto de un arreglo de financiamiento particular en la salud mental dependerá por tanto de las intervenciones que se decida financiar.

Por último, un buen sistema de financiamiento entraña también que los más favorecidos costeen los gastos de los pobres, al menos en cierta medida. Esta es la característica más difícil de asegurar, pues depende de la cobertura y la progresividad del sistema impositivo y de quién esté cubierto por la seguridad social o por seguros privados. Los seguros sólo permiten que las clases pudientes subvengan a las necesidades de las humildes cuando abarcan a ambas, en lugar de limitarse a las primeras, y cuando las primas están ligadas al menos en parte a los ingresos, en lugar de ser uniformes y estar vinculadas exclusivamente al riesgo. Como siempre, la magnitud y la orientación de la subvención también dependen del tipo de servicios cubiertos.

El prepago representa habitualmente una parte mayor del gasto sanitario total en los países más ricos, y eso afecta al financiamiento de la salud mental. Cuando el gobierno costea el 70%–80% del gasto total en salud, como sucede en muchos países de la OCDE, las decisiones sobre la prioridad que debe asignarse a la salud mental pueden materializarse directamente a través del presupuesto, con efectos en general marginales en el gasto privado. Cuando el gobierno aporta sólo el 20%–30% del financiamiento total, como en China, Chipre, la India, el Líbano, Myanmar, el Nepal, Nigeria, el Pakistán y el Sudán (OMS 2000c, cuadro 8 del anexo), y coincide además una escasa cobertura con seguros, la salud mental tenderá a resentirse en comparación con otros problemas de salud, pues la mayoría de los pagos habrán de ser directos. Las personas que padecen trastornos mentales, particularmente en los países en desarrollo, suelen ser más pobres que el resto de la población, y a menudo son menos capaces o están menos dispuestas a solicitar atención debido a la estigmatización o a experiencias negativas previas con los servicios, así que el hecho de tener que pagar de su propio bolsillo o del de su familia es un obstáculo aún mayor que en el caso de muchas afecciones físicas agudas. Todo mecanismo que aumente la proporción costeadas mediante prepagos, particularmente en el caso de procedimientos costosos o repetidos, tal como se recomienda en el *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, puede por tanto beneficiar en especial a la salud mental, siempre que se dedique a los trastornos mentales y conductuales una parte suficiente del prepago adicional. El movimiento contrario, desde el prepago hasta una mayor proporción de pagos directos, como ha sucedido con la transición económica en varios países de la antigua Unión Soviética, tenderá probablemente a reducir los recursos destinados a la salud mental.

En los países con baja proporción de prepago donde resulta difícil recaudar impuestos o ampliar las prestaciones sociales porque gran parte de la población es rural y carece de empleos formales, los planes de financiamiento comunitario pueden parecer quizá una opción interesan-

Figura 4.1 Porcentaje de Estados Miembros con políticas y legislación sobre salud mental, por regiones de la OMS, 2000



te para reducir la carga de pagos directos. Las pruebas disponibles respecto al éxito de esas iniciativas son escasas y dispares hasta la fecha, pero debe señalarse que, a menos que reciban subvenciones importantes de los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales o los donantes externos, es difícil que esos planes resuelvan los problemas crónicos de una parte fácilmente identificada de la población beneficiaria. Muchas personas dispuestas a ayudar a un vecino que padece un problema de salud agudo serán más reacias a prestarle apoyo de forma más permanente. Por esa razón, no puede contarse con la comunidad como fuente importante de financiamiento de la salud mental: los servicios basados en la comunidad no deben dar por supuesto el financiamiento comunitario ni depender de esa opción.

Estos mismos países pobres a veces dependen en gran medida de los donantes externos para sufragar la atención sanitaria. Esta es una valiosa fuente potencial de recursos para la salud mental, al igual que para otros problemas, pero los donantes suelen tener sus propias prioridades, que no necesariamente coinciden con las del gobierno. En particular, hoy por hoy raras veces otorgan a la salud mental más prioridad que a las enfermedades transmisibles. Así las cosas, los gobiernos han de elegir entre intentar persuadir a los donantes para que adapten mejor su ayuda a las prioridades del país o utilizar sus limitados fondos propios en las esferas no atendidas por los donantes, y dedicar en particular una mayor proporción de los recursos nacionales a la salud mental.

FORMULACION DE LAS POLITICAS DE SALUD MENTAL

Dentro de la política sanitaria general, es preciso dar consideración especial a la política de salud mental y a las políticas en materia de alcohol y drogas, y una razón no desdeñable para ello son la estigmatización y las violaciones de los derechos humanos que padecen muchos de los afectados por esos trastornos mentales y conductuales, así como la asistencia que gran parte de ellos necesitan para encontrar vivienda adecuada o ayuda económica.

La formulación de políticas de salud mental, alcohol y drogas debe emprenderse en el contexto de un complejo entramado de políticas públicas sobre salud, bienestar y protección social en general. La realidad social, política y económica debe reconocerse en los niveles local, regional y nacional, y al elaborar esas políticas hay que hacerse varias preguntas (véase el recuadro 4.2).

Las políticas en materia de alcohol y drogas son un caso particular, pues han de incluir medidas legales y de otro tipo de control del suministro de sustancias psicoactivas, así como un abanico de opciones para hacer frente a las consecuencias negativas del consumo de sustancias que suponen una amenaza para la seguridad pública, a lo que hay que añadir actividades de educación, prevención, tratamiento y rehabilitación (OMS 1998).

Un paso importante en la elaboración de una política de salud mental es la designación por el gobierno de las personas responsables de su formulación, y en el proceso de elaboración debe contarse con la opinión de una amplia gama de interesados directos: pacientes

Recuadro 4.2 Formulación de la política: preguntas clave

El acierto de una política de salud mental dependerá de que se pueda responder afirmativamente a las siguientes preguntas:

- ¿Promueve la política el desarrollo de la atención basada en la comunidad?
- ¿Se ofrecen servicios completos e integrados en la atención primaria de salud?
- ¿Alienta la política la colaboración entre individuos, familias y profesionales de la salud?
- ¿Promueve la política el empoderamiento de individuos, familias y comunidades?
- ¿Crea la política un sistema que respeta, protege y permite el ejercicio de los derechos fundamentales de los enfermos mentales?
- ¿Se utilizan prácticas basadas en la evidencia siempre que es posible?
- ¿Existe una oferta suficiente de proveedores de servicios debidamente capacitados para asegurar la ejecución de la política?
- ¿Se reconocen las necesidades especiales de las mujeres, los niños y los adolescentes?
- ¿Hay paridad entre los servicios de salud mental y los otros servicios de salud?
- ¿Exige la política la vigilancia y evaluación continuas de los servicios?
- ¿Incluye la política un sistema sensible a las necesidades de las poblaciones subatendidas y vulnerables?
- ¿Se presta suficiente atención a las estrategias de prevención y promoción?
- ¿Fomenta la política los vínculos intersectoriales entre la salud mental y otros sectores?

(a veces llamados consumidores), familiares, profesionales, formuladores de políticas y otras partes interesadas. Algunos, como los empleadores o los miembros del sistema de justicia penal, quizá no se consideren interesados directos, pero hay que persuadirlos de la importancia de su participación. La política debe fijar prioridades y esbozar criterios, con arreglo a las necesidades definidas y teniendo en cuenta los recursos disponibles.

En algunos países la salud mental se está integrando en la atención primaria, pero sin llevar a cabo reformas radicales en los hospitales psiquiátricos o en lo relativo a las opciones de base comunitaria. Las grandes reformas del sector sanitario emprendidas en muchos países son una oportunidad para fortalecer la posición de la salud mental en esos sectores y para iniciar el proceso de integración a nivel normativo, asistencial y comunitario. En Uganda (recuadro 4.3), por ejemplo, hasta hace poco la salud mental apenas recibía atención.

ESTABLECIMIENTO DE UN BANCO DE INFORMACIÓN

La política debe formularse partiendo de información actualizada y fiable acerca de la comunidad, los indicadores de salud mental, los tratamientos eficaces, las estrategias de prevención y promoción y los recursos de salud mental, y debe ser revisada periódicamente para modificar o actualizar los programas si es preciso.

Una tarea importante es reunir y analizar información epidemiológica para definir los determinantes psicosociales básicos de los problemas mentales, y aportar información cuantitativa sobre la magnitud e índole de los problemas en la comunidad. Otra tarea importante consiste en llevar a cabo un estudio amplio de los recursos y estructuras existentes en las comunidades y las regiones, así como un análisis crítico de la medida en que estén respondiendo a las necesidades definidas. A este respecto, conviene usar una «matriz de economía mixta» para cartografiar los distintos sectores de proveedores, las vías por las que reciben recursos y las formas de ligación entre esos sectores y recursos. Los servicios de salud mental y los servicios conexos, como los de bienestar social y alojamiento, pueden ser facilitados por organizaciones o grupos públicos (Estado), privados (lucrativos), voluntarios (no lucrativos) o informales (familia o comunidad). En la práctica la mayoría de las personas sólo reciben algunos servicios formales, junto con apoyo informal de la familia, los amigos y la comunidad. Esos servicios se financian a menudo combinando cinco modalidades básicas de obtención de ingresos: pagos directos, seguros privados, seguridad social, impuestos generales y donaciones de organizaciones no lucrativas (ONG). Una vez elaborada la matriz, puede efectuarse un análisis más sistemático de los tipos y la calidad de los servicios, los proveedores principales y las cuestiones relacionadas con el acceso y la equidad.

Recuadro 4.3 Reforma de la salud mental en Uganda

Los servicios de salud mental de Uganda fueron descentralizados en los años sesenta, creándose departamentos de salud mental en los hospitales de referencia regionales. Esos departamentos, que parecían cárceles, estaban a cargo de funcionarios clínicos psiquiatras. Los servicios adolecían de falta de motivación del personal, escasez crónica de fármacos y carencia absoluta de fondos para cualquier tipo de actividades comunitarias. La mayoría de la población apenas sabía nada acerca de los trastornos mentales e ignora-

ba que se disponía de tratamientos y servicios eficaces. Hasta el 80% de los pacientes acudían a los curanderos tradicionales antes de recurrir al sistema de salud.¹

En 1996, alentado por la OMS, el Ministerio de Salud empezó a fortalecer los servicios de salud mental y a integrarlos en la atención primaria. Se elaboraron normas y directrices para la atención de la epilepsia y para la salud mental de niños y adultos desde el nivel comunitario hasta las instituciones terciarias. Se enseñó a los agentes de salud a reconocer y tratar o derivar

los casos de trastornos mentales y neurológicos comunes. Se estableció un nuevo sistema de derivación de casos junto con una red de supervisión de apoyo. Se crearon vínculos con otros programas como los relacionados con el SIDA, la salud de los adolescentes, la salud reproductiva y la educación sanitaria. Se emprendieron actividades para sensibilizar a la población general respecto de la salud mental. La Ley sobre salud mental fue revisada e integrada en un proyecto de ley sobre servicios de salud. La lista de medicamentos esenciales contiene

ahora fármacos para trastornos mentales y neurológicos.

La salud mental se ha incluido como componente del paquete mínimo nacional de atención sanitaria, y forma parte del presupuesto del Ministerio de Salud. Van a construirse departamentos de salud mental en 6 de los 10 hospitales de referencia regionales, y se reducirá a la mitad la capacidad del hospital psiquiátrico nacional, que cuenta ahora con 900 camas.

¹ Baingana F (1990). Comunicación personal

Tanto para formular como para evaluar la política hay que contar con un sistema eficaz y bien coordinado de información que permita medir un número mínimo de indicadores de salud mental. Actualmente, cerca de la tercera parte de los países carecen de un sistema de notificación anual de los datos de salud mental. Los que sí cuentan con ese sistema a menudo carecen de información suficientemente detallada para poder evaluar la eficacia de la política, los servicios y los tratamientos. Alrededor de la mitad de los países no tienen medios para reunir datos epidemiológicos o sobre los servicios a escala nacional.

Los gobiernos han de invertir recursos en el desarrollo de sistemas de vigilancia de la información que incorporen indicadores de los principales determinantes demográficos y socioeconómicos de la salud mental, el estado de salud mental de la población general y de las personas en tratamiento (incluidas categorías diagnósticas específicas por edades y sexos), y los sistemas de salud. Los indicadores sobre estos últimos podrían incluir, por ejemplo, el número de camas en hospitales psiquiátricos y hospitales generales, el número de ingresos y reingresos en hospitales, la duración de la estancia, la duración de la enfermedad en el primer contacto, las pautas de uso de los tratamientos, las tasas de recuperación, el número de visitas ambulatorias, la frecuencia de las visitas de atención primaria, la frecuencia y dosificación de la medicación y la dotación de personal y el número de instalaciones de capacitación.

Los métodos de medición podrían incluir encuestas de población, el acopio sistemático de datos sobre los pacientes tratados en los niveles terciario, secundario y primario, y el uso de datos de mortalidad. La estructura del sistema en los países debe ser tal que la información reunida en los niveles local y regional pueda cotejarse y analizarse sistemáticamente a nivel nacional.

IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS VULNERABLES Y LOS PROBLEMAS ESPECIALES

La política debe destacar la situación de los grupos vulnerables que tienen necesidades especiales de salud mental, entre los que figuran en la mayoría de los países los niños, los ancianos y las mujeres que sufren malos tratos. Se añaden a ellos a menudo grupos vulnerables específicos del entorno sociopolítico de cada país, como los refugiados y personas desplazadas de regiones en guerra o con conflictos internos.

Respecto de los *niños*, las políticas deben tender a prevenir la discapacidad mental en la infancia fomentando la atención nutricional, prenatal y perinatal necesaria, la evitación del consumo de alcohol y drogas durante el embarazo, la inmunización, la yodación de la sal, la adopción de medidas de seguridad en la infancia, el tratamiento de trastornos infantiles comunes, como la epilepsia, la detección precoz en el nivel de atención primaria, la identificación precoz de las enfermedades y la promoción de la salud en las escuelas. Esto último es factible, como lo demuestra la experiencia de Alejandría (Egipto), donde se capacitó a consejeros infantiles para trabajar en las escuelas a fin de detectar y tratar trastornos mentales y del comportamiento durante la infancia (El-Din et al., 1996). La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño reconoce que los niños y los adolescentes tienen derecho a recibir servicios apropiados (Naciones Unidas, 1989). Los servicios dirigidos a la juventud, que deben estar coordinados con las escuelas y la atención primaria de salud, pueden abordar la salud mental y física de forma integrada y amplia, abarcando problemas como los embarazos precoces y no deseados, el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, las conductas violentas, los intentos de suicidio y la prevención de la infección por el VIH y de las enfermedades de transmisión sexual.

Respecto de los *ancianos*, las políticas deben apoyar y mejorar la atención que ya les dispensan sus familias, incorporar la evaluación y la gestión de la salud mental a los servicios de salud generales y facilitar asistencia de relevo a los familiares, que suelen ser los principales cuidadores.

En cuanto a las *mujeres*, las políticas deben resolver la discriminación en el acceso a los servicios, el tratamiento y la atención comunitaria en salud mental. Es preciso crear servicios en la comunidad y en los niveles de atención primaria y secundaria para apoyar a las

mujeres que han sido víctimas de violencia sexual, doméstica o de otro tipo, así como a las que sufren problemas de abuso de alcohol y de sustancias.

En relación con los *grupos de desplazados internos y los refugiados*, las políticas deben abarcar los temas de la vivienda, el empleo, el alojamiento, la ropa y la alimentación, así como los efectos psicológicos y afectivos de la guerra, los desplazamientos y la pérdida de seres queridos. La intervención comunitaria debe ser la base de las medidas de política.

Habida cuenta de las particularidades del *comportamiento suicida*, las políticas deben reducir los factores ambientales, en particular el acceso a los medios más empleados con fines suicidas en un determinado lugar. Las políticas deben garantizar la atención a las personas en riesgo, particularmente a las que padecen trastornos mentales, y a quienes ya hayan intentado quitarse la vida.

Los *problemas relacionados con el alcohol* no se limitan a las personas dependientes de esa sustancia. La acción de salud pública debe dirigirse a toda la población bebedora, no sólo a los alcohólicos. A la hora de definir las políticas es preciso tener en cuenta la viabilidad política, la capacidad del país para responder, la aceptación del público y la probabilidad de que las medidas tengan repercusión. Las políticas más eficaces de lucha contra el alcohol incluyen lo siguiente: aumento del precio real de las bebidas alcohólicas y de los impuestos que las gravan; restricción de su consumo mediante el control de su disponibilidad, incluidas medidas legislativas sobre la edad mínima exigible para el consumo de alcohol; reducción del número, el tipo y las horas de apertura de los lugares de venta o servicios de alcohol; legislación sobre el alcohol al volante, e intervenciones dirigidas a las personas que sirven alcohol (mediante políticas y capacitación que les hagan negarse a servirlo a quienes se hallen en estado de embriaguez). También son importantes el control de la publicidad de bebidas alcohólicas, sobre todo la dirigida a los jóvenes; la educación del público sobre los efectos perjudiciales del consumo de alcohol (recurriendo por ejemplo a los medios y a campañas de mercadotecnia social); rótulos de advertencia; controles estrictos de la inocuidad de los productos, y aplicación de medidas contra la producción y la venta ilícitas de bebidas alcohólicas. Por último, el tratamiento de las personas con problemas relacionados con el alcohol debe formar parte de las responsabilidades de atención sanitaria y social de la sociedad (Jernigan et al. 2000).

Las políticas sobre el *uso de drogas ilícitas* deben tener por objeto controlar el suministro de esas drogas; reducir la demanda, mediante la prevención y otros medios; reducir los efectos perjudiciales de las toxicomanías, y ofrecer tratamiento. Esas políticas deben dirigirse a la población general y a diversos grupos de riesgo. Para que los programas y servicios sean eficaces, es preciso comprender el alcance del fenómeno del consumo de drogas y los problemas conexos, así como su evolución a lo largo del tiempo en función de las pautas de uso. La información difundida debe ser veraz y apropiada para el grupo destinatario. Es preciso evitar el sensacionalismo, promover la competencia psicosocial mediante las aptitudes para la vida y empoderar a las personas para que tomen decisiones más saludables en relación con el consumo de sustancias. Puesto que dicho consumo está ligado a diversos problemas sociales y a la marginación, los esfuerzos de prevención tendrán más probabilidades de éxito si se integran con estrategias cuyo objetivo sea mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades, incluido el acceso a la educación y a la atención de salud.

RESPECTO DE LOS DERECHOS HUMANOS

Las políticas y los programas en materia de salud mental deben promover los siguientes derechos: igualdad y no discriminación; derecho a la privacidad; autonomía individual; integridad física; derecho a la información y la participación; y libertad de culto, reunión y circulación.

Los instrumentos de derechos humanos también exigen que en toda planificación o elaboración de políticas o programas de salud mental se haga participar a los grupos vulnerables, como las poblaciones indígenas y tribales, las minorías nacionales, étnicas, religiosas y lingüísticas, los trabajadores migrantes; los refugiados y los apátridas, los niños y los adolescentes, y los ancianos.

Además del *Pacto Internacional de Derechos Cíviles y Políticos* y el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, instrumentos jurídicamente vinculantes y que también se aplican a los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales y conductuales, el esfuerzo internacional más importante y serio para proteger los derechos de los enfermos mentales es la Resolución 46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la *Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*, adoptada en 1991 (Naciones Unidas, 1991). Aunque no es jurídicamente vinculante, la resolución recoge un conjunto de derechos básicos que la comunidad internacional considera inviolables, ya sea en la comunidad o cuando las personas con enfermedad mental reciben tratamiento del sistema de atención sanitaria. Hay 25 principios repartidos en dos categorías generales: derechos cíviles y procedimientos, y acceso a la atención y calidad de la misma. Entre ellos figuran declaraciones de las libertades fundamentales y los derechos básicos de los enfermos mentales, criterios para la determinación de la enfermedad mental, la protección de la confidencialidad, normas de atención y tratamiento incluidos el ingreso involuntario y el consentimiento para recibir tratamiento, los derechos de los enfermos mentales en los centros de salud mental, el suministro de recursos a esos centros, el establecimiento de mecanismos de revisión, disposiciones para la protección de los derechos de los delincuentes con trastornos mentales, y salvaguardias de procedimiento para proteger los derechos de los enfermos mentales.

La *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño* (1989) ofrece orientación para la elaboración de políticas específicamente relacionadas con los niños y los adolescentes. Abarca la protección frente a todas las formas de abuso físico y mental; la no discriminación; el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo; los intereses fundamentales del niño y el respeto de la opinión del niño.

También existen varios instrumentos regionales que protegen los derechos de los enfermos mentales, entre ellos el *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*, respaldado por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos; la *Recomendación 1235 (1994) sobre Psiquiatría y Derechos Humanos*, adoptada por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa; la *Convención Americana sobre Derechos Humanos* de 1978, y la *Declaración de Caracas* adoptada por la Conferencia Regional sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina en 1990 (véase el recuadro 3.3).

Los órganos que supervisan el cumplimiento de los tratados en materia de derechos humanos son un ejemplo más de un medio desaprovechado para potenciar la responsabilización de los gobiernos en lo que atañe a la salud mental y para configurar el derecho internacional de modo que aborde las cuestiones relativas a la salud mental. Debe alentarse a las organizaciones no gubernamentales y a los profesionales de la medicina y la salud pública a emplear esos mecanismos ya existentes a fin de instar a los gobiernos a que liberen los recursos necesarios para cumplir sus obligaciones en lo que atañe a la atención sanitaria de las personas que padecen trastornos mentales, protegiéndolas de la discriminación en la sociedad y salvaguardando otros derechos humanos conexos.

LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL

La legislación referente a la salud mental debe codificar y consolidar los principios, valores, metas y objetivos fundamentales de la política de salud mental. Esa legislación es indispensable para garantizar la protección de la dignidad y los derechos humanos fundamentales de los pacientes.

De 160 países que facilitaron información al respecto (OMS 2001), casi la cuarta parte carece de legislación en materia de salud mental (figura 4.1). Alrededor de la mitad de la legislación existente se formuló en el decenio pasado, pero casi la quinta parte data de hace más de 40 años, cuando no se disponía aún de la mayoría de los métodos de tratamiento actuales.

Los gobiernos han de actualizar su legislación nacional de salud mental, procurando que esté en consonancia con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos y que aplique los importantes principios antes mencionados, incluidos los contenidos en la resolución 46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La difusión de intervenciones eficaces contra los trastornos mentales y conductuales tropieza con numerosas dificultades (figura 4.2). Los obstáculos específicos del sistema sanitario varían de un país a otro, pero hay algunas características comunes relacionadas con la mera falta de servicios de salud mental, la escasa calidad del tratamiento y los servicios, y diversos aspectos del acceso y la equidad.

Mientras que muchos países han emprendido reformas o están reformando sus sistemas de salud mental, el alcance y la naturaleza de esas reformas también varían enormemente. Ningún país ha conseguido hacer todas las reformas necesarias para salvar todos los obstáculos. Italia ha reformado con éxito sus servicios psiquiátricos, pero no ha transformado sus servicios de atención primaria (recuadro 4.4). En Australia (recuadro 4.5), el gasto en salud mental ha aumentado y se ha producido un desplazamiento hacia la atención comunitaria. También se ha intentado integrar la atención de salud mental en la atención primaria y aumentar la participación de los consumidores en la adopción de decisiones. Pero la atención comunitaria, particularmente en lo que atañe al alojamiento de los afectados, ha sido sumamente pobre en algunos lugares.

Aunque no se recomienda ofrecer atención de salud mental en instituciones psiquiátricas con gran número de camas, sí es indispensable que en los hospitales generales haya un número reducido de camas para los casos agudos. Hay grandes diferencias en cuanto al número de camas disponibles para la atención de salud mental (figura 4.3). La mediana del número de camas a nivel mundial es de 1,5 por 10 000 habitantes, y va desde 0,33 en la Región de Asia Sudoriental de la OMS hasta 9,3 en la Región de Europa. Casi dos terceras partes de la población mundial tienen acceso a menos de una cama por 10 000 habitantes, y más de la mitad del total de camas se encuentran aún en instituciones psiquiátricas que a menudo tienen una función custodial más que de atención de salud mental.

Figura 4.2 Obstáculos a la aplicación de intervenciones eficaces contra las enfermedades mentales

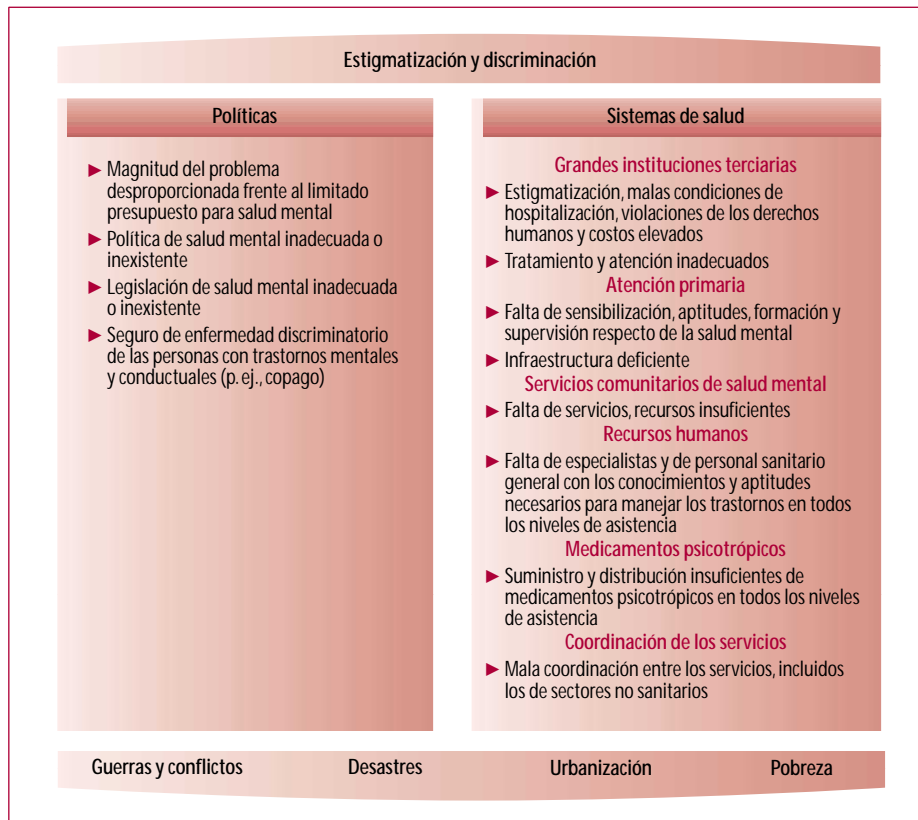
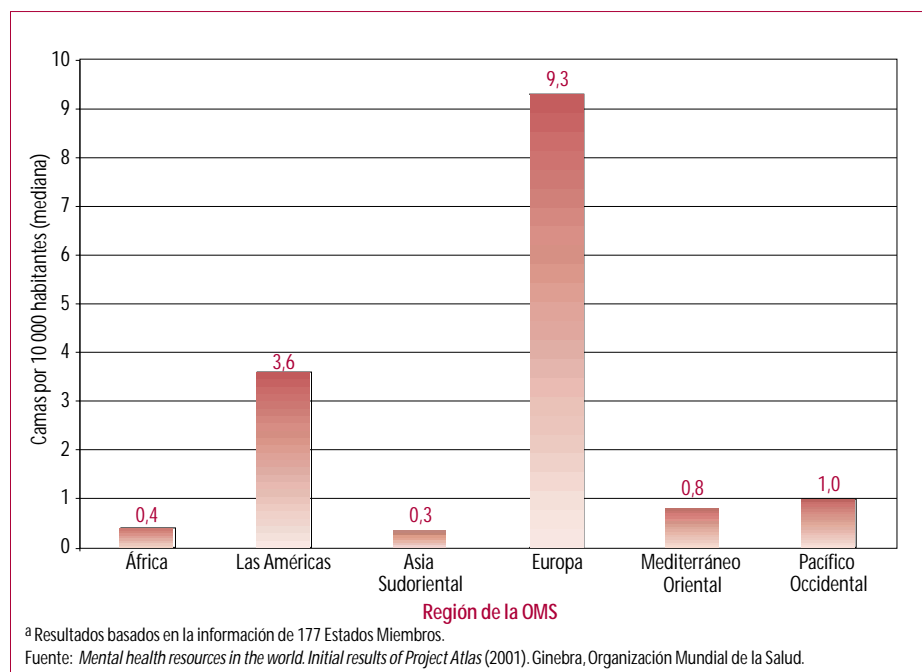


Figura 4.3 Camas psiquiátricas por 10 000 habitantes, por regiones de la OMS, 2000^a

Recuadro 4.4 Reforma de la salud mental en Italia

Hace 20 años, el Parlamento italiano aprobó la «Ley 180», que tenía por finalidad modificar radicalmente la atención psiquiátrica en todo el país. La ley establecía una legislación marco (*legge quadro*) y encomendaba a las regiones la tarea de elaborar y aplicar normas, métodos y calendarios detallados para traducir los principios generales de la ley en medidas concretas. Se han establecido tres alternativas a los hospitales psiquiátricos para manejar las enfermedades mentales: camas psiquiátricas en hospitales generales; centros residenciales de carácter no hospitalario, con personal a tiempo completo o parcial, y centros no residenciales, de tipo ambulatorio, como hospitales de día, centros de día y dispensarios.¹

Durante los diez años que siguieron a la aprobación de la ley, el número de residentes en hospi-

tales psiquiátricos se redujo en un 53%. Sin embargo, se ignora el número de pacientes dados de alta durante los últimos veinte años. Los ingresos obligatorios, expresados como porcentaje del total de ingresos psiquiátricos, han disminuido sin cesar desde alrededor del 50% en 1975 hasta un 20% en 1984 y 11,8% en 1994. El fenómeno de la «puerta giratoria» – pacientes dados de alta y que vuelven a ingresar – se observa sólo en zonas que carecen de servicios comunitarios eficaces y bien organizados.

Incluso en el contexto de los nuevos servicios, estudios recientes revelan que los pacientes psiquiátricos raras veces reciben la farmacoterapia idónea, y las formas de tratamiento psicossocial basadas en la evidencia están irregularmente distribuidas en los servicios de salud mental. Por ejemplo, aunque la intervención psicoeducacional se con-

sidera en general indispensable para los pacientes aquejados de esquizofrenia, sólo el 8% de las familias se beneficiaban de un tratamiento de ese tipo. Los escasos datos disponibles parecen mostrar que las familias han asumido de modo informal parte de la atención que requieren los parientes enfermos, atención que antes incumbía al hospital psiquiátrico. Al menos parte de las ventajas para los pacientes parecen atribuibles más al apoyo familiar cotidiano que a los servicios prestados.

De esta experiencia pueden extraerse varias conclusiones. En primer lugar, la transición desde un servicio basado principalmente en los hospitales hasta otro basado principalmente en la comunidad no puede conseguirse sólo cerrando las instituciones psiquiátricas; debe haber estructuras alternativas apropiadas, como sucedió en Italia. En segundo lugar, se necesita un com-

promiso político y administrativo para que la atención comunitaria sea eficaz. Hay que hacer inversiones en edificios, personal, formación y servicios de apoyo. En tercer lugar, la vigilancia y la evaluación son facetas importantes del cambio: la planificación y la evaluación deben ser procesos paralelos, y la evaluación debe tener a ser posible una base epidemiológica. Por último, una ley de reforma, además de proporcionar directrices, como en Italia, debe ser prescriptiva: hay que definir normas mínimas en lo tocante a la asistencia y al establecimiento de sistemas de vigilancia fiables; hay que establecer calendarios obligatorios para poner en marcha los servicios previstos, y se necesitan mecanismos centrales de verificación, control y comparación de la calidad de los servicios.

¹ de Girolomo G, Cozza M (2000). The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23 (3–4): 197–214.

Lo cierto es que, en muchos países, las grandes instituciones terciarias con servicios para casos tanto agudos como crónicos siguen siendo el escenario más común del tratamiento y la atención. Los ingresados en esas instituciones suelen evolucionar mal y sufrir violaciones de los derechos humanos. El hecho de que el presupuesto público para salud mental de muchos países se destine al mantenimiento de esa asistencia institucional deja muy pocos o ningún recurso para dotar de servicios más eficaces a los hospitales generales y a la comunidad. Los datos disponibles indican que en el 38% de los países no hay servicios comunitarios. Incluso en los países que promueven la atención en la comunidad, la cobertura dista mucho de ser universal. Dentro de los países hay grandes variaciones entre regiones y entre las zonas rurales y las urbanas (véase el recuadro 4.6).

En la mayoría de los países es preciso analizar, reevaluar y reformar los servicios de salud mental para ofrecer el mejor tratamiento y atención disponibles. Aun con recursos limitados, hay formas de mejorar la organización de los servicios, de modo que las personas que los necesiten puedan aprovecharlos plenamente. La primera consiste en reducir gradualmente la atención prestada en hospitales psiquiátricos; la segunda es desarrollar paralelamente los servicios de salud mental en la comunidad, y la tercera es integrar los servicios de salud mental en la atención de salud general. El grado de colaboración entre los servicios de salud mental y otros servicios no relacionados con la salud, la disponibilidad de psicotrópicos esenciales, los métodos de selección de las intervenciones de salud mental y las funciones de los sectores público y privado en las intervenciones también son aspectos cruciales de la reorganización de los servicios, como veremos a continuación.

SUSTITUCIEN PROGRESIVA DE LA ATENCIEN DISPENSADA EN GRANDES HOSPITALES PSIQUI«TRICOS

El objetivo último es el tratamiento y la atención basados en la comunidad, lo que entraña el cierre de los grandes hospitales psiquiátricos (véase el cuadro 4.1). Quizá no sea realista intentar hacer eso inmediatamente. Como medida a corto plazo, es decir, hasta que todos los pacientes puedan ser transferidos a la comunidad con un apoyo apropiado de ésta, habrá que ir reduciendo el tamaño de los hospitales psiquiátricos; habrá que mejorar las condiciones de vida de los pacientes; habrá que capacitar personal; habrá que establecer procedimientos para evitar que los pacientes sean ingresados y tratados innecesariamente y contra su voluntad, y habrá que crear órganos independientes que vigilen e inspeccionen las condiciones reinantes en los hospitales. Además, hay que convertir éstos en centros de tratamiento y rehabilitación activos.

Recuadro 4.5 Reforma de la salud mental en Australia

En Australia, donde la depresión es la cuarta causa más común de la carga total de morbilidad y la primera causa de discapacidad,¹ el Gobierno Federal y los ministerios de salud de todos los estados adoptaron en 1992 la primera estrategia nacional en materia de salud mental. Se creó un marco de colaboración para trabajar en las esferas prioritarias acordadas a lo largo de un periodo de cinco años (1993-1998).

Ese programa quinquenal ha demostrado los cambios que pue-

den conseguirse mediante una reforma nacional de la salud mental. El gasto nacional en atención de salud mental aumentó un 30% en términos reales, mientras que el gasto en servicios de base comunitaria creció un 87%. Para 1998, el gasto en salud mental dedicado a atender a personas en la comunidad pasó del 29% al 46%. Los recursos liberados al reducir el tamaño de las instituciones financiaron el 48% del crecimiento de los servicios ofrecidos en la comunidad y en hospitales generales. La dotación de

personal clínico que prestaba atención comunitaria aumentó un 68%, en paralelo con el aumento del gasto.

Las instituciones exclusivamente psiquiátricas, que antes absorbían el 49% del total de recursos de salud mental, pasaron a utilizar el 29% de esos recursos, y el número de camas en instituciones se redujo en un 42%. Al mismo tiempo, el número de camas para casos psiquiátricos agudos en hospitales generales aumentó un 34%; el 61% de las organizaciones públicas de salud mental

establecieron mecanismos formales para la participación de los consumidores y los proveedores de atención. El sector no gubernamental aumentó su proporción total de fondos para salud mental del 2% al 5%, y los fondos asignados a organizaciones no gubernamentales para prestar apoyo comunitario a personas con discapacidades psiquiátricas crecieron un 200%.

¹ Whiteford H et al. (2000). The Australian mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23 (3-4): 403-417.

DESARROLLO DE SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL

Los servicios comunitarios de salud mental deben ofrecer tratamiento y atención integrales a nivel local. Amén de fácilmente accesibles para los pacientes y sus familias, esos servicios deben ser completos, en el sentido de que han de ofrecer una gama de recursos para atender las necesidades de salud mental tanto de la población general cuanto de grupos especiales, como los niños, los adolescentes, las mujeres y los ancianos. Lo ideal es que esos servicios incluyan lo siguiente: nutrición; arreglos para el ingreso de casos agudos en hospitales generales; atención ambulatoria; centros comunitarios; servicios periféricos; residencias; asistencia de relevo para familiares y cuidadores; apoyo ocupacional, profesional y de rehabilitación; y necesidades básicas como la vivienda y la ropa (véase el cuadro 4.1). Si se ha iniciado la desinstitucionalización, los servicios comunitarios deben desarrollarse paralelamente. Todas las funciones positivas de las instituciones deben reproducirse en la comunidad, sin perpetuar los aspectos negativos.

Hay que tener en cuenta tres recomendaciones clave en materia de financiamiento. La primera es la de liberar recursos para el desarrollo de los servicios comunitarios mediante el cierre parcial de los hospitales. La segunda es financiar provisionalmente la inversión inicial en nuevos servicios, para facilitar el paso de la atención de los hospitales a la comunidad. Y la tercera es mantener fondos paralelos a fin de seguir financiando cierto nivel de atención institucional incluso después de establecidos los servicios de base comunitaria.

Los países tienen problemas para crear servicios integrales de atención mental debido a la escasez de fondos. Aunque en algunos países es posible desviar fondos hacia la atención comunitaria de resultados de la desinstitucionalización, eso rara vez basta. En otros países es difícil desviar recursos. Por ejemplo, en Sudáfrica, donde los presupuestos están integrados en los diversos niveles de atención primaria, secundaria y terciaria, resulta difícil transferir

Recuadro 4.6 Servicios de salud mental: desequilibrio entre el campo y la ciudad

La provincia de Neuquén de la **Argentina** presta atención de salud mental a comunidades tanto urbanas como de zonas rurales remotas, pero el grueso de los recursos humanos especializados en salud mental sigue encontrándose en los centros urbanos. Las ciudades tienen ambulatorios de atención primaria, departamentos psiquiátricos de segundo nivel en hospitales generales y centros terciarios de salud mental, mientras que las comunidades rurales cuentan con agentes de salud comunitarios residentes, visitas quincenales de médicos generales y ambulatorios locales de atención primaria.¹ Además, el programa de

rehabilitación de base comunitaria para enfermos mentales muy graves que funciona en la capital no tiene homólogo en las zonas rurales de la provincia.² En **Nigeria** los hospitales urbanos tienen más personal médico y sus servicios auxiliares funcionan más eficientemente que los hospitales públicos del resto del país.³ En **Costa Rica** la mayoría de los agentes de salud mental siguen concentrados en las ciudades y los pueblos grandes, y las regiones rurales no cuentan con suficiente personal.⁴ Entre los **países árabes**, los centros de salud mental suelen encontrarse sólo en grandes ciudades,⁵ aunque **Arabia Saudita** tiene dispensarios de psiquiatría en algunos

de los hospitales generales de zonas rurales.⁶ También en la **India**, a pesar del énfasis en el desarrollo de servicios rurales, la mayoría de los profesionales de salud mental reside en zonas urbanas.⁷ En **China**, los servicios comunitarios se prestan conforme a un modelo urbano/suburbano, a pesar de que la mayor parte de la población es rural. Los servicios de atención comunitaria de las ciudades están a cargo de comités de vecindario y de fábrica.⁸ En los países de la **antigua Unión Soviética**, los servicios de salud mental siguen siendo organizados por las estructuras centrales de planificación y están claramente demarcados en lo que atañe a la administración

local y central de los servicios. La autoridad reside en el centro, lo que equivale a decir en los centros urbanos, mientras que las zonas rurales remotas se ven obligadas a suministrar servicios concebidos y financiados por la burocracia central.⁹ En **Turquía**, en los pueblos grandes y las ciudades se dispone de servicios especializados de salud mental privados y públicos, mientras que en las zonas rurales y semirurales los pacientes dependen del centro de atención primaria para disponer de servicios locales.¹⁰

¹ Collins PY et al. (1999a). Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in Neuquen, Argentina. *International Journal of Mental Health*, 28: 3–16.

² Collins PY et al. (1999b). Using local resources in Patagonia: a model of community-based rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, 28: 17–24.

³ Gureje O et al. (1995). Results from the Ibadan centre. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons: 157–173.

⁴ Gallegos A, Montero F (1999). Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, 28: 25–30.

⁵ Okasha A, Karam E (1998). Mental health services and research in the Arab world. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 406–413.

⁶ Al-Subaie AS et al. (1997). Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Mental Health*, 25: 59–68.

⁷ Srinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, 356: 39.

⁸ Pearson V (1992). Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 38: 163–178.

⁹ Tomov T (1999). Central and Eastern European countries. In: Thornicroft G, Tansella G, eds. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge, Cambridge University Press: 216–227.

¹⁰ Rezaki MS et al. (1995). Results from the Ankara centre. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons: 39–55.

Cuadro 4.1 Efectos de la transferencia de funciones del hospital psiquiátrico tradicional a la atención comunitaria

Funciones del hospital psiquiátrico tradicional	Efectos de la transferencia a la atención comunitaria
Evaluación física y tratamiento	Puede transferirse preferiblemente a la atención primaria o a los servicios generales de salud
Tratamiento activo para las estancias breves o intermedias	Tratamiento mantenido o mejorado, pero los resultados tal vez no puedan generalizarse
Custodia a largo plazo	Generalmente mejorada en las residencias diseñadas para quienes necesitan apoyo especializado de forma prolongada
Protección frente a la explotación	Algunos pacientes siguen siendo vulnerables a la explotación física, sexual y financiera
Atención diurna y servicios ambulatorios	Pueden mejorar si se desarrollan servicios locales y accesibles, pero pueden deteriorarse en caso contrario; a menudo los organismos de salud y asistencia social tienen que renegociar las responsabilidades
Servicios ocupacionales, de formación profesional y de rehabilitación	Mejorados en circunstancias normales
Vivienda, ropa, nutrición e ingresos básicos	Riesgo de empeoramiento, de modo que deben quedar claras las responsabilidades y la coordinación
Asistencia de relevo para la familia y los cuidadores	Por lo general sin cambios netos: por una parte el tratamiento se efectúa en el hogar, pero por otra parte la familia puede conseguir más apoyo profesional
Investigación y formación	La descentralización brinda nuevas oportunidades

Fuente: Thornicroft G, Tansella M (2000). *Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento inédito).

los fondos destinados a la atención hospitalaria hasta el nivel de atención primaria o comunitaria, a pesar de que se ha adoptado una política de desinstitutionalización. Además, aunque pueda utilizarse parte del dinero previsto en el presupuesto hospitalario, nada garantiza que se destine a programas de salud mental en la comunidad. Debido a las restricciones presupuestarias, está claro que la atención comunitaria integral es difícilmente viable sin el apoyo de los servicios de atención primaria y secundaria.

INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD GENERALES

La integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales, particularmente en el nivel de atención primaria, tiene numerosas ventajas, entre las que cabe citar las siguientes: menor estigmatización de los pacientes y del personal, ya que los trastornos mentales y conductuales se identifican y tratan junto con las dolencias orgánicas; mejor cribado y tratamiento, sobre todo mejores tasas de detección para los pacientes que acuden con trastornos somáticos vagos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento; posibilidad de tratar mejor los problemas orgánicos de las personas que padecen enfermedades mentales y viceversa, y mejor tratamiento de los aspectos mentales asociados a los problemas «orgánicos». Para los administradores, las ventajas incluyen el hecho de compartir la misma infraestructura, lo que permite hacer economías por aumento

de la eficiencia; la posibilidad de ofrecer una cobertura universal para la atención de salud mental, y el uso de recursos comunitarios que pueden compensar en parte la limitada disponibilidad de personal de salud mental.

La integración exige un análisis detenido de lo que puede y no puede lograrse mediante el tratamiento y la atención en cada nivel asistencial. Por ejemplo, en el caso del alcohol las estrategias de intervención precoz se aplican con más eficacia en el nivel de atención primaria, mientras que la psicosis aguda puede manejarse quizá mejor en un nivel superior donde se disponga de mayor experiencia y de más medios de investigación y fármacos especializados. Después los pacientes deben ser derivados de nuevo al nivel primario para un tratamiento sostenido, pues los agentes de atención primaria son los que están en mejores condiciones de prestar un apoyo ininterrumpido a los pacientes y sus familias.

Las formas específicas de integración de la salud mental en la atención sanitaria general dependerán en gran medida de la función y la situación de los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria dentro de los sistemas de salud de los países. En el recuadro 4.7 se resumen las experiencias en materia de integración de los servicios en Camboya, la India y la República Islámica del Irán. Para que la integración tenga éxito, los formuladores de políticas deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El personal sanitario general debe tener los conocimientos técnicos y prácticos y la motivación necesarios para tratar a los pacientes que padecen trastornos mentales y ocuparse de ellos.
- Debe haber un número suficiente de profesionales con los conocimientos y la autoridad necesarios para recetar fármacos psicotrópicos en los niveles primario y secundario.
- Los fármacos psicotrópicos básicos deben estar disponibles en los niveles de atención primaria y secundaria.
- Se necesitan especialistas en salud mental para prestar apoyo y supervisar al personal de salud general.
- Debe haber mecanismos de derivación eficaces entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.
- Hay que redistribuir los fondos desde el nivel terciario hasta los niveles de atención secundaria y primaria, a menos que se liberen nuevos fondos.
- Es preciso establecer sistemas de registro que permitan el seguimiento, la evaluación y la actualización sostenidos de las actividades integradas.

Recuadro 4.7 Integración de la salud mental en la atención primaria

La organización de los servicios de salud mental en los países en desarrollo comenzó hace relativamente poco. La OMS apoyó el movimiento en favor de la atención de salud mental integrada en los servicios generales en los países en desarrollo,¹ y efectuó un estudio de viabilidad a siete años de la integración en la atención primaria en el Brasil, Colombia, Egipto, la India, Filipinas, el Senegal y el Sudán.

Varios países han elegido esa opción para organizar los servicios de salud mental indispensables. En los países en desarrollo con recursos limitados esto ha significado un nuevo punto de partida para la atención de las personas aquejadas de trastornos mentales. La **India** empezó a formar a agentes de atención primaria en 1975, sentando las bases para el Programa Nacional de Salud Mental formulado en 1982. Actualmente el Gobierno está prestando

apoyo a 25 programas de distrito en 22 estados.² En **Camboya**, el Ministerio de Salud capacitó a un núcleo de personal en salud mental comunitaria, que a su vez adiestró a determinados médicos generalistas en hospitales de distrito.³ En la **República Islámica del Irán**, las actividades de integración de la atención de salud mental empezaron a finales de los años ochenta, y desde entonces el programa se ha extendido a todo el país; actualmen-

te los servicios cubren a unos 20 millones de personas.⁴ Se han adoptado criterios similares en países como el Afganistán, Arabia Saudita, Malasia, Marruecos, Nepal, el Pakistán⁵, Sudáfrica, la República Unida de Tanzania y Zimbabue. Aunque ya se han efectuado algunos estudios para evaluar el impacto de la integración, urge realizar nuevos trabajos.

¹ Organización Mundial de la Salud (1975). *Organización de servicios de salud mental en los países en desarrollo*. 16º Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental, diciembre de 1974. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS, Serie de Informes Técnicos N° 564).

² Srinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, 356: 39.

³ Somasundaram DJ et al. (1999). Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, 48(8): 1029–1046.

⁴ Mohit A et al. (1999). Mental health manpower development in Afghanistan: a report on a training course for primary health care physicians. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5: 231–240.

⁵ Mubbashar MH (1999). Mental health services in rural Pakistan. In: Tansella M, Thornicroft G, eds. *Common mental disorders in primary care*. London, Routledge.

Aunque es evidente que la salud mental debe financiarse a partir de las mismas fuentes y con los mismos objetivos de distribución de la carga financiera que la atención de salud general, está menos claro cuál es la mejor forma de orientar los fondos hacia los trastornos mentales y conductuales. Una vez allegados y mancomunados los fondos, hay que decidir cuán estrictamente se separará la salud mental de otros capítulos de gasto que habrá que financiar con cargo al mismo presupuesto, o si conviene dotar de un presupuesto global a un determinado grupo de instituciones o servicios y permitir que la parte que se destine a la salud mental venga determinada por la demanda, por decisiones locales o por otros factores (teniendo en cuenta que el gasto directo no se combina y que el consumidor es el único que lo orienta). En uno de los extremos, las partidas presupuestarias que especifican el gasto en cada insumo para cada servicio o programa son excesivamente rígidas y no dejan margen de maniobra a los administradores, con lo que prácticamente garantizan la ineficiencia. No pueden utilizarse fácilmente para contratar a proveedores privados. Incluso en el contexto de servicios públicos, pueden provocar desequilibrios entre los insumos y dificultar la respuesta a los cambios de la demanda o las necesidades.

Cabe afirmar, aun sin suficiente evidencia, que probablemente esos problemas podrían reducirse al mínimo asignando presupuestos globales, ya sea a organismos de compras que puedan subcontratar servicios o a centros concretos. Las ventajas de esos presupuestos incluyen la simplificación del trabajo administrativo, el fomento de las decisiones multiorganismos, la promoción de la innovación gracias a la flexibilidad financiera, y la incentivación de los proveedores de atención primaria para que colaboren con los proveedores de atención de salud mental y presten atención en el nivel de atención primaria.

En cambio, si no hay presupuestación acorde con el uso final y no se protegen específicamente ciertos servicios, la proporción de recursos que se orientará a la salud mental tenderá a seguir siendo muy baja, debido a la baja prioridad que manifiestamente se le concederá y a la falsa impresión de que no reviste importancia. Este riesgo se acentúa cuando la intención es reformar y ampliar los servicios de salud mental frente a otros servicios más establecidos o mejor financiados. Para reducir ese riesgo, es posible asignar a la salud mental una determinada suma que no pueda desviarse fácilmente a otros usos, permitiendo al mismo tiempo que los administradores de los centros sanitarios tengan cierta flexibilidad para establecer prioridades entre problemas y tratamientos. «Blindando» de esta forma los recursos de salud mental se puede garantizar su protección y estabilidad con el tiempo. En particular, en los países cuya inversión actual en servicios de salud mental es mínima, ése puede ser un método adecuado para indicar la prioridad otorgada a la salud mental e impulsar el inicio de un programa de salud mental. Esto no significa necesariamente renunciar a la organización de los servicios, ni debe impedir que los departamentos de salud mental se beneficien del reparto de cualesquiera otros fondos adicionales que eventualmente se destinen a la salud.

DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

En su lista de medicamentos esenciales, la OMS recomienda un conjunto limitado de fármacos esenciales para el tratamiento y el manejo de los trastornos mentales y del comportamiento. Sin embargo, ocurre con frecuencia que muchos de esos fármacos no están disponibles en los países en desarrollo. Los datos del proyecto Atlas parecen indicar que alrededor del 25% de los países no ofrecen en el nivel de atención primaria los fármacos antipsicóticos, antidepresivos y antiepilépticos más recetados.

Los gobiernos han de velar por que se asignen fondos suficientes para adquirir los medicamentos psicotrópicos esenciales básicos y distribuirlos entre los distintos niveles de atención, con arreglo a la política adoptada. Si existe una política de atención en la comunidad y de integración en los servicios de salud generales, hay que asegurar no sólo que los fármacos esenciales estén disponibles en esos niveles, sino también que los agentes de salud estén facultados para administrarlos en dichos niveles. Incluso entre los países que privilegian la atención primaria como nivel de tratamiento de los problemas mentales, la

cuarta parte carecen en ese nivel de los tres medicamentos esenciales para tratar la epilepsia, la depresión y la esquizofrenia. Los fármacos pueden adquirirse con nombres genéricos de organizaciones no lucrativas, como ECHO (Equipment for Charitable Hospitals Overseas) o la División de Suministros del UNICEF en Copenhague, que suministran fármacos de buena calidad a precios económicos. Además, la OMS y Management Sciences for Health (2001) publican anualmente una guía de indicadores de precios de medicamentos esenciales, que incluye las direcciones de proveedores de confianza de distintos fármacos psicotrópicos y los precios al por mayor aplicados en el mercado mundial por organizaciones no lucrativas.

CREACIÓN DE VÍNCULOS INTERSECTORIALES

Muchos trastornos mentales exigen soluciones psicosociales, lo cual obliga a establecer vínculos entre los servicios de salud mental y diversos organismos comunitarios en el nivel local a fin de conseguir apoyo suficiente en materia de vivienda, ingresos, subsidios por discapacidad, empleo y otras prestaciones sociales para los pacientes, así como para poder ejecutar con más eficacia las estrategias de prevención y rehabilitación. En muchos países pobres puede apreciarse ya a menudo esa cooperación entre sectores en el nivel de atención primaria. En Zimbabwe, la coordinación entre el mundo académico, los proveedores de servicios públicos y los representantes de la comunidad local en el nivel de atención primaria llevó a desarrollar un programa comunitario adaptado a la cultura local para detectar, asesorar y tratar a mujeres aquejadas de depresión. En la República Unida de Tanzania, una estrategia intersectorial dio lugar a un novedoso programa agrícola destinado a rehabilitar a personas que padecían trastornos mentales y del comportamiento (véase el recuadro 4.8).

ELECCIÓN DE ESTRATEGIAS DE SALUD MENTAL

Con independencia de la situación económica del país, siempre parecerá que los recursos necesarios para financiar actividades, servicios y tratamientos son insuficientes. Para la salud mental, como para la salud en general, hay que elegir entre un gran número de servicios y una amplia gama de estrategias de prevención y promoción. Esa elección, naturalmente, tendrá distintos efectos en distintos trastornos mentales y diferentes grupos necesitados, pero es importante reconocer que en última instancia hay que elegir entre estrategias clave más que entre trastornos concretos.

Aún se sabe bastante poco acerca de los costos y los resultados de distintas intervenciones, particularmente en los países pobres. Cuando hay datos, es obligado proceder con cautela a la hora de extrapolar las conclusiones a circunstancias distintas de las que generaron los datos: los costos pueden diferir enormemente, al igual que los resultados, según la capacidad del sistema de salud para ejecutar la intervención. Aun disponiendo de más datos, no existe una fórmula simple para decidir qué intervenciones son más importantes,

Recuadro 4.8 Vínculos intersectoriales en pro de la salud mental

En la República Unida de Tanzania, las aldeas agrícolas de rehabilitación psiquiátrica representan una respuesta intersectorial de las comunidades locales, el sector de la salud mental y el sector de los curanderos tradicionales para el tratamiento y rehabilitación de los enfermos mentales graves en las zonas rurales.¹ Los

pacientes y sus familiares viven en el seno de una población rural ya constituida de campesinos, pescadores y artesanos, y son tratados tanto por médicos como por curanderos tradicionales. Enfermeras de salud mental, auxiliares y artesanos locales supervisan las actividades terapéuticas; un psiquiatra y un agente social médico ofrecen asis-

tencia y consultas semanales; la participación de los curanderos tradicionales depende de las necesidades que manifiesten los pacientes y sus familiares. También existen planes para establecer una colaboración más formal entre el sector tradicional y el sector de la salud mental, incluidas reuniones y seminarios periódicos. Los curanderos

tradicionales, que han participado en programas de capacitación comunitaria en salud mental y han compartido sus conocimientos y sus aptitudes para el tratamiento de los pacientes, podrían desempeñar un papel más activo en el manejo de los trastornos relacionados con el estrés en la comunidad.

¹ Kilonzo GP, Simmons N (1998). Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, 47: 419–428.

y mucho menos para determinar cuánto invertir en cada una de ellas. El gasto privado directo sólo puede controlarlo el consumidor, y los prepagos privados en atención de salud mental son bastante bajos en casi todos los países.

La decisión crucial para los gobiernos atañe a la manera de utilizar los fondos públicos. La costoeficacia es una consideración importante en varias circunstancias, pero no es nunca el único criterio pertinente. También hay que establecer si la intervención puede considerarse un bien público o parcialmente público, o sea, si entraña costos o beneficios para personas distintas de las que reciben el servicio. Aunque conviene maximizar la eficiencia al asignar los recursos, los gobiernos tendrán que sacrificar parte de ella para poder dedicar también parte de los recursos a fomentar la equidad.

Aunque en general la evaluación de los servicios de salud mental y las decisiones en materia de gasto público deben hacerse con los mismos criterios que en otros servicios de salud, parece haber algunas características importantes que distinguen al menos algunas de las intervenciones posibles. Una es que el control de algunos trastornos mentales puede reportar grandes beneficios. A diferencia de los beneficios que se derivan del control de las enfermedades transmisibles, donde el tratamiento de un caso puede prevenir otros y la inmunización de la mayoría de la población susceptible también protege a los no inmunizados, los beneficios derivados de la atención de salud mental se reflejan a menudo en datos no directamente relacionados con la salud, como una reducción del número de accidentes y traumatismos asociados al consumo de alcohol o un menor costo de algunos servicios sociales. Para captar esos efectos, cosa que no puede hacer un análisis de la costoeficacia, hay que saber discernir el beneficio social global resultante de las mejoras tanto sanitarias como no sanitarias.

Otra diferencia posiblemente importante se deriva del carácter crónico de algunos trastornos mentales. Esa circunstancia los hace – al igual que ocurre con algunas afecciones físicas crónicas y a diferencia de las necesidades médicas agudas e impredecibles – difíciles de cubrir mediante seguros privados y, por consiguiente, especialmente apropiados para los seguros públicos, ya sean explícitos (como en la seguridad social) o implícitos (basados en los impuestos generales). Por último, mientras que muchos problemas de salud contribuyen a la pobreza, los trastornos mentales crónicos conllevan a menudo la incapacidad de trabajar y acentúan la miseria, de ahí la necesidad de que en los presupuestos de los servicios de salud mental se haga hincapié en la atención a los pobres.

Por difícil que resulte fijar prioridades basadas en los diversos criterios pertinentes, cualquier consideración racional de las cuestiones que se acaban de tratar permitirá asignar los recursos de forma menos arbitraria o rutinaria, sobre todo si se desea aumentar sensiblemente los recursos públicos destinados a la atención mental: aumentar proporcionalmente todo cuanto se esté financiando rara vez será una medida eficiente o equitativa. La asignación basada en las necesidades es una fórmula más equitativa para distribuir los recursos, pero supone un acuerdo previo en cuanto a la definición de esas «necesidades». Además, las necesidades en sí mismas no son prioridades, pues no todas las necesidades se corresponden con intervenciones eficaces, a lo que se añade el hecho de que lo que necesita la población no siempre coincide con lo que quiere o exige. Este problema, que se plantea ya con afecciones orgánicas que no impiden al consumidor expresar su demanda, se acentúa lógicamente en el caso de algunos trastornos mentales que limitan esa competencia.

Como ya se ha destacado, el financiamiento previsto para la salud mental ha de dedicarse realmente a los servicios, y ello depende de cómo se organicen los fondos mediante los presupuestos o los acuerdos de adquisición. Una técnica para establecer esa conexión consiste en especificar algunos servicios de salud mental, elegidos con arreglo a los criterios que acaban de describirse, como parte de un paquete global de intervenciones básicas o esenciales que el sector público en efecto prometa financiar, con independencia de que el presupuesto especifique o no la cantidad que deba dedicarse a cada uno de sus servicios. En principio puede utilizarse el mismo criterio para regular los seguros privados, exigiendo a las aseguradoras que incluyan ciertos servicios de salud mental en el plan básico de todas

las pólizas. Como las aseguradoras tienen mucho interés en elegir a sus clientes en función del riesgo (y los clientes potenciales tienen también mucho interés en ocultar sus riesgos conocidos y asegurarse contra ellos), es mucho más difícil imponer en la práctica un plan de ese tipo en el sector privado que en el público. No obstante, algunos países, como el Brasil y Chile entre los países de ingresos medios, exigen que las aseguradoras privadas ofrezcan los mismos servicios que costea el erario público. Es dudoso que este procedimiento sea viable en países mucho más pobres, debido a la cobertura mucho menor de los seguros privados y a la menor capacidad reguladora de los gobiernos. Decidir hasta dónde intentar imponer prioridades públicas a los consumidores o proveedores privados es siempre una cuestión compleja, más quizá en el caso de los trastornos mentales que en el de los orgánicos. Los datos del Proyecto Atlas muestran que los seguros sólo son la principal fuente de financiamiento de la atención de salud mental en alrededor de una quinta parte de los países.

ADQUISICIÓN FRENTE A PRESTACIÓN: PAPEL DE LOS SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO

El análisis anterior destaca el papel financiero del sector público, aun cuando éste sólo representa una pequeña proporción del gasto sanitario total, porque es ahí donde parece más fácil emprender las reformas deseadas en materia de salud mental, y porque algunas facetas de los servicios de salud mental se prestan particularmente bien al financiamiento público. Pero no siempre hay relación entre los fondos públicos y las prestaciones públicas, si bien tradicionalmente la mayoría de los gobiernos han invertido la mayor parte de sus fondos para la salud, cuando no todos, en sus propias instituciones asistenciales. Debido a la tendencia hacia la descentralización y al hecho de que otorgar a servicios públicos el monopolio de los recursos públicos elimina todo estímulo competitivo para aumentar la eficiencia o la capacidad de respuesta, en algunos países existe una divergencia cada vez mayor entre la adquisición y la prestación de servicios (OMS 2000 c, capítulo 3).

Aunque teóricamente los beneficios de una mayor competencia y regulación frente a la prestación pública directa son evidentes, no hay muchos datos que avalen el éxito de esas medidas. Los países en desarrollo carecen a menudo de los recursos y la experiencia necesarios para regular los arreglos contractuales entre compradores y proveedores de atención sanitaria, así como para obligar a prestar los servicios acordados en el contrato cuando el proveedor considera que esos servicios tienen poca prioridad. Sin esos controles, hay un gran riesgo de despilfarro, incluso de fraude. Si estos riesgos se plantean ya con los proveedores de servicios de salud generales, la contratación de servicios de salud mental puede ser aún más problemática, debido a las mayores dificultades para medir los resultados. En los países que hasta ahora no ofrecían servicios de salud mental, o donde sólo el ministerio de salud los proporcionaba directamente, podría ser necesario un contrato independiente y detallado para los servicios de salud mental. Por todas esas razones, en lo que atañe a los servicios de salud mental, la separación del financiamiento y la prestación de los servicios debe abordarse con sumo cuidado. Aun así, conviene estudiar si existen proveedores no gubernamentales o del gobierno local que sean capaces de asumir la prestación de servicios y si se cuenta con los medios suficientes para supervisarlos. En muchos países, los centros ambulatorios de salud pública no ofrecen servicios de salud mental, pues se financia preferentemente la atención en los hospitales. La separación de financiamiento y prestación puede ser por tanto un mecanismo especialmente valioso para promover el deseable abandono de los hospitales psiquiátricos públicos en favor de la atención basada en la comunidad. La modificación de las prioridades del presupuesto público sin hacer participar a proveedores no gubernamentales puede ser incluso prácticamente imposible debido a una resistencia interna a la innovación y a la falta de los conocimientos y la experiencia necesarios.

Cuando la contribución privada a las prestaciones es importante y se financia a título privado sin fondos o regulación públicos, se plantean varios problemas que exigen funcio-

nes de rectoría. Con frecuencia hay un sistema inadecuado de derivación de casos entre los proveedores de servicios de salud mental no regulados, como los curanderos tradicionales, y los servicios ambulatorios de salud mental situados en los hospitales de atención primaria y de distrito. Los pobres pueden consumir abundante atención de salud mental de baja calidad prestada por proveedores privados de atención de salud mental no regulados, como vendedores de medicamentos, curanderos tradicionales o terapeutas no calificados. La incapacidad de los ministerios de salud para hacer cumplir las normas de regulación de los servicios ambulatorios privados deja a los usuarios expuestos a abusos financieros y a tratamientos ineficaces para afecciones mentales no cubiertas por el sistema sanitario público. Los contratos con proveedores primarios y secundarios, la formulación de directrices sobre las partidas para salud mental y los costos y la acreditación de los distintos proveedores de atención de salud mental ambulatoria son algunas de las posibles soluciones a este problema que no exigen que los gobiernos incrementen excesivamente el gasto o asuman toda la responsabilidad de la provisión.

Los gobiernos deben estudiar también la posibilidad de regular la actividad de determinados grupos de proveedores del sector sanitario informal, como los curanderos tradicionales. Entre otras medidas, puede crearse un registro de quienes ejerzan esas prácticas, para proteger a los pacientes de intervenciones perjudiciales y para impedir el fraude y los abusos financieros. En China, Viet Nam y Malasia se están haciendo grandes progresos en la integración de la medicina tradicional en la política sanitaria general (Bodekar 2001).

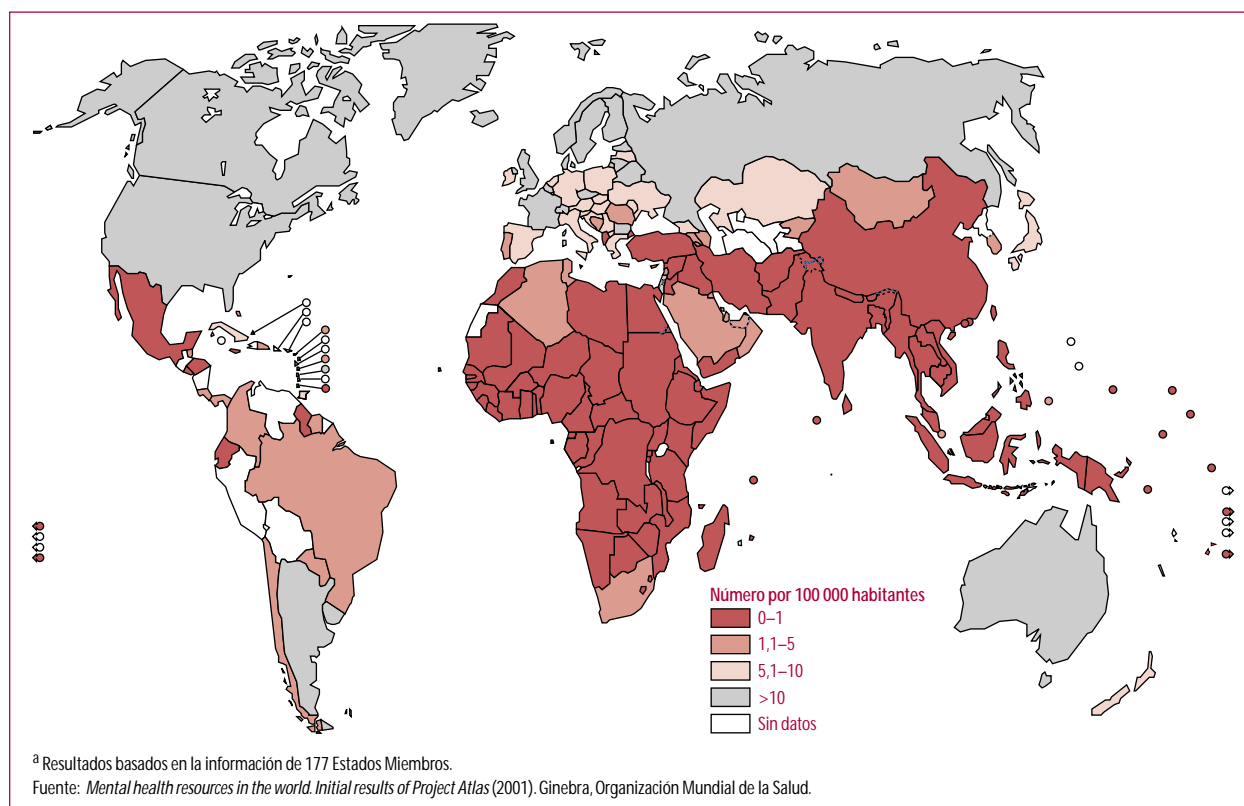
Un sistema importante de prestación de atención sanitaria en los Estados Unidos es la atención gestionada, que combina la adquisición y el financiamiento de los servicios de salud para una población definida. Una preocupación relevante al respecto es que la atención gestionada da más importancia a la reducción de los costos que a la calidad de los servicios, y que, para quienes no pueden permitirse un seguro, transfiere los costos de la atención del sistema de salud pública a las familias o a instituciones benéficas (Hoge et al. 1998; Gittelman 1998). En lo referente a los trastornos mentales y del comportamiento, hasta la fecha la atención gestionada no ha conseguido dar una respuesta adecuada a la necesidad de combinar el tratamiento médico con una estrategia de apoyo social y rehabilitación a largo plazo, salvo en algunos casos destacables. Además, la experiencia, los conocimientos y la amplitud de los servicios que necesita un sistema de atención gestionada quedan hoy fuera del alcance de la mayoría de los países en desarrollo (Talbot 1999).

DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

En los países en desarrollo, la falta de especialistas y agentes de salud con los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para tratar los trastornos mentales y del comportamiento supone un importante obstáculo para dispensar tratamiento y atención.

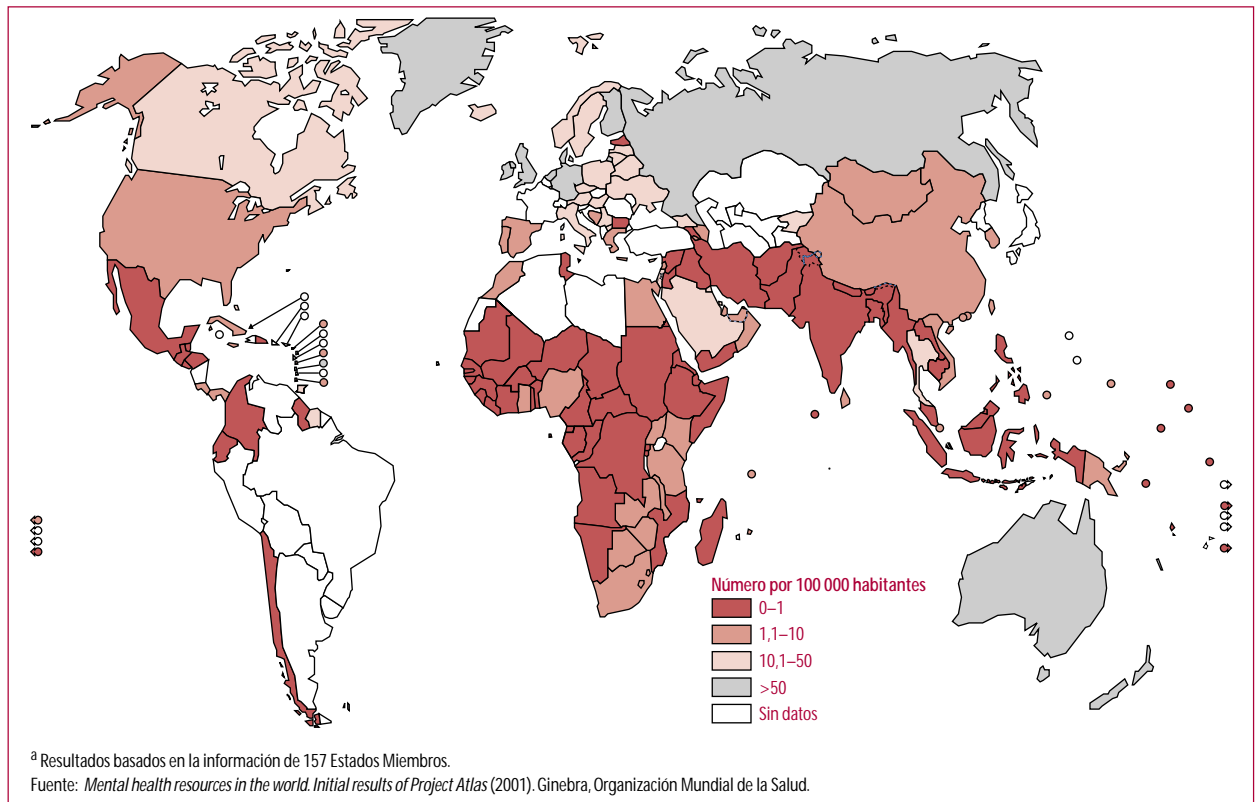
Para que los sistemas de salud progresen, es preciso invertir tiempo y energía en la evaluación del número y el tipo de profesionales y agentes que se necesitarán en los próximos años. La proporción de especialistas en salud mental respecto de los agentes de salud generales dependerá de los recursos existentes y de las estrategias asistenciales. Con la integración de la atención de salud mental en el sistema sanitario general, aumentará la demanda de generalistas con capacitación en salud mental y disminuirá la de especialistas, aunque siempre habrá que contar con una masa crítica de éstos para tratar y prevenir eficazmente esos trastornos.

Se observan una amplia disparidad en cuanto al tipo y el número de agentes de salud mental en todo el mundo. La mediana del número de psiquiatras varía entre 0,06 por 100 000 habitantes en los países de ingresos bajos y 9 por 100 000 habitantes en los países de ingresos altos (figura 4.4). En cuanto a las enfermeras de psiquiatría, la mediana varía entre 0,1 por 100 000 en los países de ingresos bajos y 33,5 por 100 000 en los países de ingresos altos (figura 4.5). En casi la mitad del mundo hay menos de un neurólogo por millón de personas. La situación respecto de los proveedores de atención para niños y adolescentes es aún mucho peor.

Figura 4.4 Número de psiquiatras por 100 000 habitantes, 2000^a

El personal sanitario que contribuirá a la salud mental comprenderá probablemente médicos generalistas, neurólogos y psiquiatras, agentes de atención comunitaria y primaria, profesionales auxiliares de salud mental (enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicólogos y asistentes sociales), y otros grupos como religiosos y curanderos tradicionales. Los curanderos son otra fuente importante de asistencia para al menos el 80% de la población rural de los países en desarrollo. Pueden ser muy activos en la detección de casos, facilitar la derivación de pacientes y colaborar en el asesoramiento, la vigilancia y el seguimiento. La adopción de un sistema de atención integrada basada en la comunidad obligará a redefinir las funciones de muchos proveedores de salud. Un agente de salud general puede tener ahora la responsabilidad añadida de detectar y tratar trastornos mentales y conductuales en la comunidad, incluida la detección e intervención precoz ante los casos de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y un psiquiatra que antes trabajase en una institución deberá quizá asumir nuevas funciones de capacitación y supervisión cuando se traslade a un entorno comunitario.

La descentralización de los servicios de salud mental también podría repercutir en las funciones y las responsabilidades de resultas de la transferencia de las tareas de gestión y administración al nivel local. Las nuevas funciones deben definirse claramente para facilitar la asunción de las nuevas responsabilidades. También se necesita capacitación para transmitir las aptitudes técnicas que requerirán las nuevas funciones y responsabilidades. Sin duda el cambio de funciones planteará problemas de reparto del poder y el control que dificultarán el proceso. Por ejemplo, los psiquiatras son conscientes de la pérdida de poder que supone para ellos el hecho de que se faculte a otros agentes de salud con menos experiencia para tratar trastornos mentales, y se resisten a tal cosa.

Figura 4.5 Número de enfermeras psiquiátricas por 100 000 habitantes, 2000^a

Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, es necesario actualizar los planes de estudios universitarios de medicina, a fin de garantizar que los médicos tengan los conocimientos técnicos adecuados para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos mentales. Recientemente, Sri Lanka ha ampliado la duración de la capacitación en psiquiatría, incluyéndola como tema de examen en la licenciatura de medicina. El personal paramédico, como las enfermeras y los asistentes sociales, necesitan capacitación para comprender los trastornos mentales y del comportamiento y la gama de tratamientos disponibles, y esa formación debe centrarse en las esferas más relacionadas con su labor sobre el terreno. Todos los cursos deben incluir la aplicación de estrategias psicosociales basadas en la evidencia y el desarrollo de aptitudes en materia de administración y gestión, elaboración de políticas y métodos de investigación. En los países en desarrollo no siempre existen oportunidades de educación superior, por lo que muchas veces la formación se recibe en otros países. Pero esa no es la mejor solución, pues muchos de los estudiantes que salen al extranjero no regresan a su país, con lo que su experiencia y sus conocimientos se pierden para la sociedad en desarrollo. Esto debe resolverse a largo plazo estableciendo en los países interesados centros de excelencia para la capacitación y la enseñanza.

Una alternativa prometedora es el uso de Internet por especialistas que ofrezcan capacitación y retroinformación rápida en materia de diagnóstico clínico y tratamiento. El acceso a Internet está aumentando rápidamente en los países en desarrollo. Hace tres años sólo 12 países de África tenían acceso a Internet, mientras que hoy todas las capitales africanas están conectadas a la Red. La capacitación debe incluir hoy día el uso de las tecnologías de la información (Fraser et al. 2000).

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Se dispone de una amplia gama de estrategias para mejorar la salud mental y prevenir los trastornos mentales. Esas estrategias también pueden contribuir a reducir otros problemas como la delincuencia juvenil, el maltrato de menores, las deserciones escolares y el absentismo laboral por enfermedad.

El punto de acceso más apropiado para la promoción de la salud mental dependerá tanto de las necesidades como del contexto social y cultural. El alcance y el nivel de las actividades variará desde el plano local hasta el nivel nacional, al igual que las intervenciones concretas de salud pública (desarrollo de servicios, política, difusión de información, promoción, etc.). A continuación se ofrecen ejemplos de distintos puntos de acceso para las intervenciones.

Intervenciones dirigidas a los factores que determinan o perpetúan la mala salud. El desarrollo psicosocial y cognitivo de los lactantes y los niños pequeños depende de su interacción con los padres. Los programas tendientes a mejorar la calidad de esas relaciones pueden favorecer considerablemente el desarrollo afectivo, social, cognitivo y físico de los niños. Por ejemplo, el programa estadounidense Steps Towards Effective Enjoyable Parenting (STEEP) se dirigió a madres primerizas o con problemas para criar a sus hijos, particularmente en familias con bajo nivel de instrucción (Erickson 1989). Los resultados fueron una menor ansiedad y depresión en las madres, una mejor organización de la vida familiar y unos entornos más estimulantes para los niños.

Intervenciones dirigidas a grupos de población. Para 2025 habrá en el mundo 1200 millones de personas mayores de 60 años, de las cuales tres cuartas partes vivirán en el mundo en desarrollo. Pero, para que sea una experiencia positiva, el envejecimiento debe ir acompañado de mejoras en la calidad de vida de los ancianos.

Intervenciones dirigidas a circunstancias particulares. La escuela es crucial para preparar al niño para la vida, pero ha de intervenir más activamente en la promoción de un desarrollo social y afectivo saludable. La adquisición de aptitudes para la vida, como la capacidad de resolución de problemas, el pensamiento crítico, la comunicación, las relaciones interpersonales, la empatía y diversos métodos para afrontar las emociones permitirán a niños y adolescentes desarrollar una salud mental sólida y positiva (Mishara e Ystgaard 2000).

Una política escolar atenta a las necesidades del niño, que fomente la tolerancia y la igualdad entre niños y niñas y entre diferentes grupos étnicos, religiosos y sociales, conformará un entorno psicosocial sano (OMS 1990). Este tipo de políticas favorecen una participación y cooperación activas, evitan el recurso al castigo físico y no toleran la intimidación. Además, ayudan a crear vínculos entre la escuela y la vida familiar, alientan la creatividad y la capacidad de estudio, y promueven la autoestima y la confianza de los niños en sí mismos.

CONCIENCIACIÓN DEL PÚBLICO

El obstáculo más importante que hay que salvar en la comunidad es la estigmatización y la discriminación de las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento.

La lucha contra la estigmatización y la discriminación debe hacerse en varios frentes, fundamentalmente mediante la educación de los profesionales y los agentes de salud, el cierre de las instituciones psiquiátricas que perpetúan y refuerzan el estigma, la prestación de servicios de salud mental en la comunidad y la aplicación de leyes para proteger los derechos de los enfermos mentales. La estigmatización se combate también realizando campañas de información pública para educar e informar a la comunidad acerca de la naturaleza, el alcance y las repercusiones de los trastornos mentales, a fin de disipar falsas creencias muy extendidas y de fomentar actitudes y comportamientos más positivos.

PAPEL DE LOS MEDIOS DE INFORMACIÓN

Los medios de información en sus diversas formas pueden utilizarse para promover en la comunidad actitudes y comportamientos más positivos hacia las personas con trastornos mentales. Pueden adoptarse medidas para supervisar, eliminar o impedir el uso mediático de imágenes, mensajes o historias que pudieran resultar perjudiciales para las personas afectadas por trastornos mentales y del comportamiento. Los medios también pueden utilizarse para informar al público, para favorecer o motivar el cambio de actitudes y comportamientos individuales, y para propugnar cambios en los factores sociales, estructurales y económicos que influyen en los trastornos mentales y conductuales. La publicidad, aunque costosa, es útil para sensibilizar respecto a problemas y acontecimientos y para neutralizar ideas erróneas. La publicidad es una opción relativamente más económica para dar forma a noticias que capten la atención del público y para presentar los problemas y las medidas con fines de sensibilización. La inserción de mensajes educativos sobre cuestiones sanitarias o sociales en los medios de entretenimiento («edutenimiento») es útil para transformar las actitudes, las creencias y los comportamientos.

Como ejemplos de campañas de información del público empleadas por los medios para combatir la estigmatización cabe citar *Changing minds – every family in the land*, del *Royal College of Psychiatrists* del Reino Unido, y la campaña de la Asociación Mundial de Psiquiatría *Open the doors* (véase el recuadro 4.9).

Internet es una poderosa herramienta de comunicación y de acceso a información sobre salud mental. Se utiliza cada vez más como medio para informar y educar a pacientes, estudiantes, profesionales de la salud, grupos de consumidores, organizaciones no gubernamentales y la población en general acerca de la salud mental; como lugar de encuentro de grupos de autoayuda y de debate; y para proporcionar atención clínica. Con Internet la comunidad estará mejor informada, y en consecuencia esperará más del tratamiento y la atención que le ofrezcan los proveedores. Como contrapartida, la comunidad habrá de analizar e interpretar una abundantísima y compleja literatura de veracidad dispar (Griffiths y Christensen 2000). Cada vez más, los usuarios de Internet confiarán en poder acceder fácilmente a servicios de tratamiento y consulta de profesionales de la salud, incluida la salud mental, para realizar desde preguntas sencillas hasta consultas más avanzadas basadas en el uso del vídeo o la telemedicina.

Recuadro 4.9 Combatir la estigmatización

Open the doors (Abre las puertas) es el primer programa mundial contra la estigmatización y la discriminación asociadas a la esquizofrenia. Fue lanzado por la Asociación Mundial de Psiquiatría en 1999^{1,2} y sus objetivos son aumentar la concienciación y los conocimientos acerca de la esquizofrenia y las posibilidades de tratamiento, mejorar la actitud del público hacia las personas que padecen o han padecido esquizofrenia y hacia sus familias, y formular medidas para eliminar la estigmatización, la discriminación y los prejuicios.

La Asociación, que ha elaborado una guía para desarrollar paso a paso un programa de lucha contra la estigmatización, informa acerca de la experiencia de los países que han emprendido el programa y reúne información de todo el mundo sobre otras actividades de esa naturaleza. El material se ha difundido con carácter experimental en Alemania, Austria, el Canadá, China, Egipto, España, Grecia, la India e Italia, y otros lugares también están empezando a trabajar en el programa. En cada uno de esos lugares se ha establecido un grupo en el que participan representantes de orga-

nizaciones gubernamentales y no gubernamentales, periodistas, profesionales de la atención sanitaria, miembros de organizaciones de pacientes y familiares y otras personas dedicadas a combatir la estigmatización y la discriminación. Los resultados de los programas de diferentes países se incorporan a la base de datos mundial, para que las actividades que se realicen en el futuro se beneficien de la experiencia anterior. Además, la Asociación ha elaborado un compendio de la última información disponible sobre el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia y sobre las estrategias

de reinserción de los individuos afectados en la comunidad.

El estigma asociado a la esquizofrenia origina un círculo vicioso de alienación y discriminación que conduce al ostracismo social, la incapacidad de trabajar, el uso indebido de alcohol o drogas, la falta de vivienda o la institucionalización abusiva, todo lo cual reduce las oportunidades de recuperarse y llevar una vida normal. *Open the doors* permitirá a las personas con esquizofrenia reintegrarse en sus familias, en la escuela y en el lugar de trabajo, y afrontar el futuro con esperanza.

¹ Sartorius N (1997). Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *British Journal of Psychiatry*, 170: 297.

² Sartorius N (1998a). Stigma: what can psychiatrists do about it? *The Lancet*, 352 (9133): 1058-1059.

Uno de los grandes retos pendientes consiste en poner esas tecnologías de la información al servicio de la salud mental en los países en desarrollo. Para ello es preciso mejorar el acceso a Internet (menos de un millón de personas, de un total de 700 millones, pueden acceder a la red en África) y la disponibilidad de información sobre salud mental en diversos idiomas.

UTILIZACIÓN DE RECURSOS COMUNITARIOS PARA PROPICIAR EL CAMBIO

Aunque la estigmatización y la discriminación tienen su origen en la comunidad, no debe olvidarse que ésta también puede ser un recurso y un entorno de gran importancia para hacer frente a sus causas y efectos y, más en general, para mejorar el tratamiento y la atención dispensados a las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento.

El papel de la comunidad puede ir desde la autoayuda y la ayuda mutua hasta la presión política en petición de cambios en la atención y los recursos de salud mental, llevando a cabo actividades de educación, participando en la vigilancia y la evaluación de la atención, y sensibilizando al público para modificar las actitudes y combatir la estigmatización.

Las organizaciones no gubernamentales son también un valioso recurso comunitario para la salud mental. A menudo son más sensibles a las realidades locales que los programas centralizados, y suelen estar firmemente comprometidas con la innovación y el cambio. Las organizaciones no gubernamentales internacionales contribuyen al intercambio de experiencias y actúan como grupos de presión, mientras que las que trabajan en los países son responsables de muchos programas y soluciones innovadores en el nivel local. A menudo desempeñan un papel muy importante cuando no hay un sistema de salud mental formal u operativo, y llenan el vacío existente entre las necesidades comunitarias y los servicios y estrategias disponibles en la comunidad (véase el recuadro 4.10).

Los grupos de consumidores han surgido como una fuerza poderosa, activa y visible, que a menudo expresa su insatisfacción por la atención y el tratamiento dispensados. Esos

Recuadro 4.10 La Iniciativa de Ginebra

La Iniciativa de Ginebra en materia de psiquiatría se fundó en 1980 para combatir el abuso político de la psiquiatría como instrumento represivo. A pesar de su nombre, esta iniciativa internacional tiene su sede en los Países Bajos.

La Sociedad de Psiquiatras y Neuropatólogos de la antigua Unión Soviética abandonó la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) a finales de 1983 en respuesta a la presión ejercida por las campañas de la Iniciativa de Ginebra, y en 1989 el Congreso de la AMP estableció estrictas condiciones para su reingreso. La Federación de Rusia reconoció que la psiquiatría se había utilizado indebidamente con fines políticos e invitó a la Asociación a enviar un

equipo de observadores a Rusia. Al mismo tiempo, un número creciente de psiquiatras se puso en contacto con la Iniciativa de Ginebra para ayudarla a reformar la atención de salud mental. Para entonces, la situación estaba cambiando de forma espectacular: en los dos años anteriores, prácticamente todos los presos políticos habían sido liberados de cárceles, campamentos de trabajo, el exilio y hospitales psiquiátricos.

Entre 1989 y 1993, la Iniciativa se centró en unos cuantos países de Europa oriental, sobre todo en Rumanía y Ucrania. Estaba claro que había que enfocar de otra manera el movimiento de reforma de la salud mental. Aunque se habían hecho numerosas reformas en toda la región y muchas personas habían adquirido nuevos conocimientos

prácticos y teóricos, no había ninguna relación entre los encargados de las reformas, e imperaban la desconfianza y la desunión. Con apoyo financiero de la Fundación Soros, en septiembre de 1993 se organizó en Bratislava (Eslovaquia) la primera reunión de Reformadores de la Psiquiatría. Desde entonces han tenido lugar más de 20 reuniones análogas.

Hoy día la Red de Reformadores agrupa a unos 500 reformadores de la salud mental de 29 países de Europa central y oriental y de los nuevos estados independientes, y mantiene relaciones con más de un centenar de organizaciones no gubernamentales que se ocupan de la salud mental. Entre sus miembros figuran psiquiatras, psicólogos, enfermeras de psiquiatría, asistentes

sociales, sociólogos, abogados, familiares de personas con trastornos mentales y un número cada vez mayor de consumidores de servicios de salud mental. Principalmente por conducto de esta Red, la Iniciativa de Ginebra funciona hoy en más de 20 países, donde gestiona unos 150 proyectos.

La Iniciativa de Ginebra propugna mejoras estructurales, y se concentra en consecuencia en programas relativos a la reforma de las políticas, la atención institucional y la educación. Su objetivo es combatir la inercia, lograr la sostenibilidad y asegurar el financiamiento. El año pasado, la Iniciativa recibió el Premio de Ginebra de los Derechos Humanos en Psiquiatría.

Puede hallarse más información sobre la iniciativa en el sitio web <http://www.geneva-initiative.org/geneva/index.htm>

grupos han sido fundamentales para la reforma de la salud mental (OMS 1989). En muchas partes del mundo hay actualmente un gran número de asociaciones de consumidores seriamente interesadas en la salud mental que actúan en este terreno, desde agrupaciones informales hasta organizaciones en toda regla legalmente constituidas y dotadas de constitución. Aunque tienen distintos objetivos y metas, todas ellas defienden enérgicamente el punto de vista del consumidor.

Las autoridades responsables de la prestación de servicios, tratamiento y atención son responsables ante los consumidores del sistema. Un paso importante hacia el logro de una gestión responsable es hacer participar a los consumidores en la creación de servicios, la revisión de las normas de los hospitales y la elaboración y aplicación de políticas y legislación.

En muchos países en desarrollo las familias desempeñan un papel clave en el cuidado de los enfermos mentales y son en muchos sentidos los principales proveedores de atención. Con el cierre gradual de los hospitales psiquiátricos en países con sistemas de atención desarrollados, las responsabilidades se están transfiriendo también a las familias. La labor de éstas será positiva o negativa en función de su capacidad de comprensión, de sus conocimientos teóricos y prácticos y de su preparación para atender al enfermo mental. Por esos motivos, una estrategia comunitaria importante consiste en ayudar a las familias a comprender la enfermedad, alentar la observancia de la medicación, reconocer los signos tempranos de recaída y corregir rápidamente las crisis. Esto posibilitará una mejor recuperación y reducirá la discapacidad social y personal. Las enfermeras comunitarias visitadoras y otros agentes de salud pueden suponer un importante apoyo, al igual que las redes de grupos de autoayuda para las familias y el apoyo financiero directo.

Conviene hacer dos advertencias. En primer lugar, la erosión de la familia extensa en los países en desarrollo, unida a la migración a las ciudades, dificulta los planes de utilizar este recurso para atender a los pacientes. Y en segundo lugar, si el entorno familiar no asegura un apoyo y una atención de calidad, o resulta de hecho perjudicial, la intervención de la familia debe descartarse.

PARTICIPACIÓN DE OTROS SECTORES

Las guerras, los conflictos, los desastres, la urbanización anárquica y la pobreza son no sólo importantes factores determinantes de la mala salud mental, sino también obstáculos relevantes para reducir la brecha de tratamiento. Por ejemplo, la guerra y los conflictos pueden destruir las economías nacionales y los sistemas de salud y seguridad social, y traumatizar a poblaciones enteras. La pobreza conlleva una mayor necesidad de servicios de salud y comunitarios, pero también un presupuesto limitado para desarrollar servicios integrales de salud mental a nivel nacional y una menor capacidad de costear esos servicios a nivel individual.

La política de salud mental puede abordar parcialmente los efectos de los determinantes ambientales atendiendo las necesidades especiales de los grupos vulnerables y garantizando que haya estrategias para prevenir la exclusión. Pero como muchos de los macrodeterminantes de la salud mental guardan relación con casi todos los ministerios del gobierno, el alcance de las mejoras de la salud mental de una población también depende en parte de las políticas de otros sectores de la administración pública. En otras palabras, éstos son responsables de algunos de los factores que intervienen en los trastornos mentales y conductuales y deberían asumir responsabilidades respecto de algunas de las soluciones.

La colaboración intersectorial entre los distintos ministerios es fundamental para que las políticas de salud mental se beneficien de los programas oficiales principales (véase el cuadro 4.2). Además, se necesitan aportaciones en materia de salud mental para garantizar que todas las actividades y políticas estatales contribuyan a ella y no la menoscaben. Todas

Cuadro 4.2 Colaboración intersectorial en pro de la salud mental

Sector gubernamental	Oportunidades para mejorar la salud mental
Mano de obra y empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de un entorno laboral positivo donde no haya discriminación, con unas condiciones de trabajo aceptables y programas de asistencia a los empleados • Integración de las personas con enfermedades mentales graves en la fuerza de trabajo • Adopción de políticas que fomenten niveles altos de empleo, retengan a las personas en la población activa y ayuden a los desempleados
Comercio	<ul style="list-style-type: none"> • Adopción de políticas de reforma económica que reduzcan la pobreza relativa y la pobreza absoluta • Análisis y corrección de cualquier impacto potencialmente negativo de la reforma económica en las tasas de desempleo
Educación	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de políticas de prevención de las bajas que se producen durante la educación secundaria • Aplicación de políticas contra la discriminación en las escuelas • Inclusión de la enseñanza de aptitudes para la vida en los planes de estudio, a fin de conseguir escuelas agradables para los niños • Atención a los niños con necesidades especiales, como por ejemplo los que tienen problemas de aprendizaje
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Concesión de prioridad al alojamiento de las personas con trastornos mentales • Creación de centros de alojamiento (como casas de convalecencia) • Prevención de la discriminación en el alquiler de viviendas • Prevención de la segregación geográfica
Servicios de asistencia social	<ul style="list-style-type: none"> • Consideración de la presencia y la gravedad de las enfermedades mentales como factores prioritarios para la concesión de prestaciones sociales • Logro de prestaciones para los familiares cuando éstos son los principales cuidadores • Adiestramiento del personal de los servicios de asistencia social
Sistema de justicia penal	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención del encarcelamiento improcedente de personas con trastornos mentales • Ofrecimiento de tratamiento para los trastornos mentales y conductuales en las prisiones • Reducción de las repercusiones del confinamiento para la salud mental • Formación del personal del sistema de justicia penal

las políticas deben ser analizadas antes de llevarlas a la práctica para estudiar sus repercusiones en la salud mental, y todas las políticas estatales deben abordar las necesidades y los problemas particulares de las personas que padecen trastornos mentales. A continuación se ofrecen algunos ejemplos.

TRABAJO Y EMPLEO

El entorno laboral debe excluir toda forma de discriminación y de acoso sexual. Es preciso definir condiciones de trabajo aceptables y prestar servicios de salud mental, bien directamente o bien de forma indirecta mediante programas de asistencia al empleado. Las políticas deben potenciar al máximo las oportunidades de empleo de la población en conjunto y retener a las personas en la fuerza de trabajo, máxime considerando que la pérdida del empleo se asocia a un mayor riesgo de trastornos mentales y suicidio. El trabajo debe ser un medio para reintegrar en la comunidad a los enfermos mentales. Las personas con trastornos mentales graves tienen mayores tasas de desempleo que las personas con discapacidades físicas. La política del gobierno puede ser fundamental para incentivar a los

empleadores a fin de que contraten a personas con trastornos mentales graves y apliquen políticas contra la discriminación. En algunos países los empleadores están obligados a contratar a cierto porcentaje de personas discapacitadas como parte de su plantilla, y si no lo hacen pueden ser sancionados.

COMERCIO Y ECONOMÍA

Algunas políticas económicas perjudican a los pobres o aumentan las tasas de trastornos mentales y suicidio. Muchas de las reformas económicas que están emprendiendo los países tienen como objetivo principal la reducción de la pobreza. Dada la asociación entre pobreza y salud mental, cabría esperar que esas reformas redujeran los problemas mentales. No obstante, los trastornos mentales dependen no sólo de los niveles de pobreza absoluta, sino también de la pobreza relativa. Los imperativos de la salud mental están claros: hay que reducir las desigualdades como parte de las estrategias encaminadas a aumentar los niveles absolutos de ingresos.

Un segundo reto son las posibles consecuencias adversas de la reforma económica en las tasas de desempleo. En muchos países que están atravesando una importante reestructuración económica, como Hungría (Kopp et al. 2000) y Tailandia (Tangcharoensathien et al. 2000), las reformas han acarreado la destrucción de numerosos puestos de trabajo y un aumento paralelo de las tasas de trastornos mentales y suicidios. Cualquier política económica que entrañe una reestructuración deberá ser evaluada en función de su posible repercusión en las tasas de desempleo. Y si se confirma esa posibilidad habrá que volver a examinar esas políticas o aplicar estrategias para reducir al mínimo las repercusiones.

EDUCACIÓN

Otro determinante importante de la salud mental es la educación. Si bien los esfuerzos actuales se centran en aumentar el número de niños que asisten a la escuela primaria y terminan sus estudios primarios, probablemente el riesgo principal para la salud mental se deriva más bien de la falta de educación secundaria (10-12 años de escolarización) (Patel 2001). Así pues, las estrategias educativas deben prevenir la deserción escolar durante los estudios secundarios. También hay que tener en cuenta la pertinencia del tipo de educación ofrecida, la evitación de la discriminación en la escuela y las necesidades de los grupos especiales, como por ejemplo los niños con problemas de aprendizaje.

VIVIENDA

La política en materia de vivienda puede coadyuvar a la política de salud mental dando prioridad a las personas con trastornos mentales en los planes de viviendas públicas, ofreciendo planes de viviendas subvencionadas y, cuando sea factible, autorizando a los poderes locales a establecer diversas alternativas de alojamiento, como casas de convalecencia y residencias subvencionadas para estancias largas. Lo más importante es que la legislación sobre vivienda incluya disposiciones para impedir la segregación geográfica de los enfermos mentales. Esto exige disposiciones específicas para impedir toda discriminación en la ubicación y asignación de viviendas y de centros sanitarios para las personas con trastornos mentales.

OTROS SERVICIOS DE PROTECCIÓN SOCIAL

El tipo, la gama y el alcance de otros servicios de protección social varían de unos países a otros, y dentro de cada país dependen en cierta medida de los niveles de ingresos y de la actitud general de la comunidad hacia los grupos necesitados.

Las políticas en materia de prestaciones y servicios de bienestar social deben incorporar varias estrategias. En primer lugar, la discapacidad por trastornos mentales ha de ser uno de los factores considerados al establecer prioridades entre los grupos beneficiarios de prestaciones y servicios sociales. En segundo lugar, en algunas circunstancias, las prestaciones

sociales también deben extenderse a los familiares que atienden a los afectados por trastornos mentales y del comportamiento. En tercer lugar, el personal que trabaja en los diversos servicios sociales ha de contar con los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para reconocer y asistir a las personas con trastornos mentales como parte de su labor cotidiana. En particular, deben saber evaluar cuándo y cómo derivar los casos más graves hacia los servicios especializados. Por último, en cuarto lugar, es preciso prever prestaciones y servicios sociales para los grupos que más puedan verse perjudicados por la política económica aplicada.

SISTEMA DE JUSTICIA PENAL

Las personas con trastornos mentales entran a menudo en contacto con el sistema de justicia penal. En general, las personas con trastornos mentales y los grupos vulnerables están sobrerrepresentados en las prisiones, en algunos casos por falta de servicios, y en otros por haber alterado el orden público o por otras causas como puedan ser la perpetración de delitos relacionados con las drogas o la conducción bajo los efectos del alcohol. Deben establecerse políticas para impedir la reclusión injustificada de los enfermos mentales y para facilitar su envío o transferencia a centros de tratamiento. Además, el ofrecimiento de tratamiento y atención para los trastornos mentales y conductuales debe ser habitual dentro de las cárceles, aunque la reclusión esté justificada. Las normas internacionales relativas al tratamiento de los reclusos se establecen en las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente en 1955 y aprobadas por el Consejo Económico y Social en 1957 y 1977, que disponen que en todas las instituciones penitenciarias se dispondrá de los servicios de al menos un funcionario médico calificado, que deberá tener conocimientos de psiquiatría.

La política relativa a la reclusión de personas de grupos vulnerables ha de ser examinada en relación con el mayor riesgo de suicidio; además, es preciso contar con una estrategia de capacitación destinada a mejorar los conocimientos teóricos y prácticos del personal del sistema de justicia penal para que pueda ocuparse debidamente de los trastornos mentales y del comportamiento.

FOMENTO DE LAS INVESTIGACIONES

Pese a los avances en el conocimiento de los trastornos mentales y del comportamiento, se desconocen aún muchas de las variables que influyen en la aparición de los trastornos mentales, en su evolución y en el éxito del tratamiento. Las alianzas entre organismos de salud pública e instituciones de investigación en distintos países acelerarán los descubrimientos que nos permitirán comprender mejor la epidemiología de los trastornos mentales y la eficacia, la efectividad y la costoeficacia de los tratamientos, los servicios y las políticas.

INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS

Los datos epidemiológicos son indispensables para establecer prioridades en la salud en general y en la salud mental en particular, así como para diseñar y evaluar intervenciones de salud pública. Sin embargo, apenas se dispone de información sobre la prevalencia y la carga que suponen los grandes trastornos mentales y conductuales en los países, sobre todo en los países en desarrollo. Tampoco se han hecho estudios longitudinales para analizar la evolución de importantes trastornos mentales y conductuales y su relación con factores psicosociales, genéticos y económicos y con otros determinantes ambientales. La epidemiología, entre otras cosas, es también un importante instrumento de sensibilización, pero el hecho es que muchos países carecen de datos que permitan respaldar esa sensibilización respecto a la salud mental.

INVESTIGACIONES SOBRE LOS RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS, LA PREVENCIÓN Y LA SENSIBILIZACIÓN

Sólo se conseguirá reducir la carga de trastornos mentales y conductuales si se desarrollan intervenciones eficaces y se les da difusión. Se necesitan nuevas investigaciones para conseguir fármacos de acción específica más eficaces y con menos efectos adversos, para mejorar la eficacia de los tratamientos psicológicos y conductuales y de los programas de prevención y promoción, y para determinar su costoeficacia. Se necesitan asimismo nuevos conocimientos para entender qué tratamientos, por sí solos o combinados con otros, funcionan mejor, y en qué tipo de pacientes. El grado de cumplimiento de un programa de tratamiento, prevención o promoción puede influir directamente en los resultados; así pues, hay que investigar también los factores que afectan al cumplimiento. Ello incluiría el examen de factores relacionados con lo siguiente: las creencias, las actitudes y los comportamientos de pacientes y proveedores; el propio trastorno mental o conductual; la complejidad del régimen terapéutico; el sistema de prestación de servicios, incluidos el acceso al tratamiento y su asequibilidad; y algunos de los determinantes generales de la salud y la enfermedad mental, como la pobreza.

Aún no se conocen bien la eficacia y la efectividad de una serie de intervenciones farmacológicas, psicológicas y psicosociales. Mientras que la *eficacia* se refiere al efecto de una intervención en condiciones experimentales estrechamente controladas, los estudios de la *efectividad* se centran en los efectos de las intervenciones en aquellos entornos o condiciones en los que se aplicarán en última instancia. Cuando exista una base de conocimientos establecida acerca de la eficacia de los tratamientos, como ocurre con varios fármacos psicotrópicos, las investigaciones deberán privilegiar el estudio de la efectividad. Además, urge llevar a cabo *investigaciones sobre la aplicación y la difusión*, centradas en los factores que favorezcan la incorporación y la utilización de intervenciones eficaces por la comunidad.

INVESTIGACIONES SOBRE LAS POLÍTICAS Y LOS SERVICIOS

Los sistemas de salud mental están siendo objeto de grandes reformas en muchos países, entre ellas la desinstitucionalización, el desarrollo de los servicios de base comunitaria y la integración en el sistema de salud general. Es de destacar que esas reformas fueron desencadenadas inicialmente por factores ideológicos, por la aparición de nuevos modelos de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico y por la creencia de que las formas alternativas de tratamiento comunitario serían más costoeficaces. Afortunadamente hoy contamos con un cúmulo de datos, procedentes de varios estudios controlados, que demuestran la eficacia de esos objetivos de política. Hasta la fecha, no obstante, la mayor parte de las investigaciones se han llevado a cabo en países industrializados, y es dudoso que los resultados puedan extrapolarse a los países en desarrollo. Por consiguiente, se necesitan nuevas investigaciones para orientar las actividades de reforma en estos últimos.

Dada la importancia crítica de los recursos humanos para la administración de tratamientos y la prestación de servicios, hay que investigar las necesidades en materia de capacitación de los proveedores de salud mental. En particular, se precisan investigaciones controladas sobre el impacto a largo plazo de las estrategias de capacitación y sobre la distinta eficacia de esas estrategias entre los distintos dispensadores de salud que trabajan en los diferentes niveles del sistema asistencial.

También se necesitan investigaciones para comprender mejor el importante papel que desempeña el sector informal y para determinar si la participación de los curanderos tradicionales mejora o empeora - y por qué mecanismos - los tratamientos. Por ejemplo, ¿cómo puede el personal de atención primaria colaborar mejor con los curanderos tradicionales para mejorar la accesibilidad, la detección y la eficacia del tratamiento de las personas que padecen trastornos mentales y conductuales? Las investigaciones permitirán comprender mejor los efectos de distintos tipos de decisiones de política en el acceso, la equidad y los resultados del tratamiento, tanto en general como en los grupos más desfavorecidos. Como

ejemplos de líneas de investigación cabe citar el tipo de arreglo contractual entre compradores y proveedores que permitiría mejorar la prestación de servicios de salud mental y la evolución de los pacientes, la repercusión de diferentes planes de reembolso a los proveedores en el acceso a los servicios de salud mental y el uso de los mismos, y las consecuencias de la integración de los presupuestos para la salud mental en los sistemas generales de financiamiento de la salud.

ESTUDIOS ECONÓMICOS

Los estudios económicos de las estrategias de tratamiento, prevención y promoción aportarán una valiosa información para elegir y planificar racionalmente las intervenciones. Aunque se han hecho algunas evaluaciones económicas de intervenciones para ciertos trastornos mentales y conductuales (p. ej., esquizofrenia, trastornos depresivos y demencia), apenas hay evaluaciones económicas de las intervenciones en general. Y una vez más la gran mayoría de los estudios proceden de países industrializados.

En todos los países, es necesario llevar a cabo nuevas investigaciones sobre los costos de la enfermedad mental, así como evaluaciones económicas de los programas de tratamiento, prevención y sensibilización.

INVESTIGACIONES EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO Y COMPARACIONES TRANSCULTURALES

En muchos países en desarrollo hay una falta manifiesta de investigaciones científicas sobre la salud mental en lo que respecta a la epidemiología, los servicios, los tratamientos, la prevención y sensibilización y las políticas. Sin esas investigaciones no hay base racional posible que oriente la promoción, la planificación y las intervenciones (Sartorius 1998b; Okasha y Karam 1998).

A pesar de que hay muchas semejanzas entre los países por lo que se refiere a los trastornos mentales y los servicios correspondientes, el contexto cultural en el que se inscriben es muy diverso. Al igual que los programas, las investigaciones han de tener en cuenta los factores culturales. Las herramientas y los métodos de investigación no pueden trasplantarse sin más de un país a otro sin haber analizado antes detenidamente la influencia y el efecto de los factores culturales en su fiabilidad y validez.

La OMS ha puesto a punto varios instrumentos y métodos de investigación transcultural, entre los que figuran la Exploración del estado actual (PSE), el Sistema de evaluación clínica en neuropsiquiatría (SCAN), la entrevista CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*), el cuestionario SRQ de declaración de síntomas, la exploración IPDE (*International Personality Disorder Examination*), los Criterios diagnósticos de investigación (CIE-10CDI), el instrumento QOL (*Quality of Life Instrument*) de la OMS y el sistema OMS de evaluación de las discapacidades (Sartorius y Janca 1996). Es preciso seguir perfeccionando estos y otros instrumentos científicos para poder efectuar comparaciones internacionales válidas que ayuden a comprender las semejanzas y las diferencias en lo que respecta a los trastornos mentales y su tratamiento en las diferentes culturas.

Una lección que hemos aprendido durante los últimos 50 años es que para hacer frente a los trastornos mentales se requiere el concurso no sólo de la salud pública, sino también de la ciencia y la política. Los logros de una buena política de salud pública y de la ciencia pueden acabar malogrados por la política. Y a la inversa, aunque el contexto político sea favorable a la salud mental, la ciencia seguirá siendo necesaria para profundizar en las complejas causas de los trastornos mentales y mejorar su tratamiento.

CAPÍTULO 5

El camino hacia adelante

Los gobiernos son responsables de dar prioridad a la salud mental. Además, es esencial el apoyo internacional para que muchos países pongan en marcha programas de salud mental. Las acciones que haya que emprender en cada país dependerán de los recursos disponibles y del estado actual de la atención de salud mental. En general, el informe recomienda: dispensar tratamiento para los trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; sustituir los grandes hospitales psiquiátricos custodiales por centros de atención comunitaria, respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales y apoyo a la asistencia domiciliaria; realizar campañas de sensibilización pública para acabar con la estigmatización y la discriminación; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores en la adopción de decisiones sobre políticas y servicios; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; adiestrar a profesionales de la salud mental; vincular la salud mental a otros sectores sociales; vigilar la salud mental, y apoyar la investigación.

5

EL CAMINO

HACIA ADELANTE

OFRECER SOLUCIONES EFICACES

Este informe ha puesto de relieve que se han conseguido avances importantes en la comprensión de la salud mental y su relación indisociable con la salud física. Desde esos nuevos conocimientos, un enfoque de salud pública de la salud mental no sólo es deseable, sino viable.

Este informe ha descrito asimismo la magnitud y la carga de los trastornos mentales, poniendo de manifiesto que son comunes – ya que afectan por lo menos a una cuarta parte de la población en algún momento de la vida – y ocurren en todas las sociedades. Cosa importante, ha mostrado que los trastornos mentales son aún más comunes entre los pobres, los ancianos, las víctimas de conflictos y desastres y quienes padecen enfermedades orgánicas. La carga que entrañan para esas personas y sus familias, en términos de sufrimiento humano, discapacidad y costo económico, es enorme.

Hay soluciones eficaces para los trastornos mentales. Los progresos del tratamiento médico y psicosocial significan que es posible ayudar a la mayoría de las personas y familias afectadas. Algunos trastornos mentales se pueden prevenir, y casi todos son tratables. Una política y una legislación informadas – apoyadas por la formación de profesionales y una financiación adecuada y sostenible – pueden propiciar la prestación de servicios adecuados de salud mental a cuantos los necesiten, en todos los niveles de la asistencia sanitaria.

Sólo unos pocos países disponen de recursos de salud mental suficientes. En algunos prácticamente no existen. Las ya grandes desigualdades entre y dentro de los países en lo que se refiere a la asistencia sanitaria en general son todavía mayores en la atención de salud mental. Las poblaciones urbanas, y particularmente las acomodadas, son las que gozan de mejor acceso, mientras los servicios esenciales quedan fuera del alcance de vastas poblaciones. Y para los enfermos mentales las violaciones de los derechos humanos son un problema cotidiano.

Es evidente la necesidad de acometer iniciativas que aborden esos problemas a escala mundial y nacional.

Las recomendaciones de acción que aquí se formulan se basan en dos niveles de información. El primero es la experiencia acumulada en el desarrollo de la atención de salud mental en muchos países con distintos niveles de recursos. Parte de esa experiencia ya se ha citado en los capítulos 3 y 4, y abarca la constatación de éxitos y fracasos en distintas iniciativas, muchas de ellas apoyadas por la OMS, en una gran diversidad de circunstancias.

El segundo nivel de información procede de la investigación científica disponible en publicaciones internacionales y nacionales. Aunque la investigación operativa sobre el desarrollo de servicios de salud mental se encuentra todavía en sus inicios, ya se tienen algunos datos preliminares sobre los beneficios que reporta el desarrollo de programas de salud

mental. La mayor parte de la investigación disponible se refiere a países de ingresos altos, pero en los últimos años también se han efectuado estudios en países de ingresos bajos.

Las acciones pueden reportar beneficios a muchos niveles. Se beneficia directamente la prestación de servicios encaminados a aliviar los síntomas que acompañan a los trastornos mentales, disminuir la carga global de esas enfermedades reduciendo la mortalidad (por ejemplo, por suicidio) y la discapacidad, y mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de los pacientes y sus familias. A ello podrían sumarse los beneficios económicos (mediante una mayor productividad) que reportaría la prestación de servicios en el momento oportuno, aunque los datos al respecto son todavía escasos.

Los países son responsables de dar prioridad a la salud mental en su planificación sanitaria y poner en práctica las recomendaciones que a continuación se expresan. Además, es esencial el apoyo internacional para que muchos países pongan en marcha programas de salud mental. Ese apoyo de los organismos de desarrollo debe incluir asistencia técnica además de financiación.

RECOMENDACIONES GENERALES

Este informe hace 10 recomendaciones generales.

1. DISPENSAR TRATAMIENTO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

El manejo y tratamiento de los trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria es un paso fundamental que permite facilitar y agilizar el acceso a los servicios para el mayor número de personas; hay que reconocer que muchas ya solicitan ayuda en este nivel. Con ello no sólo se proporciona una mejor asistencia, sino que se reduce el despilfarró de investigaciones innecesarias y tratamientos inadecuados e inespecíficos. Para conseguirlo, sin embargo, es necesario que el personal de salud general reciba formación en las competencias esenciales de la atención de salud mental. Dicha formación asegura el uso óptimo de los conocimientos disponibles para el mayor número de personas, y posibilita la aplicación inmediata de medidas de intervención. Por lo tanto, la salud mental debe ser incluida en los planes de formación, con cursos de actualización que aumenten la eficacia de los servicios de salud generales en el manejo de los trastornos mentales.

2. ASEGURAR LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

En todos los niveles de la asistencia sanitaria deben dispensarse y estar siempre disponibles los medicamentos psicotrópicos esenciales. Estos fármacos deben figurar en la lista de medicamentos esenciales de cada país, y en la medida de lo posible deben estar disponibles los mejores fármacos para el tratamiento de las distintas afecciones. En algunos países puede ser necesario modificar la legislación con ese fin. Estos medicamentos pueden paliar los síntomas, reducir la discapacidad, abreviar el curso de muchos trastornos y prevenir las recaídas. A menudo constituyen el tratamiento de primera línea, sobre todo donde no puede recurrirse a intervenciones psicosociales ni a profesionales altamente capacitados.

3. PRESTAR ASISTENCIA EN LA COMUNIDAD

La atención comunitaria tiene mejores efectos que el tratamiento institucional en el pronóstico y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos. Además, el traspaso de los pacientes de hospitales psiquiátricos a la asistencia comunitaria es económicamente eficiente y respeta los derechos humanos. Por lo tanto, se deben suministrar servicios de salud mental en la comunidad, utilizando para ello todos los recursos disponibles. Los servicios comunitarios pueden facilitar la intervención temprana y limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento. Los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos por centros de atención comunitaria respaldados

por camas psiquiátricas en los hospitales generales y apoyo a la asistencia domiciliaria, con vistas a satisfacer todas las necesidades de los enfermos que eran competencia de dichos hospitales. Este traspaso a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario, junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido.

4. EDUCAR AL P^UBlico

En todos los países se deben realizar campañas de educación y sensibilización pública sobre la salud mental. El objetivo principal es reducir las barreras que obstaculizan el tratamiento y la asistencia, a través de un mayor conocimiento de la frecuencia de los trastornos mentales, su tratabilidad, el proceso de recuperación y los derechos humanos de los enfermos mentales. Las alternativas de asistencia viables y sus ventajas deben ser ampliamente divulgadas para que las respuestas de la población en general, los profesionales, los medios de comunicación, las autoridades y los políticos reflejen los mejores conocimientos disponibles. Esto constituye ya una prioridad para una serie de países y organizaciones nacionales e internacionales. Mediante campañas de sensibilización y educación del público bien planeadas es posible reducir la estigmatización y la discriminación, incrementar el uso de los servicios de salud mental y acortar la distancia entre la atención de salud mental y la atención de salud física.

5. INVOLUCRAR A LAS COMUNIDADES, LAS FAMILIAS Y LOS CONSUMIDORES

Las comunidades, las familias y los consumidores deben participar en la formulación y la adopción de decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios. El resultado debería ser unos servicios más consonantes con las necesidades de la población y mejor utilizados. Por otra parte, las intervenciones deben tener en cuenta la edad, el sexo, la cultura y las circunstancias sociales, para responder a las necesidades de los enfermos mentales y sus familias.

6. ESTABLECER POLÍTICAS, PROGRAMAS Y LEGISLACIÓN A ESCALA NACIONAL

La política, los programas y la legislación sobre salud mental son pasos imprescindibles para una acción seria y sostenida. Deben basarse en conocimientos actualizados y en el respeto de los derechos humanos. Es preciso que la mayoría de los países incrementen sus presupuestos para programas de salud mental por encima de los bajos niveles actuales. Algunos países que han desarrollado o revisado recientemente su política y su legislación han logrado avances en la aplicación de sus programas de atención de salud mental. Las reformas relativas a la salud mental deben inscribirse en las reformas más generales del sistema sanitario. Los planes de seguro de enfermedad no deben discriminar a los enfermos mentales, a fin de ampliar el acceso a los tratamientos y de reducir la carga asistencial.

7. DESARROLLAR RECURSOS HUMANOS

En la mayoría de los países en desarrollo es necesario incrementar y mejorar la formación de los profesionales de la salud mental, que son los llamados a dispensar asistencia especializada y apoyar los programas de atención primaria. La mayoría de los países en desarrollo carecen de suficientes especialistas de ese tipo para los servicios de salud mental. Una vez capacitados, se debe alentar a esos profesionales a permanecer en sus países ocupando puestos donde sus competencias se aprovechen al máximo. Este desarrollo de recursos humanos es particularmente necesario para los países donde tales recursos son ahora escasos. Aunque la atención primaria sea el marco más útil para la asistencia inicial, se necesitan especialistas que suministren una gama de servicios más amplia. Lo ideal sería que los equipos de especialistas en atención de salud mental incluyeran profesionales médicos y

no médicos, tales como psiquiatras, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería psiquiátrica, asistentes sociales de psiquiatría y terapeutas ocupacionales, capaces de trabajar juntos con miras a la asistencia completa y la integración de los pacientes en la comunidad.

8. ESTABLECER VINCULOS CON OTROS SECTORES

Otros sectores además del sanitario, como los de la educación, el trabajo, la asistencia social, la legislación y las organizaciones no gubernamentales, deberían participar en la mejora de la salud mental de las comunidades. Las organizaciones no gubernamentales deberían ser mucho más dinámicas, tener un papel mejor definido, y ser alentadas a prestar más apoyo a las iniciativas locales.

9. VIGILAR LA SALUD MENTAL DE LAS COMUNIDADES

Se debe vigilar la salud mental de las comunidades incluyendo indicadores de la salud mental en los sistemas de información y notificación sanitaria. Los índices deben reflejar tanto el número de personas con trastornos mentales como la calidad de la asistencia que reciban, y también otras medidas más generales de la salud mental de las comunidades. Esa clase de vigilancia facilita la detección de tendencias y cambios en la salud mental consiguientes a acontecimientos externos, por ejemplo desastres. La vigilancia es imprescindible para evaluar la eficacia de los programas de prevención y tratamiento en salud mental, y además refuerza los argumentos favorables a la asignación de más recursos. Son necesarios nuevos indicadores de la salud mental de las comunidades.

10. APOYAR NUEVAS INVESTIGACIONES

Para comprender mejor los trastornos mentales y desarrollar intervenciones más eficaces es necesario investigar más a fondo los aspectos biológicos y psicosociales de la salud mental. Esas investigaciones deberían llevarse a cabo sobre una amplia base internacional, para poder entender las variaciones entre comunidades y conocer mejor los factores que influyen en las causas, el curso y los resultados de los trastornos mentales. Urge aumentar la capacidad de investigación en los países en desarrollo.

ACCIÓN BASADA EN LOS RECURSOS REALES

La mayoría de las recomendaciones antedichas, aun siendo en general aplicables, pueden parecer inasequibles en relación con los recursos de muchos países. Sin embargo, todos pueden hacer algo. Partiendo de este principio, se ofrecen a continuación tres escenarios distintos, con el fin de ayudar a que los países en desarrollo en particular determinen cuáles son sus posibilidades dentro de las limitaciones que les imponen sus recursos. Estos escenarios pueden servir para seleccionar actuaciones concretas. Aparte de su pertinencia para cada país, también se pretende que sean aplicables a diferentes grupos de población dentro de esos países. Se reconoce así que existen regiones o grupos desfavorecidos en todos los países, incluso en los que cuentan con más recursos y mejores servicios.

ESCENARIO A (NIVEL DE RECURSOS BAJO)

Este escenario se refiere sobre todo a los países de bajos ingresos donde los recursos para la salud mental faltan por completo o son muy limitados. En esos países no existen políticas, ni programas ni legislación adecuados en materia de salud mental, o si existen son obsoletos y no se aplican eficazmente. Los fondos estatales para la salud mental son muy exigüos, a menudo inferiores al 0,1% del presupuesto total de salud. No hay psiquiatras ni enfermeras psiquiatras o hay muy pocos para grandes poblaciones. Las instalaciones hospitalarias de atención especializada, allí donde las hay, están centralizadas en hospitales psiquiátricos que tienen una función de custodia más que de atención de salud mental, y que en muchos casos tienen menos de una plaza por cada 10 000 habitantes. No hay servi-

cios de salud mental ni en la atención primaria ni en la comunitaria, y rara vez se dispone de los medicamentos psicotrópicos esenciales. La salud mental no está incluida en los sistemas de notificación epidemiológica y sanitaria.

Si bien es cierto que este escenario es aplicable ante todo a los países de bajos ingresos, en muchos países de ingresos altos los servicios esenciales de salud mental permanecen fuera del alcance de las poblaciones rurales, los grupos indígenas y otros. En una palabra, el escenario A se caracteriza por niveles bajos de sensibilización y de disponibilidad de servicios.

¿Qué se puede hacer en tales circunstancias? Incluso con recursos muy limitados, los países pueden reconocer inmediatamente la salud mental como una parte esencial de la salud general, y empezar a organizar servicios básicos de salud mental como parte de la atención primaria. Esto no tiene por qué ser costoso, y se vería muy potenciado por la provisión de medicamentos esenciales neuropsiquiátricos y por la formación en el servicio de todo el personal de salud general.

ESCENARIO B (NIVEL DE RECURSOS MEDIO)

En los países de este escenario se dispone de algunos recursos de salud mental, por ejemplo centros de tratamiento en ciudades grandes o programas piloto de atención comunitaria, pero esos recursos no suministran ni siquiera los servicios de salud mental esenciales a la totalidad de la población. Estos países cuentan a menudo con políticas, programas y legislación de salud mental, pero en muchos casos no los aplican plenamente. El presupuesto estatal para la salud mental es inferior al 1% del presupuesto total de salud. El número de especialistas de salud mental, tales como psiquiatras y profesionales de enfermería psiquiátrica, es insuficiente para atender a la población. Los dispensadores de atención primaria no suelen estar capacitados para la atención de salud mental. Las instalaciones de asistencia especializada disponen de menos de cinco plazas por cada 10 000 habitantes, y la mayoría de ellas se ubican en grandes hospitales psiquiátricos centralizados. La disponibilidad de medicamentos psicotrópicos y de tratamiento para trastornos mentales graves en la atención primaria es limitada, y los programas comunitarios de salud mental son escasos. Los registros de ingresos y altas de los hospitales psiquiátricos constituyen la única información disponible en los sistemas de notificación sanitaria. En resumen, el escenario B se caracteriza por niveles medios de sensibilización y de acceso a la atención de salud mental.

En estos países la actuación inmediata debe consistir en ampliar los servicios de salud mental para dar cobertura a toda la población. Ello es factible si se capacita a todo el personal sanitario para la atención de salud mental esencial, se abastece de medicamentos neuropsiquiátricos a todas las instalaciones sanitarias y se aglutinan todas estas actividades bajo una política de salud mental. Habría que dar un primer paso hacia el cierre de los hospitales custodiales y la creación de centros de atención comunitarios. Se puede introducir la atención de salud mental en los lugares de trabajo y en las escuelas.

ESCENARIO C (NIVEL DE RECURSOS ALTO)

Este escenario corresponde en general a los países industrializados que gozan de un nivel relativamente alto de recursos de salud mental. Las políticas, los programas y la legislación de salud mental se aplican con un grado razonable de eficiencia. El porcentaje del presupuesto total de salud que se destina a la salud mental es del 1% o más, y el número de profesionales sanitarios especializados en salud mental es adecuado. La mayoría de los dispensadores de atención primaria están capacitados para la atención de salud mental. Se intenta identificar y tratar los trastornos mentales graves en la atención primaria, aunque la eficacia y la cobertura pueden ser insuficientes. Los centros de atención especializada son más completos, pero tienden a seguir estando ubicados en hospitales psiquiátricos. Se pueden conseguir fácilmente medicamentos psicotrópicos, y en general se cuenta con servicios comunitarios. La salud mental forma parte de los sistemas de información sanitaria, pero el número de indicadores no siempre es suficiente.

Cuadro 5.1 Intervenciones mínimas requeridas para la atención de salud mental según las recomendaciones generales

Diez recomendaciones generales	Escenario A: Nivel de recursos bajo	Escenario B: Nivel de recursos medio	Escenario C: Nivel de recursos alto
1. Dispensar tratamiento en la atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer que la salud mental es un componente de la atención primaria Incluir el reconocimiento y el tratamiento de los trastornos mentales comunes en los programas de formación de todo el personal de salud Ofrecer cursos de actualización a los médicos de atención primaria (lograr una cobertura mínima del 50% en un plazo de cinco años) 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar material didáctico adecuado a la situación local Ofrecer cursos de actualización para los médicos de atención primaria (lograr una cobertura del 100% en un plazo de cinco años) 	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la eficacia del manejo de los trastornos mentales en el ámbito de la atención primaria Mejorar los mecanismos de derivación
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar la disponibilidad de cinco medicamentos esenciales en todos los entornos asistenciales 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar la disponibilidad de todos los medicamentos psicotrópicos esenciales en todos los entornos asistenciales 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar el acceso a los medicamentos psicotrópicos más modernos en los planes de tratamiento públicos o privados
3. Prestar asistencia en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> Sacar de las prisiones a las personas con trastornos mentales Reducir las dimensiones de los hospitales psiquiátricos y mejorar la atención en ellos prestada Crear unidades de psiquiatría en hospitales generales Proporcionar servicios de atención comunitaria (cobertura mínima del 20%) 	<ul style="list-style-type: none"> Cerrar los hospitales psiquiátricos custodiales Iniciar proyectos piloto para integrar la atención de salud mental en la atención sanitaria general Proporcionar servicios de atención comunitaria (cobertura mínima del 50%) 	<ul style="list-style-type: none"> Cerrar los hospitales psiquiátricos custodiales restantes Crear otros tipos de residencias Proporcionar servicios de atención comunitaria (cobertura del 100%) Prestar atención individualizada en la comunidad a los enfermos mentales graves
4. Educar al público	<ul style="list-style-type: none"> Promover campañas públicas contra la estigmatización y la discriminación Apoyar la labor de organizaciones no gubernamentales en el campo de la educación del público 	<ul style="list-style-type: none"> Usar los medios de comunicación para promover la salud mental, fomentar actitudes positivas y ayudar a prevenir los trastornos 	<ul style="list-style-type: none"> Lanzar campañas públicas de fomento del reconocimiento y el tratamiento de los trastornos mentales comunes
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores	<ul style="list-style-type: none"> Apoyar la formación de grupos de autoayuda Financiar planes para las organizaciones no gubernamentales y las iniciativas de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar la representación de las comunidades, las familias y los consumidores en los servicios y en la formulación de políticas 	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar iniciativas de promoción
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional	<ul style="list-style-type: none"> Revisar la legislación sobre la base de los conocimientos más recientes y del respeto de los derechos humanos Formular programas y políticas de salud mental Aumentar el presupuesto de atención de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> Formular políticas sobre las drogas y el alcohol a nivel nacional y subnacional Aumentar el presupuesto de atención de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar la equidad en el financiamiento de la atención sanitaria, incluidos los seguros
7. Desarrollar recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Formar psiquiatras y enfermeras psiquiatras 	<ul style="list-style-type: none"> Crear centros nacionales de formación para psiquiatras, enfermeras psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales de psiquiatría 	<ul style="list-style-type: none"> Formar a especialistas en tratamientos avanzados
8. Establecer vínculos con otros sectores	<ul style="list-style-type: none"> Emprender programas de salud mental en las escuelas y los lugares de trabajo Alentar las actividades de las organizaciones no gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> Reforzar los programas de salud mental en las escuelas y los lugares de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer servicios especiales para las personas con trastornos mentales en las escuelas y los lugares de trabajo Emprender programas de promoción de la salud mental basados en la evidencia en colaboración con otros sectores
9. Vigilar la salud mental de las comunidades	<ul style="list-style-type: none"> Incluir los trastornos mentales en los sistemas básicos de información sanitaria Estudiar los grupos de población de alto riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> Implantar mecanismos de vigilancia de trastornos específicos en la comunidad (p. ej., de la depresión) 	<ul style="list-style-type: none"> Crear sistemas avanzados de vigilancia de la salud mental Vigilar la eficacia de los programas de prevención
10. Apoyar nuevas investigaciones	<ul style="list-style-type: none"> Realizar estudios en entornos de atención primaria sobre la prevalencia, la evolución, los resultados y el impacto de los trastornos mentales en la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> Emprender estudios sobre la eficacia y la costoeficacia del manejo de los trastornos mentales comunes en la atención primaria 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar las investigaciones sobre las causas de los trastornos mentales Llevar a cabo investigaciones sobre la prestación de servicios Estudiar la evidencia disponible sobre la prevención de los trastornos mentales

Incluso en estos países existen muchos obstáculos a la utilización de los servicios disponibles. Las personas aquejadas de trastornos mentales y sus familias sufren estigmatización y discriminación. Las pólizas de seguro no dan la misma cobertura a los enfermos mentales que a quienes sufren enfermedades orgánicas.

La primera acción inmediata que se requiere es aumentar la sensibilización pública, principalmente para reducir la estigmatización y la discriminación. En segundo lugar, se debe asegurar que los medicamentos e intervenciones psicosociales más modernos estén disponibles como parte ordinaria de la atención de salud mental. Tercero, se deben desarrollar sistemas de información de salud mental. Cuarto, se deben acometer investigaciones, o ampliar las ya iniciadas, sobre la costoeficacia y la evidencia en materia de prevención de los trastornos mentales, así como investigación básica sobre las causas de los trastornos mentales.

Las intervenciones mínimas recomendadas para la atención de salud mental en los tres escenarios se resumen en el cuadro 5.1. El cuadro presupone que las medidas recomendadas para países que se encuentren en el escenario A han sido ya adoptadas por los países que se encuentran en los escenarios B y C, y que existe una acumulación de actuaciones en los países que tienen un nivel de recursos alto.

Este informe reconoce que en todos los escenarios puede transcurrir mucho tiempo entre el inicio de las actuaciones y los beneficios resultantes. Pero ello es razón de más para exhortar a todos los países a que tomen medidas inmediatas para mejorar la salud mental de sus poblaciones. En el caso de los países más pobres, esos primeros pasos podrán ser pequeños, pero vale la pena darlos. En ricos y pobres por igual, el bienestar mental es tan importante como la salud física. Para todos los que sufren trastornos mentales hay esperanza; compete a todos los gobiernos convertir esa esperanza en realidad.

REFERENCIAS

- Abas MA, Broadhead JC** (1997). Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, **27**: 59–71.
- Al-Subaie AS, Marwa MKH, Hamari RA, Abdul-Rahim F-A** (1997). Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Mental Health*, **25**: 59–68.
- Almeida-Filho N, Mari J de J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED** (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*, **171**: 524–529.
- American Psychiatric Association (APA)** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Andrews G, Henderson S, Wayne Hall W** (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, **178**: 145–153.
- Andrews G, Peters L, Guzman A-M, Bird K** (1995). A comparison of two structured diagnostic interviews: CIDI and SCAN. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **29**: 124–132.
- Artaud A** (1935). Lettre ouverte aux médecins-chefs des asiles de fous. Paris, *La Révolution Surréaliste*, No. 3.
- Awais M, Kebede D, Alem A** (1999). Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **100**(Suppl 397): 56–64.
- Baingana F** (1990). Comunicación personal.
- Banco Mundial** (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud*. Washington, DC, Banco Mundial.
- Banco Mundial** (1999). *La epidemia de tabaquismo – Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco*. Washington, DC, Banco Mundial.
- Batra A** (2000). Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient. *Fortschritte de Neurologie-Psychiatrie*, **68**: 80–92.
- Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guzem BH, Mazziotta JC, Alazraki A, Selin CE, Ferng HK, Munford P** (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, **49**(9): 681–689.
- Beers C** (1908). *A mind that found itself: an autobiography*. New York, Longmans Green.
- Berke J, Hyman SE** (2000). Addiction, dopamine and the molecular mechanisms of memory. *Neuron*, **25**: 515–532.
- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G** (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **33**: 587–595.
- Bodekar G** (2001). Lessons on integration from the developing world's experience. *British Medical Journal*, **322**(7279): 164–167.
- Bower P, Byford S, Sibbald B, Ward E, King M, Lloyd M, Gabbay M** (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost-effectiveness. *British Medical Journal*, **321**: 1389–1392.

- Bowles JR** (1995). Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, De Leo D. *Preventive strategies on suicide*. Lieden, Brill: 173–206.
- Brookmeyer R, Gray S** (2000). Methods for projecting the incidence and prevalence of chronic diseases in aging populations: application to Alzheimer's disease. *Statistics in Medicine*, **19**(11–12): 1481–1493.
- Brown GW, Birley JLT, Wing JK** (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: a replication. *British Journal of Psychiatry*, **121**: 241–258.
- Butcher J** (2000). A Nobel pursuit. *Lancet*, **356**(9328): 1331.
- Butzlaff RL, Hooley JM** (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, **55**(8): 547–552.
- Caldwell CB, Gottesman II** (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, **16**: 571–589.
- Castellanos FX, Giedd JN, Eckburg P** (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, **151**(12): 1791–1796.
- Chisholm D, Sekar K, Kumar K, Kishore K, Saeed K, James S, Mubbashar M, Murthy RS** (2000). Integration of mental health care into primary care: demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *British Journal of Psychiatry*, **176**: 581–588.
- Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE** (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 3278–3285.
- Cohen S, Tyrell DAJ, Smith AP** (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, **325**(9): 606–612.
- Collins D, Lapsley G** (1996). *The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992*. Canberra, Commonwealth Department of Human Services and Health, Australian Government Printing Service (Monograph No. 30).
- Collins PY, Adler FW, Boero M, Susser E** (1999a). Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in Neuquen, Argentina. *International Journal of Mental Health*, **28**: 3–16.
- Collins PY, Lumerman J, Conover S, Susser E** (1999b). Using local resources in Patagonia: a model of community-based rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, **28**: 17–24.
- Conolly J** (1856). *The treatment of the insane without mechanical restraints*. London, Smith, Elder & Co.
- Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica** (2000). Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos relacionados. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos*, **3**, 92–105.
- Cooper PJ, Murray L** (1998). Postnatal depression. *British Medical Journal*, **316**: 1884–1886.
- Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl D, Tweed D, Erkanli A, Worthman CM** (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, **53**: 1129–1136.
- Cottraux J** (1993). Behaviour therapy. In: Sartorius N, De Girilamo G, Andrews G, German A, Eisenberg L, eds. *Treatment of mental disorders: a review of effectiveness*. Geneva, World Health Organization: 199–235.
- Cuajungco MP, Lees GJ** (1997). Zinc and Alzheimer's disease: is there a direct link? *Brain Research*, **23**(3): 219–236.
- Czerner TB** (2001). *What makes you tick? The brain in plain English*. New York, John Wiley & Sons.
- Delange F** (2000). The role of iodine in brain development. *Proceedings of the Nutrition Society*, **59**(1): 75–79.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A** (1995). *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. New York, Oxford University Press.
- Dill E, Dill C** (1998). Video game violence: a review of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, **3**(4): 407–428.
- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW** (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 2101–2107.
- Dixon L, Adams C, Lucksted A** (2000). Update on family psycho-education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **26**: 5–20.
- Dixon LB, Lehman AF** (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **21**(4): 631–643.

- Dixon LB, Lehman AF, Levine J (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4): 567–577.
- Drouet B, Pincon-Raymond M, Chambaz J, Pillot T (2000). Molecular basis of Alzheimer's disease. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 57(5): 705–715.
- Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH, eds (1997). *The treatment of drinking problems: a guide to helping professions*, 3rd edition. Cambridge, Cambridge University Press.
- El-Din AS, Kamel FA, Randa M, Atta HY (1996) Evaluation of an educational programme for the development of trainers in child mental health in Alexandria. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2: 482–493.
- Ellsberg MC, Pena R, Herrera A, Winkvist A, Kullgren G (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population-based study. *American Psychologist*, 54: 30–36.
- Erickson MF (1989). The STEEP Programme: helping young families alone at risk. *Family Resource Coalition Report*, 3: 14–15.
- Fadden G, Bebbington P, Kuipers L (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150: 285–292.
- Feksi AT, Kaamugisha J, Sander JW, Gatiti S, Shorvon SD (1991). Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *Lancet*, 337(8738): 406–409.
- Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine*, 160(9): 1261–1268.
- Fraser SFH, McGrath, St HJohn D (2000). Information technology and telemedicine in sub-Saharan Africa (editorial). *British Medical Journal*, 321: 465–466.
- Gallagher SK, Mechanic D (1996). Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other members. *Social Science and Medicine*, 42(12): 1691–1701.
- Gallegos A, Montero F (1999). Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, 28: 25–30.
- Geerlings SW, Beekman ATF, Deeg DJH, Van Tilburg W (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, 30(2): 369–380.
- Girolomo G de, Cozza M (2000). The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3–4): 197–214.
- Gittelman M (1998). Public and private managed care. *International Journal of Mental Health*, 27: 3–17.
- Goff DC, Henderson DC, Amico D (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side-effects. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1189–1194.
- Gold JH (1998). Gender differences in psychiatric illness and treatments: a critical review. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186(12): 769–775.
- Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization: 323–334.
- Gomel MK, Wutzke SE, Hardcastle DM, Lapsley H, Reznik RB (1995). Cost-effectiveness of strategies to market and train primary healthcare physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science and Medicine*, 47: 203–211.
- Gomez-Beneyto M, Bonet A, Catala MA, Puche E, Vila V (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89: 352–357.
- Goodman E, Capitman J (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, 106(4): 748–755.
- Goodwin FK, Jamison KR (1990). Suicide, in manic-depressive illness. New York, Oxford University Press: 227–244.
- Gossop M, Stewart MS, Lehman P, Edwards C, Wilson A, Segar G (1998). Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies. *British Journal of Psychiatry*, 173: 166–171.
- Graham P, Orley J (1998). La OMS y la salud mental de los niños. *Foro Mundial de la Salud*, 19, 277–281.
- Griffiths K, Christensen H (2000). Quality of web-based information on treatment of depression: cross-sectional survey. *British Medical Journal*, 321: 1511–1515.

- Gureje O, Odejide AO, Olatawura MO, Ikuesan BA, Acha RA, Bamidele RW, Raji OS** (1995). Results from the Ibadan centre. In: Ustun TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization: 157–173.
- Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R** (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, **280**(2): 147–151.
- Hakimi M, Hayati EN, Marlinawati VU, Winkvist A, Ellsberg M** (2001). *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java*. Yogyakarta, Indonesia, Program for Appropriate Technology in Health.
- Harnois G, Gabriel P** (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva, World Health Organization and International Labour Office (WHO/MSD/MPS/00.2).
- Harpham T, Blue I, eds** (1995). *Urbanization and mental health in developing countries*. Aldershot, UK, Avebury.
- Harris J, Best D, Man L, Welch S, Gossop M, Strang J** (2000). Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification. *Addiction Biology*, **5**: 443–450.
- Harwood H, Fountain D, Livermore G** (1998). *The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States, 1992. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse (NIH Publication No. 98-4327).
- Hauenstein EJ, Boyd MR** (1994). Depressive symptoms in young women of the Piedmont: prevalence in rural women. *Women and Health*, **21**(2/3): 105–123.
- Heather N** (1995). *Treatment approaches to alcohol problems: European Alcohol Action Plan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).
- Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB** (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, **284**(5): 592–597.
- Hoge MA, Davidson L, Griffith EEH, Jacobs S** (1998). The crisis of managed care in the public sector. *International Journal of Mental Health*, **27**: 52–71.
- Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA** (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, **143**: 993–997.
- Hyman SE** (2000). Mental illness: genetically complex disorders of neural circuitry and neural communication. *Neuron*, **28**: 321–323.
- ILAE/IBE/WHO** (2000). *Global campaign against epilepsy*. Geneva, World Health Organization.
- Indian Council of Medical Research (ICMR)** (2001). *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*. New Delhi, Indian Council of Medical Research (datos inéditos).
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC)** (2000). *World disasters report*. Geneva, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- International Network of Clinical Epidemiologists (INCLEN)** (2001). *World Studies of Abuse in Family Environments (WorldSAFE)*. Manila, International Network of Clinical Epidemiologists.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A** (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph*, **20** (Suppl).
- Jaffe JH** (1995). *Encyclopedia of drugs and alcohol*, Volume 1. New York, Simon and Schuster.
- Jernigan DH, Monteiro M, Room R, Saxena S** (2000). Hacia una política mundial sobre el alcohol: el alcohol, la salud pública y el papel de la OMS. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos*, **3**, 235–236 (resumen del artículo).
- Katona C, Livingston G** (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression. *Lancet*, **356**: 91.
- Kellerman AL, Rivara FP, Somes G, Reay DT, Francisco J, Benton JG, Prodzinski J, Fligner C, Hackman BB** (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, **327**: 467–472.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS** (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, **51**: 8–19.
- Kielcot-Glaser JK, Page GG, Marucha PT, MacCallum RC, Glaser R** (1999). Psychological influences on surgical recovery: perspectives from psychoneuroimmunology. *American Psychologist*, **53**(11): 1209–1218.

- Kilonzo GP, Simmons N** (1998). Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, **47**: 419–428.
- Klein N** (1999). No logo: taking on the brand bullies. New York, Picador.
- Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznik J** (1998). Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. In: Dohrenwend BP, ed. *Adversity, stress, and psychopathology*. Oxford, Oxford University Press: 235–284.
- Kopp MS, Skrabski A, Szedmark S** (2000). Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Science and Medicine*, **51**: 1351–1361.
- Kuipers L, Bebbington PE** (1990). *Working partnership: clinicians and carers in the management of longstanding mental illness*. Oxford, Heinemann Medical.
- Kulhara P, Wig NN** (1978). The chronicity of schizophrenia in North-West India. Results of a follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, **132**: 186–190.
- Lasser K, Wesley Boyd J, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH** (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, **284**: 2606–2610.
- Leavell HR, Clark HG** (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach*, 3rd edition. New York, McGraw-Hill Book Co.
- Leff J, Gamble C** (1995). Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, **24**: 76–88.
- Leff J, Wig NN, Ghosh A, Bedi A, Menon DK, Kuipers L, Morten A, Ernberg G, Day R, Sartorius N, Jablensky A** (1987). Expressed emotion and schizophrenia in north India. III: Influences of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, **151**: 166–173.
- Lehman AF, Steinwachs DM and the co-investigators of the PORT Project** (1998). At issue: translating research into practice. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, **24**(1): 1–10.
- Leon DA, Shkolnikov VM** (1998). Social stress and the Russian mortality crisis. *Journal of the American Medical Association*, **279**(10): 790–791.
- Leonardis M de, Mauri D, Rotelli F** (1994). *Limresa sociale*. Milan, Anabasi.
- Leshner AI** (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, **278**(5335): 45–47.
- Lester D** (1995). Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. In: Diekstra RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, De Leo D. *Preventive strategies on suicide*. Lieden, Brill: 163–172.
- Lester D, Murrell ME** (1980). The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, **137**: 121–122.
- Levav I, Gonzalez VR** (2000). Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **101**: 83–86.
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA** (1993). Adolescent psychopathology. I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, **102**: 133–144 (erratum, 102: 517).
- Lewis DA, Lieberman JA** (2000). Catching up on schizophrenia: natural history and neurobiology. *Neuron*, **28**: 325–334.
- Lindeman S, Hämäläinen J, Isometsä E, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen A, Aro H** (2000). The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **102**: 178–184.
- Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE** (2000). Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, **23**(5): 618–623.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB** (1995). Effects of alprazolam on glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, **18**(8): 1133–1139.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB** (1997). Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, **59**(3): 241–250.
- McGorry PD** (2000). Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **34** (suppl.): 145–149.

- McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD** (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, **284**(13): 1689–1695.
- Maj M, Janssen R, Starace F, Zaudig M, Satz P, Sughondhabirom B, Luabeya M, Riedel R, Ndeti D, Calil B, Bing EG, St Louis M, Sartorius N** (1994a). WHO Neuropsychiatric AIDS Study, Cross-sectional Phase I: Study design and psychiatric findings. *Archives of General Psychiatry*, **51**(1): 39–49.
- Maj M, Satz P, Janssen R, Zaudig M, Starace F, D'Elia L, Sughondhabirom B, Mussa M, Naber D, Ndeti D, Schulte G, Sartorius N** (1994b). WHO Neuropsychiatric AIDS Study, Cross-sectional Phase II: Neuropsychological and neurological findings. *Archives of General Psychiatry*, **51**(1): 51–61.
- Management Sciences for Health** (from 2001, in collaboration with WHO). *International drug price indicator guide*. Arlington, VA, Management Sciences for Health.
- Mani KS, Rangan G, Srinivas HV, Srinidharan VS, Subbakrishna DK** (2001). Epilepsy control with phenobarbital or phenytoin in rural south India: the Yelandur study. *Lancet*, **357**: 1316–1320.
- Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, Maas PJ van der** (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: cost of illness study. *British Medical Journal*, **317**: 111–115.
- Mendlowicz MV, Stein MB** (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, **157**(5): 669–682.
- Merkel PE** (1993). Which are today's democracies? *International Social Science Journal*, **136**: 257–270.
- Mishara BL, Ystgaard M** (2000). Exploring the potential for primary prevention: evaluation of the Befrienders International Reaching Young People Pilot Programme in Denmark. *Crisis*, **21**(1): 4–7.
- Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B** (1996). A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association*, **276**(21): 1725–1731.
- Mohit A** (1999). Mental health in the Eastern Mediterranean Region of the World Health Organization with a view to future trends. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **5**: 231–240.
- Mohit A, Saeed K, Shahmohammadi D, Bolhari J, Bina M, Gater R, Mubbashar MH** (1999). Mental health manpower development in Afghanistan: a report on a training course for primary health care physicians. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **5**: 231–240.
- Morita H, Suzuki M, Suzuki S, Kamoshita S** (1993). Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **34**: 317–332.
- Mubbashar MH** (1999). Mental health services in rural Pakistan. In: Tansella M, Thornicroft G, eds. *Common mental disorders in primary care*. London, Routledge.
- Murray CJL, Lopez AD, eds** (1996a). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
- Murray CJL, Lopez AD** (1996b). *Global health statistics*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).
- Murray CJL, Lopez AD** (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, **349**: 1498–1504.
- Murray CJL, Lopez AD** (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, **9**: 69–82.
- Mynors-Wallis L** (1996). Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatry Medicine*, **26**: 249–262.
- Naciones Unidas** (1957; 1977). *Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos*. Nueva York, Naciones Unidas (resolución 663C (XXIV) del ECOSOC; resolución 2076 (LXII) del ECOSOC).
- Naciones Unidas** (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York, Naciones Unidas (documento A/RES/44/25 de la AGNU).
- Naciones Unidas** (1991). *La protección de las personas que padecen enfermedades mentales y el mejoramiento de la salud mental*. Resolución A/RES/46.119 de la AGNU (disponible en: <http://www.un.org/ga/documents/ga/res/46/a46r119.htm>).
- Narayan D, Chambers R, Shah MK, Petesch P** (2000). *Voices of the poor, crying out for change*. New York, Oxford University Press for the World Bank.

- National Human Rights Commission** (1999). *Quality assurance in mental health*. New Delhi, National Human Rights Commission of India.
- New Mexico Department of Health** (2001). *Alcohol-related hospital charges in New Mexico for 1998 estimated at \$51 million*. New Mexico Department of Health (Press Release, 16 January 2001).
- Newman SC, Bland RC, Orn HT** (1998). The prevalence of mental disorders in the elderly in Edmonton: a community survey using GMS-AGECAT. *Canadian Journal of Psychiatry*, **43**: 910–914.
- NIDA** (2000). *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse (NIH Publication No.00-4180).
- Notzon FC, Komarov YM, Ermakov SP, Sempos CT, Marks JS, Sempos EV** (1998). Causes of declining life expectancy in Russia. *Journal of the American Medical Association*, **279**(10): 793–800.
- O'Brien SJ, Menotti-Raymond M, Murphy WJ, Nash WG, Wienberg J, Stanyon R, Copeland NG, Jenkins NA, Womack JE, Marshall Graves JA** (1999). The promise of comparative genomics in mammals. *Science*, **286**: 458–481.
- Okasha A, Karam E** (1998). Mental health services and research in the Arab world. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 406–413.
- ONUSIDA** (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) (2000). *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*. Ginebra, ONUSIDA.
- OPS** (1991). Declaración de Caracas, 1990. *International Digest of Health Legislation*, **42**(2): 336–338.
- Organización Mundial de la Salud** (1975). *Organización de servicios de salud mental en los países en desarrollo, 16º informe del Comité de Expertos de la OMS en salud mental, diciembre de 1974*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS, Serie de Informes Técnicos nº 564).
- Organización Mundial de la Salud** (1988). *Benzodiazepines and therapeutic counselling. Report from a WHO Collaborative Study*. Berlin, Springer-Verlag.
- Organización Mundial de la Salud** (1989). *Consumer involvement in mental health and rehabilitation services*. Geneva, World Health Organization (documento inédito WHO/MNH/MEP/89.7).
- Organización Mundial de la Salud** (1990). *WHO child care facility schedule*. Geneva, World Health Organization (documento inédito WHO/MNH/PSF/90.3).
- Organización Mundial de la Salud** (1992a). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos. Décima revisión, 1992 (CIE-10). Vol. 1: Lista tabular. Vol. 2: Manual de instrucciones. Vol. 3: Índice alfabético*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud** (1992b). *CIE-10, Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud** (1993a). *CIE-10, Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud** (1993b). *Essential treatments in psychiatry*. Geneva, World Health Organization (documento inédito WHO/MNH/MND/93.26).
- Organización Mundial de la Salud** (1994). Cause-of-death statistics and vital rates, civil registration systems and alternative sources of information. *World Health Statistics Annual – Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales, 1993*, Section A/B: China 11–17.
- Organización Mundial de la Salud** (1995). *Psychosocial rehabilitation: a consensus statement*. Geneva, World Health Organization (documento inédito WHO/MNH/MND/96.2).
- Organización Mundial de la Salud** (1996). WHO Brief Intervention Study Group: a cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, **86**: 948–955.
- Organización Mundial de la Salud** (1997a). *Violence against women*. Geneva, World Health Organization (documento inédito WHO/FRH/WHD/97.8).
- Organización Mundial de la Salud** (1997b). *An overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations: Nations for Mental Health*. Geneva, World Health Organization (documento inédito WHO/MSA/NAM/97.3).
- Organización Mundial de la Salud** (1998). *Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia, 30º informe*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS, Serie de Informes Técnicos nº 873).
- Organización Mundial de la Salud** (1999). *Global status report on alcohol*. Geneva, World Health Organization (documento inédito WHO/HSC/SAB/99.11).
- Organización Mundial de la Salud** (2000a). *Gender and the use of medications: a systematic review*. Geneva, World Health Organization (documento de trabajo inédito WHO/GHW).

- Organización Mundial de la Salud** (2000b). *Women's mental health: an evidence-based review*. Geneva, World Health Organization (documento inédito WHO/MSD/MHP/00.1).
- Organización Mundial de la Salud** (2000c). *Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud** (2001). *Los recursos de salud mental en el mundo. Resultados iniciales del Proyecto Atlas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Nota descriptiva n° 260, abril de 2001).
- Orley J, Keyken W** (1994). *Quality of life assessment: international perspectives*. Basel, Springer-Verlag.
- Orley J, Saxena S, Herrman H** (1998). Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of WHOQOL. *British Journal of Psychiatry*, **172**: 291-293.
- Pai S, Kapur RL** (1982). Impact on treatment intervention on the relationship between the dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on families of schizophrenic patients. *Psychological Medicine*, **12**: 651-658.
- Pal DK, Das T, Chaudhury G, Johnson AL, Neville B** (1998). Randomised controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India. *Lancet*, **351**(9095): 19-23.
- Patel A, Knapp MRJ** (1998). Costs of mental illness in England. *Mental Health Research Review*, **5**: 4-10.
- Patel V** (2001). Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press: 247-261.
- Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C** (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine*, **49**: 1461-1471.
- Paykel ES** (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **377** (Suppl): 50-58.
- Pearson V** (1992). Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, **38**: 163-178.
- Pearson V** (1995). Goods on which one loses: women and mental health in China. *Social Science and Medicine*, **41**(8): 1159-1173.
- Pharaoh FM, Marij J, Streiner D** (2000). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Collaboration database of systematic reviews*, Issue 1: 1-36.
- Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS** (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, **7**(3): 373-378.
- Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA** (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, **156**(10): 1590-1595.
- Ranrakha S, Caspi A, Dickson N, Moffitt TE, Paul C** (2000). Psychiatric disorders and risky sexual behaviours in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *British Medical Journal*, **321**(7256): 263-266.
- Rashllesel J, Scott K, Dixon L** (1999). Co-occurring severe mental illness and substance abuse disorders: a review of recent research. *Psychiatric Services*, **50**(11): 1427-1434.
- Reed GM, Kemeny ME, Taylor SE, Wang HYJ, Vissner BR** (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, **13**(4): 299-307.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ** (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry* **45**: 977-986.
- Rezaki MS, Ozgen G, Kaplan I, Gursoy BM, Sagduyu A, Ozturk OM** (1995). Results from the Ankara centre. In: Ustun TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization: 39-55.
- Rice DP, Fox PJ, Max W, Webber PA, Lindeman DA, Hauck WW, Segura E** (1993). The economic burden of Alzheimer's disease care. *Health Affairs*, **12**(2): 164-176.
- Rice DP, Kelman S, Miller LS** (1991). Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Reports*, **106**(3): 280-292.
- Rice DP, Kelman S, Miller LS, Dummeyer S** (1990). The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985. Rockville, MD, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (Publication No. (ADM) 90-1694).
- Riley L, Marshall M, eds** (1999). *Alcohol and public health in eight developing countries*. Geneva, World Health Organization (documento inédito WHO/HSC/SAB/99.9).
- Rosenbaum JF, Hylan TR** (1999). Costs of depressive disorders. In: Maj M, Sartorius N, eds. *Evidence and practice in psychiatry: depressive disorders*. New York, John Wiley & Sons: 401-449.

- Rosenberg ML, Mercy JA, Potter LB (1999). Firearms and suicide. *New England Journal of Medicine*, **341**: 1609–1611.
- Rossow I (2000). Suicide, violence and child abuse: a review of the impact of alcohol consumption on social problems. *Contemporary Drug Problems*, **27**(3): 397–334.
- Rutz W, Knorrung L, Walinder, J (1995). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **85**: 83–88.
- Saeed K, Rehman I, Mubbashar MH (2000). Prevalence of psychiatric morbidity among the attendees of a native faithhealer at Rawalpindi. *Journal of College of Physicians and Surgeons of Pakistan*, **10**: 7–9.
- Sankar R, Pulger T, Rai B, Gomathi S, Gyatso TR, Pandav CS (1998). Epidemiology of endemic cretinism in Sikkim, India. *Indian Journal of Pediatrics*, **65**(2): 303–309.
- Saraceno B, Barbui C (1997). Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, **42**: 285–290.
- Sartorius N (1997). Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *British Journal of Psychiatry*, **170**: 297.
- Sartorius N (1998a). Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet*, **352**(9133): 1058–1059.
- Sartorius N (1998b). Scientific work in the Third World Countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 345–347.
- Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychological Medicine*, **16**: 909–928.
- Sartorius N, Janca A (1996). Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **31**(2): 55–69.
- Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Scott CP, Rodriguez E, Imber SD, Perel J, Lave J, Houck PR, Coulehan JL (1996). Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, **53**: 913–919.
- Schulberg HC, Katon W, Simon GE, Rush J (1998). Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Archives of General Psychiatry*, **55**: 1121–1127.
- Scott RA, Lhatoo SD, Sander JWAS (2001). Tratamiento de la epilepsia en los países en desarrollo: ¿qué camino seguir? *Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos* 5, 103 (resumen del artículo).
- Senanayake N, Román GC (1993). Epidemiology of epilepsy in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization – Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, **71**: 247(258).
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino C, Regier DA (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **35**: 865–877.
- Somasundaram DJ, van de Put WA, Eisenbach M, Jong JT de (1999). Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, **48**(8): 1029–1046.
- Spagna ME, Cantwell DP, Baker L (2000). Reading disorder. In: Sadock BI, Sadock VA, etc. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2614–2619.
- Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, **2**(8668): 888–891.
- Srinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, **356**: 39.
- Sriram TG, Chandrasekar CR, Issac MK, Srinivasa Murthy R, Shanmugam V (1990). Training primary care medical officers in mental health care: an evaluation using a multiple choice questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **81**: 414–417.
- Starace F, Baldassarre C, Biancolilli V, Fea M, Serpelloni G, Bartoli L, Maj M (1998). Early neuropsychological impairment in HIV-seropositive intravenous drug users: evidence from the Italian Multicentre Neuropsychological HIV Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **97**(2): 132–138.
- Steinhausen HC, Winkler C, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 262–271.
- Summerfield D (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, **322** (7278): 95–98.

- Tadesse B, Kebede D, Tegegne T, Alem A** (1999). Childhood behavioural disorders in Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **100**(Suppl): 92–97.
- Talbott, JA** (1999). The American experience with managed care – how Europe can avoid it. In: Guimon J, Sartorius N, eds. *Manage or perish? The challenges of managed mental health in Europe*. New York, Kluwer.
- Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayarangsarit S, Kasemsup V** (2000). Health aspects of rapid socioeconomic changes in Thailand. *Social Science and Medicine*, **51**: 789–807.
- Tansella M, Thornicroft G, eds.** (1999). *Common mental disorders in primary care*. London, Routledge.
- Thara R, Eaton WW** (1996). Outcome of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **30**(4): 516–522.
- Thara R, Henrietta M, Joseph A, Rajkumar S, Eaton WW** (1994). Ten-year course of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **90**: 344–351.
- Thornicroft G, Sartorius N** (1993). The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. *Psychological Medicine*, **23**: 1023–1032.
- Thornicroft G, Tansella M** (2000). *Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda*. Geneva, World Health Organization (documento inédito).
- Tomov T** (1999). Central and Eastern European countries. In: Thornicroft G, Tansella G, eds. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge, Cambridge University Press: 216–227.
- True WR, Xian H, Scherrer JF, Madden PAF, Kathleen K, Health AC, Andrew C, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang M** (1999). Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, **56**: 655–661.
- UK700 Group** (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, **175**: 426–432.
- Upanne M, Hakanen J, Rautava M** (1999). *Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992–1996: goals, implementation and evaluation*. Saarijärvi, Stakes.
- US Department of Health and Human Services (DHHS)** (1999). *Mental health: a report of the Surgeon General – Executive summary*. Rockville, MD, Department of Health and Human Services, US Public Health Service.
- US Department of Health and Human Services (DHHS)** (2001). *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: a national action agenda*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services.
- Üstün TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, Bickenbach J, and the WHO/NIH Joint Project CAR Study Group** (1999). Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet*, **354**(9173): 111–115.
- Üstün TB, Sartorius N** (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization.
- Vijayakumar L** (2001). Comunicación personal.
- Von Korff M, Moore JE, Lorig K, Cherkin DC, Saunders K, Gonzalez VM, Laurent D, Rutter C, Comite F** (1998). A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, **23**(23): 2608–2615.
- Vos T, Mathers CD** (2000). Carga de trastornos mentales: comparación de los métodos empleados en los estudios de la carga de morbilidad en Australia y en el estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos*, **3**, 230–231 (resumen del artículo).
- Vroublevsky A, Harwin J** (1998). Russia. In: Grant M, ed. *Alcohol and emerging markets: patterns, problems and responses*. Philadelphia, Brunner Mazel: 203–223.
- Wang X, Gao L, Zhang H, Zhao C, Shen Y, Shinfuku N** (2000). Post-earthquake quality of life and psychological well being: longitudinal evaluation in a rural community sample in Northern China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **54**: 427–433.
- Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farelly S, Gabbay M, Tarrier N, Addington-Hall J** (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, **321**: 1381–1388.
- Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR, Joyce PR, Oakley-Browne MA** (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, part I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **23**: 315–326.

- Weyerer S, Castell R, Biener A, Artner K, Dilling H** (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3–14-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **77**: 290–296.
- Whiteford H, Thompson I, Casey D** (2000). The Australian mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry*, **23**(3–4): 403–417.
- WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence**. Preliminary results (2001). Geneva, World Health Organization.
- Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC** (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, **12**: 274–283.
- Williams DR, Williams-Morris, R** (2000). Racism and mental health: the African American experience. *Ethnicity and Health*, **5**(3/4): 243–268.
- Winefield HR, Harvey EJ** (1994). Needs of family care-givers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **20**(3): 557–566.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N** (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. London, Cambridge University Press.
- Wintemute GJ, Parham CA, Beaumont JJ, Wright M, Drake C** (1999). Mortality among recent purchasers of handguns. *New England Journal of Medicine*, **341**: 1583–1589.
- Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G** (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, **28**: 109–126.
- Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D and Participants in the Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials** (1991). *British Journal of Psychiatry*, **159**: 645–653.
- Xu Huilan, Xiao Shuiyuan, Chen Jiping, Lui Lianzhong** (2000). Epidemiological study on committed suicide among the elderly in some urban and rural areas of Hunan province, China. *Chinese Mental Health Journal*, **14**(2): 121–124.
- Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE** (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 1818–1823.
- Zimmerman M, McDermt W, Mattia JJ** (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, **157**: 1337–1340.

Anexo estadístico

Los cuadros de este anexo técnico presentan información actualizada sobre la carga de morbilidad y los indicadores sintéticos de la salud de la población en los Estados Miembros y las regiones de la OMS para el año 2000. La información que figura en estos cuadros se presentará con periodicidad anual en cada Informe sobre la salud en el mundo. Como ocurre con cualquier enfoque innovador, los métodos y las fuentes de datos son susceptibles de mejora. Cabe esperar que el estudio detenido y el uso de los resultados conduzca progresivamente a una cuantificación más cabal de los logros sanitarios en los próximos informes sobre la salud en el mundo. En todos los resultados principales se consignan los intervalos de incertidumbre, para que el usuario conozca el margen de variación posible de las estimaciones de los indicadores para cada país. En los casos en que los datos se han presentado por países, se enviaron a éstos, para que las comentaran, las estimaciones iniciales de la OMS y las explicaciones técnicas pertinentes. Las observaciones y los datos recibidos en respuesta se discutieron con ellos y fueron incorporados en la medida de lo posible. No obstante, las estimaciones aquí presentadas deben interpretarse como las mejores estimaciones de la OMS, no como el reflejo de la postura oficial de los Estados Miembros.

ANEXO ESTADÍSTICO

NOTAS EXPLICATIVAS

Los cuadros de este anexo técnico presentan información actualizada sobre la carga de morbilidad y los indicadores sintéticos de la salud de la población en los Estados Miembros y las regiones de la OMS para el año 2000. Los cuadros han sido preparados fundamentalmente por el Programa Mundial de la OMS sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud y por el Departamento de Rectoría y Financiación de la Salud, que han contado con la colaboración de las dependencias homólogas competentes de las oficinas regionales de la OMS. La información que figura en esos cuadros se presentará con periodicidad anual en cada Informe sobre la salud en el mundo. Se han preparado documentos de trabajo en los que se detallan conceptos, métodos y resultados que aquí sólo se mencionan brevemente. Las notas a este texto explicativo incluyen una lista completa de esos documentos de trabajo.

Como ocurre con cualquier enfoque innovador, los métodos y las fuentes de datos son susceptibles de mejora. Cabe esperar que el estudio detenido y el uso de los resultados conduzca progresivamente a una cuantificación más cabal de los logros sanitarios en los próximos informes sobre la salud en el mundo. En todos los resultados principales se consignan los intervalos de incertidumbre, para que el usuario conozca el margen de variación posible de las estimaciones de los indicadores para cada país. En los casos en que los datos se han presentado por países, se enviaron a éstos, para que las comentaran, las estimaciones iniciales de la OMS y las explicaciones técnicas pertinentes. Las observaciones y los datos recibidos en respuesta se discutieron con ellos y fueron incorporados en la medida de lo posible. No obstante, las estimaciones aquí presentadas deben interpretarse como las mejores estimaciones de la OMS, no como el reflejo de la postura oficial de los Estados Miembros.

CUADRO 1

A fin de determinar los logros sanitarios generales, es fundamental evaluar de la mejor manera posible la tabla de mortalidad correspondiente a cada país. Se han elaborado nuevas tablas de mortalidad para los 191 Estados Miembros, comenzando por un examen sistemático de todos los datos disponibles procedentes de encuestas, censos, sistemas de registro dispersos, laboratorios de análisis demográficos y registros civiles acerca de los niveles y tendencias de la mortalidad infantil y la mortalidad de adultos.¹ Este examen se ha beneficiado considerablemente de los trabajos realizados sobre la mortalidad infantil por el UNICEF², y sobre la mortalidad general por la Oficina del Censo de los Estados Unidos³ y la evaluación demográfica correspondiente a 2000 de la División de Población de las Naciones Unidas.⁴ Todas las estimaciones del tamaño y la estructura de la población para 2000 están basadas en la evaluación demográfica preparada por la División de Población de las Naciones Unidas.⁴ Estas estimaciones se refieren a la población residente *de facto*, no a la población *de jure* de cada Estado Miembro. Para facilitar los análisis demográficos, de las causas de defunción y de la carga de morbilidad, los 191 Estados Miembros se dividieron en cinco estratos de mortalidad atendiendo a su nivel de mortalidad de varones niños (5q0) y adultos (45q15). La matriz definida por las seis regiones de la OMS y los cinco estratos de mortalidad da lugar a 14 subregiones, pues no todos los estratos de mortalidad están representados en todas las regiones. Esas subregiones se utilizan en los cuadros 2 y 3 para presentar los resultados.

Dada la creciente heterogeneidad de las pautas de mortalidad de adultos y niños, la OMS ha desarrollado un sistema de tablas de mortalidad constituido por un modelo logit de dos parámetros basado en una norma mundial, con parámetros adicionales específicos para la edad destinados a corregir los sesgos sistemáticos asociados a la aplicación de un sistema de

dos parámetros.⁵ Este modelo de tablas de mortalidad se ha utilizado de forma generalizada para elaborar las tablas de mortalidad de aquellos Estados Miembros que carecen de sistemas apropiados de registro civil y para proyectar las tablas de mortalidad hasta 2000 cuando los datos más recientes disponibles corresponden a años anteriores. Los pormenores acerca de los datos, los métodos y los resultados por países de este análisis de tablas de mortalidad se pueden encontrar en el documento técnico correspondiente.¹ La Organización Mundial de la Salud emplea un método normalizado para estimar y proyectar las tablas de mortalidad de todos los Estados Miembros con datos comparables. Ello puede dar lugar a pequeñas diferencias respecto a las tablas de mortalidad oficiales preparadas por los Estados Miembros.

A fin de reflejar la incertidumbre asociada al muestreo, la técnica de estimación indirecta o la proyección al año 2000, se ha elaborado un total de 1000 tablas de mortalidad para cada Estado Miembro. Los límites de incertidumbre se indican en el cuadro 1 mediante los valores de las tablas de mortalidad en los percentiles 10 y 90. Este análisis de la incertidumbre se vio facilitado por la elaboración de nuevos métodos y programas informáticos.⁶ En los países donde la epidemia de la infección por el VIH ha adquirido grandes proporciones, el análisis de la incertidumbre de las tablas de mortalidad incorpora estimaciones recientes sobre el nivel y el intervalo de incertidumbre de la epidemia.⁷

CUADROS 2 Y 3

Las causas de defunción correspondientes a las 14 subregiones y a todo el mundo se han estimado a partir de datos de sistemas nacionales de registro civil que recogen unos 17 millones de defunciones al año. Además, se ha utilizado información de sistemas de registro dispersos, de laboratorios de análisis demográficos y de estudios epidemiológicos de afecciones concretas para mejorar las estimaciones de la distribución de las causas de defunción.⁶⁻⁸ La OMS está redoblando su colaboración con los Estados Miembros para obtener y verificar datos recientes de los registros civiles sobre las causas de defunción.

Los datos sobre las causas de defunción han sido detenidamente analizados para tener en cuenta la cobertura parcial de los registros civiles de algunos países y la diferente distribución de las causas de mortalidad que tienden a presentar las subpoblaciones no cubiertas y, a menudo, pobres. Para realizar este análisis se han elaborado técnicas basadas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad,⁹ que se han depurado utilizando una base de datos mucho más amplia y técnicas de modelización más robustas.¹⁰

Se ha prestado particular atención a los problemas ocasionados por los errores de atribución o codificación de las causas de defunción en relación con las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los traumatismos y las categorías mal definidas en general. Se ha elaborado un algoritmo de corrección para reclasificar los códigos cardiovasculares mal definidos.¹¹ La mortalidad por cáncer según su localización se ha evaluado utilizando datos tanto de los registros civiles como de los registros de incidencia del cáncer basados en la población. Estos últimos se han analizado utilizando un modelo completo de análisis de cohortes por edades y periodo de la supervivencia al cáncer en cada región.⁸

El cuadro 3 ofrece estimaciones de la carga de morbilidad basadas en los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) como medida de las diferencias en materia de salud en el mundo en 2000. Los AVAD y la esperanza de vida sana son indicadores sintéticos de la salud de la población.^{12,13} Un AVAD puede considerarse un año de vida «sana» perdido, y la carga de morbilidad puede interpretarse como una medida de la diferencia entre el estado de salud actual de una población y una situación ideal en la que todas las personas de la población llegarían a la vejez con una salud perfecta. Los AVAD correspondientes a una enfermedad o problema de salud se calculan como la suma de los años de vida perdidos por mortalidad prematura (APP) en la población y los años perdidos por discapacidad (APD) como consecuencia de los casos incidentes de ese problema de salud. En Murray y Lopez¹⁴ se examinan la formulación de los AVAD y los avances recientes en la medición de la carga de morbilidad. Para un examen más amplio de los aspectos teóricos y de otro tipo en que se basan los indicadores sintéticos de la salud de la población, véase Murray et al.¹³ Los AVAD correspondientes a 2000 se han estimado a partir de la información sobre las causas de defunción para cada región y de

las estimaciones regionales de la epidemiología de las principales afecciones discapacitantes. Para el presente informe, las estimaciones de la carga de morbilidad se han actualizado respecto de muchas de las categorías de causas incluidas en el estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad 2000, gracias a la abundante información que sobre las enfermedades y los traumatismos más importantes poseen los programas técnicos de la OMS, así como a la colaboración con especialistas de todo el mundo.¹⁵ Son ejemplo de ello las amplias series de datos disponibles sobre tuberculosis, afecciones maternas, traumatismos, diabetes, cáncer e infecciones de transmisión sexual. Esos datos, junto con nuevas estimaciones revisadas de las defunciones por causas, edades y sexos para todos los Estados Miembros, se han utilizado para elaborar estimaciones internamente coherentes de la incidencia, la prevalencia, la duración y los AVAD correspondientes a más de 130 causas importantes en 14 subregiones del mundo.

CUADRO 4

El cuadro 4 del anexo informa sobre el nivel medio de salud de la población en los Estados Miembros de la OMS, expresado mediante la esperanza de vida sana. En su *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, basándose en más de 15 años de trabajo, la OMS introdujo la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD) como indicador sintético del nivel de salud alcanzado por las poblaciones.^{16,17} A fin de reflejar mejor la inclusión de todos los estados de salud en el cálculo de la esperanza de vida sana, el nombre del indicador utilizado para medir ésta (EVAD) se ha transformado en lo que ahora se denomina esperanza de vida ajustada en función del estado de salud (EVAS). La EVAS está basada en la esperanza de vida al nacer (véase el cuadro 1), pero incluye un ajuste que refleja el *tiempo pasado con mala salud*. Se entiende mejor considerándola como el equivalente a los años de buena salud que cabe prever que vivirá un recién nacido en función de las tasas de problemas de salud y de mortalidad del momento.

La medición del *tiempo pasado con mala salud* se basa en la combinación de estimaciones para enfermedades específicas procedentes del estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad 2000 y estimaciones de la prevalencia de distintos estados de salud por edad y sexo procedentes de encuestas sanitarias efectuadas por la OMS.¹⁸ Se están realizando encuestas de hogares representativos en unos 70 países utilizando un nuevo instrumento, basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud,¹⁹ que a partir de una muestra representativa de encuestados extrae información sobre su estado de salud del momento en relación con siete dominios básicos.²⁰ Esos dominios se identificaron mediante un examen amplio de los instrumentos disponibles para medir el estado de salud.

El análisis de más de 50 encuestas sanitarias nacionales con miras al cálculo de la esperanza de vida sana en el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* reveló graves limitaciones de la comparabilidad entre distintas poblaciones de los datos sobre el estado de salud comunicados por los propios encuestados, aun cuando se utilizaban instrumentos y métodos de encuesta idénticos.^{17,21} Para remediar eso, el instrumento de encuesta de la OMS utiliza pruebas funcionales y viñetas que permiten calibrar el estado de salud autodenunciado por los encuestados en determinados dominios como las aptitudes cognitivas, la movilidad y la visión. Para corregir el sesgo que afecta al estado de salud deducible de los datos autodenunciados, la OMS está elaborando varios métodos estadísticos basados en un modelo probit jerarquizado (HOPIT).²² Las respuestas calibradas se utilizan para estimar la verdadera prevalencia de los distintos estados de salud por edades y sexos.

Los intervalos de incertidumbre de la esperanza de vida sana que aparecen en el cuadro 4 se basan en los percentiles 10 y 90 de las distribuciones de incertidumbre pertinentes.²³ Así, los márgenes corresponden a intervalos de incertidumbre del 80% en torno a las estimaciones. La incertidumbre en la EVAS depende de la incertidumbre que afecta a la medición de la mortalidad por edades para cada país, de la incertidumbre de las estimaciones de la discapacidad en los países, basadas en la carga de morbilidad obtenida a partir de las prevalencias, y de la incertidumbre respecto a las prevalencias de los estados de salud que se deducen de las encuestas sanitarias.

Las estimaciones de la esperanza de vida sana para los Estados Miembros correspondientes al año 2000 no son directamente comparables con las publicadas para 1999 en el Informe sobre la salud en el mundo del pasado año, dado que incorporan nueva información epidemiológica, nuevos datos de encuestas de salud y nueva información sobre las tasas de mortalidad, así como métodos mejorados.

Los nuevos datos aportados por el Estudio Multipaíses de Encuestas de Hogares de la OMS han dado lugar a un aumento global de las prevalencias ponderadas por la gravedad, que se incrementan más en las mujeres que en los hombres, y, en consecuencia, a una disminución de las EVAS estimadas. Esto ha afectado a todos los Estados Miembros a nivel mundial, reduciendo la EVAS al nacer de los 56,8 años estimados previamente para 1999 a los 56,0 años ahora estimados para el año 2000. En el caso de algunos Estados Miembros, parte de la variación de las estimaciones de la EVAS es atribuible a la nueva información facilitada respecto a las tasas de mortalidad por edades.

CUADRO 5

Las Cuentas Nacionales de Salud se han diseñado como un instrumento de interés para las políticas, detallado, coherente, puntual y normalizado, que permite determinar el nivel y las tendencias del consumo de bienes y servicios de salud (criterio del gasto), del valor añadido por las industrias de servicios y producción que generan esos bienes y servicios (criterio de la producción), y de los ingresos generados por ese proceso, así como por los impuestos, las cotizaciones obligatorias, las primas y los pagos directos que financian el sistema (criterio de los ingresos). Sin embargo, en la actual fase de elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud sintéticas, aún preliminares, de la OMS se privilegia la medición de los flujos de financiación.

Las estimaciones presentadas son gastos *medidos*, que sólo revelan órdenes de magnitud. Todas las estimaciones son provisionales.

Como es normal durante el desarrollo de cualquier sistema de contabilidad, es probable que los primeros datos aproximados sufran cambios sustanciales en fases ulteriores del proceso. Las primeras estimaciones correspondientes a 1997 se han revisado completamente a la luz de estadísticas y de otros datos a los que se ha podido acceder después de concluido el *Informe sobre la salud en el mundo 2000*.

El *Gasto público en salud* comprende los desembolsos corrientes y de capital del gobierno territorial (autoridades centrales/federales, autoridades regionales/provinciales/estatales y autoridades locales/municipales) más los gastos de los sistemas de seguridad social de afiliación obligatoria para una parte importante de la población y los fondos extrapresupuestarios asignados a la prestación o la financiación de los servicios de salud. Incluye donaciones y préstamos de organismos internacionales, de otras autoridades nacionales y, a veces, de bancos comerciales.

El *Gasto privado en salud* comprende los sistemas de seguro privados y los planes de asistencia prepagada, los servicios prestados o financiados por empresas (exceptuando las cotizaciones a la seguridad social y los planes de pago anticipado), obligatorios o no, los desembolsos de organizaciones no gubernamentales e instituciones no lucrativas destinados principalmente a los hogares, los pagos directos y otros sistemas de financiación privada no clasificados en otro lugar, incluidos los gastos de inversión.

El *Financiamiento* previsto del gasto sanitario *por la seguridad social* abarca las aportaciones de empleadores y empleados, con exclusión de las transferencias y subvenciones del Estado a instituciones de la seguridad social que constituyen flujos financiados mediante impuestos; esta distinción sólo se hace parcialmente en la actual contabilidad sanitaria.

Los *Recursos externos* aportados para financiar los sistemas de salud se dirigen principalmente hacia programas públicos, pero incluyen también transferencias hacia programas privados cuyo alcance no se pudo documentar. Los recursos externos identificables inferiores al 0,05% del gasto público en salud, así como algunos rubros que se sabe que son positivos pero para los cuales se carece de datos cuantitativos, se indican con puntos suspensivos.

Una parte de los *Gastos financiados mediante impuestos* se destina en algunos países al pago anticipado de préstamos contraídos para la salud, que no siempre pudieron separarse del gasto directo en prestación y administración de servicios de salud.

Para los fines del cuadro 5, se han añadido a los *Seguros privados*, como otra forma de mancomunación del riesgo, otros sistemas privados de pago anticipado que no están basados estrictamente en contratos relacionados con el riesgo. Los ceros de esa columna no indican necesariamente la ausencia de esos intermediarios financieros, y pueden interpretarse simplemente como que, a falta de datos, esa forma de financiación se agrupa con el gasto directo. Los casos de los rubros presuntamente positivos que no han podido cuantificarse se indican con puntos suspensivos.

El *Gasto directo* incluye, en la medida de lo posible, las cantidades deducibles y los copagos efectuados en el marco de la seguridad social o con arreglo a otros sistemas de prepago, otros gastos soportados por las familias una vez descontados los reembolsos realizados por sistemas privados o públicos de prepago, y otros sistemas privados de prepago.

Cuando no se dispone de información respecto a los Seguros privados, las *Organizaciones no gubernamentales* y/o los *Gastos empresariales en servicios de salud*, esa laguna infla la cantidad correspondiente a los pagos directos. La suma de las cantidades correspondientes a los seguros privados y los pagos directos no necesariamente equivale al Gasto privado en salud.

Los *Tipos de cambio* son los tipos medios con que comercia con las monedas el sistema bancario, expresados en dólares de los Estados Unidos. Los dólares internacionales se calculan dividiendo las unidades de la moneda local por una estimación de su paridad del poder adquisitivo (PPA) en comparación con los US\$. Las PPA son el factor de conversión que iguala el poder adquisitivo de las distintas monedas eliminando las diferencias de precios entre países.

Los valores del PIB correspondientes a los países de la OCDE se ajustan a las nuevas cuentas nacionales estándar (SNA93), y los procedentes de las Naciones Unidas y el FMI incorporan las series temporales SNA93 en los casos en que los organismos de estadística de los Estados Miembros han adoptado los nuevos conceptos y definiciones. En cuanto a los países no pertenecientes a la OCDE, cuando había diferencias entre las Naciones Unidas, el FMI y el Banco Mundial, la cifra presentada refleja la tendencia más razonable.

A efectos estadísticos, los datos correspondientes a China no incluyen los de la Región Administrativa Especial de Hong Kong ni los de la Región Administrativa Especial de Macao. En cuanto a Jordania, se excluyen los datos correspondientes a los territorios ocupados por Israel desde 1967.

Fuentes de datos

Gasto sanitario (público, privado, seguridad social, financiado mediante impuestos, fuentes externas, seguros privados, pagos directos): archivos de datos de la OMS sobre las cuentas nacionales de salud, basados en los *Health Data 2001* de la OCDE; cuentas nacionales del gasto sanitario de varios Estados Miembros; Estadísticas Financieras de los Gobiernos, FMI; *Cuentas Nacionales* de las Naciones Unidas, cuadros 2.1 y 2.5, ampliados hasta 1998; *Indicadores del Desarrollo* del Banco Mundial; *Anuarios estadísticos* nacionales y otros informes que contienen estimaciones acordes con los principios subyacentes en los datos extraídos de las fuentes citadas; encuestas de hogares; estimaciones de la Secretaría de la OMS, y correspondencia de ésta con funcionarios de los Estados Miembros.

PIB: *Cuentas Nacionales* de las Naciones Unidas, *Estadísticas Financieras Internacionales* del FMI, *Indicadores del Desarrollo Mundial* del Banco Mundial, Cuentas Nacionales de la OCDE.

Gastos generales del Estado: *Cuentas Nacionales* de las Naciones Unidas, cuadro 1.4, ampliado hasta 1998; *Cuentas Nacionales* de la OCDE, vol. II, cuadros 5 y 6; *Estadísticas Financieras Internacionales* del FMI; a los gastos del gobierno central se han sumado cuando ha sido posible los de las autoridades regionales y locales.

Tipos de cambio: *Estadísticas Financieras Internacionales* del FMI. Las paridades del poder adquisitivo (PPA) se estimaron utilizando métodos análogos a los del Banco Mundial. Se calcularon a partir de estudios comparativos de los precios correspondientes a 1996, allí donde los

había. Para los otros países, se estimaron utilizando el PIB per cápita en dólares de los Estados Unidos, los multiplicadores del ajuste por lugar de destino de las Naciones Unidas y otras variables geográficas ficticias. Se hicieron proyecciones hasta 1998 utilizando la tasa de crecimiento real del PIB, ajustando los datos respecto de la inflación en los Estados Unidos mediante los coeficientes de deflación del PIB estadounidense.

- ¹ Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Inoue M, Ferguson B (2001). *Life tables for 191 countries for 2000: data, methods, results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 40 de GPE).
- ² Hill K, Rohini PO, Mahy M, Jones G (1999). *Trends in child mortality in the developing world: 1960 to 1996*. Nueva York, UNICEF.
- ³ Oficina del Censo de los Estados Unidos: la base de datos internacional puede consultarse en <http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>
- ⁴ *World population prospects: the 2000 revision* (2001). Nueva York, Naciones Unidas.
- ⁵ Murray CJL, Ferguson B, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O (2001). *Modified-logit life table system: principles, empirical validation and application*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 39 de GPE).
- ⁶ Murray CJL, Salomon JA (1998). Modeling the impact of global tuberculosis control strategies. *Proceedings of the National Academy of Science of the USA*, 95(23): 13881-13886.
- ⁷ Salomon JA, Murray CJL (2001). Modelling HIV/AIDS epidemics in sub-Saharan Africa using seroprevalence data from antenatal clinics. *Bulletin of the World Health Organization* 79(7): 596-607.
- ⁸ Mathers CD, Murray CJL, Lopez AD, Boschi-Pinto C (2000). *Cancer incidence, mortality and survival by site for 14 regions of the world*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 13 de GPE).
- ⁹ Murray CJL, Lopez AD, eds (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Escuela de Salud Pública de Harvard en nombre de la Organización Mundial de la Salud y del Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).
- ¹⁰ Salomon JA, Murray CJL (2000). *The epidemiological transition revisited: new compositional models for mortality by age, sex and cause*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 11 de GPE, edición revisada).
- ¹¹ Lozano R, Murray CJL, Lopez AD, Satoh T (2000). *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 12 de GPE).
- ¹² Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD (2000). Análisis crítico de los índices sintéticos de la salud de la población. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos N° 4, 2001, 150-163.
- ¹³ Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, eds (previsto para 2002). *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ¹⁴ Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 9: 69-82.
- ¹⁵ Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C (2000). *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 36 de GPE).
- ¹⁶ Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ¹⁷ Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD (2001). Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*, 357: 1685-1691.
- ¹⁸ Mathers CD, Murray CJL, Lopez AD, Salomon JA, Sadana R, Tandon A, Üstün TB, Chatterji S (2001). *Estimates of healthy life expectancy for 191 countries in the year 2000: methods and results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 38 de GPE).
- ¹⁹ Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ²⁰ Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Sadana R, Valentine N, Mathers CD, Ortiz J, Tandon A, Salomon J, Yang C, Xie Wan J, Murray CJL. *WHO Multi-country Household Survey Study on Health and Responsiveness, 2000-2001* (2001). Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 37 de GPE).
- ²¹ Sadana R, Mathers C, Lopez AD, Murray CJL (2000). *Comparative analysis of more than 50 household surveys on health status*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 15 de GPE).
- ²² Murray CJL, Tandon A, Salomon JA, Mathers CD (2000). *Enhancing cross-population comparability of survey results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 35 de GPE).
- ²³ Salomon J, Murray CJL, Mathers CD (2000). *Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 10 de GPE).

Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Estado Miembro	ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN								PROBABILIDAD DE MORIR (por 1000)								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (años)					
	Población total (miles)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		Menores de 5 años				Entre los 15 y los 59 años				Hombres		Mujeres			
			1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres					
	2000	1990-2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre		
1	Afganistán	21 765	4,8	88	86	4,7	4,7	7,1	6,9	1	252	202 – 301	249	199 – 299	437	341 – 529	376	280 – 473	44,2	38,5 – 50,1	45,1	39,2 – 51,7
2	Albania	3 134	-0,5	62	56	7,8	9,0	3,0	2,4	2	47	37 – 57	40	31 – 50	209	191 – 227	95	85 – 107	64,3	62,8 – 65,7	72,9	71,6 – 74,1
3	Alemania	82 017	0,3	45	47	20,4	23,2	1,4	1,3	3	6	6 – 7	5	4 – 6	127	122 – 131	60	58 – 63	74,3	74,0 – 74,8	80,6	80,3 – 80,9
4	Andorra	86	5,0	35	37	14,4	15,6	1,4	1,2	4	5	3 – 7	4	2 – 6	105	71 – 137	41	21 – 61	77,2	74,4 – 81,7	83,8	80,2 – 89,5
5	Angola	13 134	3,2	100	104	4,7	4,5	7,2	7,2	5	217	192 – 242	198	175 – 220	492	412 – 565	386	317 – 452	44,3	40,8 – 47,9	48,3	44,9 – 52,0
6	Antigua y Barbuda	65	0,3	64	57	9,1	9,9	1,9	1,6	6	25	20 – 30	22	17 – 27	183	165 – 200	133	118 – 147	71,8	70,5 – 73,1	76,6	75,4 – 77,9
7	Arabia Saudita	20 346	2,8	84	85	4,1	4,8	6,9	5,8	7	40	35 – 45	26	22 – 30	181	166 – 195	116	105 – 126	68,1	67,1 – 69,1	73,5	72,7 – 74,5
8	Argelia	30 291	2,0	84	64	5,7	6,0	4,5	3,0	8	54	44 – 63	47	38 – 56	155	141 – 168	119	106 – 132	68,1	66,9 – 69,4	71,2	69,9 – 72,4
9	Argentina	37 032	1,3	65	60	12,9	13,3	2,9	2,5	9	24	22 – 27	20	19 – 23	184	178 – 190	92	88 – 96	70,2	69,8 – 70,6	77,8	77,3 – 78,3
10	Armenia	3 787	0,7	56	48	10,0	13,2	2,3	1,2	10	56	50 – 62	38	32 – 44	223	213 – 233	106	96 – 118	64,4	63,8 – 65,0	71,2	70,2 – 72,2
11	Australia	19 138	1,3	49	49	15,5	16,3	1,9	1,8	11	7	6 – 8	5	4 – 6	100	95 – 103	54	51 – 58	76,6	76,3 – 77,1	82,1	81,7 – 82,5
12	Austria	8 080	0,4	48	47	20,1	20,7	1,5	1,3	12	6	5 – 7	5	4 – 5	125	118 – 133	60	57 – 63	74,9	74,4 – 75,4	81,4	81,0 – 81,8
13	Azerbaiyán	8 041	1,1	61	56	8,0	10,5	2,7	1,7	13	101	82 – 121	88	71 – 106	261	231 – 290	153	134 – 172	61,7	59,2 – 64,2	68,9	66,6 – 71,3
14	Bahamas	304	1,8	59	54	6,7	8,0	2,6	2,4	14	14	10 – 20	12	9 – 18	267	252 – 281	161	149 – 173	68,0	67,1 – 68,9	74,8	73,9 – 75,6
15	Bahrein	640	2,7	51	45	3,8	4,7	3,7	2,5	15	11	7 – 15	8	5 – 12	120	110 – 130	93	83 – 103	72,7	71,9 – 73,9	74,7	73,7 – 75,8
16	Bangladesh	137 439	2,2	82	72	4,8	4,9	4,6	3,7	16	91	81 – 101	93	83 – 103	262	235 – 290	252	227 – 276	60,4	58,6 – 62,3	60,8	59,1 – 62,6
17	Barbados	267	0,4	57	45	15,3	13,4	1,7	1,5	17	13	9 – 16	13	10 – 16	180	161 – 200	122	110 – 134	71,6	70,4 – 72,8	77,7	76,6 – 78,9
18	Belarus	10 187	-0,1	51	47	16,5	18,9	1,8	1,2	18	17	13 – 21	12	9 – 15	381	362 – 401	133	123 – 143	62,0	61,0 – 62,9	74,0	73,2 – 74,9
19	Bélgica	10 249	0,3	49	52	20,5	22,1	1,6	1,5	19	8	7 – 9	6	5 – 7	128	124 – 132	67	62 – 70	74,6	74,2 – 75,0	80,9	80,5 – 81,3
20	Belice	226	2,0	94	74	6,1	6,0	4,4	3,2	20	37	30 – 40	32	28 – 35	200	185 – 216	124	120 – 132	69,1	68,0 – 70,3	74,7	74,0 – 75,2
21	Benin	6 272	3,0	106	96	4,8	4,2	6,7	5,9	21	162	153 – 168	151	143 – 158	384	356 – 408	328	297 – 350	51,7	50,4 – 53,0	53,8	52,5 – 55,8
22	Bhután	2 085	2,1	85	89	6,0	6,5	5,8	5,3	22	93	72 – 112	92	73 – 113	268	213 – 325	222	173 – 271	60,4	57,0 – 64,4	62,5	58,9 – 66,3
23	Bolivia	8 329	2,4	81	77	5,8	6,2	4,9	4,1	23	88	81 – 96	80	66 – 80	264	239 – 292	219	189 – 236	60,9	59,1 – 62,4	63,6	62,7 – 65,9
24	Bosnia y Herzegovina	3 977	-0,8	43	41	10,4	14,9	1,7	1,3	24	21	17 – 26	16	13 – 22	200	166 – 224	93	80 – 108	68,7	67,4 – 70,7	74,7	73,3 – 76,0
25	Botswana	1 541	2,2	95	82	3,6	4,5	5,1	4,1	25	85	70 – 100	83	73 – 102	703	660 – 738	669	637 – 696	44,6	42,4 – 47,1	44,4	42,3 – 46,5
26	Brasil	170 406	1,4	64	51	6,7	7,8	2,7	2,2	26	49	41 – 58	42	35 – 49	259	240 – 282	136	120 – 155	64,5	63,0 – 65,7	71,9	70,2 – 73,5
27	Brunei Darussalam	328	2,5	59	54	4,1	5,1	3,2	2,7	27	12	10 – 15	7	6 – 10	144	128 – 163	97	85 – 110	73,4	72,1 – 74,8	78,7	77,3 – 80,3
28	Bulgaria	7 949	-0,9	50	47	19,1	21,7	1,7	1,1	28	22	20 – 24	17	16 – 19	239	235 – 249	103	98 – 106	67,4	66,8 – 67,6	74,9	74,6 – 75,4
29	Burkina Faso	11 535	2,5	108	108	5,2	4,8	7,3	6,8	29	217	212 – 222	206	201 – 211	559	544 – 573	507	493 – 520	42,6	42,0 – 43,4	43,6	42,9 – 44,4
30	Burundi	6 356	1,2	93	102	4,7	4,3	6,8	6,8	30	196	172 – 221	183	158 – 208	648	586 – 700	603	538 – 657	40,6	37,7 – 43,7	41,3	38,2 – 45,5
31	Cabo Verde	427	2,3	93	78	7,0	6,5	4,3	3,4	31	56	45 – 70	40	30 – 54	210	191 – 239	121	111 – 133	66,5	64,4 – 67,9	72,3	71,1 – 73,3
32	Camboya	13 104	3,1	90	88	4,4	4,4	5,6	5,0	32	136	131 – 141	120	114 – 124	373	361 – 384	264	252 – 273	53,4	52,7 – 54,2	58,5	57,9 – 59,5
33	Camerún	14 876	2,5	95	88	5,6	5,6	5,9	4,9	33	149	142 – 157	140	133 – 148	488	460 – 513	440	413 – 464	49,0	47,6 – 50,4	50,4	48,9 – 51,9
34	Canadá	30 757	1,1	47	46	15,5	16,7	1,7	1,6	34	6	5 – 6	5	4 – 5	101	96 – 105	57	53 – 60	76,0	75,6 – 76,5	81,5	81,1 – 81,9
35	Chad	7 885	3,1	95	98	5,3	4,9	6,7	6,7	35	192	182 – 202	171	161 – 181	449	429 – 471	361	340 – 381	47,4	46,1 – 48,7	51,1	49,7 – 52,6
36	Chile	15 211	1,5	57	55	9,0	10,2	2,6	2,4	36	12	10 – 14	10	8 – 11	151	132 – 157	67	60 – 71	72,5	72,0 – 73,8	79,5	78,8 – 80,4
37	China	1 282 437	1,0	50	46	8,6	10,0	2,2	1,8	37	38	31 – 41	44	38 – 49	161	150 – 170	110	100 – 120	68,9	68,2 – 69,7	73,0	72,0 – 74,2
38	Chipre	784	1,4	58	53	14,8	15,7	2,4	2,0	38	9	8 – 9	7	6 – 8	116	107 – 122	59	52 – 64	74,8	74,3 – 75,6	79,0	78,3 – 79,8
39	Colombia	42 105	1,9	68	60	6,3	6,9	3,1	2,7	39	29	25 – 34	21	17 – 24	238	225 – 250	115	108 – 122	67,2	66,3 – 68,1	75,1	74,3 – 75,8
40	Comoras	706	3,0	98	84	4,1	4,2	6,2	5,2	40	107	99 – 114	95	88 – 102	381	345 – 415	325	294 – 356	55,3	53,6 – 57,1	58,1	56,3 – 59,8
41	Congo	3 018	3,1	95	98	5,3	5,1	6,3	6,3	41	134	124 – 154	122	103 – 142	475	413 – 537	406	344 – 465	50,1	46,8 – 52,7	52,9	49,5 – 56,4
42	Costa Rica	4 024	2,8	69	60	6,4	7,5	3,2	2,7	42	18	15 – 20	15	12 – 17	131	118 – 139	78	71 – 82	73,4	72,7 – 74,5	78,8	78,1 – 79,8
43	Côte d'Ivoire	16 013	2,4	96	83	4,2	5,0	6,3	4,9	43	152	142 – 162	138	130 – 146	553	507 – 588	494	451 – 527	46,4	44,9 – 48,5	48,4	46,8 – 50,6
44	Croacia	4 654	0,3	47	47	17,1	20,2	1,7	1,7	44	10	9 – 12	7	7 – 9	178	173 – 183	74	70 – 79	69,8	69,5 – 70,1	77,7	77,3 – 78,1
45	Cuba	11 199	0,5	46	44	11,7	13,7	1,7	1,6	45	9	9 – 10	8	7 – 9	143	139 – 147	94	91 – 99	73,7	73,3 – 74,0	77,5	77,1 – 77,8
46	Dinamarca	5 320	0,3	48	50	20,4	20,0	1,6	1,7	46	7	6 – 7	5	5 – 6	129	126 – 133	82	76 – 85	74,2	73,8 – 74,5	78,5	78,2 – 79,0
47	Djibouti	632	2,3	82	87	4,1	5,5	6,3	5,9	47	184	153 – 212	168	139 – 195	590	497 – 667	541	461 – 618	43,5	39,9 – 48,2	44,7	40,1 – 49,3
48	Dominica	71	-0,1	64	57	9,1	9,9	2,2	1,8	48	14	10 – 18	13	9 – 16	183	173 – 197	105	95 – 115	72,6	71,5 – 73,6	78,3	77,0 – 79,7
49	Ecuador	12 646	2,1	76	63	6,1	6,9	3,8	2,9	49	41	36 – 44	33	30 – 36	199	189 – 208	120	114 – 127	68,2	67,5 – 68,9	74,2	73,6 – 74,8
50	Egipto	67 884	1,9	78	65	6,0	6,3	4,2	3,1	50	51	46 – 54	49	45 – 53	210	201 – 219	147	140 – 153	65,4	64,8 – 66,0	69,1	68,5 – 69,7
51	El Salvador	6 278	2,1	82	68	6,4	7,2	3,7	3,0	51	40	36 – 44	33	28 – 36	250	238 – 262	148	135 – 158	66,3	65,4 – 67,1	73,3	72,4 – 74,4
52	Emiratos Árabes Unidos	2 606	2,6	45	40	2,5	5,1	4,2	3,0	52	16	13 – 19	14	11 – 16	143	128 – 157	93	84 – 102	72,3	71,2 – 73,5	76,4	75,4 – 77,7
53	Eritrea	3 659	1,7	88	88	4,4	4,7	6,2	5,5	53	142	129 – 153	130	119 – 142	493	422 – 554	441	375 – 499	49,1	46,6 – 52,6	51,0	48,3 – 54,6
54	Eslavaquia	5 399	0,3	55	45	14,8	15,4	2,0	1,3	54	11	9 – 12										

Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Estado Miembro	ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN								PROBABILIDAD DE MORIR (por 1000)								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (años)					
	Población total (miles)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		Menores de 5 años				Entre los 15 y los 59 años				Hombres		Mujeres			
			1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres					
	2000	1990-2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre		
56	España	39 910	0,2	50	46	19,2	21,8	1,4	1,1	56	6	6 - 7	5	5 - 6	122	118 - 128	49	47 - 51	75,4	74,7 - 75,8	82,3	82,0 - 82,6
57	Estados Unidos de América	283 230	1,1	52	52	16,6	16,1	2,0	2,0	57	9	9 - 10	8	7 - 8	147	143 - 149	84	83 - 85	73,9	73,7 - 74,2	79,5	79,3 - 79,6
58	Estonia	1 393	-1,2	51	47	17,2	20,2	1,9	1,2	58	14	12 - 16	9	8 - 12	316	302 - 328	114	100 - 122	65,4	64,8 - 66,1	76,5	75,6 - 77,8
59	Etiopía	62 908	2,8	90	93	4,5	4,7	6,9	6,8	59	187	155 - 215	171	142 - 197	594	485 - 684	535	431 - 624	42,8	39,0 - 48,3	44,7	40,5 - 50,5
60	Ex República Yugoslava de Macedonia	2 034	0,6	51	48	11,5	14,4	2,0	1,7	60	16	14 - 20	15	13 - 18	160	153 - 167	89	85 - 92	70,2	69,8 - 70,8	74,8	74,5 - 75,3
61	Federación de Rusia	145 491	-0,2	49	44	16,0	18,5	1,8	1,2	61	23	22 - 25	17	16 - 19	428	394 - 453	156	143 - 161	59,4	58,4 - 60,8	72,0	71,6 - 73,0
62	Fiji	814	1,2	69	58	4,9	5,7	3,4	3,1	62	27	20 - 34	24	18 - 30	240	221 - 262	180	160 - 199	66,9	65,7 - 68,1	71,2	69,9 - 72,3
63	Filipinas	75 653	2,2	79	70	4,9	5,5	4,3	3,4	63	44	40 - 47	37	33 - 40	249	235 - 267	142	126 - 155	64,6	63,6 - 65,5	71,1	70,0 - 72,7
64	Finlandia	5 172	0,4	49	49	18,5	19,9	1,7	1,6	64	6	5 - 6	5	4 - 5	144	141 - 147	61	58 - 64	73,7	73,5 - 74,0	80,9	80,5 - 81,3
65	Francia	59 238	0,4	52	53	19,1	20,5	1,8	1,8	65	8	8 - 9	6	5 - 6	144	139 - 148	61	56 - 64	75,2	74,8 - 75,5	83,1	82,5 - 83,8
66	Gabón	1 230	2,8	75	85	9,2	8,7	5,1	5,4	66	118	105 - 145	109	99 - 134	380	299 - 460	330	268 - 408	54,6	50,3 - 59,0	56,9	51,9 - 60,2
67	Gambia	1 303	3,4	81	77	4,8	5,2	5,9	5,0	67	101	85 - 115	90	77 - 102	373	305 - 440	320	261 - 381	55,9	52,4 - 59,4	58,7	55,2 - 62,2
68	Georgia	5 262	-0,4	51	50	15,0	18,7	2,1	1,5	68	30	22 - 38	19	15 - 25	250	213 - 282	133	107 - 155	65,7	64,0 - 67,7	71,8	70,3 - 74,2
69	Ghana	19 306	2,5	93	79	4,6	5,1	5,7	4,4	69	112	104 - 119	98	89 - 104	379	344 - 410	326	295 - 357	55,0	53,7 - 56,8	57,9	56,0 - 59,8
70	Granada	94	0,3	64	57	9,1	9,9	4,2	3,5	70	25	18 - 30	22	15 - 27	202	187 - 222	159	146 - 171	70,9	69,5 - 72,1	73,2	72,1 - 74,6
71	Grecia	10 610	0,4	49	48	20,0	23,4	1,5	1,3	71	7	6 - 8	6	5 - 7	114	110 - 118	47	44 - 52	75,4	75,0 - 75,7	80,8	80,1 - 81,5
72	Guatemala	11 385	2,7	97	89	5,1	5,3	5,6	4,7	72	54	50 - 59	52	47 - 56	286	260 - 308	182	157 - 200	63,5	62,2 - 65,2	68,6	67,2 - 70,6
73	Guinea	8 154	2,9	94	88	4,4	4,4	6,6	6,1	73	174	163 - 183	156	144 - 164	432	392 - 468	366	331 - 398	49,0	47,4 - 51,1	52,0	50,4 - 54,1
74	Guinea Ecuatorial	457	2,6	87	91	6,4	6,0	5,9	5,9	74	156	137 - 185	143	127 - 167	339	270 - 414	280	224 - 338	53,5	49,0 - 57,0	56,2	52,4 - 59,6
75	Guinea-Bissau	1 199	2,4	86	89	5,9	5,6	6,0	6,0	75	215	205 - 220	197	188 - 203	495	467 - 521	427	401 - 451	44,5	43,4 - 46,0	46,9	45,7 - 48,5
76	Guyana	761	0,4	70	55	6,7	6,9	2,6	2,4	76	77	62 - 91	66	50 - 80	299	275 - 335	209	176 - 235	61,5	59,2 - 63,2	67,0	64,9 - 69,8
77	Haití	8 142	1,7	93	80	5,8	5,6	5,4	4,2	77	111	84 - 134	96	70 - 119	524	387 - 563	373	278 - 430	49,7	47,0 - 56,9	56,1	52,4 - 62,2
78	Honduras	6 417	2,8	93	82	4,5	5,1	5,1	4,0	78	45	40 - 50	42	38 - 48	221	200 - 249	157	140 - 178	66,3	64,5 - 67,9	71,0	69,2 - 72,5
79	Hungría	9 968	-0,4	51	46	19,0	19,7	1,8	1,3	79	11	10 - 12	8	8 - 9	295	291 - 299	123	120 - 126	66,3	66,1 - 66,5	75,2	74,9 - 75,5
80	India	1 008 937	1,8	69	62	6,8	7,6	3,9	3,1	80	90	83 - 97	99	90 - 108	287	251 - 310	213	179 - 236	59,8	58,5 - 62,0	62,7	60,8 - 65,6
81	Indonesia	212 092	1,5	66	55	6,2	7,6	3,3	2,4	81	61	54 - 68	49	43 - 55	250	232 - 266	191	177 - 205	63,4	62,4 - 64,6	67,4	66,4 - 68,5
82	Irán, República Islámica del	70 330	1,9	89	69	4,7	5,2	5,0	3,0	82	44	35 - 50	47	38 - 53	170	159 - 179	139	128 - 147	68,1	67,4 - 69,0	69,9	69,2 - 70,8
83	Iraq	22 946	2,9	89	80	4,5	4,6	5,9	5,0	83	80	64 - 94	73	60 - 90	258	229 - 289	208	178 - 236	61,7	59,7 - 64,0	64,7	62,2 - 67,0
84	Irlanda	3 803	0,8	63	49	15,1	15,2	2,1	2,0	84	6	6 - 7	5	5 - 6	108	103 - 114	62	60 - 65	74,1	73,6 - 74,5	79,7	79,3 - 80,0
85	Islandia	279	0,9	55	54	14,6	15,1	2,2	2,0	85	5	3 - 8	5	3 - 6	85	75 - 95	51	43 - 59	77,1	75,7 - 78,6	81,8	80,5 - 83,9
86	Islas Cook	20	0,7	70	65	5,7	6,8	4,2	3,3	86	23	16 - 28	20	14 - 24	175	163 - 190	152	140 - 164	68,7	67,8 - 69,4	72,1	71,2 - 73,0
87	Islas Marshall	51	1,4	69	76	6,0	6,8	5,6	5,9	87	48	41 - 56	39	32 - 47	302	275 - 324	230	213 - 248	62,8	61,4 - 64,3	67,8	66,6 - 69,0
88	Islas Salomón	447	3,5	95	90	4,6	4,2	5,9	5,4	88	37	31 - 43	27	21 - 33	221	176 - 259	154	112 - 193	66,6	64,4 - 69,6	71,4	68,5 - 75,3
89	Israel	6 040	3,0	68	62	12,4	13,2	3,0	2,8	89	8	7 - 8	6	5 - 7	99	96 - 102	56	53 - 58	76,6	76,3 - 76,9	80,6	80,3 - 81,0
90	Italia	57 530	0,1	45	48	21,1	24,1	1,3	1,2	90	7	6 - 8	6	6 - 7	110	107 - 113	53	52 - 56	76,0	75,6 - 76,3	82,4	82,0 - 82,7
91	Jamahiriyá Árabe Libia	5 290	2,1	86	60	4,2	5,5	4,9	3,6	91	31	25 - 37	29	23 - 34	210	192 - 228	157	143 - 171	67,5	66,4 - 68,7	71,0	70,0 - 72,2
92	Jamaica	2 576	0,8	74	63	10,0	9,6	2,8	2,4	92	17	14 - 20	14	11 - 17	169	147 - 180	127	110 - 140	72,8	72,0 - 74,7	76,6	75,3 - 78,3
93	Japón	127 096	0,3	44	47	17,4	23,2	1,6	1,4	93	5	5 - 6	4	4 - 5	98	96 - 99	44	42 - 45	77,5	77,4 - 77,7	84,7	84,4 - 85,1
94	Jordania	4 913	4,2	100	75	4,8	4,5	5,8	4,5	94	25	21 - 29	22	17 - 25	199	178 - 217	144	128 - 148	68,5	67,4 - 70,0	72,5	72,1 - 73,8
95	Kazajstán	16 172	-0,3	60	51	9,6	11,2	2,7	2,0	95	80	75 - 80	60	56 - 64	366	350 - 375	201	182 - 215	58,0	57,6 - 58,9	68,4	67,2 - 70,0
96	Kenya	30 669	2,7	109	86	4,1	4,2	6,1	4,4	96	107	99 - 114	98	90 - 105	578	533 - 617	529	486 - 568	48,2	46,2 - 50,3	49,6	47,5 - 51,8
97	Kirguistán	4 921	1,1	74	67	8,3	9,0	3,7	2,6	97	70	62 - 78	58	50 - 67	335	306 - 364	175	152 - 200	60,0	58,5 - 61,7	68,8	66,8 - 70,8
98	Kiribati	83	1,5	69	76	6,0	6,8	4,4	4,6	98	93	79 - 104	74	61 - 85	269	210 - 319	208	172 - 259	60,4	57,8 - 64,0	64,5	61,2 - 67,3
99	Kuwait	1 914	-1,1	61	50	2,1	4,4	3,6	2,8	99	13	11 - 17	12	9 - 15	100	93 - 107	68	62 - 74	74,2	73,5 - 75,0	76,8	76,0 - 77,6
100	Lesotho	2 035	1,9	81	77	6,0	6,5	5,2	4,6	100	159	143 - 172	150	134 - 164	667	572 - 742	630	536 - 706	42,0	38,8 - 45,7	42,2	38,6 - 47,3
101	Letonia	2 421	-1,0	50	47	17,7	20,9	1,9	1,1	101	20	12 - 25	14	11 - 16	328	315 - 355	122	112 - 134	64,2	62,8 - 64,9	75,5	74,5 - 76,5
102	Libano	3 496	2,6	67	59	8,1	8,5	3,2	2,2	102	22	17 - 27	18	14 - 22	192	168 - 215	136	121 - 151	69,1	67,7 - 70,7	73,3	72,2 - 74,7
103	Liberia	2 913	3,1	118	84	5,1	4,5	6,8	6,8	103	205	173 - 233	187	161 - 211	448	367 - 521	385	312 - 452	46,6	43,3 - 51,3	49,1	45,7 - 53,9
104	Lituania	3 696	-0,1	50	49	16,1	18,6	1,9	1,3	104	15	11 - 17	12	9 - 14	286	270 - 300	106	98 - 110	66,9	66,1 - 67,8	77,2	76,7 - 78,2
105	Luxemburgo	437	1,4	44	49	18,9	19,4	1,6	1,7	105	5	4 - 7	5	4 - 6	135	122 - 148	64	57 - 72	73,9	73,0 - 74,8	80,8	79,8 - 82,1
106	Madagascar	15 970	2,9	92	91	4,8	4,7	6,3	5,9	106	156	147 - 162	142	134 - 149	385	348 - 417	322	290 - 350	51,7	50,3 - 53,7	54,6	53,2 - 56,6
107	Malasia	22 218	2,2	67	62	5,8	6,6	3,8	3,1	107	15	13 - 18	12	10 - 15	202	186 - 218	113	100 - 125	68,3	67,4 - 69,4	74,1	73,1 - 75,3
108	Malawi	11 308	1,8	99	97	4,3	4,6	7,3	6,5	108	229	206 - 251	211	190 - 234	701	604 - 779	653	557 - 733	37,1	33,6 - 41,1	37,8	34,0 - 42,2
109	Maldivas	291	3,0	99	89	5,4	5,3	6,4</														

Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Estado Miembro	ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN								PROBABILIDAD DE MORIR (por 1000)								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (años)					
	Población total (miles)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		Menores de 5 años				Entre los 15 y los 59 años				Hombres		Mujeres			
			1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres					
	2000	1990-2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre		
111	Malta	390	0,8	51	48	14,7	17,0	2,0	1,8	111	10	8 – 11	6	4 – 7	111	103 – 119	46	41 – 55	75,4	74,7 – 76,2	80,7	79,3 – 82,0
112	Marruecos	29 878	2,0	77	63	6,0	6,4	4,3	3,2	112	68	60 – 75	59	52 – 66	174	159 – 183	113	105 – 130	66,1	65,2 – 67,4	70,4	68,7 – 71,4
113	Mauricio	1 161	0,9	54	47	8,3	9,0	2,2	2,0	113	21	20 – 25	16	16 – 20	228	220 – 240	109	106 – 116	67,6	67,0 – 68,1	74,6	74,1 – 75,0
114	Mauritania	2 665	2,9	93	90	4,9	4,7	6,2	6,0	114	175	161 – 186	168	154 – 179	357	304 – 410	302	256 – 347	51,7	49,2 – 54,2	53,5	51,1 – 56,2
115	México	98 872	1,7	74	61	5,9	6,9	3,4	2,6	115	31	27 – 35	25	22 – 28	180	167 – 187	101	96 – 106	71,0	70,4 – 72,0	76,2	75,7 – 76,8
116	Micronesia, Estados Federados de	123	2,6	69	76	6,0	6,8	4,8	5,1	116	61	45 – 79	48	35 – 64	243	211 – 270	188	160 – 209	63,7	61,6 – 66,1	67,7	65,8 – 69,9
117	Mónaco	33	1,1	52	53	19,1	20,5	1,8	1,7	117	7	3 – 10	5	3 – 10	123	93 – 140	54	45 – 75	76,8	75,2 – 79,8	84,4	81,6 – 86,4
118	Mongolia	2 533	1,3	84	64	5,8	5,6	4,1	2,5	118	92	75 – 109	76	60 – 90	280	265 – 305	199	184 – 214	61,2	59,1 – 62,6	66,9	65,4 – 68,4
119	Mozambique	18 292	3,0	89	89	5,1	5,1	6,5	6,1	119	227	217 – 232	208	199 – 214	674	634 – 712	612	573 – 646	37,9	36,7 – 39,5	39,5	38,2 – 41,2
120	Myanmar	47 749	1,7	71	61	6,8	6,8	4,0	3,1	120	111	96 – 136	97	84 – 122	343	320 – 380	245	225 – 285	56,2	53,5 – 58,0	61,1	57,6 – 62,8
121	Namibia	1 757	2,5	88	90	5,5	5,6	6,0	5,1	121	125	109 – 139	119	106 – 131	695	585 – 777	661	568 – 735	42,8	39,2 – 48,1	42,6	39,2 – 47,6
122	Nauru	12	2,6	69	76	6,0	6,8	4,3	4,6	122	16	14 – 21	11	9 – 15	480	374 – 567	310	225 – 399	58,8	55,3 – 62,9	66,6	62,5 – 71,3
123	Nepal	23 043	2,4	81	81	5,8	5,9	5,2	4,7	123	101	90 – 110	116	108 – 124	314	288 – 337	314	292 – 337	58,5	56,8 – 60,5	58,0	56,5 – 59,7
124	Nicaragua	5 071	2,9	97	84	4,4	4,6	4,9	4,1	124	49	44 – 52	39	35 – 44	225	211 – 241	161	151 – 171	66,4	65,4 – 67,5	71,1	70,2 – 72,0
125	Niger	10 832	3,5	109	108	3,5	3,3	8,1	8,0	125	257	231 – 264	252	234 – 259	473	402 – 537	408	351 – 461	42,7	40,5 – 46,1	43,9	42,1 – 46,7
126	Nigeria	113 862	2,9	97	93	4,7	4,8	6,5	5,7	126	158	149 – 164	151	142 – 157	443	402 – 478	393	356 – 426	49,8	48,3 – 51,9	51,4	49,8 – 53,6
127	Niue	2	-1,4	70	65	5,7	6,8	3,3	2,6	127	34	24 – 46	28	18 – 39	181	151 – 219	144	100 – 159	69,5	66,7 – 71,9	72,8	71,4 – 77,3
128	Noruega	4 469	0,5	54	54	21,0	19,6	1,8	1,8	128	5	5 – 6	4	4 – 5	105	100 – 108	60	56 – 62	75,7	75,5 – 76,0	81,4	80,9 – 82,0
129	Nueva Zelandia	3 778	1,2	53	53	15,3	15,6	2,1	2,0	129	7	6 – 8	6	4 – 6	108	100 – 114	69	63 – 78	75,9	75,2 – 76,7	80,9	79,8 – 81,9
130	Omán	2 538	3,6	95	87	3,8	4,2	7,0	5,7	130	20	15 – 25	17	14 – 22	187	171 – 204	135	123 – 147	69,5	68,4 – 70,6	73,5	72,6 – 74,5
131	Países Bajos	15 864	0,6	45	47	17,3	18,3	1,6	1,5	131	7	6 – 8	5	5 – 6	95	92 – 100	64	61 – 67	75,4	74,9 – 76,0	81,0	80,4 – 81,5
132	Pakistán	141 256	2,6	83	83	5,5	5,8	6,0	5,3	132	120	104 – 134	132	109 – 139	221	192 – 237	198	179 – 227	60,1	58,6 – 62,5	60,7	58,6 – 63,1
133	Palau	19	2,3	69	76	6,0	6,8	2,6	2,8	133	26	18 – 32	22	16 – 30	264	255 – 285	183	163 – 200	64,7	63,6 – 65,2	69,3	68,4 – 70,3
134	Panamá	2 856	1,8	67	58	7,3	8,1	3,0	2,5	134	28	24 – 31	22	21 – 27	145	136 – 155	93	90 – 98	71,5	70,7 – 72,2	76,3	75,8 – 76,7
135	Papua Nueva Guinea	4 809	2,5	79	74	4,2	4,1	5,1	4,5	135	118	85 – 134	109	74 – 124	359	336 – 395	329	310 – 370	55,1	52,8 – 57,7	57,5	54,8 – 60,0
136	Paraguay	5 496	2,7	84	75	5,4	5,3	4,7	4,0	136	35	28 – 38	31	25 – 35	173	157 – 189	129	115 – 147	70,2	69,0 – 71,5	74,2	72,4 – 75,7
137	Perú	25 662	1,8	73	62	6,1	7,2	3,7	2,8	137	53	48 – 56	48	44 – 52	190	178 – 201	139	128 – 151	66,7	65,9 – 67,6	71,6	70,4 – 72,7
138	Polonia	38 605	0,1	54	46	14,9	16,6	2,0	1,4	138	12	11 – 13	11	9 – 12	226	222 – 232	88	84 – 92	69,2	68,9 – 69,5	77,7	77,2 – 78,2
139	Portugal	10 016	0,1	51	48	19,0	20,8	1,6	1,5	139	10	9 – 11	7	6 – 8	164	161 – 169	66	64 – 70	71,7	71,4 – 72,0	79,3	78,8 – 79,8
140	Qatar	565	2,2	42	39	2,1	3,1	4,4	3,5	140	20	17 – 23	13	11 – 15	173	170 – 177	121	117 – 124	70,4	70,1 – 70,7	75,0	74,6 – 75,4
141	Reino Unido	59 415	0,3	54	53	20,9	20,6	1,8	1,7	141	7	7 – 8	6	5 – 6	109	108 – 112	67	65 – 68	74,8	74,6 – 75,0	79,9	79,7 – 80,2
142	República Árabe Siria	16 189	2,7	102	78	4,4	4,7	5,7	3,8	142	32	30 – 38	28	25 – 32	170	160 – 184	132	125 – 144	69,3	68,4 – 69,9	72,4	71,6 – 73,0
143	República Centroafricana	3 717	2,4	90	89	6,3	6,1	5,6	5,1	143	199	192 – 206	185	177 – 192	620	588 – 652	573	536 – 605	41,6	40,3 – 43,1	42,5	41,1 – 44,4
144	República Checa	10 272	0,0	51	43	17,7	18,4	1,8	1,2	144	6	6 – 7	6	5 – 6	174	171 – 177	75	72 – 76	71,5	71,3 – 71,7	78,2	78,0 – 78,6
145	República de Corea	46 740	0,9	45	39	7,7	11,0	1,6	1,5	145	10	7 – 14	9	7 – 13	186	160 – 210	71	60 – 85	70,5	69,1 – 72,2	78,3	76,8 – 79,8
146	República de Moldova	4 295	-0,2	57	48	12,8	13,7	2,4	1,5	146	26	23 – 29	21	18 – 24	325	310 – 340	165	152 – 178	63,1	62,4 – 63,8	70,5	69,6 – 71,4
147	República Democrática del Congo	50 948	3,3	100	107	4,6	4,5	6,7	6,7	147	218	170 – 247	205	169 – 229	571	512 – 631	493	451 – 535	41,6	38,6 – 45,8	44,0	41,2 – 47,5
148	República Democrática Popular Lao	5 279	2,5	91	86	6,1	5,6	6,1	5,1	148	152	130 – 189	134	120 – 169	355	323 – 422	299	271 – 339	52,2	47,4 – 54,9	56,1	52,0 – 58,3
149	República Dominicana	8 373	1,7	72	61	5,4	6,6	3,4	2,8	149	55	50 – 60	45	41 – 50	234	222 – 246	146	136 – 158	65,5	64,5 – 66,4	71,6	70,5 – 72,6
150	República Popular Democrática de Corea	22 268	1,1	47	48	7,6	10,0	2,4	2,1	150	54	31 – 80	52	30 – 79	238	215 – 264	192	167 – 217	64,5	62,0 – 66,3	67,2	64,6 – 69,2
151	República Unida de Tanzania	35 119	3,0	96	90	3,7	4,0	6,1	5,3	151	150	143 – 153	140	135 – 145	569	554 – 583	520	508 – 531	45,8	45,1 – 46,7	47,2	46,4 – 47,9
152	Rumania	22 438	-0,3	51	46	15,7	18,8	1,9	1,3	152	25	22 – 27	21	18 – 23	260	245 – 275	117	105 – 125	66,2	65,5 – 67,0	73,5	72,7 – 74,6
153	Rwanda	7 609	1,2	99	88	4,1	4,2	6,9	6,0	153	219	202 – 227	199	182 – 207	667	604 – 722	599	537 – 653	38,5	36,8 – 41,1	40,5	38,6 – 43,3
154	Saint Kitts y Nevis	38	-0,8	64	57	9,1	9,9	2,8	2,4	154	25	22 – 28	22	18 – 25	243	219 – 258	148	133 – 162	66,1	65,3 – 67,3	72,0	70,8 – 73,3
155	Samoa	159	-0,1	80	84	6,1	6,8	4,8	4,4	155	37	32 – 44	30	22 – 36	242	226 – 261	151	140 – 164	66,7	65,5 – 67,7	72,9	71,8 – 74,0
156	San Marino	27	1,4	45	48	21,1	24,1	1,7	1,5	156	8	7 – 11	9	7 – 10	81	75 – 89	38	35 – 43	76,1	75,1 – 77,2	83,8	82,8 – 84,7
157	San Vicente y las Granadinas	113	0,7	64	57	9,1	9,9	2,3	1,9	157	20	17 – 25	17	15 – 22	246	230 – 269	165	149 – 181	67,7	66,5 – 68,7	73,3	72,2 – 74,8
158	Santa Lucía	148	1,2	78	61	8,8	7,8	3,4	2,6	158	20	17 – 24	14	13 – 19	210	200 – 225	135	125 – 150	69,2	68,2 – 69,9	74,2	73,1 – 75,2
159	Santo Tomé y Príncipe	138	1,9	93	78	7,0	6,5	6,3	6,1	159	94	66 – 110	97	65 – 114	269	250 – 308	226	211 – 246	60,3	57,8 – 62,5	61,9	60,0 – 64,2
160	Senegal	9 421	2,5	94	88	4,7	4,2	6,3	5,3	160	141	133 – 148	133	125 – 140	355	321 – 384	303	272 – 328	54,0	52,6 – 56,0	56,1	54,7 – 58,1
161	Seychelles	80	1,5	54	47	8,3	9,0	2,2	1,9	161	16	14 – 18	12	10 – 14	268	240 – 296	122	105 – 145	66,5	65,2 – 67,9	74,2	72,4 – 76,2
162	Sierra Leona	4 405	0,8	87	89	5,0	4,8	6,5	6,5	162	292	237 – 324	265	213 – 286	587	482 – 683	531	436 – 625	37,0	32,9 – 43,3	38,8	35,3 – 44,7
163	Singapur	4 018	2,9	37	41	8,4	10,6	1,7	1,5	163	5	4 – 6	4	4 – 5	114	110 – 120	61</					

Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Estado Miembro	ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN								PROBABILIDAD DE MORIR (por 1000)								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (años)					
	Población total (miles)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de la población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		Menores de 5 años				Entre los 15 y los 59 años				Hombres		Mujeres			
			1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres					
	2000	1990-2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre	2000	Intervalo de incertidumbre		
166	Sudáfrica	43 309	1,8	71	60	5,0	5,7	3,6	3,0	166	90	86 – 92	78	74 – 82	567	545 – 585	502	487 – 521	49,6	48,8 – 50,6	52,1	51,0 – 53,0
167	Sudán	31 095	2,3	83	77	5,0	5,5	5,5	4,7	167	124	108 – 138	117	102 – 131	341	277 – 399	291	235 – 340	55,4	52,9 – 59,1	57,8	55,1 – 61,5
168	Suecia	8 842	0,3	56	55	22,8	22,4	2,0	1,4	168	5	4 – 5	3	3 – 4	87	85 – 91	56	52 – 57	77,3	77,0 – 77,6	82,0	81,7 – 82,4
169	Suiza	7 170	0,5	45	48	19,1	21,3	1,5	1,4	169	6	6 – 7	6	5 – 6	99	97 – 104	58	56 – 61	76,7	76,3 – 77,0	82,5	82,1 – 82,9
170	Suriname	417	0,4	68	56	6,8	8,1	2,7	2,1	170	29	25 – 35	21	18 – 26	230	204 – 255	138	118 – 160	68,0	66,6 – 69,6	73,5	71,8 – 75,3
171	Swazilandia	925	1,9	90	82	4,9	5,3	5,6	4,6	171	135	99 – 169	123	93 – 153	627	513 – 718	587	473 – 678	44,7	39,4 – 50,7	45,6	40,8 – 52,0
172	Tailandia	62 806	1,4	56	47	6,2	8,1	2,3	2,1	172	35	31 – 38	32	28 – 35	245	230 – 260	150	130 – 164	66,0	65,0 – 67,1	72,4	71,1 – 74,2
173	Tayikistán	6 087	1,4	89	78	6,2	6,8	4,9	3,3	173	85	76 – 96	82	75 – 97	293	264 – 313	204	176 – 224	60,4	59,0 – 62,3	64,7	63,0 – 66,9
174	Togo	4 527	2,7	95	90	4,8	4,9	6,3	5,6	174	138	124 – 149	121	108 – 133	460	392 – 519	406	344 – 460	50,5	48,1 – 54,0	53,0	50,5 – 56,6
175	Tonga	99	0,3	70	65	5,7	6,8	4,8	3,8	175	29	24 – 33	19	15 – 23	226	211 – 236	159	145 – 160	67,4	66,8 – 68,3	72,9	72,6 – 73,9
176	Trinidad y Tabago	1 294	0,6	66	46	8,7	9,6	2,4	1,6	176	16	13 – 22	13	10 – 18	209	176 – 229	133	124 – 144	68,5	67,4 – 70,5	73,8	72,8 – 74,7
177	Túnez	9 459	1,5	72	55	6,6	8,4	3,6	2,2	177	29	24 – 32	34	31 – 40	169	158 – 182	99	91 – 113	69,2	68,3 – 70,0	73,4	71,9 – 74,3
178	Turkmenistán	4 737	2,6	79	72	6,2	6,5	4,3	3,4	178	59	54 – 66	52	49 – 60	343	328 – 353	217	201 – 224	60,0	59,3 – 60,8	64,9	64,3 – 66,0
179	Turquia	66 668	1,7	65	56	7,1	8,4	3,4	2,5	179	49	45 – 52	45	41 – 48	218	201 – 220	120	107 – 126	66,8	66,6 – 68,0	72,5	71,9 – 74,0
180	Tuvalu	10	1,5	70	65	5,7	6,8	3,5	2,8	180	43	30 – 55	40	30 – 50	262	242 – 287	198	182 – 227	63,6	62,0 – 64,8	67,6	65,7 – 68,7
181	Ucrania	49 568	-0,5	51	46	18,5	20,5	1,8	1,2	181	18	17 – 19	13	12 – 14	365	353 – 378	135	129 – 140	62,6	62,0 – 63,1	73,3	72,9 – 73,8
182	Uganda	23 300	3,1	103	107	4,1	3,8	7,1	7,1	182	165	148 – 178	151	138 – 165	617	531 – 686	567	486 – 637	43,5	40,8 – 47,3	44,6	41,7 – 48,7
183	Uruguay	3 337	0,7	60	60	16,4	17,2	2,5	2,3	183	19	18 – 21	14	13 – 16	185	182 – 188	89	86 – 92	70,0	69,8 – 70,3	77,9	77,5 – 78,2
184	Uzbekistán	24 881	1,9	82	69	6,5	7,1	4,0	2,6	184	69	64 – 72	57	52 – 60	282	270 – 290	176	165 – 185	62,1	61,6 – 62,9	68,0	67,3 – 68,9
185	Vanuatu	197	2,8	91	83	5,3	5,0	4,9	4,4	185	57	42 – 72	45	32 – 57	240	169 – 303	185	134 – 243	64,2	60,5 – 69,1	68,1	64,2 – 72,3
186	Venezuela, República Bolivariana de	24 170	2,2	72	63	5,7	6,6	3,5	2,9	186	26	22 – 30	21	18 – 26	178	170 – 185	99	96 – 105	70,6	70,0 – 71,2	76,5	75,8 – 77,0
187	Viet Nam	78 137	1,7	78	63	7,3	7,5	3,7	2,4	187	38	35 – 41	30	27 – 33	203	188 – 217	139	128 – 151	66,7	65,7 – 67,8	71,0	69,9 – 72,0
188	Yemen	18 349	4,7	106	110	4,1	3,6	7,6	7,6	188	104	96 – 111	96	89 – 101	278	251 – 305	226	205 – 242	59,3	57,6 – 60,9	62,0	60,9 – 63,5
189	Yugoslavia	10 552	0,4	49	50	15,2	18,3	2,1	1,7	189	18	16 – 20	15	14 – 17	180	175 – 181	100	98 – 102	69,8	69,6 – 70,1	74,7	74,5 – 75,0
190	Zambia	10 421	2,6	95	98	4,4	4,5	6,3	5,9	190	170	150 – 185	156	143 – 170	725	630 – 798	687	600 – 754	39,2	36,1 – 43,8	39,5	36,5 – 43,7
191	Zimbabwe	12 627	2,1	95	94	4,6	4,7	5,8	4,8	191	108	101 – 111	98	91 – 101	650	628 – 662	612	596 – 631	45,4	44,7 – 46,5	46,0	44,9 – 47,1

Cuadro 2. Defunciones por causas, sexos y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS,^a estimaciones para 2000

Causa ^b	SEXO						ÁFRICA			LAS AMÉRICAS			Causa ^b	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			
	Alta en niños, alta en adultos	Alta en niños, muy alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos		Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos		
Población (miles)	6 045 172		3 045 372		2 999 800		294 099	345 533	325 186	430 951	71 235	Población (miles)	139 071	342 584	411 910	218 473	243 192	293 821	1 241 813	154 358	1 532 946	
	(miles)	% total	(miles)	% total	(miles)	% total	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	
TOTAL DE DEFUNCIONES	55 694	100	29 696	100	25 998	100	4 245	6 327	2 778	2 587	510	TOTAL DE DEFUNCIONES	690	3 346	4 076	1 952	3 636	2 142	12 015	1 152	10 238	
I. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales	17 777	31,9	9 282	31,3	8 495	32,7	2 893	4 597	203	475	185	I. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales	153	1 556	240	221	152	604	4 913	131	1 454	
Enfermedades infecciosas y parasitarias	10 457	18,8	5 637	19,0	4 819	18,5	1 969	3 467	60	213	93	Enfermedades infecciosas y parasitarias	84	836	49	85	86	332	2 540	25	618	
Tuberculosis	1 660	3,0	1 048	3,5	613	2,4	146	235	2	33	22	Tuberculosis	7	129	6	19	49	157	517	6	336	
ETS excepto VIH	217	0,4	119	0,4	97	0,4	43	58	0	1	0	ETS excepto VIH	0	12	0	2	1	1	95	0	3	
Sífilis	197	0,4	118	0,4	79	0,3	42	56	0	0	0	Sífilis	0	10	0	1	0	1	85	0	2	
Clamidia	7	0,0	0	0,0	7	0,0	1	1	0	0	0	Clamidia	0	0	0	0	0	0	4	0	0	
Gonorrea	4	0,0	0	0,0	4	0,0	1	1	0	0	0	Gonorrea	0	0	0	0	0	0	2	0	0	
VIH/SIDA	2 943	5,3	1 500	5,0	1 443	5,6	517	1 875	15	34	23	VIH/SIDA	0	54	10	1	10	37	334	0	32	
Enfermedades diarreicas	2 124	3,8	1 178	4,0	946	3,6	272	433	2	49	27	Enfermedades diarreicas	24	262	2	27	4	30	921	1	71	
Enfermedades de la infancia	1 385	2,5	693	2,3	692	2,7	432	308	0	2	6	Enfermedades de la infancia	1	196	0	8	0	43	337	0	52	
Tos ferina	296	0,5	148	0,5	148	0,6	92	74	0	1	6	Tos ferina	0	57	0	0	0	1	62	0	2	
Poliomielitis	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Difteria	3	0,0	2	0,0	2	0,0	1	1	0	0	0	Difteria	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Sarampión	777	1,4	388	1,3	388	1,5	264	188	0	0	0	Sarampión	0	81	0	7	0	34	168	0	34	
Tétanos	309	0,6	154	0,5	154	0,6	75	45	0	1	1	Tétanos	0	57	0	0	0	8	105	0	17	
Meningitis	156	0,3	87	0,3	69	0,3	19	23	1	9	1	Meningitis	2	22	2	7	5	12	42	1	11	
Hepatitis ^c	128	0,2	70	0,2	57	0,2	15	18	5	3	1	Hepatitis ^c	3	7	4	5	2	5	32	5	22	
Paludismo [malaria]	1 080	1,9	522	1,8	558	2,1	489	477	0	1	1	Paludismo [malaria]	0	47	0	0	0	8	43	0	13	
Enfermedades tropicales	124	0,2	76	0,3	48	0,2	33	30	0	20	3	Enfermedades tropicales	1	5	0	0	0	0	30	0	2	
Tripanosomiasis	50	0,1	32	0,1	18	0,1	25	24	0	0	0	Tripanosomiasis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
Enfermedad de Chagas	21	0,0	12	0,0	9	0,0	0	0	0	18	3	Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Esquistosomiasis	11	0,0	8	0,0	3	0,0	3	2	0	1	0	Esquistosomiasis	1	2	0	0	0	0	0	0	2	
Leishmaniasis	41	0,1	23	0,1	18	0,1	5	4	0	0	0	Leishmaniasis	0	2	0	0	0	0	30	0	0	
Filariasis linfática	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Filariasis linfática	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Oncocercosis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Oncocercosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Lepra	2	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0	Lepra	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Dengue	12	0,0	8	0,0	4	0,0	0	0	0	0	0	Dengue	0	1	0	0	0	1	10	0	1	
Encefalitis japonesa	4	0,0	1	0,0	2	0,0	0	0	0	0	0	Encefalitis japonesa	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
Tracoma	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Tracoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Infecciones intestinales por nematodos	17	0,0	9	0,0	8	0,0	1	2	0	2	1	Infecciones intestinales por nematodos	0	2	0	0	0	1	5	0	3	
Ascariasis	6	0,0	3	0,0	3	0,0	0	1	0	1	0	Ascariasis	0	1	0	0	0	0	1	0	1	
Tricuriasis	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0	Tricuriasis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Anquilostomiasis	6	0,0	4	0,0	2	0,0	1	1	0	0	0	Anquilostomiasis	0	0	0	0	0	0	3	0	0	
Infecciones respiratorias	3 941	7,1	2 121	7,1	1 821	7,0	460	622	115	104	43	Infecciones respiratorias	40	330	168	86	44	142	1 221	102	463	
Infecciones de las vías inferiores	3 866	6,9	2 084	7,0	1 782	6,9	454	614	115	102	42	Infecciones de las vías inferiores	39	327	165	85	42	141	1 199	101	439	
Infecciones de las vías superiores	69	0,1	34	0,1	35	0,1	4	5	0	1	1	Infecciones de las vías superiores	1	3	3	1	1	1	22	1	24	
Otitis media	6	0,0	3	0,0	3	0,0	1	2	0	0	0	Otitis media	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Afecciones maternas	495	0,9	0	0,0	495	1,9	97	146	0	13	7	Afecciones maternas	3	62	0	2	1	21	122	0	19	
Afecciones perinatales	2 439	4,4	1 307	4,4	1 133	4,4	296	281	17	106	28	Afecciones perinatales	20	284	11	42	19	90	919	2	321	
Carencias nutricionales	445	0,8	218	0,7	227	0,9	70	81	10	39	13	Carencias nutricionales	5	43	11	6	2	19	110	1	32	
Malnutrición proteoenergética	271	0,5	137	0,5	134	0,5	49	52	5	28	8	Malnutrición proteoenergética	2	23	3	2	1	8	66	1	22	
Carencia de yodo	9	0,0	5	0,0	5	0,0	1	2	0	0	0	Carencia de yodo	0	2	0	0	0	0	3	0	0	
Carencia de vitamina A	41	0,1	17	0,1	24	0,1	11	13	0	0	0	Carencia de vitamina A	0	6	0	0	0	0	10	0	0	
Anemia ferropénica	103	0,2	49	0,2	53	0,2	8	13	6	11	2	Anemia ferropénica	1	8	8	3	2	6	27	0	7	

Cuadro 2. Defunciones por causas, sexos y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS,^a estimaciones para 2000

Causa ^b	SEXO						ÁFRICA			LAS AMÉRICAS			Causa ^b	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			
	Alta en niños, alta en adultos	Alta en niños, muy alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos						Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos		Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos		
Población (miles)	6 045 172		3 045 372		2 999 800		294 099	345 533	325 186	430 951	71 235	Población (miles)	139 071	342 584	411 910	218 473	243 192	293 821	1 241 813	154 358	1 532 946	
	(miles)	% total	(miles)	% total	(miles)	% total	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	
II. Enfermedades no transmisibles	32 855	59,0	16 998	57,2	15 856	61,0	1 043	1 286	2 397	1 779	276	II. Enfermedades no transmisibles	459	1 530	3 637	1 588	3 009	1 307	5 961	942	7 640	
Neoplasias malignas	6 930	12,4	3 918	13,2	3 011	11,6	228	305	652	371	50	Neoplasias malignas	78	164	1 056	290	536	226	877	341	1 756	
Cánceres bucales y orofaríngeos	340	0,6	242	0,8	98	0,4	11	22	11	10	2	Cánceres bucales y orofaríngeos	2	20	25	9	18	18	152	6	34	
Cáncer de esófago	413	0,7	274	0,9	139	0,5	5	21	16	14	1	Cáncer de esófago	4	10	28	11	15	3	68	12	205	
Cáncer de estómago	744	1,3	464	1,6	280	1,1	18	18	19	42	10	Cáncer de estómago	10	7	70	33	83	9	55	56	313	
Cáncer colorrectal	579	1,0	303	1,0	276	1,1	11	15	77	26	3	Cáncer colorrectal	5	7	141	29	67	23	32	44	100	
Cáncer de hígado	626	1,1	433	1,5	193	0,7	28	35	15	14	3	Cáncer de hígado	4	7	38	9	20	26	26	35	365	
Cáncer de páncreas	214	0,4	114	0,4	100	0,4	3	5	34	13	1	Cáncer de páncreas	2	1	52	12	30	4	11	20	26	
Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	1 213	2,2	895	3,0	318	1,2	9	14	182	47	3	Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	11	20	206	59	109	35	118	62	339	
Melanoma y otros cánceres de piel	65	0,1	35	0,1	30	0,1	4	5	13	5	0	Melanoma y otros cánceres de piel	1	1	15	4	9	1	2	3	2	
Cáncer de mama	459	0,8	0	0,0	458	1,8	14	24	56	28	3	Cáncer de mama	5	12	91	21	43	26	78	12	46	
Cáncer cervicouterino	288	0,5	0	0,0	288	1,1	21	38	6	17	6	Cáncer cervicouterino	5	14	8	8	13	15	102	3	33	
Cáncer de útero	76	0,1	0	0,0	76	0,3	1	2	9	10	1	Cáncer de útero	1	1	16	6	13	2	2	3	9	
Cáncer de ovario	128	0,2	0	0,0	128	0,5	3	7	16	6	1	Cáncer de ovario	1	3	26	5	17	7	17	5	15	
Cáncer de próstata	258	0,5	258	0,9	0	0,0	24	19	45	26	3	Cáncer de próstata	3	4	71	9	14	6	15	11	9	
Cáncer de vejiga	157	0,3	117	0,4	40	0,2	8	6	16	6	1	Cáncer de vejiga	3	9	37	9	18	5	15	6	18	
Linfomas, mieloma múltiple	291	0,5	173	0,6	118	0,5	18	19	47	16	3	Linfomas, mieloma múltiple	5	12	54	9	14	14	40	14	27	
Leucemia	265	0,5	145	0,5	119	0,5	8	12	27	18	3	Leucemia	7	9	37	9	15	12	38	9	62	
Otras neoplasias	115	0,2	59	0,2	56	0,2	1	2	10	9	2	Otras neoplasias	1	4	27	3	5	26	5	10	10	
Diabetes mellitus	810	1,5	345	1,2	465	1,8	19	35	76	120	23	Diabetes mellitus	11	52	86	26	25	50	146	17	123	
Trastornos nutricionales/endocrinos	224	0,4	103	0,3	121	0,5	17	20	29	24	6	Trastornos nutricionales/endocrinos	3	25	24	2	2	15	16	8	33	
Trastornos neuropsiquiátricos	948	1,7	477	1,6	472	1,8	31	44	135	51	13	Trastornos neuropsiquiátricos	11	73	158	27	33	51	169	20	131	
Trastornos depresivos unipolares	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Trastornos depresivos unipolares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Trastorno afectivo bipolar	4	0,0	1	0,0	3	0,0	0	0	0	0	0	Trastorno afectivo bipolar	0	0	0	0	0	0	3	0	0	
Esquizofrenia	17	0,0	8	0,0	9	0,0	0	0	1	0	0	Esquizofrenia	1	1	1	0	0	2	6	0	5	
Epilepsia	98	0,2	59	0,2	38	0,1	9	15	2	6	2	Epilepsia	2	5	6	5	4	5	19	1	18	
Trastornos por consumo de alcohol	84	0,2	73	0,2	12	0,0	2	5	8	13	4	Trastornos por consumo de alcohol	0	2	13	5	9	5	7	1	11	
Alzheimer y otras demencias	276	0,5	93	0,3	183	0,7	2	3	61	7	1	Alzheimer y otras demencias	1	5	76	4	7	20	37	7	48	
Enfermedad de Parkinson	90	0,2	44	0,1	45	0,2	2	2	16	2	0	Enfermedad de Parkinson	1	4	21	1	1	2	10	4	24	
Esclerosis múltiple	17	0,0	6	0,0	10	0,0	0	0	3	1	0	Esclerosis múltiple	0	0	4	1	2	0	3	0	1	
Trastornos por consumo de drogas	15	0,0	14	0,0	2	0,0	0	0	2	1	0	Trastornos por consumo de drogas	0	0	4	0	0	1	3	1	3	
Trastorno de estrés postraumático	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Trastorno de estrés postraumático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Trastorno obsesivo-compulsivo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Trastorno obsesivo-compulsivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Trastorno de pánico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Trastorno de pánico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Insomnio (primario)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Insomnio (primario)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Migraña	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Migraña	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Trastornos de los órganos sensoriales	7	0,0	3	0,0	4	0,0	0	0	0	0	0	Trastornos de los órganos sensoriales	0	0	0	0	0	0	1	0	3	
Glaucoma	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Glaucoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Catarata	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0	Catarata	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Pérdida de audición, aparición en el adulto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Pérdida de audición, aparición en el adulto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enfermedades cardiovasculares	16 701	30,0	8 195	27,6	8 506	32,7	460	514	1 138	786	98	Enfermedades cardiovasculares	276	811	1 797	1 051	2 125	598	3 493	406	3 147	
Cardiopatía reumática	332	0,6	137	0,5	195	0,7	13	16	6	6	3	Cardiopatía reumática	4	17	12	10	16	11	106	3	110	
Cardiopatía isquémica	6 894	12,4	3 625	12,2	3 269	12,6	162	167	581	306	29	Cardiopatía isquémica	136	288	762	472	1 115	237	1 706	140	792	
Afección cerebrovascular	5 101	9,2	2 406	8,1	2 695	10,4	137	166	197	229	24	Afección cerebrovascular	58	158	470	276	741	181	625	173	1 667	
Cardiopatía inflamatoria	395	0,7	216	0,7	180	0,7	15	19	34	27	3	Cardiopatía inflamatoria	4	12	28	23	26	13	111	8	74	

Cuadro 2. Defunciones por causas, sexos y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS,^a estimaciones para 2000

Causa ^b	SEXO						ÁFRICA			LAS AMÉRICAS			Causa ^b	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			
	Alta en niños, alta en adultos	Alta en niños, muy alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos		Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos			
Población (miles)	6 045 172		3 045 372		2 999 800		294 099	345 533	325 186	430 951	71 235	Población (miles)	139 071	342 584	411 910	218 473	243 192	293 821	1 241 813	154 358	1 532 946	
	(miles)	% total	(miles)	% total	(miles)	% total	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	
Enfermedades respiratorias	3 542	6,4	1 891	6,4	1 651	6,3	101	131	172	170	16	Enfermedades respiratorias	26	126	205	65	127	135	482	57	1 728	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2 523	4,5	1 367	4,6	1 156	4,4	51	63	124	76	6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	13	43	136	42	93	52	255	23	1 545	
Asma	218	0,4	107	0,4	111	0,4	8	16	7	11	3	Asma	5	17	14	9	11	22	35	7	55	
Enfermedades digestivas	1 923	3,5	1 151	3,9	772	3,0	87	112	97	144	32	Enfermedades digestivas	23	123	185	81	112	115	367	46	399	
Úlcera péptica	237	0,4	140	0,5	96	0,4	6	10	6	11	4	Úlcera péptica	3	6	18	7	14	21	53	5	74	
Cirrosis hepática	797	1,4	531	1,8	266	1,0	31	38	30	58	17	Cirrosis hepática	7	28	68	47	55	42	181	15	180	
Apendicitis	33	0,1	19	0,1	13	0,1	1	1	1	2	1	Apendicitis	0	1	1	1	1	1	18	0	6	
Enfermedades del sistema genitourinario	825	1,5	447	1,5	378	1,5	54	67	57	49	14	Enfermedades del sistema genitourinario	17	69	60	26	28	56	140	27	162	
Nefritis/nefrosis	620	1,1	327	1,1	293	1,1	35	44	31	38	12	Nefritis/nefrosis	11	58	40	18	11	45	122	24	131	
Hipertrofia benigna de la próstata	35	0,1	35	0,1	0	0,0	3	4	1	2	1	Hipertrofia benigna de la próstata	1	1	1	2	3	1	8	0	8	
Enfermedades de la piel	68	0,1	30	0,1	38	0,1	10	12	4	5	2	Enfermedades de la piel	0	5	8	1	2	5	6	1	8	
Enfermedades musculoesqueléticas	104	0,2	36	0,1	68	0,3	6	7	12	9	3	Enfermedades musculoesqueléticas	1	3	18	2	4	10	3	5	20	
Artritis reumatoide	20	0,0	6	0,0	14	0,1	1	1	2	2	1	Artritis reumatoide	0	0	4	1	1	2	1	2	2	
Artrosis	4	0,0	1	0,0	3	0,0	0	0	1	1	0	Artrosis	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
Malformaciones congénitas	657	1,2	341	1,1	315	1,2	30	36	15	40	16	Malformaciones congénitas	12	76	13	12	10	20	254	4	119	
Enfermedades bucodentales	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0	0	0	0	Enfermedades bucodentales	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Caries dental	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Caries dental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Periodontopatías	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Periodontopatías	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Pérdida de dientes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	Pérdida de dientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
III. Traumatismos	5 062	9,1	3 415	11,5	1 647	6,3	308	445	178	333	50	III. Traumatismos	79	259	199	143	475	231	1 141	78	1 144	
Accidentales	3 403	6,1	2 262	7,6	1 141	4,4	196	245	119	185	29	Accidentales	61	181	140	88	285	155	900	49	769	
Accidentes de tráfico	1 260	2,3	931	3,1	329	1,3	69	99	49	82	10	Accidentes de tráfico	40	51	46	20	55	115	320	16	288	
Intoxicaciones	315	0,6	204	0,7	112	0,4	15	20	12	3	2	Intoxicaciones	2	16	6	14	89	4	78	1	53	
Caídas	283	0,5	170	0,6	113	0,4	8	10	23	15	2	Caídas	4	17	48	11	17	8	31	8	81	
Incendios	238	0,4	104	0,3	135	0,5	18	17	4	5	1	Incendios	4	20	3	4	15	7	121	2	19	
Ahogamiento	450	0,8	301	1,0	148	0,6	44	40	5	20	2	Ahogamiento	3	16	4	10	33	12	85	6	169	
Otras lesiones accidentales	857	1,5	553	1,9	304	1,2	42	60	26	60	12	Otras lesiones accidentales	8	61	34	29	76	8	266	16	158	
Intencionados	1 659	3,0	1 153	3,9	506	1,9	112	199	59	148	21	Intencionados	17	78	59	55	190	76	241	30	376	
Lesiones autoinfligidas	815	1,5	509	1,7	305	1,2	10	17	39	23	4	Lesiones autoinfligidas	7	16	54	25	107	19	150	28	315	
Actos violentos	520	0,9	401	1,4	119	0,5	40	76	20	123	17	Actos violentos	7	24	4	11	62	11	66	1	58	
Guerra	310	0,6	233	0,8	77	0,3	62	106	0	2	0	Guerra	3	36	0	17	20	45	18	0	2	

^a Véase la lista de Estados Miembros por regiones de la OMS y estratos de mortalidad (pp. 168–169).^b La suma de las estimaciones para causas específicas no coincide necesariamente con la cifra correspondiente al grupo general de causas considerado, ya que se han omitido las categorías generales.^c No incluye las defunciones por cáncer hepático y cirrosis debidos a infección crónica por virus de la hepatitis.

Cuadro 3. Carga de morbilidad expresada como años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) por causas, sexos y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS,^a estimaciones para 2000

Causa ^b	SEXO						ÁFRICA			LAS AMÉRICAS			Causa ^b	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			
	Alta en niños, alta en adultos	Alta en niños, muy alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos		Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos		
Población (miles)	6 045 172		3 045 372		2 999 800		294 099	345 533	325 186	430 951	71 235	Población (miles)	139 071	342 584	411 910	218 473	243 192	293 821	1 241 813	154 358	1 532 946	
	(miles)	% total	(miles)	% total	(miles)	% total	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	
TOTAL DE AVAD	1 472 392	100	765 774	100	706 619	100	143 671	209 616	45 991	79 562	16 803	TOTAL DE AVAD	22 400	110 959	52 862	40 278	59 972	60 423	364 581	16 393	248 883	
I. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales	610 353	41,5	294 708	38,5	315 645	44,7	102 806	155 682	3 181	17 565	6 213	I. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales	6 592	56 529	2 800	8 608	5 164	20 700	163 137	1 110	60 266	
Enfermedades infecciosas y parasitarias	340 176	23,1	173 704	22,7	166 473	23,6	68 459	114 085	1 478	7 820	3 058	Enfermedades infecciosas y parasitarias	2 965	28 474	1 097	3 118	2 608	9 745	76 637	397	20 234	
Tuberculosis	35 792	2,4	21 829	2,9	13 962	2,0	3 754	6 034	20	633	482	Tuberculosis	176	2 775	63	444	1 096	3 063	11 929	53	5 272	
ETS excepto VIH	15 839	1,1	5 808	0,8	10 031	1,4	2 837	3 351	110	601	98	ETS excepto VIH	79	1 150	122	201	194	541	5 981	51	521	
Sífilis	5 574	0,4	3 095	0,4	2 479	0,4	1 353	1 817	1	23	4	Sífilis	3	316	1	24	4	33	1 932	1	62	
Clamidia	6 128	0,4	902	0,1	5 226	0,7	829	837	91	389	63	Clamidia	51	463	105	120	140	291	2 442	41	266	
Gonorrea	3 919	0,3	1 758	0,2	2 161	0,3	655	693	16	186	31	Gonorrea	20	313	15	35	38	215	1 505	8	189	
VIH/SIDA	90 392	6,1	44 366	5,8	46 026	6,5	15 605	57 046	504	1 145	714	VIH/SIDA	2	1 784	307	36	421	1 198	10 279	11	1 340	
Enfermedades diarreicas	62 227	4,2	32 399	4,2	29 828	4,2	8 070	13 424	108	1 838	882	Enfermedades diarreicas	815	8 358	109	963	166	976	22 387	45	4 084	
Enfermedades de la infancia	50 380	3,4	25 151	3,3	25 229	3,6	15 396	11 043	50	202	256	Enfermedades de la infancia	63	6 934	66	332	34	1 599	12 128	37	2 240	
Tos ferina	12 768	0,9	6 369	0,8	6 398	0,9	3 612	2 922	50	178	236	Tos ferina	42	2 204	63	63	29	133	2 737	36	462	
Poliomielitis	184	0,0	95	0,0	89	0,0	16	7	0	6	1	Poliomielitis	5	16	1	5	1	11	62	0	52	
Difteria	114	0,0	61	0,0	53	0,0	24	23	0	2	0	Difteria	0	16	0	6	1	4	35	0	4	
Sarampión	27 549	1,9	13 755	1,8	13 793	2,0	9 344	6 646	0	2	3	Sarampión	10	2 882	1	252	2	1 212	5 989	1	1 206	
Tétanos	9 766	0,7	4 870	0,6	4 895	0,7	2 400	1 446	0	14	17	Tétanos	7	1 816	1	6	1	239	3 306	0	516	
Meningitis	5 751	0,4	3 011	0,4	2 740	0,4	698	817	47	437	46	Meningitis	71	800	66	206	125	442	1 429	14	555	
Hepatitis ^c	2 739	0,2	1 400	0,2	1 339	0,2	334	444	82	59	35	Hepatitis ^c	73	181	45	142	46	98	756	56	389	
Paludismo [malaria]	40 213	2,7	19 237	2,5	20 976	3,0	17 916	17 832	1	83	27	Paludismo [malaria]	47	1 898	2	19	0	292	1 582	2	514	
Enfermedades tropicales	12 289	0,8	8 271	1,1	4 018	0,6	3 051	3 012	9	701	109	Enfermedades tropicales	62	846	0	7	0	242	3 772	4	472	
Tripanosomiasis	1 585	0,1	1 013	0,1	572	0,1	804	754	0	0	0	Tripanosomiasis	0	26	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad de Chagas	680	0,0	360	0,0	320	0,0	0	0	7	582	91	Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Esquistosomiasis	1 713	0,1	1 037	0,1	676	0,1	648	724	1	70	9	Esquistosomiasis	43	154	0	0	0	3	1	0	60	
Leishmaniasis	1 810	0,1	1 067	0,1	744	0,1	222	173	1	41	5	Leishmaniasis	16	124	0	6	0	6	1 210	0	9	
Filariasis linfática	5 549	0,4	4 245	0,6	1 304	0,2	894	966	0	8	1	Filariasis linfática	4	473	0	1	0	233	2 562	4	403	
Oncocercosis	951	0,1	549	0,1	402	0,1	484	395	0	1	2	Oncocercosis	0	69	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	141	0,0	76	0,0	65	0,0	8	8	0	15	0	Lepra	0	12	0	0	0	7	83	0	6	
Dengue	433	0,0	286	0,0	147	0,0	2	4	0	3	7	Dengue	0	19	0	0	0	25	346	0	26	
Encefalitis japonesa	426	0,0	207	0,0	219	0,0	0	0	0	0	0	Encefalitis japonesa	0	6	0	0	0	22	61	0	336	
Tracoma	1 181	0,1	319	0,0	862	0,1	212	232	0	0	0	Tracoma	71	108	0	0	0	24	50	0	484	
Infecciones intestinales por nematodos	4 811	0,3	2 461	0,3	2 350	0,3	289	364	11	549	123	Infecciones intestinales por nematodos	47	248	0	8	1	469	1 044	6	1 651	
Ascariasis	1 252	0,1	636	0,1	616	0,1	48	70	3	168	27	Ascariasis	20	83	0	7	0	114	123	1	588	
Tricuriasis	1 640	0,1	836	0,1	803	0,1	50	70	5	239	46	Tricuriasis	1	31	0	0	0	194	202	2	799	
Anquilostomiasis	1 829	0,1	939	0,1	890	0,1	191	222	3	125	20	Anquilostomiasis	26	134	0	0	0	160	703	2	242	
Infecciones respiratorias	97 658	6,6	50 452	6,6	47 206	6,7	13 210	17 823	561	2 400	1 144	Infecciones respiratorias	1 279	10 120	676	2 264	951	3 456	29 005	381	14 387	
Infecciones de las vías inferiores	94 222	6,4	48 786	6,4	45 436	6,4	12 933	17 467	509	2 233	1 095	Infecciones de las vías inferiores	1 212	9 929	612	2 182	894	3 350	28 134	358	13 316	
Infecciones de las vías superiores	1 963	0,1	916	0,1	1 047	0,1	149	188	15	56	27	Infecciones de las vías superiores	28	77	28	48	31	38	528	10	741	
Otitis media	1 472	0,1	750	0,1	722	0,1	128	168	37	110	22	Otitis media	40	115	37	34	27	69	343	13	330	
Afecciones maternas	34 480	2,3	0	0,0	34 480	4,9	5 166	7 710	182	1 321	431	Afecciones maternas	693	3 502	206	908	448	1 992	9 132	76	2 713	
Afecciones perinatales	91 797	6,2	49 072	6,4	42 726	6,0	11 390	10 845	613	3 905	1 034	Afecciones perinatales	819	10 424	435	1 669	771	3 224	34 473	94	12 101	
Carencias nutricionales	46 242	3,1	21 480	2,8	24 761	3,5	4 580	5 219	347	2 119	547	Carencias nutricionales	836	4 009	386	649	385	2 283	13 890	161	10 830	
Malnutrición proteinoenergética	16 483	1,1	8 298	1,1	8 185	1,2	2 578	2 904	34	763	239	Malnutrición proteinoenergética	176	1 647	25	151	61	567	4 907	21	2 409	
Carencia de yodo	1 218	0,1	572	0,1	646	0,1	140	193	3	7	2	Carencia de yodo	31	173	5	27	32	32	486	2	85	

Cuadro 3. Carga de morbilidad expresada como años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) por causas, sexos y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS,^a estimaciones para 2000

Causa ^b	SEXO						ÁFRICA			LAS AMÉRICAS			Causa ^b	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			
	Alta en niños, alta en adultos	Alta en niños, muy alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos		Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos			
Población (miles)	6 045 172		3 045 372		2 999 800		294 099	345 533	325 186	430 951	71 235	Población (miles)	139 071	342 584	411 910	218 473	243 192	293 821	1 241 813	154 358	1 532 946	
	(miles)	% total	(miles)	% total	(miles)	% total	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	
Carencia de vitamina A	1 392	0,1	587	0,1	805	0,1	382	440	0	3	1	Carencia de vitamina A	3	161	0	1	0	6	373	0	23	
Anemia ferropénica	26 650	1,8	11 807	1,5	14 843	2,1	1 468	1 680	306	1 341	237	Anemia ferropénica	588	1 890	352	445	266	1 624	8 053	137	8 264	
II. Enfermedades no transmisibles	679 484	46,1	352 434	46,0	327 050	46,3	28 701	36 552	38 260	49 550	8 658	II. Enfermedades no transmisibles	12 654	43 155	45 608	26 860	41 365	31 624	155 306	13 643	147 547	
Neoplasias malignas	78 508	5,3	42 208	5,5	36 300	5,1	2 741	3 942	5 624	4 320	628	Neoplasias malignas	1 086	2 514	8 659	3 278	5 706	3 160	12 398	2 820	21 633	
Cánceres bucales y orofaríngeos	4 379	0,3	3 152	0,4	1 227	0,2	124	297	110	119	16	Cánceres bucales y orofaríngeos	30	277	291	107	217	259	1 978	59	495	
Cáncer de esófago	4 096	0,3	2 721	0,4	1 375	0,2	56	237	133	127	7	Cáncer de esófago	36	114	233	107	150	34	804	96	1 960	
Cáncer de estómago	7 326	0,5	4 565	0,6	2 761	0,4	198	211	143	386	96	Cáncer de estómago	108	103	475	323	800	99	669	452	3 264	
Cáncer colorrectal	5 659	0,4	3 074	0,4	2 585	0,4	132	171	617	260	26	Cáncer colorrectal	60	115	1 082	283	606	287	442	397	1 181	
Cáncer de hígado	7 948	0,5	5 600	0,7	2 348	0,3	402	519	126	140	35	Cáncer de hígado	48	91	272	87	187	333	369	291	5 048	
Cáncer de páncreas	1 867	0,1	1 064	0,1	803	0,1	31	53	242	114	11	Cáncer de páncreas	16	19	365	113	289	53	134	143	282	
Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	11 418	0,8	8 303	1,1	3 115	0,4	98	157	1 443	481	27	Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	121	211	1 665	604	1 093	369	1 223	430	3 495	
Melanoma y otros cánceres de piel	690	0,0	387	0,1	303	0,0	35	60	133	54	5	Melanoma y otros cánceres de piel	10	19	146	43	92	11	29	27	27	
Cáncer de mama	6 386	0,4	4	0,0	6 382	0,9	182	315	686	392	41	Cáncer de mama	80	191	1 013	297	558	454	1 220	194	763	
Cáncer cervicouterino	4 649	0,3	0	0,0	4 649	0,7	273	515	98	273	83	Cáncer cervicouterino	70	235	106	124	169	262	1 888	34	519	
Cáncer de útero	993	0,1	0	0,0	993	0,1	13	21	93	174	27	Cáncer de útero	14	12	144	89	160	29	35	33	149	
Cáncer de ovario	1 651	0,1	0	0,0	1 651	0,2	44	95	149	85	13	Cáncer de ovario	9	61	234	70	200	118	281	58	233	
Cáncer de próstata	1 526	0,1	1 526	0,2	0	0,0	144	124	255	147	19	Cáncer de próstata	15	28	376	61	106	40	94	63	54	
Cáncer de vejiga	1 329	0,1	998	0,1	331	0,0	69	64	116	50	5	Cáncer de vejiga	22	100	273	87	166	48	134	41	152	
Linfomas, mieloma múltiple	3 994	0,3	2 569	0,3	1 424	0,2	317	366	396	224	41	Linfomas, mieloma múltiple	94	271	445	136	186	230	720	115	454	
Leucemia	5 147	0,3	2 835	0,4	2 312	0,3	131	234	254	382	87	Leucemia	154	246	334	163	197	265	1 004	97	1 600	
Otras neoplasias	1 394	0,1	728	0,1	666	0,1	28	46	81	130	31	Otras neoplasias	25	72	175	37	66	387	98	68	151	
Diabetes mellitus	14 943	1,0	7 002	0,9	7 941	1,1	289	433	1 290	1 901	292	Diabetes mellitus	366	963	1 008	667	841	764	3 294	457	2 378	
Trastornos nutricionales/endocrinos	8 061	0,5	3 728	0,5	4 332	0,6	751	867	768	1 205	307	Trastornos nutricionales/endocrinos	178	912	618	183	162	381	498	220	1 008	
Trastornos neuropsiquiátricos	181 755	12,3	88 423	11,5	93 332	13,2	6 920	8 539	14 076	16 711	2 841	Trastornos neuropsiquiátricos	3 812	10 497	15 285	6 599	9 196	7 669	39 250	3 878	36 482	
Trastornos depresivos unipolares	64 963	4,4	25 901	3,4	39 063	5,5	1 906	2 154	5 031	5 589	867	Trastornos depresivos unipolares	1 184	3 507	4 074	2 548	2 634	2 832	17 123	1 000	14 515	
Trastorno afectivo bipolar	13 645	0,9	6 897	0,9	6 747	1,0	743	852	504	1 026	172	Trastorno afectivo bipolar	354	809	621	466	450	702	2 990	243	3 713	
Esquizofrenia	15 686	1,1	8 013	1,0	7 672	1,1	732	827	509	1 221	204	Esquizofrenia	453	956	595	559	437	1 055	3 538	235	4 365	
Epilepsia	7 067	0,5	3 832	0,5	3 235	0,5	423	690	262	848	190	Epilepsia	131	400	358	256	219	371	1 528	99	1 291	
Trastornos por consumo de alcohol	18 469	1,3	15 844	2,1	2 624	0,4	368	858	3 032	2 848	446	Trastornos por consumo de alcohol	18	303	2 691	297	2 253	304	1 910	595	2 546	
Alzheimer y otras demencias	12 464	0,8	5 381	0,7	7 083	1,0	280	300	1 415	750	64	Alzheimer y otras demencias	170	458	3 101	450	994	428	1 873	505	1 678	
Enfermedad de Parkinson	1 473	0,1	723	0,1	750	0,1	30	37	227	43	6	Enfermedad de Parkinson	20	58	281	62	77	49	231	105	248	
Esclerosis múltiple	1 475	0,1	630	0,1	845	0,1	51	40	110	100	15	Esclerosis múltiple	34	72	155	63	81	63	318	29	346	
Trastornos por consumo de drogas	5 830	0,4	4 535	0,6	1 295	0,2	526	601	697	788	227	Trastornos por consumo de drogas	391	214	717	156	295	120	511	250	335	
Trastorno de estrés postraumático	3 230	0,2	896	0,1	2 335	0,3	141	158	176	200	31	Trastorno de estrés postraumático	78	180	207	123	131	179	706	81	841	
Trastorno obsesivo-compulsivo	4 761	0,3	2 048	0,3	2 713	0,4	370	428	218	535	85	Trastorno obsesivo-compulsivo	184	326	257	267	284	170	823	63	752	
Trastorno de pánico	6 591	0,4	2 239	0,3	4 352	0,6	336	386	262	494	83	Trastorno de pánico	174	397	323	241	237	361	1 479	128	1 691	
Insomnio (primario)	3 361	0,2	1 447	0,2	1 914	0,3	134	150	258	310	47	Insomnio (primario)	33	151	345	116	159	114	839	129	576	
Migraña	7 539	0,5	2 045	0,3	5 494	0,8	182	236	490	729	146	Migraña	144	394	747	250	240	334	1 686	155	1 805	
Trastornos de los órganos sensoriales	37 673	2,6	19 253	2,5	18 420	2,6	2 537	3 187	1 278	2 676	483	Trastornos de los órganos sensoriales	1 032	2 644	1 348	1 158	1 644	2 425	10 795	474	5 991	
Glaucoma	1 744	0,1	628	0,1	1 115	0,2	220	369	21	122	8	Glaucoma	92	194	61	52	146	47	98	11	303	
Catarata	10 585	0,7	4 981	0,7	5 604	0,8	1 190	1 114	45	363	141	Catarata	212	885	21	101	279	760	3 788	21	1 665	
Pérdida de audición, aparición en el adulto	25 276	1,7	13 610	1,8	11 665	1,7	1 122	1 698	1 212	2 188	332	Pérdida de audición, aparición en el adulto	728	1 557	1 265	1 005	1 219	1 616	6 890	442	4 001	
Enfermedades cardiovasculares	150 975	10,3	80 325	10,5	70 651	10,0	5 049	6 445	7 240	7 753	1 064	Enfermedades cardiovasculares	2 852	10 287	9 533	8 262	15 586	6 771	39 658	2 584	27 892	
Cardiopatía reumática	6 528	0,4	2 773	0,4	3 755	0,5	320	446	53	113	78	Cardiopatía reumática	85	501	81	177	232	279	2 384	22	1 757	
Cardiopatía isquémica	55 682	3,8	31 997	4,2	23 685	3,4	1 526	1 721	3 288	2 673	255	Cardiopatía isquémica	1 321	2 795	4 066	3 536	7 887	2 327	16 435	797	7 055	

Cuadro 3. Carga de morbilidad expresada como años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) por causas, sexos y estratos de mortalidad en las regiones de la OMS,^a estimaciones para 2000

Causa ^b	SEXO						ÁFRICA		LAS AMÉRICAS			Causa ^b	MEDITERRÁNEO ORIENTAL		EUROPA			ASIA SUDORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL	
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad				Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad			Estrato de mortalidad		Estrato de mortalidad	
	Alta en niños, alta en adultos	Alta en niños, muy alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, muy baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos		Baja en niños, baja en adultos	Baja en niños, alta en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Alta en niños, alta en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	Muy baja en niños, muy baja en adultos	Baja en niños, baja en adultos	
Población (miles)	6 045 172		3 045 372		2 999 800		294 099	345 533	325 186	430 951	71 235	Población (miles)	139 071	342 584	411 910	218 473	243 192	293 821	1 241 813	154 358	1 532 946
	(miles)	% total	(miles)	% total	(miles)	% total	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)	(miles)
Afección cerebrovascular	45 677	3,1	23 072	3,0	22 606	3,2	1 439	2 058	1 594	2 735	317	Afección cerebrovascular	600	2 101	2 732	2 415	5 284	1 936	6 950	1 268	14 248
Cardiopatía inflamatoria	6 631	0,5	3 860	0,5	2 771	0,4	334	435	390	409	48	Cardiopatía inflamatoria	58	248	280	381	503	272	2 322	82	869
Enfermedades respiratorias	68 737	4,7	37 408	4,9	31 329	4,4	3 270	4 397	2 667	4 718	719	Enfermedades respiratorias	701	4 036	2 648	1 597	2 170	2 784	13 917	856	24 256
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	33 748	2,3	18 677	2,4	15 071	2,1	717	961	1 262	1 032	88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	178	827	1 239	731	1 241	959	5 206	179	19 127
Asma	13 858	0,9	7 509	1,0	6 350	0,9	892	1 278	769	1 574	301	Asma	308	918	717	346	237	678	2 718	380	2 743
Enfermedades digestivas	48 874	3,3	29 367	3,8	19 507	2,8	2 764	3 501	1 677	3 676	779	Enfermedades digestivas	577	3 996	2 457	2 086	2 544	2 964	12 057	733	9 063
Úlcera péptica	4 113	0,3	2 651	0,3	1 462	0,2	132	201	53	144	44	Úlcera péptica	34	178	133	118	227	289	1 310	37	1 213
Cirrosis hepática	14 856	1,0	10 358	1,4	4 497	0,6	492	648	492	1 121	306	Cirrosis hepática	136	628	931	765	932	857	4 116	215	3 216
Apendicitis	887	0,1	542	0,1	345	0,0	22	33	14	40	17	Apendicitis	6	19	16	14	19	33	538	5	111
Enfermedades del sistema genitourinario	15 875	1,1	9 099	1,2	6 777	1,0	1 194	1 559	564	1 037	268	Enfermedades del sistema genitourinario	387	1 431	547	579	727	981	3 117	227	3 258
Nefritis/nefrosis	9 150	0,6	4 921	0,6	4 229	0,6	597	818	172	479	170	Nefritis/nefrosis	174	1 022	196	271	184	649	2 351	103	1 965
Hipertrofia benigna de la próstata	2 304	0,2	2 304	0,3	0	0,0	122	134	84	193	28	Hipertrofia benigna de la próstata	62	120	120	66	80	107	459	49	679
Enfermedades de la piel	1 859	0,1	1 033	0,1	827	0,1	272	376	51	124	36	Enfermedades de la piel	11	156	68	33	89	164	296	14	167
Enfermedades musculoesqueléticas	29 938	2,0	12 919	1,7	17 019	2,4	903	952	1 883	2 194	314	Enfermedades musculoesqueléticas	480	1 395	2 289	1 328	1 688	1 465	6 542	936	7 571
Artritis reumatoide	5 099	0,3	1 434	0,2	3 665	0,5	55	45	331	604	92	Artritis reumatoide	79	300	283	295	367	133	1 507	113	894
Artrosis	16 446	1,1	6 650	0,9	9 796	1,4	574	598	1 024	941	113	Artrosis	244	704	1 474	759	996	848	3 415	634	4 121
Malformaciones congénitas	32 871	2,2	17 053	2,2	15 819	2,2	1 749	2 041	719	2 291	749	Malformaciones congénitas	743	3 606	621	669	595	1 071	11 699	238	6 082
Enfermedades bucodentales	8 021	0,5	3 890	0,5	4 131	0,6	235	268	343	813	146	Enfermedades bucodentales	405	645	352	384	350	638	1 687	140	1 615
Caries dental	4 626	0,3	2 344	0,3	2 282	0,3	174	202	176	693	128	Caries dental	197	356	200	189	167	241	1 053	76	775
Periodontopatías	293	0,0	148	0,0	144	0,0	14	16	13	20	3	Periodontopatías	5	18	16	11	13	15	97	6	46
Pérdida de dientes	2 979	0,2	1 359	0,2	1 620	0,2	42	44	152	92	12	Pérdida de dientes	201	255	133	182	169	377	503	58	759
III. Traumatismos	182 555	12,4	118 631	15,5	63 924	9,0	12 164	17 382	4 550	12 447	1 931	III. Traumatismos	3 153	11 275	4 454	4 810	13 443	8 098	46 138	1 639	41 070
Accidentales	136 485	9,3	87 309	11,4	49 176	7,0	8 605	11 122	3 099	7 565	1 285	Accidentales	2 586	8 719	3 308	3 404	8 890	5 720	38 960	1 113	32 110
Accidentes de tráfico	41 234	2,8	30 333	4,0	10 902	1,5	2 289	3 473	1 512	2 781	326	Accidentes de tráfico	1 400	1 935	1 407	635	1 721	3 913	10 120	359	9 363
Intoxicaciones	8 235	0,6	5 057	0,7	3 178	0,4	493	705	283	97	44	Intoxicaciones	52	524	128	348	1 799	106	2 293	20	1 342
Caidas	19 518	1,3	11 760	1,5	7 758	1,1	802	990	414	994	193	Caidas	467	1 474	742	577	956	697	4 388	198	6 624
Incendios	9 989	0,7	3 929	0,5	6 060	0,9	851	839	139	175	25	Incendios	118	1 010	58	134	334	233	5 397	30	646
Ahogamiento	13 263	0,9	8 874	1,2	4 389	0,6	1 428	1 260	124	588	59	Ahogamiento	100	498	78	274	823	376	2 376	69	5 210
Otras lesiones accidentales	44 246	3,0	27 356	3,6	16 890	2,4	2 741	3 854	627	2 929	639	Otras lesiones accidentales	449	3 277	895	1 435	3 258	394	14 386	436	8 925
Intencionados	46 070	3,1	31 323	4,1	14 748	2,1	3 559	6 260	1 451	4 882	646	Intencionados	567	2 556	1 147	1 406	4 553	2 379	7 178	526	8 960
Lesiones autoinfligidas	19 257	1,3	11 145	1,5	8 112	1,1	245	432	799	604	117	Lesiones autoinfligidas	221	506	1 015	574	2 315	509	4 396	485	7 042
Actos violentos	16 122	1,1	12 438	1,6	3 683	0,5	1 246	2 420	641	4 208	515	Actos violentos	234	735	129	322	1 643	450	1 791	40	1 751
Guerra	10 324	0,7	7 486	1,0	2 838	0,4	2 068	3 408	0	55	14	Guerra	112	1 254	1	472	570	1 388	822	0	154

^a Véase la lista de Estados Miembros por regiones de la OMS y estratos de mortalidad (pp.168–169).

^b La suma de las estimaciones para causas específicas no coincide necesariamente con la cifra correspondiente al grupo general de causas considerado, ya que se han omitido las categorías generales.

^c No incluye los AVAD por cáncer hepático y cirrosis debidos a infección crónica por virus de la hepatitis.

Cuadro 4. Esperanza de vida sana (EVAS) en todos los Estados Miembros, estimaciones para 2000

Estado Miembro	Esperanza de vida sana ^a (años)								Pérdida de vida sana previsible al nacer (años)		Porcentaje de pérdida de esperanza de vida total		
	Población total	Hombres				Mujeres				Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
		Al nacer	Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre	Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años					Intervalo de incertidumbre
1 Afganistán	33,8	35,1	30,3 – 40,4	7,1	5,5 – 8,8	32,5	26,2 – 39,5	5,8	2,6 – 9,0	9,1	12,5	20,5	27,8
2 Albania	59,4	56,5	54,4 – 59,3	11,4	10,3 – 12,6	62,3	59,9 – 64,8	14,4	13,0 – 16,0	7,9	10,6	12,2	14,5
3 Alemania	69,4	67,4	66,0 – 68,7	14,8	14,0 – 15,6	71,5	69,4 – 73,3	17,6	16,9 – 18,2	6,9	9,2	9,3	11,4
4 Andorra	71,8	69,8	67,4 – 73,0	17,0	15,4 – 18,7	73,7	70,7 – 77,9	19,4	17,3 – 22,5	7,3	10,1	9,5	12,1
5 Angola	36,9	36,2	33,7 – 42,0	7,4	5,3 – 10,1	37,6	33,3 – 42,8	7,3	4,6 – 10,3	8,1	10,8	18,2	22,3
6 Antigua y Barbuda	61,9	61,7	58,4 – 64,8	14,8	13,5 – 16,3	62,1	59,0 – 65,2	15,4	14,1 – 16,9	10,1	14,5	14,1	18,9
7 Arabia Saudita	59,5	58,3	55,0 – 61,1	10,5	8,4 – 12,3	60,7	56,5 – 64,9	12,1	9,8 – 14,2	9,7	12,8	14,3	17,4
8 Argelia	58,4	58,4	55,8 – 61,9	11,1	9,4 – 13,1	58,3	54,5 – 62,2	11,0	8,9 – 12,9	9,7	12,9	14,3	18,1
9 Argentina	63,9	61,8	59,6 – 64,0	13,2	12,0 – 14,6	65,9	63,0 – 68,6	16,0	14,8 – 17,5	8,4	11,9	12,0	15,2
10 Armenia	59,0	56,9	55,0 – 58,6	9,7	8,8 – 10,6	61,1	58,1 – 64,1	12,0	10,9 – 13,1	7,5	10,1	11,7	14,2
11 Australia	71,5	69,6	67,8 – 71,5	17,0	16,1 – 18,1	73,3	69,8 – 75,4	19,5	18,7 – 20,6	6,9	8,8	9,1	10,7
12 Austria	70,3	68,1	66,9 – 69,4	15,2	14,5 – 16,0	72,5	70,3 – 74,3	18,4	17,8 – 19,2	6,8	8,9	9,0	10,9
13 Azerbaiyán	55,4	53,3	50,6 – 56,3	12,2	10,8 – 14,0	57,5	54,3 – 60,8	14,6	12,9 – 16,5	8,4	11,4	13,6	16,5
14 Bahamas	58,1	57,2	54,0 – 60,5	12,4	10,2 – 14,7	59,1	54,2 – 64,0	12,6	10,1 – 15,2	10,8	15,7	15,9	21,0
15 Bahrein	62,7	63,0	61,0 – 65,2	11,3	9,8 – 12,8	62,3	59,1 – 65,1	11,4	10,2 – 12,6	9,7	12,4	13,3	16,6
16 Bangladesh	49,3	50,6	47,4 – 54,1	8,8	7,5 – 10,4	47,9	43,6 – 52,6	8,0	6,4 – 9,9	9,8	12,9	16,2	21,2
17 Barbados	63,3	62,3	59,7 – 65,0	13,4	12,1 – 14,9	64,3	60,9 – 67,7	16,1	14,1 – 18,4	9,3	13,4	13,0	17,2
18 Belarus	60,1	55,4	53,4 – 57,5	9,9	9,2 – 10,8	64,8	62,7 – 66,9	14,4	13,2 – 15,9	6,6	9,2	10,7	12,4
19 Bélgica	69,4	67,7	66,2 – 69,2	15,3	14,5 – 16,2	71,0	69,0 – 73,0	18,0	17,2 – 18,7	6,9	9,9	9,2	12,2
20 Belice	59,2	58,0	55,2 – 61,0	12,7	11,2 – 14,1	60,4	55,6 – 64,9	13,6	11,0 – 16,4	11,1	14,3	16,1	19,2
21 Benin	42,5	43,1	39,8 – 46,5	8,4	6,7 – 10,1	41,9	37,5 – 46,5	7,4	3,9 – 10,5	8,5	11,9	16,5	22,0
22 Bhután	49,2	50,1	44,8 – 55,1	9,3	7,5 – 11,1	48,2	43,5 – 53,7	8,8	6,1 – 11,7	10,3	14,3	17,0	22,9
23 Bolivia	51,4	51,4	47,4 – 55,5	9,8	8,3 – 11,5	51,4	47,1 – 55,9	10,0	8,0 – 11,8	9,5	12,1	15,6	19,1
24 Bosnia y Herzegovina	63,7	62,1	60,3 – 64,3	12,4	11,3 – 13,5	65,3	62,8 – 67,9	14,3	13,0 – 15,7	6,6	9,4	9,5	12,5
25 Botswana	37,3	38,1	34,3 – 42,0	8,3	6,4 – 10,1	36,5	33,2 – 40,0	8,9	6,3 – 11,5	6,5	7,9	14,6	17,7
26 Brasil	57,1	54,9	51,4 – 58,1	10,7	9,2 – 12,0	59,2	54,8 – 64,1	12,6	9,8 – 15,2	9,5	12,7	14,8	17,6
27 Brunei Darussalam	64,9	63,8	61,5 – 66,0	13,3	12,0 – 14,6	65,9	62,4 – 69,6	15,1	13,8 – 16,5	9,6	12,7	13,1	16,2
28 Bulgaria	63,4	61,0	59,4 – 62,6	12,4	11,8 – 13,1	65,8	63,8 – 67,7	15,2	14,0 – 16,4	6,3	9,2	9,4	12,2
29 Burkina Faso	34,8	35,4	32,5 – 38,3	8,0	6,2 – 9,7	34,1	30,5 – 37,9	7,4	4,9 – 10,0	7,2	9,5	16,8	21,7
30 Burundi	33,4	33,9	30,4 – 37,5	7,6	6,0 – 9,1	32,9	29,3 – 36,9	7,7	5,4 – 10,3	6,7	8,5	16,5	20,5
31 Cabo Verde	58,4	56,9	53,7 – 60,2	11,3	9,8 – 12,8	60,0	56,3 – 63,8	12,0	10,0 – 14,1	9,6	12,3	14,4	17,0
32 Camboya	47,1	45,6	43,1 – 48,0	9,0	7,8 – 10,3	48,7	45,4 – 52,4	10,1	8,0 – 12,2	7,8	9,8	14,7	16,8
33 Camerún	40,4	40,9	37,6 – 44,0	8,4	6,2 – 10,6	39,9	36,7 – 43,2	8,0	5,7 – 10,5	8,1	10,5	16,5	20,8
34 Canadá	70,0	68,3	66,9 – 69,7	15,4	14,6 – 16,3	71,7	70,0 – 73,5	17,8	17,0 – 18,6	7,7	9,8	10,2	12,0
35 Chad	39,3	38,6	35,3 – 43,7	7,4	5,5 – 9,4	39,9	36,1 – 44,5	7,5	4,6 – 10,5	8,7	11,2	18,4	22,0
36 Chile	65,5	63,5	61,5 – 66,0	13,1	11,8 – 14,5	67,4	64,5 – 70,3	15,7	14,4 – 17,1	9,0	12,1	12,4	15,2
37 China	62,1	60,9	59,5 – 62,5	11,8	11,0 – 12,8	63,3	59,1 – 65,8	14,3	13,6 – 15,1	8,0	9,7	11,6	13,2
38 Chipre	66,3	66,4	64,6 – 68,7	14,5	12,9 – 16,3	66,2	63,4 – 68,8	14,1	12,8 – 15,7	8,4	12,7	11,2	16,1
39 Colombia	60,9	58,6	56,2 – 61,0	12,9	11,6 – 14,2	63,3	59,8 – 66,2	14,0	12,8 – 15,1	8,6	11,8	12,8	15,7
40 Comoras	46,0	46,2	42,8 – 49,6	8,0	6,6 – 9,5	45,8	41,4 – 50,3	7,7	5,4 – 9,9	9,1	12,3	16,4	21,1
41 Congo	42,6	42,5	39,3 – 47,0	8,7	7,0 – 11,0	42,8	39,1 – 47,2	8,9	6,1 – 11,7	7,7	10,1	15,3	19,1
42 Costa Rica	65,3	64,2	61,9 – 66,9	14,0	12,4 – 15,6	66,4	63,1 – 69,2	15,6	14,2 – 17,1	9,2	12,4	12,6	15,7
43 Côte d'Ivoire	39,0	39,1	36,7 – 42,6	8,6	7,3 – 10,1	38,9	35,9 – 42,1	8,5	5,9 – 11,2	7,2	9,5	15,6	19,7
44 Croacia	64,0	60,8	59,5 – 62,0	11,4	10,8 – 12,1	67,1	64,7 – 69,2	15,2	14,6 – 15,8	9,0	10,6	12,9	13,6
45 Cuba	65,9	65,1	63,0 – 67,2	14,5	13,4 – 15,6	66,7	64,4 – 68,8	15,5	14,1 – 16,9	8,6	10,9	11,6	14,0
46 Dinamarca	69,5	68,9	67,5 – 70,3	15,7	14,9 – 16,6	70,1	68,2 – 72,0	16,5	15,8 – 17,3	5,3	8,4	7,2	10,7
47 Djibouti	35,1	35,6	31,3 – 40,4	7,4	5,5 – 9,5	34,6	30,1 – 39,6	7,0	4,6 – 9,6	7,8	10,1	18,0	22,5
48 Dominica	64,6	63,2	59,7 – 66,1	14,4	13,1 – 15,9	66,1	63,3 – 69,3	16,4	14,8 – 18,1	9,4	12,2	13,0	15,6
49 Ecuador	60,3	58,4	55,4 – 61,3	12,7	11,3 – 14,0	62,2	58,6 – 66,0	14,4	12,4 – 16,5	9,9	12,0	14,5	16,2
50 Egipto	57,1	57,1	55,4 – 58,8	9,9	8,6 – 11,2	57,0	54,1 – 59,3	10,0	8,9 – 11,2	8,3	12,0	12,6	17,4
51 El Salvador	57,3	55,3	52,0 – 58,7	11,9	10,5 – 13,5	59,4	55,3 – 63,3	13,3	10,7 – 15,9	11,0	13,9	16,6	19,0
52 Emiratos Árabes Unidos	63,1	62,3	60,0 – 64,5	11,5	9,8 – 13,2	63,9	59,9 – 66,9	13,3	11,8 – 14,7	10,0	12,5	13,8	16,4
53 Eritrea	41,0	41,4	38,1 – 45,0	8,3	6,5 – 10,0	40,5	36,5 – 45,0	8,1	5,6 – 10,7	7,7	10,4	15,7	20,4
54 Eslovaquia	62,4	59,6	58,1 – 60,9	10,7	9,9 – 11,6	65,2	62,3 – 67,5	14,0	13,2 – 14,9	9,7	12,3	14,0	15,9
55 Eslovenia	66,9	64,5	62,1 – 66,7	13,6	12,8 – 14,3	69,3	66,5 – 71,9	16,7	15,4 – 18,0	7,4	10,2	10,3	12,8

Estado Miembro	Esperanza de vida sana ^a (años)								Pérdida de vida sana previsible al nacer (años)		Porcentaje de pérdida de esperanza de vida total		
	Población total	Hombres				Mujeres				Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
		Al nacer	Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre	Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años					Intervalo de incertidumbre
56 España	70,6	68,7	67,3 – 70,3	15,8	14,9 – 16,8	72,5	70,3 – 74,2	18,3	17,5 – 19,1	6,6	9,8	8,8	11,9
57 Estados Unidos de América ^b	67,2	65,7	63,8 – 67,5	15,0	14,0 – 16,0	68,8	66,5 – 71,0	16,8	15,8 – 17,9	8,2	10,7	11,1	13,4
58 Estonia	60,8	56,2	54,7 – 57,6	10,0	9,1 – 10,9	65,4	62,5 – 67,7	14,8	14,0 – 15,8	9,3	11,0	14,2	14,4
59 Etiopía	35,4	35,7	32,2 – 40,9	7,7	5,8 – 9,7	35,1	30,4 – 40,9	7,5	4,9 – 10,3	7,1	9,6	16,6	21,4
60 Ex República Yugoslava de Macedonia	64,9	63,9	62,0 – 65,6	12,5	11,7 – 13,4	65,9	64,1 – 67,6	14,3	13,3 – 15,2	6,3	8,9	9,0	12,0
61 Federación de Rusia	55,5	50,3	48,6 – 52,4	8,2	7,3 – 8,9	60,6	57,0 – 63,3	12,2	11,5 – 13,0	9,1	11,4	15,3	15,8
62 Fiji	59,6	58,7	55,9 – 61,3	11,2	9,6 – 12,7	60,5	56,9 – 64,3	12,7	10,8 – 14,4	8,3	10,7	12,3	15,1
63 Filipinas	59,0	57,0	54,3 – 59,4	11,5	10,3 – 12,6	60,9	57,7 – 64,3	13,6	11,9 – 15,5	7,7	10,2	11,9	14,3
64 Finlandia	68,8	66,1	64,9 – 67,2	14,8	14,0 – 15,4	71,5	69,9 – 73,0	17,9	17,4 – 18,5	7,6	9,5	10,3	11,7
65 Francia	70,7	68,5	67,4 – 69,5	16,6	15,9 – 17,2	72,9	71,4 – 74,5	19,4	18,9 – 20,0	6,7	10,2	8,9	12,2
66 Gabón	46,6	46,8	42,9 – 50,0	9,2	7,7 – 10,8	46,5	42,6 – 49,9	9,3	7,6 – 11,2	7,8	10,4	14,2	18,4
67 Gambia	46,9	47,3	44,1 – 50,6	8,5	6,8 – 10,3	46,6	42,4 – 50,8	8,1	6,0 – 10,5	8,6	12,1	15,4	20,6
68 Georgia	58,2	56,1	54,1 – 58,3	9,5	8,5 – 10,5	60,2	57,3 – 62,8	11,1	10,3 – 11,9	9,6	11,6	14,6	16,1
69 Ghana	46,7	46,5	43,4 – 49,7	8,9	6,9 – 10,8	46,9	43,5 – 51,1	9,0	6,5 – 11,3	8,5	11,0	15,5	18,9
70 Granada	61,9	62,1	59,5 – 65,1	14,0	12,6 – 15,4	61,8	57,8 – 65,7	14,1	12,0 – 16,4	8,8	11,5	12,4	15,7
71 Grecia	71,0	69,7	68,5 – 70,8	16,0	15,2 – 16,6	72,3	69,9 – 74,0	17,6	17,1 – 18,3	5,7	8,5	7,6	10,5
72 Guatemala	54,7	53,5	49,9 – 57,2	11,3	9,1 – 13,6	56,0	52,3 – 59,7	11,7	10,0 – 13,5	10,1	12,6	15,8	18,3
73 Guinea	40,3	40,4	36,7 – 44,0	7,3	5,6 – 9,1	40,1	35,9 – 45,5	7,0	3,9 – 10,3	8,6	11,9	17,5	22,8
74 Guinea Ecuatorial	44,8	44,9	40,6 – 48,7	8,7	7,1 – 10,3	44,8	40,2 – 49,4	8,3	5,8 – 10,9	8,7	11,4	16,2	20,2
75 Guinea-Bissau	36,6	36,7	33,6 – 39,8	7,2	5,1 – 9,1	36,4	33,0 – 40,3	7,1	4,1 – 10,1	7,7	10,5	17,4	22,3
76 Guyana	52,1	51,4	48,3 – 54,6	10,3	9,1 – 11,6	52,8	47,7 – 58,4	11,1	8,9 – 13,6	10,1	1		

Cuadro 4. Esperanza de vida sana (EVAS) en todos los Estados Miembros, estimaciones para 2000

Estado Miembro	Esperanza de vida sana ^a (años)									Pérdida de vida sana previsible al nacer (años)		Porcentaje de pérdida de esperanza de vida total		
	Población total	Hombres				Mujeres				Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
		Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre	Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre					
111	Malta	70,4	68,7	67,3 – 70,2	15,6	14,7 – 16,5	72,1	69,7 – 74,1	17,7	16,9 – 18,5	6,7	8,6	8,9	10,7
112	Marruecos	54,9	55,3	53,4 – 57,3	9,9	8,4 – 11,4	54,5	51,3 – 57,2	10,0	8,7 – 11,2	10,8	16,0	16,3	22,7
113	Mauricio	60,5	58,6	55,6 – 61,3	10,1	8,6 – 11,5	62,5	58,4 – 66,3	12,3	10,1 – 14,6	9,1	12,2	13,4	16,3
114	Mauritania	41,5	42,1	37,7 – 46,3	7,8	5,7 – 10,0	40,8	35,5 – 46,0	7,1	3,7 – 10,3	9,6	12,7	18,5	23,8
115	México	64,2	63,1	60,8 – 65,2	14,5	13,1 – 16,0	65,3	61,5 – 68,1	15,0	13,8 – 16,4	7,9	10,9	11,2	14,3
116	Micronesia, Estados Federados de	56,6	55,8	52,8 – 58,8	11,0	9,5 – 12,5	57,5	54,0 – 61,0	12,0	10,6 – 13,4	8,0	10,3	12,5	15,2
117	Mónaco	71,7	69,4	67,5 – 72,1	17,2	16,0 – 18,8	73,9	71,1 – 76,7	20,2	18,4 – 22,4	7,4	10,5	9,6	12,4
118	Mongolia	52,4	50,3	46,3 – 54,3	10,8	9,0 – 12,6	54,5	50,8 – 58,2	12,7	10,4 – 15,1	10,9	12,4	17,8	18,5
119	Mozambique	31,3	31,5	28,9 – 34,9	7,3	5,4 – 9,6	31,1	28,1 – 34,7	7,3	5,4 – 9,7	6,4	8,4	17,0	21,3
120	Myanmar	49,1	47,7	43,8 – 51,6	9,2	7,6 – 10,9	50,5	45,7 – 54,3	10,1	7,8 – 12,1	8,5	10,7	15,1	17,4
121	Namibia	35,6	36,5	32,5 – 41,2	9,2	7,4 – 11,0	34,7	31,4 – 38,8	9,1	6,6 – 11,7	6,3	7,9	14,8	18,6
122	Nauru	52,9	50,4	47,0 – 54,4	7,9	6,6 – 9,5	55,4	51,0 – 60,2	10,5	8,2 – 13,2	8,3	11,1	14,1	16,7
123	Nepal	45,8	47,5	44,4 – 51,1	10,2	8,3 – 12,0	44,2	39,1 – 49,8	9,6	6,3 – 12,7	11,0	13,8	18,8	23,9
124	Nicaragua	56,9	55,8	51,8 – 60,3	11,3	9,6 – 13,4	58,0	54,3 – 62,4	12,5	10,6 – 14,7	10,6	13,0	16,0	18,3
125	Níger	33,1	33,9	30,9 – 37,7	6,6	3,8 – 9,3	32,4	27,1 – 37,6	5,8	3,2 – 8,4	8,8	11,5	20,7	26,2
126	Nigeria	41,6	42,1	39,2 – 45,0	8,4	6,8 – 10,0	41,1	37,7 – 45,0	8,2	6,4 – 10,1	7,7	10,3	15,5	20,1
127	Niue	61,1	60,8	57,1 – 64,2	13,0	11,4 – 14,7	61,4	58,6 – 65,2	13,8	11,9 – 16,2	8,7	11,4	12,6	15,6
128	Noruega	70,5	68,8	67,0 – 70,5	15,8	14,8 – 16,8	72,3	70,2 – 74,6	18,2	16,9 – 19,5	6,9	9,1	9,2	11,2
129	Nueva Zelandia	70,8	69,5	68,0 – 71,0	16,7	15,8 – 17,7	72,1	69,8 – 74,0	18,8	17,9 – 19,6	6,4	8,9	8,5	11,0
130	Oman	59,7	59,2	57,2 – 61,4	10,3	8,8 – 11,9	60,3	56,6 – 63,1	12,0	10,5 – 13,5	10,3	13,2	14,8	17,9
131	Países Bajos ^b	69,7	68,2	67,1 – 69,3	15,2	14,6 – 15,9	71,2	69,7 – 72,7	17,8	17,2 – 18,4	7,3	9,7	9,6	12,0
132	Pakistán ^b	48,1	50,2	46,6 – 54,2	9,8	8,7 – 11,2	46,1	41,5 – 51,1	8,7	5,6 – 11,8	10,0	14,7	16,6	24,1
133	Palau	57,7	56,5	54,3 – 58,6	9,5	8,4 – 10,3	58,9	55,7 – 62,4	10,7	9,2 – 12,2	8,2	10,4	12,6	15,0
134	Panamá	63,9	62,6	60,1 – 65,1	13,7	12,4 – 14,9	65,3	62,6 – 68,0	15,3	13,8 – 16,8	8,9	11,0	12,5	14,4
135	Papua Nueva Guinea	46,8	46,6	42,8 – 50,5	9,2	7,7 – 10,6	47,1	43,6 – 50,9	10,5	8,7 – 12,1	8,5	10,4	15,4	18,1
136	Paraguay	60,9	59,9	56,7 – 63,4	12,3	10,4 – 14,3	61,9	58,8 – 65,5	14,0	12,4 – 15,6	10,3	12,3	14,7	16,6
137	Perú	58,8	57,8	55,2 – 60,6	12,0	10,5 – 13,6	59,8	56,2 – 63,6	13,6	11,6 – 15,8	8,9	11,8	13,4	16,4
138	Polonia	61,8	59,3	57,9 – 60,5	10,9	10,1 – 11,7	64,3	61,2 – 66,7	13,8	12,9 – 14,6	10,0	13,4	14,4	17,2
139	Portugal	66,3	63,9	62,5 – 65,4	13,6	12,7 – 14,4	68,6	66,2 – 70,5	16,0	15,3 – 16,7	7,8	10,7	10,9	13,5
140	Qatar	60,6	59,3	56,5 – 62,6	9,2	7,0 – 11,4	61,8	58,4 – 65,4	11,6	9,8 – 13,6	11,1	13,2	15,7	17,6
141	Reino Unido	69,9	68,3	66,8 – 69,7	15,3	14,4 – 16,1	71,4	69,2 – 73,1	17,4	16,7 – 18,1	6,5	8,5	8,7	10,6
142	República Árabe Siria	59,6	59,6	56,6 – 62,3	11,2	9,1 – 13,2	59,5	55,7 – 63,0	11,6	9,3 – 13,7	9,7	12,9	14,0	17,9
143	República Centroafricana	34,1	34,7	31,6 – 38,2	8,2	6,6 – 9,8	33,6	30,3 – 37,3	7,9	5,9 – 9,8	6,9	8,9	16,7	20,9
144	República Checa	65,6	62,9	61,3 – 64,4	13,0	12,2 – 13,8	68,3	65,7 – 70,5	15,8	15,2 – 16,4	8,6	9,9	12,0	12,6
145	República de Corea	66,0	63,2	60,8 – 65,3	12,3	11,1 – 13,4	68,8	64,0 – 71,4	16,0	15,1 – 17,0	7,3	9,5	10,3	12,1
146	República de Moldova	58,4	55,4	52,4 – 57,9	10,2	8,8 – 11,4	61,5	59,1 – 64,3	12,5	11,1 – 13,9	7,7	8,9	12,3	12,7
147	República Democrática del Congo	34,4	34,4	31,6 – 39,4	7,2	5,9 – 8,8	34,4	30,5 – 39,3	7,4	5,1 – 9,6	7,2	9,6	17,4	21,9
148	República Democrática Popular de Corea	55,4	54,9	51,5 – 58,4	11,1	10,0 – 12,4	56,0	52,2 – 59,8	12,1	10,6 – 13,8	9,6	11,2	14,8	16,7
149	República Democrática Popular Lao	44,7	43,7	39,1 – 47,5	9,6	8,1 – 11,2	45,7	40,6 – 49,6	10,6	8,4 – 12,7	8,6	10,4	16,4	18,5
150	República Dominicana	56,2	54,7	50,9 – 58,2	12,3	11,0 – 13,5	57,7	53,4 – 61,9	13,0	11,0 – 15,0	10,8	14,0	16,4	19,5
151	República Unida de Tanzania	38,1	38,6	35,4 – 42,7	7,8	5,9 – 9,8	37,5	34,0 – 41,1	7,7	5,2 – 10,2	7,2	9,6	15,7	20,4
152	Rumania	61,7	59,5	57,4 – 61,4	12,1	11,0 – 12,9	64,0	61,6 – 66,8	14,4	13,1 – 15,7	6,8	9,5	10,2	12,9
153	Rwanda	31,9	32,0	29,6 – 36,5	7,0	4,8 – 9,4	31,8	28,3 – 36,2	7,2	5,3 – 9,2	6,5	8,7	17,0	21,5
154	Saint Kitts y Nevis	59,6	57,6	54,7 – 60,7	10,3	9,4 – 11,3	61,5	57,8 – 65,6	12,6	10,8 – 14,5	8,4	10,5	12,8	14,5
155	Samoa	59,9	58,2	55,6 – 60,6	12,3	10,9 – 13,7	61,6	59,0 – 64,4	14,3	12,7 – 16,0	8,5	11,3	12,7	15,6
156	San Marino	72,0	69,7	68,0 – 71,8	15,9	14,8 – 17,0	74,3	72,2 – 76,4	19,9	18,4 – 21,5	6,5	9,5	8,5	11,4
157	San Vicente y las Granadinas	60,9	59,7	57,1 – 62,2	12,1	11,0 – 13,3	62,1	59,1 – 65,0	14,1	12,5 – 15,7	8,0	11,3	11,9	15,4
158	Santa Lucía	62,0	60,7	58,1 – 63,0	12,5	11,3 – 13,8	63,3	60,0 – 66,5	13,9	12,1 – 15,6	8,5	10,9	12,2	14,7
159	Santo Tomé y Príncipe	50,0	50,3	46,8 – 53,6	9,6	8,0 – 11,0	49,7	44,8 – 54,7	9,2	7,5 – 10,6	10,0	12,2	16,6	19,8
160	Senegal	44,9	45,2	42,1 – 48,0	8,4	6,8 – 9,8	44,5	40,9 – 48,4	8,0	5,0 – 11,1	8,8	11,6	16,3	20,7

Estado Miembro	Esperanza de vida sana ^a (años)									Pérdida de vida sana previsible al nacer (años)		Porcentaje de pérdida de esperanza de vida total		
	Población total	Hombres				Mujeres				Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
		Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre	Al nacer	Intervalo de incertidumbre	A los 60 años	Intervalo de incertidumbre					
161	Seychelles	58,7	57,0	54,1 – 59,7	9,4	7,2 – 11,5	60,4	57,1 – 64,0	10,7	8,8 – 13,1	9,5	13,8	14,3	18,6
162	Sierra Leona	29,5	29,7	26,4 – 36,0	6,5	4,7 – 8,8	29,3	25,2 – 35,1	6,0	2,9 – 9,5	7,3	9,6	19,6	24,6
163	Singapur	67,8	66,8	64,3 – 69,0	14,5	13,1 – 15,8	68,9	65,8 – 71,7	16,2	14,6 – 18,0	8,6	11,3	11,4	14,1
164	Somalia	35,1	35,5	32,5 – 38,9	7,3	5,2 – 9,5	34,7	30,6 – 38,8	6,4	2,6 – 9,7	8,3	11,2	18,9	24,4
165	Sri Lanka	61,1	58,6	55,7 – 61,5	12,5	10,9 – 14,1	63,6	61,0 – 67,0	14,6	12,8 – 16,6	9,0	11,7	13,4	15,6
166	Sudáfrica	43,2	43,0	41,1 – 45,0	9,1	7,9 – 10,5	43,5	40,5 – 46,4	10,4	8,7 – 12,1	6,6	8,6	13,3	16,5
167	Sudán	45,1	45,7	42,2 – 49,3	8,3	6,5 – 10,1	44,4	39,2 – 50,2	7,8	5,8 – 9,6	9,8	13,4	17,6	23,1
168	Suecia	71,4	70,1	68,7 – 71,6	16,8	15,9 – 17,7	72,7	70,6 – 74,6	18,7	18,0 – 19,4	7,2	9,2	9,3	11,3
169	Suiza	72,1	70,4	68,7 – 72,1	17,0	16,1 – 17,9	73,7	71,3 – 75,7	19,7	19,0 – 20,4	6,2	8,8	8,1	10,7
170	Suriname	60,6	59,5	57,0 – 61,9	12,2	11,0 – 13,6	61,7	58,5 – 64,6	13,3	11,5 – 15,1	8,5	11,9	12,5	16,1
171	Swazilandia	38,2	38,8	34,1 – 44,2	9,3	7,0 – 11,5	37,6	32,6 – 42,7	9,6	7,5 – 12,0	6,0	8,0	13,3	17,4
172	Tailandia	59,7	57,7	55,7 – 59,7	13,2	12,1 – 14,3	61,8	57,9 – 64,9	14,4	13,4 – 15,5	8,4	10,5	12,6	14,6
173	Tayikistán	50,8	49,6	46,2 – 53,2	9,0	7,1 – 11,0	52,0	47,8 – 56,1	10,3	7,7 – 12,8	10,8	12,7	17,9	19,7
174	Togo	42,7	42,7	39,3 – 46,5	8,6	6,7 – 10,7	42,7	39,3 – 46,8	8,6	6,5 – 10,9	7,9	10,3	15,5	19,4
175	Tonga	60,7	59,3	57,0 – 61,9	11,6	10,3 – 13,0	62,0	58,4 – 65,2	13,6	12,3 – 15,0	8,1	10,8	12,0	14,9
176	Trinidad y Tabago	61,7	60,3	57,9 – 63,1	11,6	10,2 – 13,1	63,0	59,0 – 65,8	13,3	12,1 – 14,5	8,2	10,7	12,0	14,5
177	Túnez	61,4	61,0	59,2 – 62,9	11,4	10,6 – 12,2	61,7	58,0 – 65,4	12,6	10,6 – 14,7	8,2	11,7	11,8	15,9
178	Turkmenistán	52,1	51,2	48,3 – 54,3	8,8	7,5 – 10,3	53,0	50,1 – 56,7	9,5	7,9 – 11,1	8,8	11,9	14,7	18,3
179	Turquía	58,7	56,8	55,4 – 58,2	11,2	10,3 – 12,1	60,5	57,4 – 63,2	13,4	12,7 – 14,2	10,0	12,0	14,9	16,5
180	Tuvalu	57,0	56,4	54,0 – 58,9	9,9	8,8 – 11,0	57,6	54,0 – 61,0	11,5	8,8 – 13,7	7,2	10,0	11,3	14,8
181	Ucrania	56,8	52,3	51,0 – 53,7	8,1	7,3 – 8,9	61,3	58,0 – 63,5	11,8	11,3 – 12,5	10,3	12,0	16,4	16,4
182	Uganda	35,7	36,2	33,4 – 39,8	7,7	6,2 – 9,3	35,2	31,1 – 39,6	7,4	4,9 – 10,0	7,2	9,4	16,7	21,1
183	Uruguay	64,1	61,7	59,0 – 64,6	12,6	11,6 – 13,6	66,5	63,5 – 69,4						

Cuadro 5. Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud de todos los Estados Miembros, estimaciones para 1997 y 1998

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB		Gasto público en salud como % del gasto sanitario total		Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total		Gasto público en salud como % de los gastos generales del Estado		Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto público en salud		Gasto sanitario financiado mediante impuestos como % del gasto público en salud		Recursos externos para la salud como % del gasto público en salud		Seguros médicos privados como % del gasto privado en salud		Gasto directo en salud como % del gasto privado en salud		Gasto sanitario total per cápita al tipo de cambio oficial (US\$)		Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)		Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales		Gasto público per cápita en dólares internacionales	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
	1 Afganistán	1,4	1,6	52,6	57,7	47,4	42,3	3,6	4,2	0,0	0,0	92,5	96,2	7,5	3,8	0,0	0,0	100	100	6	8	3	5	9	11	5	6
2 Albania	3,8	3,7	71,5	70,2	28,5	29,8	9,5	8,7	17,5	19,8	81,6	77,9	0,9	2,3	45,9	45,1	54,1	54,9	28	36	20	25	104	128	74	90
3 Alemania	10,5	10,3	76,6	75,8	23,4	24,2	16,7	16,4	90,7	91,6	9,3	8,3	0,0	0,0	29,5	29,5	52,2	52,8	2 708	2 697	2 074	2 044	2 225	2 382	1 703	1 806
4 Andorra	9,3	10,6	86,6	89,0	13,4	11,0	22,1	24,8	84,8	66,6	15,3	33,4	0,0	0,0	...	...	100	100	1 307	1 566	1 132	1 394	1 912	2 226	1 655	1 982
5 Angola	4,1	4,6	47,9	53,8	52,1	46,2	6,1	6,4	0,0	0,0	89,1	87,5	10,9	12,5	0,0	0,0	100	100	26	24	13	13	58	60	28	32
6 Antigua y Barbuda	5,5	5,3	62,9	63,3	37,1	36,7	15,0	15,0	0,0	0,0	91,7	91,1	8,3	8,9	...	...	100	100	480	498	302	315	517	527	326	333
7 Arabia Saudita	4,0	4,1	80,2	77,5	19,8	22,5	9,4	10,9	0,0	0,0	100	100	...	0,0	10,5	9,5	31,9	38,1	310	316	248	245	461	459	370	356
8 Argelia	4,0	4,1	79,8	80,2	20,2	19,8	11,3	12,4	66,7	66,7	33,3	33,3	...	...	0,0	0,0	100	100	67	71	54	57	140	148	112	118
9 Argentina	8,0	8,1	55,2	55,0	44,8	45,0	20,1	20,0	60,2	59,5	39,7	40,4	0,2	0,2	24,8	24,8	75,2	75,2	657	667	363	366	995	1 019	549	560
10 Armenia	7,8	7,4	41,5	42,9	58,5	57,1	12,2	13,0	0,0	0,0	92,1	88,8	7,9	11,2	0,0	0,0	100	100	34	37	14	16	165	174	69	75
11 Australia	8,4	8,6	69,3	69,9	30,7	30,1	16,6	16,8	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	29,2	24,8	49,5	53,5	1 680	1 672	1 164	1 172	1 950	2 080	1 351	1 457
12 Austria	7,9	8,0	71,4	71,8	28,6	28,2	11,1	11,2	59,5	59,6	40,5	40,4	0,0	0,0	27,0	25,9	58,8	58,8	2 024	2 097	1 445	1 506	1 723	1 919	1 231	1 377
13 Azerbaiyán	2,3	2,5	73,4	73,1	26,6	26,9	7,6	6,5	0,0	0,0	92,2	92,1	7,8	7,9	0,0	0,0	100	100	11	13	8	9	42	49	31	36
14 Bahamas	6,5	6,8	53,7	55,7	46,3	44,3	13,7	15,9	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	...	...	92,6	92,6	726	778	390	434	859	910	461	507
15 Bahrein	5,0	4,7	71,3	70,6	28,7	29,4	10,7	10,0	0,0	0,0	100	100	...	0,0	8,2	8,3	91,8	91,7	469	441	334	312	672	611	479	431
16 Bangladesh	3,8	3,8	34,7	36,5	65,3	63,5	5,8	6,9	0,0	0,0	87,4	89,0	12,6	11,0	0,0	0,0	95,0	93,9	10	12	4	4	40	42	14	16
17 Barbados	6,4	6,4	60,2	61,1	39,8	38,9	11,6	11,8	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	19,6	19,5	80,4	80,5	532	571	320	349	843	873	507	533
18 Belarus	6,2	6,1	87,2	86,1	12,8	13,9	11,6	11,9	0,0	0,0	99,9	99,1	0,1	0,9	0,0	0,0	100	100	83	79	73	68	293	477	256	411
19 Bélgica	8,6	8,6	71,0	71,2	29,0	28,8	11,9	12,0	88,0	88,0	12,0	12,0	0,0	0,0	6,8	7,0	46,7	48,0	2 063	2 110	1 465	1 502	1 944	2 122	1 380	1 510
20 Belice	4,9	5,8	52,9	59,9	47,1	40,1	8,1	10,4	0,0	0,0	95,8	97,0	4,2	3,0	0,0	0,0	100	100	143	170	76	102	246	293	130	176
21 Benin	3,1	3,2	48,5	49,4	51,5	50,6	6,0	6,3	0,0	0,0	85,8	83,4	14,2	16,6	0,0	0,0	100	100	11	12	6	6	23	24	11	12
22 Bhután	3,7	3,8	90,4	90,3	9,6	9,7	10,1	12,2	0,0	0,0	70,3	72,5	29,7	27,5	0,0	0,0	100	100	23	23	21	21	68	71	62	64
23 Bolivia	4,7	5,0	63,9	65,6	36,1	34,4	9,1	10,0	65,3	64,8	24,9	25,8	9,8	9,4	7,8	7,8	85,7	85,7	48	53	31	35	109	119	70	78
24 Bosnia y Herzegovina	4,0	3,9	55,4	57,1	44,6	42,9	6,2	6,4	0,0	0,0	69,1	71,3	30,9	28,7	0,0	0,0	100	100	13	15	7	9	178	205	99	117
25 Botswana	3,4	3,5	70,5	70,7	29,5	29,3	5,9	5,5	0,0	0,0	98,5	98,9	1,5	1,1	52,9	48,1	37,1	41,3	119	120	84	85	196	207	138	147
26 Brasil	6,5	6,9	40,3	48,2	59,7	51,8	9,7	9,0	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	48,0	53,2	52,0	46,8	316	320	127	154	454	470	183	227
27 Brunei Darussalam	5,4	5,7	40,6	43,5	59,4	56,5	4,5	5,0	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	0,0	0,0	100	100	956	872	389	379	992	985	403	428
28 Bulgaria	4,4	4,1	80,0	78,3	20,0	21,7	8,9	8,1	10,5	14,3	89,5	85,7	...	0,0	0,0	0,0	93,5	93,5	54	61	43	48	156	161	125	126
29 Burkina Faso	4,0	4,0	67,6	67,7	32,4	32,3	10,6	10,6	0,0	0,0	60,0	68,1	40	31,9	0,0	0,0	100	100	9	9	6	6	30	32	20	21
30 Burundi	2,1	2,3	42,2	41,2	57,8	58,8	4,0	3,9	0,0	0,0	69,4	66,3	30,6	33,7	0,0	0,0	100	100	3	3	1	1	10	11	4	5
31 Cabo Verde	2,6	2,6	71,8	69,0	28,2	31,0	4,7	4,3	0,0	0,0	75,8	67,3	24,2	32,7	...	...	100	100	34	35	24	24	76	83	54	57
32 Camboya	7,2	7,2	9,4	8,4	90,6	91,6	7,0	6,1	0,0	0,0	49,0	34,1	51,0	65,9	0,0	0,0	100	100	18	16	2	1	54	54	5	5
33 Camerún	2,8	2,7	29,4	30,9	70,6	69,1	5,7	5,6	0,0	0,0	63,8	57,4	36,2	42,6	...	...	81,6	80,8	17	17	5	5	32	33	9	10
34 Canadá	9,0	9,3	69,9	70,1	30,1	29,9	14,2	14,7	1,6	1,7	98,4	98,3	0,0	0,0	36,1	37,5	56,9	55,6	1 876	1 847	1 311	1 296	2 183	2 363	1 525	1 657
35 Chad	3,1	2,9	79,3	78,6	20,7	21,4	13,2	12,6	0,0	0,0	78,0	65,7	22,0	34,3	0,0	0,0	100	100	7	7	5	5	19	19	15	15
36 Chile	7,2	7,5	37,9	39,6	62,1	60,4	12,1	12,4	83,6	75,7	16,0	23,9	0,4	0,4	33,7	33,8	66,3	66,2	371	369	141	146	642	664	243	263
37 China	4,2	4,5	39,4	38,8	60,6	61,2	13,6	12,8	87,0	80,1	12,6	19,3	0,4	0,6	0,0	0,0	78,9	80,2	31	34	12	13	127	143	50	55
38 Chipre	6,4	6,3	36,3	37,9	63,7	62,1	6,3	6,4	80,9	80,0	19,1	20,0	0,0	0,0	...	...	97,9	96,9	714	728	259	276	904	966	328	367
39 Colombia	9,3	9,3	57,6	54,8	42,4	45,2	18,2	17,4	40,3	38,4	59,5	61,3	0,2	0,2	38,9	38,6	61,1	61,4	247	226	142	124	433	413	249	227
40 Comoras	4,5	4,9	68,2	71,8	31,8	28,2	8,7	9,4	0,0	0,0	75,8	76,0	24,2	24,0	0,0	0,0	100	100	13	15	9	11	36	40	25	28
41 Congo	2,8	3,0	64,6	67,2	35,4	32,8	4,8	4,3	0,0	0,0	84,5	80,3	15,5	19,7	0,0	0,0	100	100	24	20	15	14	45	48	29	33
42 Costa Rica	7,0	6,8	78,3	77,4	21,7	22,6	21,6	20,7	84,9	89,5	14,5	9,9	0,6	0,6	3,0	3,0	97,0	97,0	239	245	187	189	448	460	351	356
43 Côte d'Ivoire	3,0	2,9	46,0	46,7	54,0	53,3	5,7	6,0	0,0	0,0	81,6	82,3	18,4	17,7	14,9	14,0	85,1	86,0	21	22	10	10	47	50	22	23
44 Croacia	8,2	8,8	80,5	81,7	19,5	18,3	13,2	13,7	92,6	86,1	7,4	13,9	...	0,0	0,0	0,0	100	100	354	408	285	334	549	623	442	509
45 Cuba	6,3	6,4	87,5	87,6	12,5	12,4	10,0	10,3	20,9	19,4	79,0	80,5	0,1	0,1	0,0	0,0	100	100	131	138	114	121	282	303	247	266
46 Dinamarca	8,2	8,3	82,3	81,9	17,7	18,1	12,1	12,5	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	7,9	8,2	92,1	91,8	2 637	2 737	2 170	2 241	1 953	2 138	1 607	1 751
47 Djibouti	4,6	4,9	44,4	46,3	55,6	53,7	5,7	5,9	0,0	0,0	96,7	95,7	3,3	4,3	0,0	0,0	29,8	29,7	39	41	18	19	84	88	37	41
48 Dominica	5,9	5,8	69,6	68,4	30,4	31,6	10,9	10,9	0,0	0,0	97,5	97,5	2,5	2,5	17,6	17,0	82,4	83,0	204	212	142	145	293	303	204	208
49 Ecuador	3,7	3,6	50,8	45,9	49,2	54,1	7,0	6,8	48,8	44,1	49,1	53,5	2,1	2,4	10,5	10,3	65,4	63,8	62	59	31	27	124	119	63	55
50 Egipto	4,3	4,6	31,8	30,8	68,2	69,2	4,5	4,4	39,6	39,5	56,1	55,2	4,3	5,3	0,4	0,4	93,2	93,8	51	56	16	17	132	144	42	44

Cuadro 5. Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud de todos los Estados Miembros, estimaciones para 1997 y 1998

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB		Gasto público en salud como % del gasto sanitario total		Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total		Gasto público en salud como % de los gastos generales del Estado		Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto público en salud		Gasto sanitario financiado mediante impuestos como % del gasto público en salud		Recursos externos para la salud como % del gasto público en salud		Seguros médicos privados como % del gasto privado en salud		Gasto directo en salud como % del gasto privado en salud		Gasto sanitario total per cápita al tipo de cambio oficial (US\$)		Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)		Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales		Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales			
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998		
	51	El Salvador	8,1	8,3	38,7	42,5	61,3	57,5	21,1	22,0	43,3	41,7	47,8	51,5	8,9	6,8	2,7	3,3	97,1	96,7	51	153	164	59	70	328	343	127	146
52	Emiratos Árabes Unidos	3,7	4,1	79,3	79,7	20,7	20,3	7,9	7,4	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	19	19,9	65,9	64,7	52	729	752	578	600	743	739	589	589
53	Eritrea	4,4	5,4	65,8	66,1	34,2	33,9	5,3	4,5	0,0	0,0	83,1	82,6	16,9	17,4	0,0	0,0	100	100	53	9	10	6	7	37	47	25	31
54	Eslovaquia	7,1	6,3	91,4	90,7	8,6	9,3	13,7	12,5	66,2	73,4	33,8	26,6	...	0,1	...	...	83,3	85,2	54	270	251	247	228	695	652	635	592
55	Eslovenia	8,9	8,7	79,3	78,7	20,7	21,3	16,3	15,6	96,3	98,6	3,7	1,4	0,0	0,0	48,1	49,1	51,9	50,9	55	811	852	643	671	1 240	1 340	984	1 055
56	España	7,1	7,0	76,6	76,8	23,4	23,2	13,5	14,3	13,6	11,7	86,4	88,3	0,0	0,0	23,4	23,6	76,6	76,4	56	995	1 026	762	788	1 104	1 215	846	933
57	Estados Unidos de América	13,0	12,9	45,5	44,8	54,5	55,2	17,3	16,9	31,9	33,2	68,1	66,8	0,0	0,0	60,6	60,7	28,2	28,3	57	3 915	4 055	1 780	1 817	3 915	4 055	1 780	1 817
58	Estonia	6,3	6,0	88,5	86,3	11,5	13,7	15,2	13,3	72,2	77,2	26,7	21,2	1,1	1,7	...	...	97,9	96,6	58	203	217	179	188	503	516	445	445
59	Etiopía	4,7	5,2	41,4	46,6	58,6	53,4	8,1	9,5	0,0	0,0	85,9	85,9	14,1	14,1	0,0	0,0	87,6	86,1	59	5	6	2	3	25	28	11	13
60	Ex República Yugoslava de Macedonia	6,5	8,0	84,8	87,6	15,2	12,4	15,6	19,9	89,6	92,5	9,9	7,2	0,5	0,4	0,0	0,0	100	100	60	121	140	103	123	268	355	227	311
61	Federación de Rusia	5,7	5,6	70,5	70,7	29,5	29,3	10,6	12,3	83,8	81,8	15,7	16,5	0,5	1,7	...	...	72,4	73,6	61	173	109	122	77	418	317	295	225
62	Fiji	4,0	4,1	66,7	65,4	33,3	34,6	7,4	6,9	0,0	0,0	99,2	86,9	0,8	13,1	0,0	0,0	100	100	62	106	82	70	54	184	170	123	111
63	Filipinas	3,6	3,6	43,4	42,4	56,6	57,6	6,7	6,6	11,8	8,8	83,5	84,7	4,7	6,4	3,4	3,4	82,9	83,2	63	41	32	18	14	162	144	70	61
64	Finlandia	7,3	6,9	76,1	76,3	23,9	23,7	10,3	10,5	19,6	19,8	80,4	80,2	0,0	0,0	10,4	10,5	83,0	82,4	64	1 739	1 735	1 323	1 323	1 495	1 570	1 137	1 198
65	Francia	9,4	9,3	76,1	76,1	23,9	23,9	13,5	13,6	96,8	96,8	3,2	3,2	0,0	0,0	51,7	52,7	44,0	43,0	65	2 251	2 297	1 712	1 747	1 905	2 074	1 449	1 578
66	Gabón	3,1	3,0	66,5	66,7	33,5	33,3	6,2	6,4	0,0	0,0	92,6	92,9	7,4	7,1	0,0	0,0	100	100	66	138	122	92	81	182	181	121	121
67	Gambia	3,0	3,2	78,7	78,2	21,3	21,8	11,5	11,9	0,0	0,0	86,2	82,9	13,8	17,1	0,0	0,0	100	100	67	11	11	8	9	44	48	35	38
68	Georgia	4,4	4,8	8,6	7,1	91,4	92,9	2,6	2,3	0,0	0,0	91,6	81,8	8,4	18,2	...	...	100	100	68	43	47	4	3	163	173	14	12
69	Ghana	3,6	4,3	55,1	54,0	44,9	46	9,6	9,0	0,0	0,0	72,1	77,3	27,9	22,7	0,0	0,0	100	100	69	14	18	8	10	77	96	42	52
70	Granada	4,6	4,5	65,7	64,0	34,3	36,0	10,4	10,4	0,0	0,0	98,2	98,8	1,8	1,2	...	...	100	100	70	157	172	103	110	264	286	174	183
71	Grecia	8,7	8,4	55,2	56,3	44,8	43,7	9,4	9,3	28,0	39,0	72,0	61,0	0,0	0,0	4,9	5,2	82,5	87,8	71	1 002	960	553	541	1 211	1 220	668	687
72	Guatemala	4,3	4,4	44,9	47,5	55,1	52,5	15,5	14,0	57,7	55,3	36,3	37,9	6,1	6,9	3,8	4,5	92,3	93,2	72	73	78	33	37	160	168	72	80
73	Guinea	3,6	3,6	57,2	60,4	42,8	39,6	9,7	12,9	0,0	0,0	73,9	73,2	26,1	26,8	0,0	0,0	100	100	73	18	17	10	11	53	55	30	33
74	Guinea Ecuatorial	3,6	4,2	56,0	59,4	44,0	40,6	7,9	8,3	0,0	0,0	85,9	81,3	14,1	18,7	0,0	0,0	100	100	74	42	44	24	26	101	121	57	72
75	Guinea-Bissau	3,9	4,0	64,0	65,1	36,0	34,9	2,2	1,9	0,0	0,0	79,2	76,9	20,8	23,1	0,0	0,0	100	100	75	9	10	6	6	27	27	17	18
76	Guyana	4,6	4,5	81,5	82,4	18,5	17,6	8,6	8,6	0,0	0,0	99,4	99,4	0,6	0,6	...	...	93,9	100	76	45	45	37	37	113	115	92	94
77	Haití	3,6	3,6	33,5	28,5	66,5	71,5	10,8	9,7	0,0	0,0	63,4	66,7	36,6	33,3	...	...	43,2	40,2	77	14	16	5	5	37	38	12	11
78	Honduras	6,4	6,4	55,4	60,8	44,6	39,2	17,0	18,9	9,7	9,8	84,9	84,6	5,3	5,6	0,1	0,1	91,4	91,4	78	50	56	28	34	132	133	73	81
79	Hungría	6,8	6,8	75,3	76,5	24,7	23,5	10,4	9,7	35,5	38,0	64,5	62,0	...	0,0	...	...	46,9	50,1	79	309	320	233	244	696	742	525	568
80	India	5,5	5,1	15,3	18,0	84,7	82,0	4,7	5,6	0,0	0,0	96,0	96,4	4,0	3,6	0,0	0,0	97,3	97,3	80	24	22	4	4	111	110	17	20
81	Indonesia	2,4	2,7	23,8	25,5	76,2	74,5	2,8	3,3	14,1	20,8	70,9	60,3	15,0	18,9	4,4	3,9	95,6	96,1	81	25	12	6	3	78	54	18	14
82	Irán, República Islámica del	5,9	5,7	46,4	48,6	53,6	51,4	10,4	9,9	36,5	37,9	63,4	62,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100	100	82	139	155	64	75	406	397	188	193
83	Iraq	4,2	4,2	58,9	59,1	41,1	40,9	12,5	13,5	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	0,0	0,0	100	100	83	125	149	74	88	195	209	115	124
84	Irlanda	6,9	6,8	75,6	76,8	24,4	23,2	14,8	15,7	8,3	9,0	91,7	91,0	0,0	0,0	32,9	35,7	54,6	49,2	84	1 512	1 567	1 144	1 203	1 498	1 583	1 133	1 216
85	Islandia	8,0	8,4	83,7	83,9	16,3	16,1	18,9	21,0	31,5	29,8	68,5	70,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100	100	85	2 162	2 476	1 810	2 078	1 998	2 277	1 673	1 911
86	Islas Cook	5,3	5,3	67,1	68,3	32,9	31,7	10,3	10,6	0,0	0,0	99,8	99,8	0,2	0,2	0,0	0,0	100	100	86	276	241	185	165	423	419	284	286
87	Islas Marshall	9,2	9,5	61,9	61,6	38,1	38,4	14,1	13,9	0,0	0,0	61,5	62,3	38,5	37,7	0,0	0,0	100	100	87	144	143	89	88	187	184	116	113
88	Islas Salomón	3,5	4,4	95,3	95,8	4,7	4,2	11,4	11,4	0,0	0,0	85,2	82,2	14,8	17,8	0,0	0,0	6,7	6,3	88	43	38	41	36	100	92	95	88
89	Israel	8,8	8,8	68,1	66,8	31,9	33,2	12,5	12,0	0,0	0,0	100	100	...	...	0,0	0,0	81,7	84,1	89	1 561	1 501	1 064	1 003	1 630	1 607	1 111	1 074
90	Italia	7,7	7,7	72,2	71,9	27,8	28,1	11,2	11,4	0,4	0,1	99,6	99,9	0,0	0,0	4,8	4,7	90,4	87,2	90	1 568	1 603	1 132	1 153	1 603	1 712	1 157	1 231
91	Jamahiriyá Árabe Libia	3,7	3,9	47,6	47,6	52,4	52,4	2,6	2,7	0,0	0,0	100	100	...	...	0,0	0,0	90,9	90,9	91	345	344	164	164	286	290	136	138
92	Jamaica	5,4	5,5	53,5	53,0	46,5	47,0	8,7	8,1	0,0	0,0	97,3	96,4	2,7	3,6	7,6	7,3	50,6	48,6	92	154	159	83	84	269	265	144	141
93	Japón ^a	7,4	7,5	79,5	78,1	20,5	21,9	16,5	13,6	89,0	89,2	11,0	10,8	0,0	0,0	...	1,3	78,9	77,8	93	2 467	2 244	1 961	1 752	1 783	1 763	1 417	1 377
94	Jordania	8,8	8,5	62,6	62,1	37,4	37,9	14,7	14,4	0,0	0,0	98,0	97,2	2,0	2,8	0,0	0,0	83,1	82,7	94	147	147	92	91	355	348	222	216
95	Kazajstán	4,9	5,7	76,4	70,6	23,6	29,4	17,6	13,4	26,9	28,3	72,8	70,7	0,3	1,1	...	...	100	100	95	81	66	62	47	231	214	176	151
96	Kenya	7,6	7,6	28,2	28,1	71,8	71,9	7,9	7,8	13,5	13,6	60,1	59,9	26,3	26,5	4,7	4,5	73,9	74,3	96	28	30	8	8	104	104	29	29
97	Kirguistán	3,9	4,5	69,4	63,9	30,6	36,1	10,4	10,1	0,8	4,6	94,0	85,8	5,2	9,6	...	...	100	100	97	15	15	10	10	92	105	64	67
98	Kiribati	8,9	8,4	99,1	99,2	0,9	0,8	12,9	11,8	0,0	0,0	98,5	98,3	1,5	1,7	0,0	0,0	100	100	98	54	47						

Cuadro 5. Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud de todos los Estados Miembros, estimaciones para 1997 y 1998

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB		Gasto público en salud como % del gasto sanitario total		Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total		Gasto público en salud como % de los gastos generales del Estado		Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto público en salud		Gasto sanitario financiado mediante impuestos como % del gasto público en salud		Recursos externos para la salud como % del gasto público en salud		Seguros médicos privados como % del gasto privado en salud		Gasto directo en salud como % del gasto privado en salud		Gasto sanitario total per cápita al tipo de cambio oficial (US\$)		Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)		Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales		Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales			
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
	101	Letonia	6,0	6,7	60,6	61,8	39,4	38,2	9,6	9,6	52,5	49,0	47,4	50,3	0,1	0,7	100	100	138	167	84	103	359	419	218	259
102	Libano	11,3	11,6	20,6	18,0	79,4	82,0	5,4	6,4	5,9	14,7	84,9	76,9	9,2	8,4	1,5	13,6	95,2	85,0	503	534	104	96	608	594	125	107	
103	Liberia	2,5	2,4	66,7	66,0	33,3	34,0	6,7	7,7	0,0	0,0	88,8	83,1	11,2	16,9	0,0	0,0	100	100	1	1	1	1	25	24	17	16	
104	Lituania	6,6	6,6	73,9	73	26,1	27,0	14,4	14,8	68,6	89,9	31,4	10,1	...	...	...	...	90,9	90,9	171	192	126	140	448	462	331	337
105	Luxemburgo	5,9	6,0	92,5	92,4	7,5	7,6	12,5	12,7	86,0	82,7	14,0	17,3	0,0	0,0	19,5	21,5	59,2	58,0	2 461	2 574	2 276	2 379	1 998	2 214	1 848	2 046	
106	Madagascar	2,3	2,3	57,2	57,8	42,8	42,2	7,6	7,7	0,0	0,0	87,1	83,2	12,9	16,8	...	...	100	100	6	6	3	3	19	20	11	12
107	Malasia	2,3	2,5	57,6	57,7	42,4	42,3	5,6	6,0	0,0	0,0	98,8	98,5	1,2	1,5	0,0	0,0	100	100	110	84	63	48	194	168	112	97	
108	Malawi	7,3	7,2	50,6	50,3	49,4	49,7	14,6	14,5	0,0	0,0	61,3	67,5	38,7	32,5	1,6	2,2	35,4	34,1	18	12	9	6	35	33	18	17	
109	Maldivas	7,1	7,2	74,5	72,3	25,5	27,7	10,9	10,0	0,0	0,0	91,6	91,9	8,4	8,1	0,0	0,0	100	100	91	96	68	69	198	211	147	152	
110	Mali	4,2	4,4	45,8	46,5	54,2	53,5	7,8	8,3	0,0	0,0	74,9	75,6	25,1	24,4	...	...	89,8	87,2	10	11	5	5	23	26	11	12
111	Malta	8,2	8,4	70,9	69,3	29,1	30,7	14,0	14,1	62,7	62,4	37,3	37,6	0,0	0,0	...	...	100	100	715	761	507	527	1 011	1 135	717	786
112	Marruecos	4,6	4,4	28,6	30,0	71,4	70,0	3,9	3,9	8,4	8,5	89,8	89,8	1,8	1,7	23,1	23,2	76,8	76,7	54	54	16	16	137	145	39	43	
113	Mauricio	3,4	3,4	51,1	51,8	48,9	48,2	7,1	7,1	0,0	0,0	79,1	80,2	20,9	19,8	...	...	100	100	122	117	62	61	264	280	135	145
114	Mauritania	2,9	3,3	69,7	69,1	30,3	30,9	7,7	10,5	0,0	0,0	84,8	79,4	15,2	20,6	0,0	0,0	100	100	13	13	9	9	32	38	22	26	
115	México	5,4	5,3	43,6	48,0	56,4	52,0	6,0	7,2	72,7	70,4	27,3	29,5	0,0	0,0	2,7	4,0	93,7	92,1	228	234	99	112	443	443	193	212	
116	Micronesia, Estados Federados de	10,7	10,5	56,7	55,3	43,3	44,7	11,3	11,2	0,0	0,0	63,0	61,5	37,0	38,5	0,0	0,0	33,3	33,3	213	206	121	114	383	364	217	202	
117	Mónaco	7,0	7,2	50,0	49,3	50,0	50,7	17,8	17,9	93,8	94,1	6,3	5,9	0,0	0,0	...	...	100	100	1 661	1 772	831	873	1 435	1 628	718	802
118	Mongolia	5,0	6,2	62,7	65,4	37,3	34,6	13,4	14,7	36,8	39,9	51,8	55,3	11,4	4,8	0,0	0,0	73,3	74,5	22	24	14	16	79	88	49	58	
119	Mozambique	3,9	3,8	56,2	57,7	43,8	42,3	11,2	11,1	0,0	0,0	39,8	38,7	60,2	61,3	0,0	0,0	41,2	41,7	8	8	4	5	23	25	13	14	
120	Myanmar	1,6	1,5	20,3	15,1	79,7	84,9	3,6	3,9	3,4	2,8	93,1	93,7	3,4	3,5	...	...	100	100	65	86	13	13	24	32	5	5
121	Namibia	7,9	8,2	54,3	54,3	45,7	45,7	11,1	12,0	0,0	0,0	91,6	93,2	8,4	6,8	91,3	91,3	3,0	2,9	155	145	84	79	330	337	179	183	
122	Nauru	4,9	4,9	97,4	97,4	2,6	2,6	9,6	9,7	0,0	0,0	100	100	...	...	0,0	0,0	100	100	168	141	164	138	523	507	510	493
123	Nepal	4,7	5,4	20,6	23,5	79,4	76,5	5,3	6,2	0,0	0,0	67,1	66,2	32,9	33,8	0,0	0,0	73,5	72,4	11	11	2	3	51	58	11	14	
124	Nicaragua	5,9	5,7	61,3	62,8	38,7	37,2	22,1	22,3	18,7	17,6	61,2	66,5	20,1	15,9	...	...	100	100	51	53	31	33	132	139	81	87
125	Niger	3,0	3,0	51,1	48,6	48,9	51,4	6,0	5,5	0,0	0,0	61,0	63,8	39,0	36,2	0,0	0,0	81,4	80,2	5	5	3	3	16	17	8	8	
126	Nigeria	1,9	2,1	27,0	39,4	73,0	60,6	3,5	5,1	0,0	0,0	53,8	60,5	46,2	39,5	...	...	100	100	20	24	5	10	17	18	5	7
127	Niue	7,6	6,7	97,3	96,7	2,7	3,3	13,0	12,6	0,0	0,0	100	100	...	...	0,0	0,0	100	100	411	328	399	317	411	328	400	317
128	Noruega	8,0	8,6	83,0	82,8	17,0	17,2	14,7	14,8	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	...	...	88,9	90,8	2 831	2 848	2 348	2 359	2 148	2 246	1 782	1 860
129	Nueva Zelandia	7,6	8,1	77,3	77,0	22,7	23,0	12,7	13,5	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	29,8	27,7	70,2	72,3	1 339	1 159	1 035	893	1 374	1 469	1 062	1 132	
130	Omán	3,2	3,6	82,1	81,6	17,9	18,4	6,9	7,3	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	0,0	0,0	49,9	51,1	303	294	249	240	327	353	268	288	
131	Países Bajos	8,7	8,7	68,9	68,6	31,1	31,4	12,7	12,9	93,8	94,0	6,2	6,0	0,0	0,0	57,5	55,7	23,2	25,5	2 086	2 166	1 436	1 487	1 856	2 056	1 278	1 411	
132	Pakistan	4,0	4,0	22,9	23,6	77,1	76,4	2,9	3,1	55,1	55,2	42,0	41,4	2,9	3,4	0,0	0,0	100	100	18	18	4	4	66	67	15	16	
133	Palau	6,1	6,4	87,5	88,0	12,5	12,0	8,9	9,1	0,0	0,0	78,6	83,6	21,4	16,4	0,0	0,0	100	100	442	449	387	395	444	437	388	384	
134	Panamá	7,6	7,5	66,7	68,9	33,3	31,1	18,7	18,5	60,6	61,8	38,8	37,5	0,6	0,6	16,8	16,9	76,8	76,8	241	255	161	175	412	427	275	294	
135	Papua Nueva Guinea	3,3	3,9	89,4	91,4	10,6	8,6	9,6	12,3	0,0	0,0	83,5	77,8	16,5	22,2	2,1	5,1	88,2	91,8	35	32	31	29	67	79	60	73	
136	Paraguay	7,5	7,3	33,1	37,7	66,9	62,3	13,6	14,9	47,8	44,9	48,7	38,1	3,5	17,0	20,8	12,0	69,2	77,2	142	120	47	45	307	282	102	106	
137	Perú	4,0	4,4	55,5	57,2	44,5	42,8	10,2	11,0	43,7	43,8	53,7	52,7	2,6	3,4	6,6	6,9	80,4	80,0	98	100	54	57	188	197	104	112	
138	Polonia	6,1	6,4	72,0	65,4	28,0	34,6	9,5	9,4	0,0	0,0	100	100	...	0,0	0,0	0,0	100	100	228	264	164	173	465	535	334	350	
139	Portugal	7,5	7,7	67,1	66,9	32,9	33,1	12,0	12,2	7,4	8,5	91,8	92,0	0,0	0,0	5,2	5,3	67,8	68,0	801	859	537	575	1 081	1 217	725	814	
140	Qatar	4,0	4,4	76,3	76,6	23,7	23,4	7,6	7,8	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	0,0	0,0	24,7	24,4	836	842	638	645	919	919	701	705	
141	Reino Unido	6,7	6,8	83,7	83,3	16,3	16,7	13,7	14,3	11,6	11,8	88,4	88,2	0,0	0,0	21,3	20,8	67,1	66,8	1 499	1 628	1 254	1 357	1 457	1 512	1 220	1 260	
142	República Árabe Siria	4,0	4,0	51,7	51,5	48,3	48,5	7,1	7,1	0,0	0,0	99,8	99,9	0,2	0,1	0,0	0,0	100	100	42	46	22	24	106	109	55	56	
143	República Centroafricana	2,4	2,4	51,4	48,9	48,6	51,1	4,0	3,8	0,0	0,0	75,7	72,9	24,3	27,1	0,0	0,0	77,3	78,0	7	7	3	3	19	21	10	10	
144	República Checa	7,1	7,1	91,7	91,9	8,3	8,1	14,2	15,0	89,5	90,2	10,5	9,8	...	0,0	...	...	100	100	363	392	333	360	870	946	798	869
145	República de Corea	5,0	5,1	41,0	46,2	59,0	53,8	9,4	9,6	71,9	74,5	28,1	25,5	0,0	0,0	11,3	12,9	78,2	77,4	523	354	215	164	716	580	294	268	
146	República de Moldova	8,0	6,5	75,4	68,1	24,6	31,9	11,9	11,9	0,0	0,0	97,6	96,2	2,4	3,8	0,0	0,0	100	100	36	25	27	17	181	125	137	85	
147	República Democrática del Congo	1,6	1,7	74,1	74,1	25,9	25,9	12,3	13,5	0,0	0,0	90,5	92,2	9,5	7,8	0,0	0,0	100	100	26	27	19	20	35	46	26	34	
148	República Democrática Popular de Corea	3,0	3,0	83,5	83,5	16,5	16,5	5,5	5,5	0,0	0,0	99,0	99,0	1,0	1,0	0,0	0,0	100	100	14	14	12	11	30	30	25	25	
149	República Democrática Popular Lao	4,3	4,1	36,8	37,1	63,2	62,9	6,0	5,7	0,6	0,6	86,3	87,2	13,1	12,1	0,0	0,0	100	100	15	11	6	4	55	50	20	19	
150	República Dominicana	6,4	6,5	29,1	28,3	70,9	71,7	10,5	10,2	22,3	21,9																	

Cuadro 5. Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud de todos los Estados Miembros, estimaciones para 1997 y 1998

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB		Gasto público en salud como % del gasto sanitario total		Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total		Gasto público en salud como % de los gastos generales del Estado		Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto público en salud		Gasto sanitario financiado mediante impuestos como % del gasto público en salud		Recursos externos para la salud como % del gasto público en salud		Seguros médicos privados como % del gasto privado en salud		Gasto directo en salud como % del gasto privado en salud		Gasto sanitario total per cápita al tipo de cambio oficial (US\$)		Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)		Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales		Gasto público per cápita en dólares internacionales			
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
	151	República Unida de Tanzania	5,1	4,9	47,1	48,5	52,9	51,5	14,8	14,9	0,0	0,0	63,3	56,1	36,7	43,9	0,0	0,0	85,9	86,5	10	10	5	5	21	20	10	10
152	Rumania	4,1	3,8	62,9	56,9	37,1	43,1	7,5	7,9	18,7	21,6	80,3	77,4	1,0	0,9	...	...	100	100	63	65	40	37	258	238	162	135
153	Rwanda	5,2	5,0	34,1	37,2	65,9	62,8	8,7	9,8	0,9	0,9	28,5	24,3	70,6	74,9	0,2	0,2	62,4	52,0	17	16	6	6	41	39	14	14	
154	Saint Kitts y Nevis	4,7	4,7	68,4	67,6	31,6	32,4	10,9	10,9	0,0	0,0	92,5	92,6	7,5	7,4	...	...	100	100	320	349	219	236	501	530	343	358
155	Samoa	3,5	3,5	71,4	68,9	28,6	31,1	12,5	12,4	0,0	0,0	97,8	93,0	2,2	7,0	0,0	0,0	100	100	52	48	37	33	107	106	77	73	
156	San Marino	7,6	7,7	85,2	85,7	14,8	14,3	9,9	10,1	93,6	94,6	6,4	5,4	0,0	0,0	...	...	100	100	2 288	2 404	1 949	2 060	1 606	1 674	1 369	1 435
157	San Vicente y las Granadinas	6,3	5,9	63,8	62,5	36,2	37,5	9,8	9,7	0,0	0,0	99,9	99,8	0,1	0,2	...	...	100	100	163	170	104	106	313	319	200	199
158	Santa Lucía	4,1	4,4	62,3	65,6	37,7	34,4	9,0	8,8	...	...	97,0	97,4	3,0	2,6	...	...	100	100	169	186	105	122	231	255	144	167
159	Santo Tomé y Príncipe	3,0	2,9	66,7	67,9	33,3	32,1	2,9	3,6	0,0	0,0	78,8	80,9	21,3	19,1	0,0	0,0	100	100	10	8	6	6	26	25	17	17	
160	Senegal	4,5	4,5	55,7	58,4	44,3	41,6	13,1	13,1	0,0	0,0	83,6	86,9	16,4	13,1	0,0	0,0	100	100	23	23	13	14	47	50	26	29	
161	Seychelles	6,8	6,9	72,3	69,4	27,7	30,6	8,8	7,9	0,0	0,0	78,0	73,1	22,0	26,9	0,0	0,0	77,8	75,3	500	509	362	353	765	806	553	559	
162	Sierra Leona	3,0	2,8	41,4	40,4	58,6	59,6	7,2	7,3	0,0	0,0	73,2	78,6	26,8	21,4	0,0	0,0	100	100	6	5	3	2	23	22	10	9	
163	Singapur	3,3	3,6	34,4	35,4	65,6	64,6	2,6	2,6	23,2	20,7	76,8	79,3	0,0	0,0	...	...	100	100	846	792	291	280	679	744	233	263
164	Somalia	2,4	2,0	62,5	62,4	37,5	37,6	5,6	4,5	0,0	0,0	92,6	81,5	7,4	18,5	0,0	0,0	100	100	5	4	3	3	13	11	8	7	
165	Sri Lanka	3,2	3,4	49,5	51,3	50,5	48,7	6,0	5,8	0,0	0,0	95,8	96,0	4,2	4,0	1,0	1,0	99,0	99,0	26	29	13	15	89	99	44	51	
166	Sudáfrica	10,3	8,7	47,3	43,6	52,7	56,4	12,7	11,6	0,0	0,0	99,8	99,7	0,2	0,3	77,8	75,8	20,2	22,4	321	275	152	120	628	530	297	231	
167	Sudán	4,4	4,2	20,9	24,1	79,1	75,9	3,4	4,4	0,0	0,0	99,7	99,2	0,3	0,8	0,0	0,0	100	100	120	121	25	29	60	60	13	14	
168	Suecia	8,1	7,9	84,3	83,8	15,7	16,2	11,3	11,4	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	...	...	100	100	2 272	2 144	1 914	1 797	1 709	1 731	1 440	1 450
169	Suiza	10,4	10,6	55,2	54,9	44,8	45,1	10,9	10,4	71,6	72,3	28,4	27,7	0,0	0,0	25,7	23,8	72,0	72,6	3 720	3 877	2 052	2 127	2 532	2 861	1 396	1 570	
170	Suriname	6,7	7,1	60,2	62,2	39,8	37,8	19,9	14,1	44,7	42,1	22,8	22,7	32,4	35,2	...	...	100	100	148	140	89	87	276	225	166	140
171	Swazilandia	3,4	3,7	72,3	72,0	27,7	28,0	8,2	8,0	0,0	0,0	79,3	76,7	20,7	23,3	0,0	0,0	100	100	52	51	37	37	160	167	116	120	
172	Tailandia	3,7	3,9	57,2	61,4	42,8	38,6	10,9	13,3	8,3	8,3	91,5	91,6	0,1	0,1	13,6	15	86,1	84,8	93	71	53	44	221	197	126	121	
173	Tayikistán	3,0	2,3	66,0	61,5	34,0	38,5	9,4	8,2	0,0	0,0	96,5	97,5	3,5	2,5	0,0	0,0	100	100	5	5	3	3	40	37	26	23	
174	Togo	2,8	2,4	42,8	50,0	57,2	50,0	4,3	4,3	0,0	0,0	84,7	83,2	15,3	16,8	0,0	0,0	100	100	10	9	4	4	34	31	15	16	
175	Tonga	7,9	7,7	46,8	46,1	53,2	53,9	13,1	14,2	0,0	0,0	90,7	90,8	9,3	9,2	0,0	0,0	100	100	143	123	67	57	276	266	129	123	
176	Trinidad y Tabago	5,0	5,2	43,4	44,2	56,6	55,8	7,6	6,9	0,0	0,0	100	100	0,0	0,0	5,8	5,6	87,5	87,8	228	248	99	109	358	398	155	176	
177	Túnez	5,3	5,3	40,4	41,3	59,6	58,7	6,7	7,0	42,7	40,0	57,2	59,9	0,1	0,1	0,0	0,0	90,9	91,5	109	115	44	47	282	310	114	128	
178	Turkmenistán	3,9	5,5	74,5	79,2	25,5	20,8	11,7	16,7	9,9	5,3	87,7	93,2	2,4	1,6	0,0	0,0	100	100	23	32	17	25	117	172	87	136	
179	Turquía	4,2	4,9	71,5	71,9	28,5	28,1	10,7	11,5	39,0	43,8	61,0	56,2	0,0	0,0	0,2	0,2	99,6	99,6	125	150	90	108	273	326	195	234	
180	Tuvalu	8,9	9,0	71,4	72,2	28,6	27,8	7,6	7,1	0,0	0,0	94,2	94,6	5,8	5,4	0,0	0,0	100	100	125	110	90	79	300	293	214	212	
181	Ucrania	5,4	5,0	75,0	71,1	25,0	28,9	9,3	8,0	0,0	0,0	99,2	99,5	0,8	0,5	0,0	0,0	100	100	53	42	40	30	189	158	142	112	
182	Uganda	3,7	3,5	50,7	38,2	49,3	61,8	11,5	9,3	0,0	0,0	38,2	51,2	61,8	48,8	0,6	0,5	59,1	54,2	12	11	6	4	32	30	16	11	
183	Uruguay	10,0	10,2	45,9	46,4	54,1	53,6	13,7	14,2	51,7	53,0	47,7	46,4	0,6	0,6	63,3	63,7	36,7	36,3	662	697	304	324	884	943	406	438	
184	Uzbekistán	4,6	4,1	82,9	82,9	17,1	17,1	11,6	10,3	0,0	0,0	99,4	99,2	0,6	0,8	0,0	0,0	100	100	26	26	22	21	98	97	81	80	
185	Vanuatu	3,3	3,3	64,2	63,6	35,8	36,4	9,6	9,6	0,0	0,0	51,6	51,7	48,4	48,3	0,0	0,0	100	100	46	41	29	26	96	95	62	61	
186	Venezuela, República Bolivariana de	4,6	4,9	50,6	53,1	49,4	46,9	9,4	10,9	27,7	28,6	72,3	71,4	0,0	0,0	4,7	5,2	86,8	94,8	179	200	91	106	289	286	146	152	
187	Viet Nam	4,5	5,2	20,3	23,9	79,7	76,1	4,0	6,3	0,0	0,0	93,3	94,7	6,7	5,3	0,0	0,0	100	100	15	19	3	4	90	112	18	27	
188	Yemen	2,9	3,9	37,9	39,1	62,1	60,9	3,3	3,9	0,0	0,0	90,1	89,2	9,9	10,8	0,0	0,0	100	100	12	13	5	5	37	49	14	19	
189	Yugoslavia	6,7	5,6	58,6	50,9	41,4	49,1	13,8	10,5	0,0	0,0	100	99,9	...	0,1	0,0	0,0	100	100	125	87	73	45	284	233	167	119	
190	Zambia	6,0	5,6	56,5	57,3	43,5	42,7	13,4	12,6	0,0	0,0	60,7	57,0	39,3	43,0	0,0	0,0	73,3	74,7	24	20	14	12	51	45	29	26	
191	Zimbabwe	9,2	10,8	59,1	55,9	40,9	44,1	15,4	17,0	0,0	0,0	61,9	69,2	38,1	30,8	21,0	16,4	67,0	75,2	67	60	40	33	222	242	131	135	

* Los datos de Japón correspondientes a 1998 son preliminares. Están basados en las nuevas cuentas nacionales de salud del país, estimadas como aplicación piloto del manual "A System of Health Accounts" de la OCDE. En consecuencia, la comparabilidad de los datos a lo largo del tiempo es limitada, y hay varias interrupciones en la serie.

... Datos no disponibles o no aplicables.

LISTA DE ESTADOS MIEMBROS POR REGIONES

DE LA OMS Y ESTRATOS DE MORTALIDAD

Región de África (AFR)

Angola: en la niñez alta, de adultos alta
Argelia: en la niñez alta, de adultos alta
Benin: en la niñez alta, de adultos alta
Botswana: en la niñez alta, de adultos muy alta
Burkina Faso: en la niñez alta, de adultos alta
Burundi: en la niñez alta, de adultos muy alta
Cabo Verde: en la niñez alta, de adultos alta
Camerún: en la niñez alta, de adultos alta
Chad: en la niñez alta, de adultos alta
Comoras: en la niñez alta, de adultos alta
Congo: en la niñez alta, de adultos muy alta
Côte d'Ivoire: en la niñez alta, de adultos muy alta
Eritrea: en la niñez alta, de adultos muy alta
Etiopía: en la niñez alta, de adultos muy alta
Gabón: en la niñez alta, de adultos alta
Gambia: en la niñez alta, de adultos alta
Ghana: en la niñez alta, de adultos alta
Guinea Ecuatorial: en la niñez alta, de adultos alta
Guinea: en la niñez alta, de adultos alta
Guinea-Bissau: en la niñez alta, de adultos alta
Kenya: en la niñez alta, de adultos muy alta
Lesotho: en la niñez alta, de adultos muy alta
Liberia: en la niñez alta, de adultos alta
Madagascar: en la niñez alta, de adultos alta
Malawi: en la niñez alta, de adultos muy alta
Mali: en la niñez alta, de adultos alta
Mauricio: en la niñez alta, de adultos alta
Mauritania: en la niñez alta, de adultos alta
Mozambique: en la niñez alta, de adultos muy alta
Namibia: en la niñez alta, de adultos muy alta
Niger: en la niñez alta, de adultos alta
Nigeria: en la niñez alta, de adultos alta
República Centroafricana: en la niñez alta, de adultos muy alta
República Democrática del Congo: en la niñez alta, de adultos muy alta
República Unida de Tanzania: en la niñez alta, de adultos muy alta
Rwanda: en la niñez alta, de adultos muy alta

Santo Tomé y Príncipe: en la niñez alta, de adultos alta

Senegal: en la niñez alta, de adultos alta
Seychelles: en la niñez alta, de adultos alta
Sierra Leona: en la niñez alta, de adultos alta
Sudáfrica: en la niñez alta, de adultos muy alta
Swazilandia: en la niñez alta, de adultos muy alta
Togo: en la niñez alta, de adultos alta
Uganda: en la niñez alta, de adultos muy alta
Zambia: en la niñez alta, de adultos muy alta
Zimbabue: en la niñez alta, de adultos muy alta

Región de las Américas (AMR)

Antigua y Barbuda: en la niñez baja, de adultos baja
Argentina: en la niñez baja, de adultos baja
Bahamas: en la niñez baja, de adultos baja
Barbados: en la niñez baja, de adultos baja
Belice: en la niñez baja, de adultos baja
Bolivia: en la niñez alta, de adultos alta
Brasil: en la niñez baja, de adultos baja
Canadá: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Chile: en la niñez baja, de adultos baja
Colombia: en la niñez baja, de adultos baja
Costa Rica: en la niñez baja, de adultos baja
Cuba: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Dominica: en la niñez baja, de adultos baja
Ecuador: en la niñez alta, de adultos alta
El Salvador: en la niñez baja, de adultos baja
Estados Unidos de América: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Granada: en la niñez baja, de adultos baja
Guatemala: en la niñez alta, de adultos alta
Guyana: en la niñez baja, de adultos baja
Haiti: en la niñez alta, de adultos alta
Honduras: en la niñez baja, de adultos baja
Jamaica: en la niñez baja, de adultos baja
México: en la niñez baja, de adultos baja
Nicaragua: en la niñez alta, de adultos alta
Panamá: en la niñez baja, de adultos baja

Paraguay: en la niñez baja, de adultos baja

Perú: en la niñez alta, de adultos alta
República Dominicana: en la niñez baja, de adultos baja
Saint Kitts y Nevis: en la niñez baja, de adultos baja
San Vicente y las Granadinas: en la niñez baja, de adultos baja
Santa Lucía: en la niñez baja, de adultos baja
Suriname: en la niñez baja, de adultos baja
Trinidad y Tabago: en la niñez baja, de adultos baja
Uruguay: en la niñez baja, de adultos baja
Venezuela, República Bolivariana de: en la niñez baja, de adultos baja

Región del Mediterráneo Oriental (EMR)

Afganistán: en la niñez alta, de adultos alta
Arabia Saudita: en la niñez baja, de adultos baja
Bahrein: en la niñez baja, de adultos baja
Chipre: en la niñez baja, de adultos baja
Djibouti: en la niñez alta, de adultos alta
Egipto: en la niñez alta, de adultos alta
Emiratos Árabes Unidos: en la niñez baja, de adultos baja
Irán, República Islámica del: en la niñez baja, de adultos baja
Iraq: en la niñez alta, de adultos alta
Jamahiriyá Árabe Libia: en la niñez baja, de adultos baja
Jordania: en la niñez baja, de adultos baja
Kuwait: en la niñez baja, de adultos baja
Libano: en la niñez baja, de adultos baja
Marruecos: en la niñez baja, de adultos alta
Omán: en la niñez baja, de adultos baja
Pakistán: en la niñez alta, de adultos alta
Qatar: en la niñez baja, de adultos baja
República Árabe Siria: en la niñez baja, de adultos baja
Somalia: en la niñez alta, de adultos alta

Sudán: en la niñez alta, de adultos alta
Túnez: en la niñez baja, de adultos baja
Yemen: en la niñez alta, de adultos alta

Región de Europa (EUR)

Albania: en la niñez baja, de adultos baja
Alemania: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Andorra: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Armenia: en la niñez baja, de adultos baja
Austria: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Azerbaiyán: en la niñez baja, de adultos baja
Belarús: en la niñez baja, de adultos alta
Bélgica: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Bosnia y Herzegovina: en la niñez baja, de adultos baja
Bulgaria: en la niñez baja, de adultos baja
Croacia: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Dinamarca: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Eslovaquia: en la niñez baja, de adultos baja
Eslovenia: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
España: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Estonia: en la niñez baja, de adultos alta
Ex República Yugoslava de Macedonia: en la niñez baja, de adultos baja
Federación de Rusia: en la niñez baja, de adultos alta
Finlandia: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Francia: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Georgia: en la niñez baja, de adultos baja
Grecia: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Hungría: en la niñez baja, de adultos alta
Irlanda: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Islandia: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Israel: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Italia: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Kazajstán: en la niñez baja, de adultos alta

Kirguistán: en la niñez baja, de adultos baja
Letonia: en la niñez baja, de adultos alta
Lituania: en la niñez baja, de adultos alta
Luxemburgo: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Malta: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Mónaco: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Noruega: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Países Bajos: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Polonia: en la niñez baja, de adultos baja
Portugal: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Reino Unido: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
República Checa: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
República de Moldova: en la niñez baja, de adultos alta
Rumania: en la niñez baja, de adultos baja
San Marino: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Suecia: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Suiza: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Tayikistán: en la niñez baja, de adultos baja
Turquía: en la niñez baja, de adultos baja
Turkmenistán: en la niñez baja, de adultos baja
Ucrania: en la niñez baja, de adultos alta
Uzbekistán: en la niñez baja, de adultos baja
Yugoslavia: en la niñez baja, de adultos baja

Región de Asia Sudoriental (SEAR)

Bangladesh: en la niñez alta, de adultos alta
Bhután: en la niñez alta, de adultos alta
India: en la niñez alta, de adultos alta
Indonesia: en la niñez baja, de adultos baja
Maldivas: en la niñez alta, de adultos alta
Myanmar: en la niñez alta, de adultos alta
Nepal: en la niñez alta, de adultos alta
República Popular Democrática de Corea: en la niñez alta, de adultos alta

Sri Lanka: en la niñez baja, de adultos baja
Tailandia: en la niñez baja, de adultos baja

Región del Pacífico Occidental (WPR)

Australia: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Brunei Darussalam: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Camboya: en la niñez baja, de adultos baja
China: en la niñez baja, de adultos baja
Fiji: en la niñez baja, de adultos baja
Filipinas: en la niñez baja, de adultos baja
Islas Cook: en la niñez baja, de adultos baja
Islas Marshall: en la niñez baja, de adultos baja
Islas Salomón: en la niñez baja, de adultos baja
Japón: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Kiribati: en la niñez baja, de adultos baja
Malasia: en la niñez baja, de adultos baja
Micronesia, Estados Federados de: en la niñez baja, de adultos baja
Mongolia: en la niñez baja, de adultos baja
Nauru: en la niñez baja, de adultos baja
Niue: en la niñez baja, de adultos baja
Nueva Zelandia: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Palau: en la niñez baja, de adultos baja
Papua Nueva Guinea: en la niñez baja, de adultos baja
República de Corea: en la niñez baja, de adultos baja
República Democrática Popular Lao: en la niñez baja, de adultos baja
Samoa: en la niñez baja, de adultos baja
Singapur: en la niñez muy baja, de adultos muy baja
Tonga: en la niñez baja, de adultos baja
Tuvalu: en la niñez baja, de adultos baja
Vanuatu: en la niñez baja, de adultos baja
Viet Nam: en la niñez baja, de adultos baja

NOTA DE AGRADECIMIENTO

Grupo consultivo de la Sede

Anarfi Asamoah-Baah
Ruth Bonita
Jane Ferguson
Bill Kean
Lorenzo Savioli
Mark Szczeniowski
Bedirhan Ustun
Eva Wallstam

Grupos consultivos regionales:

AFRO

Jo Asare (Ghana)
Florence Baingana (Banco Mundial)
Mariamo Barry (Guinea)
Mohammed Belhocine (AFRO)
Tecla Butau (AFRO)
Fidelis Chikara (Zimbabue)
Joseph Delafosse (Côte d'Ivoire)
Fatoumata Diallo (AFRO)
Melvin Freeman (Sudáfrica)
Geeneswar Gaya (Mauricio)
Eric Grunitzky (Togo)
Momar Gueye (Senegal)
Mohammed Hacen (AFRO)
Dia Housenou (Mauritania)
Baba Koumare (Mali)
Itzack Levav (Israel)
Mapunza-ma-Mamiezi (República Democrática del Congo)
Custodia Mandlhate (AFRO)
Elisabeth Matare (FMMSM)
Ana Paula Mogne (Mozambique)
Patrick Msoni (Zambia)
Mercy Ngowenha (Zimbabue)
Felicien N'tone Enime (Camerún)
Olabisi Odejide (Nigeria)
David Okello (AFRO)
Michel Olatuwara (Nigeria)
Brian Robertson (Sudáfrica)
Bokar Toure (AFRO)

AMRO

Jose Miguel Caldas De Almeida (AMRO-OPS)
René Gonzáles (Costa Rica)
Matilde Maddaleno (AMRO-OPS)
María Elena Medina-Mora (México)
Claudio Miranda (AMRO-OPS)
Winnifred Mitchell-Frable (EE.UU.)
Grayson Norquist (EE.UU.)
Juan Ramos (EE.UU.)
Darrel Regier (EE.UU.)
Jorge Rodríguez (Guatemala)
Heather Stuart (Canadá)
Charles Thesiger (Jamaica)
Benjamin Vincente (Chile)

EMRO

Youssef Abdulghani (Arabia Saudita)
Ahmed Abdullatif (EMRO)
Fouad Antoun (Libano)
Ahmed Abou El Azayem (Egipto)
Mahmoud Abou Dannoun (Jordania)
Abdullah El Eryani (Yemen)
Zohier Hallaj (EMRO)
Ramez Mahaini (EMRO)
Abdel Masih Khalef (Siria)
Abdelhay Mechbal (EMRO)
Ahmed Mohit (EMRO)
Driss Moussaoui (Marruecos)
Malik Mubbashar (Pakistán)
Mounira Nabli (Túnez)
Ayad Nouri (Iraq)
Ahmad Okasha (Egipto)
Omar Shaheen (Egipto)
Davoud Shahmohammadi (República Islámica del Irán)
Gihan Tawile (EMRO)

EURO

Fritz Henn (Alemania)
Clemens Hosman (Países Bajos)
María Kopp (Hungría)
Valery Krasnov (Federación de Rusia)
Ulrik Malt (Noruega)
Wolfgang Rutz (EURO)
Danuta Wasserman (Suecia)

SEARO

Nazmul Ahsan (Bangladesh)
Somchai Chakrabhand (Tailandia)
Vijay Chandra (SEARO)
Chencho Dorji (Bhután)
Kim Farley (WR-India)
Mohan Issac (India)
Nyoman Kuamara Rai (SEARO)
Sao Sai Lon (Myanmar)
Rusdi Maslim (Indonesia)
Nalaka Mendis (Sri Lanka)
Imam Mochny (SEARO)
Davinder Mohan (India)
Sawat Ramaboot (SEARO)
Diyanath Samarasinghe (Sri Lanka)
Omaj Sutisnaputra (SEARO)
Than Sein (SEARO)
Kapil Dev Upadhyaya (Nepal)

WPRO

Abdul Aziz Abdullah (Malasia)
Iokapeta Enoka (Samoa)
Gauden Galea (WPRO)
Helen Herrman (Australia)
Lourdes Ignacio (Filipinas)
Linda Milan (WPRO)
Masato Nakauchi (WPRO)

Masahisa Nishizono (Japón)
Bou-Yong Rhi (República de Corea)
Shen Yucun (China)
Nguyen Viet (Vietnam)

Otras aportaciones:

Sarah Assamagan (EE.UU.)
José Ayuso-Mateos (OMS)
Meena Cabral de Mello (OMS)
Judy Chamberlain (EE.UU.)
Carlos Climent (Colombia)
John Cooper (Reino Unido)
Bhargavi Davar (India)
Vincent Dubois (Bélgica)
Alexandra Fleischmann (OMS)
Alan Flisher (Sudáfrica)
Hamid Godhse (JIFE)
Zora Cazi Gotovac (Croacia)
Gopalakrishna Gururaj (India)
Rosanna de Guzman (Filipinas)
Nick Hether (Reino Unido)
Rachel Jenkins (Reino Unido)
Sylvia Kaaya (Tanzania)
Martin Knapp (Reino Unido)
Robert Kohn (EE.UU.)
Julian Leff (Reino Unido)
Margaret Leggot (Canadá)
Itzhak Levav (Israel)
Felice Lieh Mak (Hong Kong)
Ian Locjkhart (Sudáfrica)
Jana Lojanova (Eslovaquia)
Crick Lund (Reino Unido)
Pallav Maulik (OMS)
Pat Mc Gorry (Australia)
María Elena Medina Mora (México)
Brian Mishara (Dinamarca)
Protima Murthy (India)
Helen Nygren-Krugs (OMS)
Kathryn O'Connell (OMS)
Inge Peterson (Sudáfrica)
Leonid Prilipko (OMS)
Lakshmi Ratnayeke (Sri Lanka)
Morton Silverman (EE.UU.)
Tirupathi Srinivasa (India)
Avedesh Sharma (India)
Michele Tansella (Italia)
Rangaswamy Thara (India)
Graham Thornicroft (Reino Unido)
Lakshmi Vijayakumar (India)
Frank Vocci (EE.UU.)
Erica Wheeler (OMS)
Harvey Whiteford (Australia)
Sik Jun Young (República de Corea)

NDICE ALFABÉTICO

Las cifras en **negrita** indican las páginas donde se expone a fondo el concepto en cuestión.

- Acontecimientos vitales 12–13, 44–45
- Adolescentes
 aprendizaje del comportamiento en materia de salud 9–10
 políticas de salud mental 77, 82, 84
 trastornos mentales 22, **36**
- Adquisición de servicios 94–95
- Afganistán 65, 90
- África
 acceso a Internet 99
 atención de salud mental 54, 58
 carga de trastornos 26
 factores sociales 13, 41
 políticas de salud mental 79
 prestación de servicios 86, 98
 VIH/SIDA 44
- Agonistas colinérgicos 70
- Albania 39
- Alcohol, trastornos por consumo de (incluida
 dependencia) 30, 31–32
 asistencia 55, 56, 57
 carga mundial 27, 28, 32
 comorbilidad 31, 37
 determinantes 16, 41
 intervenciones **66–67**
 políticas de control 80, 83
 prestación de servicios 89–90
 suicidio 38, 73
- Alcohólicos Anónimos 56, 66
- Aldeas agrícolas de rehabilitación 92
- Alemania 15, 39, 99
 atención de salud mental 62
 carga de trastornos 24, 36
 determinantes de los trastornos 40
- Alteraciones fisiológicas asociadas con síndromes del
 comportamiento 22
- Alzheimer, enfermedad de **34–35**, 43
 carga mundial 28
 intervenciones **70–71**
- Alzheimer's Disease International (ADI) 57
- América Central 13, 51
- América del Norte 40
- América del Sur 13
- América Latina 40, 52, 54, 84
- Américas, las
 carga de trastornos 26
 políticas de salud mental 53, 79
- prestación de servicios 86
- Ánimo depresivo 11
- Ansiedad
 calidad de vida y 29
 comorbilidad 37
 diferencias en función del sexo 41, 42
 en la atención primaria 23–24
 salud física y 9
- Ansiolíticos 61
- Antidepresivos 61, 65
 tricíclicos (ADT) 65, 72
- Antiepilépticos 61, 69–70
- Antipsicóticos 61, 68–69
- Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) 25–26
 causas principales 27
 demencia 35
 depresión 30
 esquizofrenia 33
 por causas, sexos y estratos de mortalidad *Cuadro 3 del Anexo*
 problemas causados por el alcohol 32
 suicidio 38
- Años de vida perdidos por discapacidad (APD) 25, 26, 28
 demencias 35
 depresión 30
 esquizofrenia 33
- Años de vida perdidos por muerte prematura (APP) 25
- Aprendizaje 6–7
- Aptitudes de afrontamiento 12–13
- Arabia Saudita 88, 90
- Áreas urbanas 13, 88
- Argentina 41, 63, 88
- Armas de fuego, disponibilidad de 39, 73
- Asia 13, 58
- Asia sudoriental
 atención de salud mental 54
 carga de trastornos 26
 políticas de salud mental 79
 prestación de servicios 85, 86
- Asistentes sociales 97
- Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) 58, 99, 100
- Atención comunitaria
 concepto 50
 en la dependencia del alcohol 67
 prestación de 87, **88–89**
 principios 54
 problemas operativos 51

- recomendaciones xi–xii, 110–111, 114
- reorientación hacia la **49–54**, 85, 86, 88–89
- Atención de salud mental (*véase también* Atención comunitaria, Servicios de salud mental) **49–73**
 - cambio de paradigma 49–54
 - componentes 59–64
 - continuidad 55
 - eficacia 64–73
 - necesidades 60
 - no solicitud de 53, 54
 - principios 54–59
- Atención gestionada 95
- Atención primaria de salud
 - disponibilidad de medicamentos psicotrópicos 92
 - en la dependencia del alcohol 66
 - en la drogodependencia 67
 - formación del personal 59
 - integración de la salud mental en la **59**, 89–90
 - prevalencia de los trastornos 23–24
 - recomendaciones xi, 110, 114
 - servicios 53
- Australia
 - atención de salud mental 53, 54, 58, 85, 87
 - carga de trastornos 25–26
 - suicidio 38
- Austria 39, 99
- Autismo 36
- AVAD, *véase* Años de vida ajustados en función de la discapacidad
- Avances tecnológicos 15–16

- Beers, Clifford 58
- Befrienders International 72
- Bélgica 15, 58
- “Blindaje” 91
- Botswana 64
- Brasil 15, 24, 38
 - atención de salud mental 53, 62, 64
 - determinantes de los trastornos 40, 42
 - prestación de servicios 90, 94
- Bulgaria 39, 41

- Calidad de vida 29
- Camas psiquiátricas 63, 85, 86
- Cambios socioeconómicos 103
- Camboya 90
- Canadá 15, 99
 - atención de salud mental 54, 57, 58
 - problemas por consumo de alcohol 32
- Cáncer de mama 8
- Cannabis 30–32
- Capacitación xii, 97, 111
 - en el sistema de justicia penal 104
 - necesidad de investigaciones 105
 - personal de salud general xi, 59, 110
 - programas inadecuados 52
- Carbamazepina 69, 70
- Carencia de hogar 13–14, 40
- Carencia de yodo 35, 71
- Carga Mundial de Morbilidad (GBD) 2000 25–26
- Carlsson, Profesor Arvid 7
- Cerebro
 - desarrollo 5–7
 - estructura y función 5, 6
 - lesiones 34
- Chile 24, 38, 39, 42, 94
- China 24, 44, 99
 - atención de salud mental 53, 54, 62, 64
 - políticas de salud mental 79
 - prestación de servicios 88, 95
 - suicidio 13, 37, 38, 39
- Chipre 79
- Cicatrización de las heridas 9
- Circuitos neuronales 5
 - alteraciones de los 11–12
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE–10)* 10, 21, 22
- Clorpromazina 68
- Cocaína 30, 32
- Colaboración intersectorial 92, **101–104**
 - recomendaciones xiii, 112, 114
- Colombia 53, 90
- Comercio **103**
- Comorbilidad **37**, 42
- Comportamiento
 - agresivo 16
 - en materia de salud 8, 9–10
 - sexual de alto riesgo 9
- Comunidad
 - oportunidades de trabajo en la 63
 - participación local xii, **58**, 111, 114
 - planes de financiamiento 79–80
 - repercusión de los trastornos 25
 - residencias 64
 - utilización de recursos **100–101**
 - vigilancia de la salud mental xiii, 112, 114
- Concienciación del público, *véase* Educación/sensibilización del público
- Conflictos **43–44**, 101
- Consejo 62
 - en la dependencia del alcohol 66
 - en la depresión 65
 - en la drogodependencia 67
- Consumidores
 - grupos 56, 57, 100
 - movimientos 56
 - participación xii, 111, 114
- Continuidad de la asistencia 55
- Contratación, proveedores de servicios 94
- Convención Americana sobre Derechos Humanos 84
- Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales 84
- Convulsiones (*véase también* Epilepsia) 34
- Cooperación con los pacientes **56–58**
- Cooperativas laborales 63
- Costa Rica 88
- Costoeficacia 60–61
 - asignación de recursos y 93
 - medicamentos psicotrópicos 61
 - psicoterapia 62
- Costos económicos 26–28
 - enfermedad de Alzheimer 35
 - esquizofrenia 33
 - necesidad de investigaciones 105
 - trastornos por consumo de sustancias 32
- Côte d'Ivoire 63
- Cretinismo 35, 71
- Croacia 39
- Crónicos, atención a pacientes 55

- Cuba 38
- Cuentas nacionales de salud, indicadores *Cuadro 5 del Anexo*
- Cuidadores, familia 43, 57–58
- Cumplimiento, véase Observancia del tratamiento
- Curanderos tradicionales 52, 58, 92, 96
necesidad de investigaciones 105
regulación por los gobiernos 95
- Declaración de Caracas 53, 84
- Déficit de atención/trastorno de hiperactividad (*véase también* Trastornos hipercinéticos) 31, 36
- Defunciones por causas, sexos y estratos de mortalidad
Cuadro 2 del Anexo
- Delirios 33
- Demencia (*véase también* Enfermedad de Alzheimer) 28, 34–35
- Dependencia, sustancias psicoactivas 12, 30, 32–33
- Depresión (trastornos depresivos) **29–30**
asistencia 57
carga mundial 26, 27, 28, 30
comorbilidad 37
consumo de tabaco 31
continuum de los síntomas 11
diferencias en función del sexo 41–42
en la atención primaria 23–24
en la enfermedad de Alzheimer 70–71
en la infancia 36
factores ambientales 10, 44–45
factores biológicos 11–12
factores sociales 13, 15
incidencia en relación con la edad 30, 43
intervenciones **64–66**
no observancia del tratamiento 9
pobreza 39–41
prestación de servicios 92
salud física y 8, 9
suicidio 30, 39
- Derechos humanos
movimiento en pro de los 49, 53
respeto de los **83–84**
violación de los, hospitales psiquiátricos 50, 51
- Derivación, mecanismos de 90
- Desastres **43–44**
- Descentralización de los sistemas de salud 78
- Desempleo 13–14, 38, 39
abordar el 101, 102
- Desinstitucionalización 50–51, 88–89
- Desintoxicación 66–67
- Desplazados internos, grupos 43–44, 82–83
- Diabetes mellitus 9
- Diagnóstico 21–22, **54–55**
- Difusión, investigaciones sobre la 105
- Dinamarca 15
- Discapacidad
intelectual, véase Retraso mental
carga 25–26, 27, 28
- Discriminación 85
lucha contra la 98, 99
- Dislexias 36
- Distrito sanitario 52
- Dolor, bienestar y 8
- Donantes externos 80
- Dopamina 7
- Drogas, uso nocivo 30, 32–33
aprendizaje de comportamientos 9–10
carga mundial 27, 28, 32
intervenciones **66–68**
pobreza 41
políticas 80, 83
- ECHO 92
- Economía **103**
necesidad de investigaciones 105
- Ecuador 70
- Edad (*véase también* Infancia; Personas de edad) 11, **43**
depresión 30, 43
diferencias en función del sexo y 41
enfermedad de Alzheimer 34–35
- Educación 102, **103**
- Educación/sensibilización del público 58, **98**
recomendaciones xii, 111, 114
- “Edutenimiento” 99
- Eficacia 105
en función de los costos, véase Costoeficacia
- Egipto 42, 82, 90, 99
- El Salvador 38
- Emigración 13
- “Emociones expresadas” 45, 57
- Empleo **63, 102–103**
- “Empresa social” modelo de 63
- Enfermedades
físicas graves **44**
infecciosas
causas de epilepsia 34
comportamiento en materia de salud 9
consumo de drogas 32, 68
no transmisibles 9
transmisibles, véase Enfermedades infecciosas
- Enfermeras 97
de psiquiatría 95, 97
- Enfermos, gastos costeados por la población sana 78
- Envejecimiento
de la población 70
deterioro de las funciones cognitivas 34
- Epilepsia 29, **34, 51**
intervenciones **69–70**
- Episodio depresivo 11
- Equipos de especialistas en atención de salud mental xiii, 56, 111
- Escenarios de acción xiii, 112–115
- Escuelas 103
especiales 71
prevención del suicidio 73
promoción de la salud mental 98
- Eslovaquia 39, 100
- Eslovenia 39
- España 15, 99
atención de salud mental 63, 64
carga de trastornos 36, 38, 39
- Especialistas en salud mental 55–56, 90, 95
recomendaciones xiii, 111
- Esquizofrenia 22, **33–34**
atención 57, 58, 86
carga mundial 27, 28
combatir la estigmatización 99
comorbilidad 37
consumo de tabaco 31
diferencias de género 42
factores ambientales 45
factores biológicos 11

- factores familiares 45
- intervención precoz 55
- intervenciones **68-69**
- suicidio 34, 39
- Estados bálticos 38
- Estados Unidos (EE.UU.) 15, 24
 - atención de salud mental 54, 58, 65
 - comorbilidad 37
 - enfermedad de Alzheimer 35
 - esquizofrenia 33
 - pobreza 40
 - promoción de la salud mental 98
 - proveedores de servicios 94, 95
 - suicidio 37, 38, 39, 73
 - trastornos de la infancia y la adolescencia 36
 - trastornos por consumo de sustancias psicoactivas 32, 68
- Estigmatización 16, 54, 85
 - lucha contra la 98, 99
- Estilo de vida, observancia de las recomendaciones 9
- Estonia 39
- Estrés (*véase también* Trastorno de estrés postraumático) 44-45
 - comportamiento en materia de salud 9
 - de la pobreza 41
 - exposición temprana al 10
 - salud física y 9
- Estudios de la efectividad 105
- Estudios de medicina, licenciatura 97
- Etiopía 36, 40
- Europa
 - atención de salud mental 49, 51-52, 54
 - carga de trastornos 26
 - Iniciativa de Ginebra 100
 - pobreza 40
 - políticas de salud mental 79
 - prestación de servicios 85, 86
 - suicidio 39
- Factores
 - ambientales **44-45**
 - en la formación del cerebro 5-6
 - en los trastornos mentales y conductuales 10, 12
 - biológicos **11-12**
 - genéticos
 - en el desarrollo del cerebro 5-7
 - en los trastornos mentales y conductuales 10, 12
 - hormonales 41
 - psicológicos **12-13**
 - sociales **13-16**
- Familia
 - apoyo y atención 101, 103-104
 - papel en los trastornos mentales **44-45**
 - participación xii, **56-58**, 111, 114
 - repercusión de los trastornos 24-25
 - terapia 57
- Farmacoterapia (*véase también* Medicamentos psicotrópicos) **55**
- Federación de Rusia 41
 - abuso de la psiquiatría 100
 - suicidio 37, 38, 73
- Federación Mundial de la Salud Mental 58
- Fenilcetonuria 71
- Fenitoína 69-70
- Fenobarbital 69-70
- Filipinas 42, 53, 90
- Financiamiento
 - atención de base comunitaria 88-89
 - atención de salud **78-80**
 - determinación de las prioridades 92-94
 - servicios integrados de salud mental 90-91
- Finlandia 15, 38, 39, 40, 72
- Francia 15, 24, 39, 52
- Fundación Soros 100
- Geel, Bélgica 58
- Género, diferencias de, *véase* Sexo, diferencias en función del Genoma humano 7
- Ghana 41
- Gobierno (*véase también* Legislación sobre salud mental)
 - asignación de recursos 92-93
 - colaboración intersectorial 101-104
 - funciones de rectoría 77, 94-95
 - política, *véase* Políticas de salud mental
 - responsabilidad 4-5, 77
- Grecia 24, 39, 64, 99
- Greengard, Profesor Paul 7
- Grupos vulnerables **82-83**
- Guerras 43-44, 101
- Heroína 32
- Hipnóticos 30
- Hospitales (*véase también* Tratamiento hospitalario)
 - generales, camas psiquiátricas en 64-65, 85, 86
 - psiquiátricos (instituciones) 4, 87
 - cambios **49-54**, 87, 88-89
 - en los países en desarrollo 52
 - estudios sobre la calidad de vida 29
 - fallos 49-50
 - pacientes dados de alta 59
 - recomendaciones xii, 110-111
 - violaciones de los derechos humanos 50, 51
- Hungría 39, 103
- Imaginología cerebral 5, 7
- India 39, 99
 - atención de salud mental 51, 53, 58, 64, 65, 70
 - carga de trastornos 24, 36
 - políticas de salud mental 79
 - prestación de servicios 88, 90
 - suicidio 38, 42, 72
- Indicadores
 - básicos *Cuadro 1 del Anexo*
 - cuentas nacionales de salud *Cuadro 5 del Anexo*
 - salud mental xiii
- Indonesia 42, 70
- Infancia
 - trastornos de la 22, **36**
 - aprendizaje del comportamiento en materia de salud 9-10
 - políticas de salud mental 77, 82, 84
 - primeras interacciones durante la 12
- Iniciativa de Ginebra en materia de psiquiatría 100
- «Institucionalismo» 50-51
- Instituciones
 - niños acogidos en 12
 - psiquiátricas, *véase* Hospitales psiquiátricos
- Interesados directos, en el desarrollo de políticas 80
- Internet 97, 99
- Intervenciones (*véase también* Tratamiento) **59-64**
 - asignación de recursos 93
 - costoeficacia 60-61
 - eficacia **64-73**
 - obstáculos a la aplicación 85

- precoces, necesidad de **54–55**
 promoción de la salud mental **98**
- Intoxicación**
 por metales pesados **71**
 por paraquat **73**
 por plomo **71**
- Investigaciones 104–106**
 económicas **105**
 en países en desarrollo **106**
 epidemiológicas **104**
 recomendaciones **xiii, 112, 114**
 sobre la aplicación de las intervenciones **105**
 sobre los resultados de los tratamientos, la prevención
 y la sensibilización **104–105**
 sobre políticas y servicios **105–106**
 transculturales **106**
- Inyección de drogas 32, 68**
- Israel 39**
- Italia 15, 63, 99**
 carga de trastornos **24, 39**
 reforma de la salud mental **51, 85, 86**
- Jamaica 41**
- Japón 24, 36, 38**
- Jóvenes (véase también Adolescentes, Infancia)**
 depresión **30**
 políticas **82**
 suicidio **38**
 trastornos mentales **36**
- Kandel, Profesor Eric 7**
- Kazajstán 39**
- Kenya 70**
- Kirguistán 41**
- Lactantes, primeras interacciones 12, 98**
- Legislación sobre salud mental 79, 84**
 recomendaciones **xii, 111, 114**
- Lenguaje, trastornos del desarrollo 36**
- Lesiones autoinfligidas 27, 38**
- Letonia 39**
- Libano 79**
- Lista de medicamentos esenciales xi, 61, 91**
- Lituania 39**
- Lumbalgia crónica 8**
- Luxemburgo 39**
- Macedonia 39**
- Malasia 58, 64, 90, 95**
- Mali 64**
- Malta 39**
- Management Sciences for Health 92**
- Manía 30**
- Manicomios (véase también Hospitales psiquiátricos) 4, 49–50, 52**
- Marruecos 90**
- “Matriz de economía mixta” 81**
- Medicamentos**
 esenciales **xi, 61, 91**
 guía anual de indicadores de precios **92**
 necesidad de investigaciones **105**
 tasas de observancia de los tratamientos **9**
- Medicina del comportamiento 7–10**
 vía del comportamiento en materia de salud **9–10**
 vía fisiológica **9**
- Médicos 97**
- Medios de comunicación 15, 58, 73, 99**
- Mediterráneo Oriental**
 atención de salud mental **53, 54**
 carga de trastornos **26**
 políticas de salud mental **79**
 prestación de servicios **86**
- Memoria 7**
- Metadona, mantenimiento con 68**
- Metales pesados 71**
- México 37, 38, 64**
- Migraña 27, 28**
- Minusvalía mental, véase Retraso mental**
- Modelos murinos, genética 7**
- Mujeres 14–15, 41–43**
 como cuidadoras **43**
 políticas de salud mental **82**
 violencia contra las **15, 42**
- Myanmar 79**
- Naciones Unidas**
 Convención sobre los Derechos del Niño **82, 84**
 Resolución 46/119 de la Asamblea General (sobre la
 salud mental) **53, 84**
- Nepal 79, 90**
- Neurociencia, avances en 5–7**
- Neurocirugía 69**
- Neuroglía 5**
- Neurólogos 95**
- Neuronas 5**
- Neurotransmisores 5**
- Nicaragua 42**
- Nicotina 31**
- Nigeria 15, 24, 79, 88**
- Niñez, véase Infancia**
- Nivel de instrucción bajo 13–14, 39**
- Niveles de información 109**
- Noruega 15, 39**
- Nueva Zelandia 38**
- Observancia del tratamiento 9, 59, 60**
 factores que mejoran la **60**
 necesidad de nuevas investigaciones **105**
- «Open the doors» (Abre las puertas), Campaña 99**
- Opioides 30**
- Organización Mundial de la Salud (OMS)**
 instrumentos y métodos de investigación transcultural **106**
 Lista de Medicamentos Esenciales **61, 91**
 Proyecto Atlas de Recursos de Salud Mental **77, 78**
- Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de
 la OMS para las Américas (OPS) 52, 53**
- Organizaciones no gubernamentales 58, 87, 100, 112**
- Pacífico Occidental**
 atención de salud mental **54**
 carga de trastornos **26**
 políticas de salud mental **79**
 prestación de servicios **86**
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos 84**
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales
 y Culturales 84**
- Padres**
 ante el retraso mental **71**
 relaciones del niño con los **12, 98**
- Pagos directos 78, 79**

- Países árabes 88
- Países Bajos 15, 40, 100
atención de salud mental 63, 65
carga de trastornos 24, 39
- Países de bajos ingresos (*véase también* Países en desarrollo) 112–113
- Países desarrollados
instituciones psiquiátricas 50
recomendaciones para intervenciones 113–115
sistemas de salud 78–79
- Países en desarrollo
atención de salud mental 52–53, 57, 58, 59
carga de trastornos 26
desfase terapéutico 3
epilepsia 34, 70
esquizofrenia 33–34, 68, 69
financiamiento de los sistemas de salud 78–80
necesidad de investigaciones 105, 106
prestación de servicios 94, 95, 96, 97
recomendaciones para intervenciones 112–113, 114
trastornos por consumo de alcohol 31–32
- Países industrializados, *véase* Países desarrollados
- Pakistán 53, 64, 65, 79, 90
- Parkinson, enfermedad de 7
- Personal de salud general xi, 59, 90, 95, 110
- Personal paramédico 97
- Personas de edad 43
cuidado de las 70
enfermedad de Alzheimer 34–35
políticas de salud mental 82
promoción de la salud mental 98
- Perú 42
- Plasticidad sináptica 6–7, 12
- Población
envejecimiento de la 70
intervenciones dirigidas a grupos de 98
- Pobres (*véase también* Pobreza) 39–40
gastos costeados por la población pudiente 79
opiniones sobre las enfermedades 41
- Pobreza (*véase también* Pobres) 13, **39–41**
abordar la 101, 102
salud mental y 13–14
- Políticas de salud mental 4–5, **77–84**
banco de información 81–82
dificultades 85
falta de 3, 77
formulación 80–81
grupos vulnerables y problemas especiales 82–83
necesidad de investigaciones 105
promoción de los derechos humanos 83–84
recomendaciones xii, 111, 114
- Portugal 39
- Premio Nobel de Fisiología y Medicina del año 2000 7
- Prepago 78, 79
- Presos 104
políticos 100
- Presupuestos 77, 91
globales 91
partidas 91
- Prevalencia
de periodo 23
puntual 23
trastornos mentales y conductuales **23–24**
- Prevención 64
dependencia del alcohol 66
necesidad de investigaciones 104–105
- primaria 64
secundaria 64
suicidio 72, **73**, 104
terciaria 64
- Privaciones 13–14, 39–40
- Profesionales sanitarios 95–97
apoyo para las familias 101
en los países en desarrollo 52, 95
especialistas, *véase* Especialistas en salud mental
redefinición de sus funciones 96
- Programas sobre salud mental xii, 111, 114
- Promoción 56, 57
- Proveedores de servicios 94–95
- Proyecto Atlas de la OMS sobre Recursos de Salud Mental 77, 78
- Psicoestimulantes, medicamentos 72
- Psicofarmacología 49
- Psicoterapia **61–62**
contra la depresión 65
en la dependencia del alcohol 66–67
- Psicotrópicos **61**
asegurar la disponibilidad de xi, 61, 90, **91**
costoeficacia 61
prescripción en función del sexo 42–43
razón mujeres/hombres entre los usuarios de 15
recomendaciones 110, 114
- Psiquiatras 95, 96
- Psiquiatría
capacitación 97
uso político 100
- Publicidad 16, 99
- Pueblos indígenas, problemas con el alcohol 32
- Racismo 15
- Rectoría 77, 94–95
- Recursos, salud mental
asignación 93
“blindaje” 91
insuficientes 109
Proyecto Atlas de la OMS 77, 78
recomendaciones basadas en la disponibilidad **112–115**
- Recursos humanos (*véase también* Profesionales sanitarios) **95–97**
recomendaciones xiii, 111–112, 114
- Red de Reformadores 100
- Reestructuración económica 79, 103
- Reformadores de la psiquiatría 100
- Refugiados 43–44, 83
- Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos 104
- Rehabilitación 64
laboral **63**, 71
programas 55
psicosocial **62–63**, 64
en la enfermedad de Alzheimer 70–71
en la esquizofrenia 69
vínculos intersectoriales 92
- Reino Unido 15, 24, 39, 58, 65, 99
- Relajación, técnicas de 61
- República Checa 39
- República de Moldova 39
- República Islámica del Irán 38, 53, 58, 64, 90
- República Unida de Tanzania, la 90, 92
- Resfriado 9
- Restricciones físicas 50, 51
- Retraso mental 22, **35**, 51
asistencia 57
intervenciones **71**

- Royal College of Psychiatrists 99
Rumania 39, 100
- Salud
 carga de trastornos mentales 25–26
 definición de la OMS 3–4, 49
 física, frente a salud mental 7–10
 indicadores de las cuentas nacionales *Cuadro 5 del Anexo*
 nivel y distribución *Cuadro 4 del Anexo*
- Salud física, frente a salud mental 7–10
- Salud mental 3–17
 concepto **5–10**
 definición 5
 enfoque desde la salud pública 16–17
 frente a salud física 7–10
 importancia de la 3–4
 política, véase Políticas de salud mental
 programas xii, 111, 114
 promoción **98–101**
 recomendaciones xi–xiii, **110–115**
- Salud pública, enfoque desde la 16–17
- Samoa Occidental 73
- Sector privado
 necesidad de investigaciones 105
 regulación por los gobiernos 94–95
- Sectores
 de la atención de salud mental 52
 vínculos entre, véase Colaboración intersectorial
- Sedantes 30
- Seguro de enfermedad 78–79, 93–94, 111
- Seguro social 79, 93
- Seguros privados 78–79, 93–94
- Senegal 53, 64, 90
- Servicios de protección social 102, **103**
- Servicios de salud mental (véase también Atención comunitaria, Atención de salud mental, Hospitales psiquiátricos) **85–97**
 desequilibrio entre el campo y la ciudad 88
 elección de estrategias 92–94
 financiamiento **78–80**
 gama amplia **55–56**
 integración en los servicios generales **89–91**
 necesidad de investigaciones 105
 prestación de, comparación de los sectores público y privado 94–95
 problemas de acceso 14, 85
 reforma 81, 85
 utilización 53, 54
- Servicios sociales 103
- Sexo, diferencias en función del 11, 23, **41–43**
 depresión 30
 tasas de suicidio 37
- SIDA, véase VIH/SIDA
- Sinapsis 5
- Síndrome de Down 71
- Síndromes del comportamiento asociados con factores físicos 22
- Sistema de justicia penal 102, **104**
- Sistema de salud **78–80**
 dificultades 85
 reforma 81, 85
- Sistemas de información xiii, **82**, 112, 114
- Sistemas de notificación xiii, 82, 112, 114
- Situación socioeconómica 40
- Sneha 72
- Sociedad de Psiquiatras y Neuropatólogos 100
- Sri Lanka 38, 64, 65, 97
- Steps Towards Effective Enjoyable Parenting (STEEP) 98
- Subvenciones 78–79
- Sudáfrica 15, 53, 64, 88–89, 90
- Sudán 53, 79, 90
- Suecia 15, 65, 73
- Suicidio **37–39**
 depresión y 30, 39
 en la esquizofrenia 34, 39
 factores ambientales 45
 factores sociales 13
 intentos de 38
 medios de acceso 39, 73
 políticas 83
 prevención 72, **73**, 104
 tasas, tendencias 37–38
 violencia doméstica y 42
- Suiza 15, 36, 38
- Sustancias, trastornos por consumo de (véase también Alcohol, Drogas, Tabaco) 12, 26, **30–33**
 comorbilidad 37
 diferencias en función del sexo 41, 43
 en la atención primaria 23–24
 políticas 80, 83
 suicidio y 39
- Sustancias tóxicas 73
- Tabaco, consumo de 31, 32
 consejo para abandonar 67
 factores sociales 16
 trastornos mentales y 31
- Tailandia 41, 42, 103
- Tecnologías de la información 97, 100
- Telemedicina 16
- Terapia cognitiva 61, 65
- Terapia conductual 12, 61, 65
 de la drogodependencia 67
 de los trastornos obsesivo–compulsivos 10
- Terapia de apoyo 8, 62
- Terapia de modificación de la conducta 71
- Terapia grupal de apoyo 8
- Terapia interpersonal 61, 65
- Terremotos 44
- Trabajo **102–103**
 cooperativas 63
- Tranquilizantes 61
- Trastorno afectivo bipolar 30
 carga mundial 27, 28
 diferencias en función del sexo 42
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT) 28, 43–44
- Trastorno de personalidad antisocial 41, 43
- Trastornos
 afectivos (véase también Trastorno afectivo bipolar; Depresión) 22
 conductuales 36
 en el adulto 22
 carga mundial 3, 25–26, 27, 28
 determinantes 4, **39–45**
 diagnóstico **21–22**
 frecuentes **29–36**
 identificación **21**
 infancia 22, 36, 57, 71–72
 nuevos conocimientos sobre los **10–16**
 repercusión **24–29**
 de la personalidad 22
 de pánico

- calidad de vida 29
- carga mundial 27, 28
- del desarrollo del habla 36
- del desarrollo psicológico 22, 36
- del humor (*véase también* Trastorno afectivo bipolar, Depresión) 22
- delirantes 22
- emocionales en la niñez 22, 36
- esquizotípicos 22
- generalizados del desarrollo 36
- hipercinéticos 36, **71–72**
- mentales
 - cambio de percepciones 49, 50
 - carga mundial 3, 25–26, 27, 28
 - comorbilidad 37
 - comportamiento en materia de salud 9
 - determinantes 4, **39–45**
 - diagnóstico **21–22**
 - frecuentes **29–36**
 - identificación **21**
 - intervenciones dirigidas 98
 - nuevos conocimientos sobre los **10–16**
 - orgánicos 22
 - prevalencia **23–24**
 - repercusión **24–29**
 - sintomáticos 22
 - soluciones eficaces **109–110**
- neurológicos 29
- neuropsiquiátricos 22
 - carga de morbilidad 25–26, 27, 28
 - prevalencia 23
- neuróticos 22
- obsesivo-compulsivos 10, 28
- relacionados con el estrés 22
- somatomorfos 22, 42
- Tratamiento (*véase también* Intervenciones) **59–64**
 - ambulatorio, de la dependencia del alcohol 66–67
 - definición 64
 - desfase 3
 - hospitalario (*véase también* Hospitales)
 - de la dependencia del alcohol 66–67
 - en la esquizofrenia 69
 - necesidad de 64
 - necesidad de investigaciones 105–106
 - observancia, *véase* Observancia del tratamiento
 - recomendaciones 110–111
 - Tratamientos farmacológicos, *véase* Medicamentos
 - Túnez 64
 - Turquía 24, 88
- Ucrania 100
- Uganda 81
- UNICEF 92
- Unión Soviética, antigua 79, 88, 100
- Uzbekistán 41
- Viet Nam 41, 95
- Vigilancia
 - de la salud mental de las comunidades xiii, 112, 114
 - sistemas de 82, 90
- VIH/SIDA 44
 - entre los usuarios de drogas 32
 - medicina conductual 8, 9
 - pobreza y 41
 - prevención de la propagación 68
- Violación 42
- Violencia 15, 25
 - doméstica 15, 42
 - sexual 15, 42
- Vivienda **63–64**, 102, 103
- World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders 57
- Zambia 41
- Zimbabwe 40, 90, 92
- Zonas rurales 13, 88