

El Salvador se encuentra en América Central y limita con Guatemala, Honduras y el Océano Pacífico. Administrativamente, el país está dividido en 14 departamentos en 262 municipios.

En 2019, la población de El Salvador era de 6,5 millones, de los cuales el 73% se concentraba en áreas urbanas. De 1990 a 2015, la población creció un 16,4%, y su estructura cambió de expansiva a regresiva, debido a la disminución de la fertilidad y la mortalidad.

Los indicadores básicos de salud muestran una mejora sistemática en el estado socioeconómico y de salud de 1990 a 2015, aunque el país tenía un índice de desarrollo humano intermedio de 0,666 en 2014.

El ingreso nacional bruto per cápita fue de US\$ 3,940 en 2014. En 2013, las remesas (transferencias enviadas desde el extranjero) fueron la principal fuente de ingresos, representando el 16,3% del producto interno bruto (PIB).

## LA CARGA DE ENFERMEDAD DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (MNSS) causan el 19% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el 35% de todos los años vividos con discapacidad (AVD).

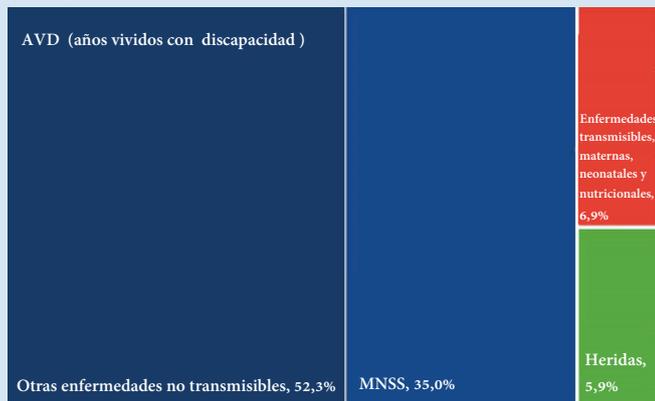


Figura 1. Distribución de AVD con un enfoque en trastornos mentales, neurológicos, de consumo de sustancias y autolesiones (MNSS)

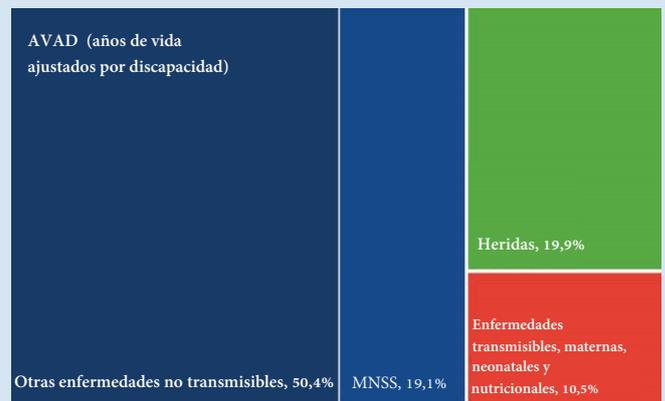


Figura 2. Distribución de AVAD con un enfoque en trastornos mentales, neurológicos, de consumo de sustancias y autolesiones (MNSS)

## CARGA DE ENFERMEDAD Y SALUD MENTAL A TRAVÉS DE LA VIDA

La figura 3 muestra los cambios en la carga de la enfermedad por grupo etario. Las enfermedades no transmisibles (en tonos de azul) superan el 50% de la carga a los 5 años, y seguirá siendo la mayor carga a lo largo de la vida. Los trastornos MNSS representan un cuarto de la carga total entre los 10 y 40 años de edad, la mayor carga de todos los grupos de enfermedades durante este período. La figura 4 se centra exclusivamente en la carga resultante de los trastornos MNSS. Hasta los 5 años, la carga de los trastornos MNSS se debe principalmente a la epilepsia (56%) y el autismo (39%). Entre los 5 y 15 años, la carga de los trastornos de conducta (20%), dolores de cabeza (17%) incluyendo migraña y tipo tensional, y trastornos de ansiedad (13%), ganan importancia. Alrededor de los 20 años de edad surge un patrón que se mantiene estable durante la juventud y la edad adulta: los trastornos comunes (ansiedad, depresión, autolesiones y trastorno somatomorfe) representan el 35% de la carga, los trastornos por consumo de sustancias el 31% (27% debido al alcohol), los dolores de cabeza el 18%, y los trastornos mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) alrededor del 7%. Los adultos mayores sufren principalmente trastornos neurocognitivos debido a la enfermedad de Alzheimer, que supera el 50% de la carga hacia los 75 años y se sitúa por encima del 65% después de los 80 años.

Figura 3. Carga de enfermedad, por grupo de enfermedad y edad.

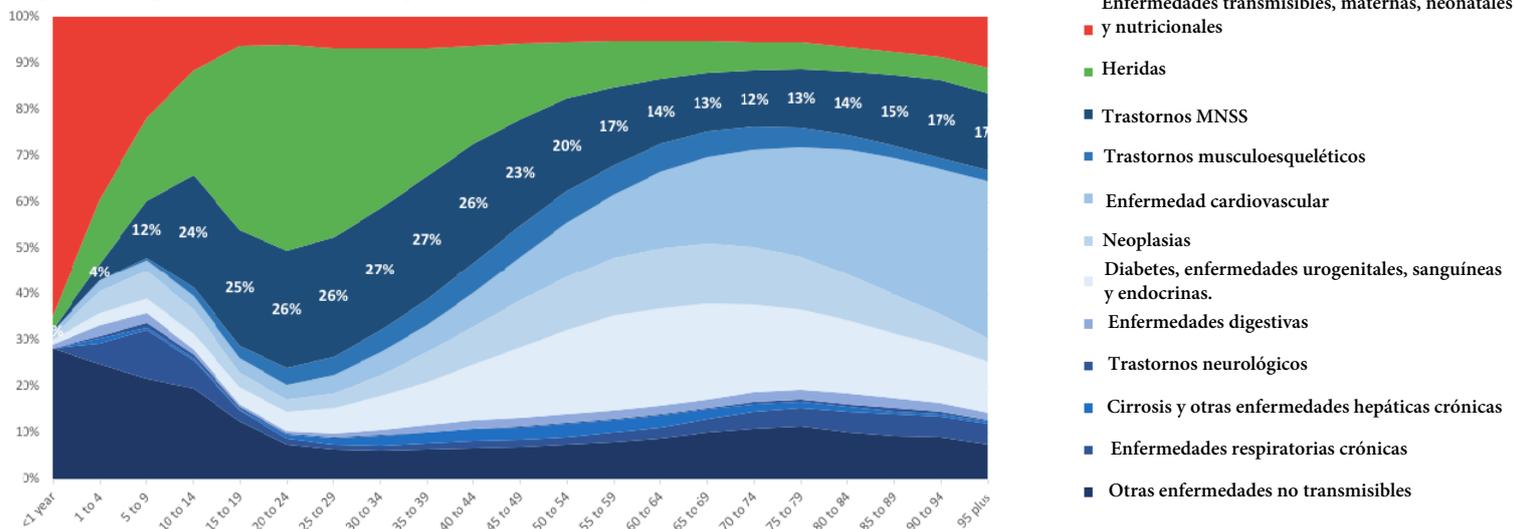
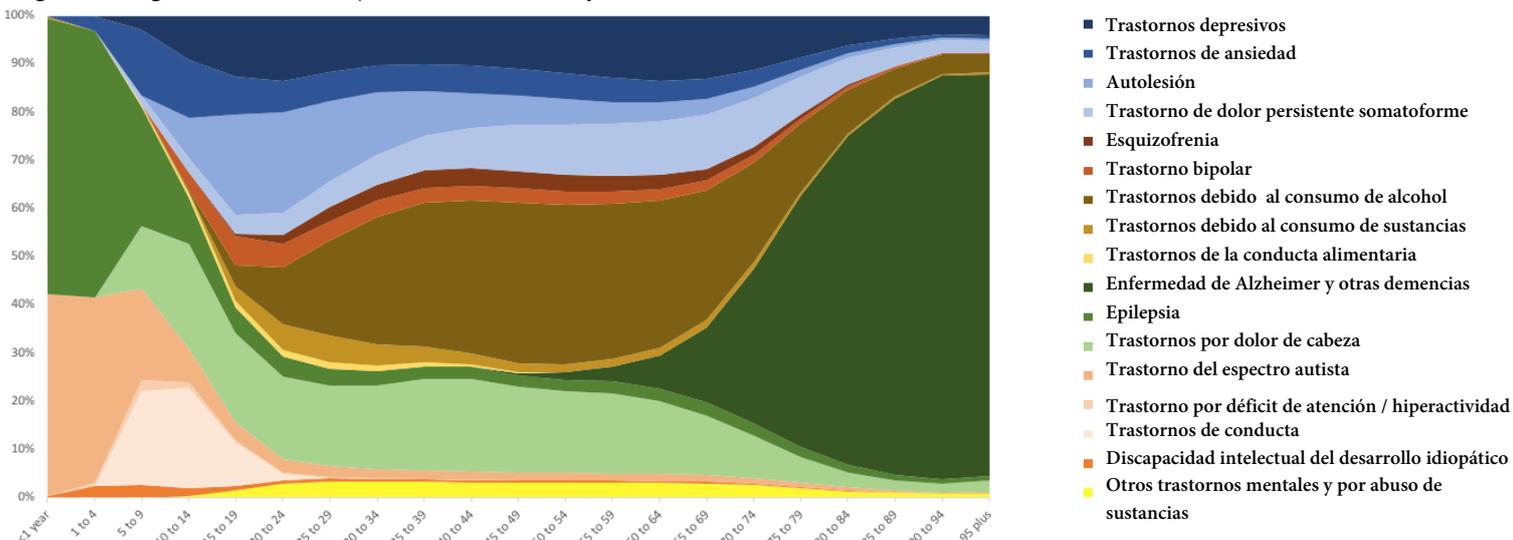


Figura 4. Carga de enfermedad, por trastornos MNSS y edad.



Los tres trastornos principales en términos de años de vida ajustados por discapacidad representan del 45 al 60% de la carga total de trastornos MNSS: no siendo igual en hombres y mujeres; mientras los hombres se ven afectados principalmente por trastornos debido al consumo de alcohol, autolesión y suicidio, y dolores de cabeza, las mujeres son más afectadas por dolores de cabeza, trastornos depresivos y por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Hombres		Mujeres	
Trastorno	AVAD por 100 000	Trastorno	AVAD por 100 000
MNSS (todos)	6071	MNSS (todos)	4335
Trastorno por consumo de alcohol	2163	Trastornos por dolor de cabeza	1002
Autolesiones y suicidio	768	Trastornos por depresión	655
Trastornos por dolor de cabeza	546	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	481
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	489	Trastorno de dolor persistente somatoforme	414
Trastornos por depresión	436	Trastornos por ansiedad	344

### Conclusiones:

Teniendo en cuenta estas estimaciones, los proveedores de atención primaria deben recibir capacitación y herramientas para priorizar la detección y el tratamiento o la referencia de los trastornos comunes mencionados anteriormente para cada grupo de edad y sexo. Para los trastornos graves –como el autismo, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el Alzheimer–, así como para presentaciones severas, comórbidas o complejas de otros trastornos, por ejemplo, depresión durante el embarazo, consumo de sustancias en profesiones de servicio público, etc., los proveedores de atención primaria y las familias necesitan acceso a apoyos adecuados, tales como:

- Plataformas de referencia y/o supervisión que permiten un tratamiento continuo en la comunidad, incluyendo el uso de tecnología digital para aumentar el acceso a recursos distantes, concentrados geográficamente.
- Servicios de emergencia, hospitalizados y residenciales para el manejo de situaciones agudas de alto riesgo y pacientes con altas necesidades.

Estos servicios deben estar basados en la comunidad tanto como sea posible, incluso para el manejo de crisis, el tratamiento hospitalario en hospitales generales, viviendas con apoyo y servicios residenciales.