

## **Viabilidad de la integración del mhGAP en los servicios de atención primaria de la Secretaría de Salud en Reynosa, Tamaulipas, México: la experiencia de MSF**

Cristian Salvador (MSF-CAMINO); Lindsay Solera (MSF-CAMINO); Laura Moreno (MSF-CAMINO); Marcos Moyano (MSF-OCG); Carolina Echeverri (MSF-OCG); Derek Johnson (MSF-CAMINO); Reinaldo Ortuño (MSF-CAMINO); Iza Ciglenecki (MSF-OCG); José Mendoza (SSA); Diana Gómez (MSF-CAMINO)

### **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente el 5% de la población adulta de América Latina sufre algún grado de depresión y 6 de cada 10 casos no buscan tratamiento. Los trastornos mentales y neurológicos representan aproximadamente el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina.

En México, de 2020 a 2022, la tasa de casos nuevos de trastornos mentales y del comportamiento casi se duplicó. Especialmente, en Tamaulipas existe una preocupación creciente por la salud mental de la población, que se suma a la limitada oferta de servicios en el estado y en Reynosa en particular. En México, para 2020, según datos de la SSA, la brecha de tratamiento en salud mental era del 81.4%. Por su parte, el estado de Tamaulipas cuenta sólo con dos centros especializados de atención a salud mental, en Matamoros y Tampico, por lo que es clave diversificar los sitios para la atención.

La prevalencia de trastornos de salud mental, la limitada oferta y las barreras para el acceso a servicios en México y América Latina imponen una importante presión a los sistemas de salud públicos. En respuesta a las brechas en el acceso a los servicios de salud mental a nivel global, la OMS lanzó en 2008 el programa de acción contra la brecha en salud mental (mhGAP por sus siglas en inglés), que incluye la formación de personal no especializado en la evaluación y el tratamiento de nueve trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias prioritarios.

Médicos sin Fronteras (MSF) considera que la salud mental es un componente esencial de la atención sanitaria integral, por lo que mhGAP está incluido en la mayoría de sus proyectos en la Misión de México y Centroamérica. MSF tiene actividades en Reynosa, Tamaulipas, desde 2017, desde 2021 con especial énfasis en la atención a población en movimiento; y desde 2023, apoyó la implementación de mhGAP en dos centros de salud de Reynosa, dirigida a población local.

### **Métodos**

El objetivo general de este estudio fue evaluar los resultados de la implementación de mhGAP en centros de atención primaria en México, según el marco teórico de Proctor. Para ello, se condujo un estudio de métodos mixtos convergentes, que permite la integración de los datos cualitativos y cuantitativos, para evaluar los resultados de la implementación, incluyendo información sociodemográfica de los pacientes atendidos, las atenciones provistas, y las perspectivas del personal y pacientes en torno a la implementación.

El componente cuantitativo incluyó la recolección de datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes; además de la evaluación del costo de la implementación. En el componente cualitativo se realizaron entrevistas a actores clave y pacientes, 6 meses y 9 meses después de la formación del personal y la entrada en marcha de la implementación. Además, se aplicaron cuestionarios al personal médico formado en mhGAP.

En el estudio, participaron 27 actores con diferentes perfiles (implementadoras = 3; personal médico formado = 9; pacientes = 5; cuidadores = 2; líderes comunitarios = 2; supervisores = 3; directivos = 2; personal de farmacia = 1; puntos focales de la SSA = 3). Se recabaron 9 cuestionarios del personal médico formado en mhGAP. Para el análisis, se tomó la propuesta de Proctor et al (2011), para analizar ocho componentes la implementación: *aceptabilidad, adecuación, adopción, fidelidad, viabilidad, penetración, costo y sostenibilidad*, se realizó un análisis temático de los datos recabados.

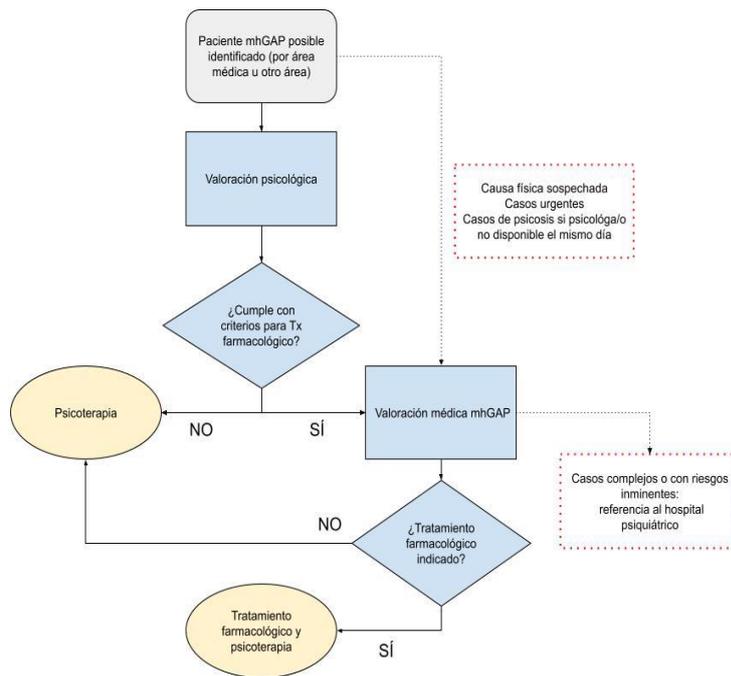
El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Médicos sin Fronteras (Protocolo ID 2295, con fecha del 13 de febrero de 2023) y el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (Registro CI-997, con fecha del 29 de junio de 2023).

## **Resultados**

Para la implementación, MSF estableció un entendimiento con la Secretaría de Salud (SSA) de México y la Comisión Nacional contra las Adicciones, y la segunda seleccionó dos Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA) por estar contiguos a Centros de Salud de primer nivel: CECOSAMA –Centro 1 y CECOSAMA - Centro 2, ambos en Reynosa, Tamaulipas. La selección de estas unidades fue su posición aledaña a los Centros de Salud, debido a que cuentan con personal de psicología que podía derivar pacientes con potenciales necesidades mhGAP.

Se realizó la formación de 9 personas de la SSA en Reynosa (3 médicos, 2 enfermeras, 2 psicólogos, 1 trabajadora social y 1 encargado de farmacia), para la implementación del programa en dos binomios compuestos por Centros de Salud + Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA); denominados en este estudio como Centro 1 y Centro 2. Médicos Sin Fronteras también donó una dotación de medicamentos psicotrópicos básicos. Además, se realizó la supervisión del programa durante los primeros seis meses de implementación, para posteriormente pasar el traspaso de este a la SSA. Después de la formación, la implementación de mhGAP entró en vigor formalmente en febrero de 2023. El circuito de atención acordado con el personal formado en mhGAP para la atención de los pacientes fue:

**Figura 2. Circuito de atención mhGAP**



Se reclutaron 21 pacientes en ambos centros. Las edades oscilan de los 15 a los 75 años; en su mayoría (60%) mujeres. En el período, se realizaron 21 consultas iniciales y 15 de seguimiento; sólo 10 pacientes volvieron a consultas de seguimiento (47.6%). Las patologías más comunes fueron ansiedad / depresión (62%) y psicosis crónica (18%). El 38.5% de los pacientes siguieron tratamiento (de ellos, 62.5% psicológico y farmacológico; 37.5% sólo psicológico); 38.5% se considera perdido, dado que no continuaron seguimiento, 9.5% fueron dados de alta médica; 9.5% fueron derivaciones a otros servicios.

El programa mhGAP se implementó durante 2023 con apoyo de MSF, para después ser traspasado a la SSA en enero de 2024. En materia de salud mental, los actores señalaron que en Reynosa existe una necesidad imperante por garantizar el acceso a los servicios, dada la prevalencia y el subregistro de trastornos de salud mental; a ello se suma el desconocimiento de los servicios disponibles o la falta de demanda de atención, debido a la limitada oferta de éstos:

*Localmente trabajamos con una población que se enfrenta constantemente, a estrés postraumático por factores sociales. La población encamina más su visión hacia la supervivencia, que hacia el disfrute en salud de su vivencia. Su enfoque es más sobrevivir que vivir. La mayor parte de las personas que están aquí generan una alta demanda de servicios por ansiedad y depresión posteriores a eventos traumáticos. Es el pan diario. Muchos se habitúan, otros no, otros generan estrés crónico, otros aprenden a vivir con él. Regina\_psicóloga*

El personal de salud refirió la estrategia como *aceptable*, dada las carencias identificadas en su propia práctica clínica para resolver las necesidades de los pacientes:

*Me ayudó a saber identificar cuál era la enfermedad que ella tenía. En este caso era depresión por duelo, pues todos los síntomas que refería ella fueron los síntomas que en el curso yo aprendí. Anteriormente no habíamos tenido ningún curso de capacitación sobre ese tema, sobre salud mental. Renata\_enfermera*

No obstante, tal y como advierte Proctor et al. (2011) sobre la cuestión diacrónica: el parámetro de aceptabilidad puede ir sufriendo cambios a lo largo de la implementación. Entre los participantes, la aceptabilidad redujo debido a la sobrecarga de requerimientos administrativos del propio sistema de salud y a la percepción de imposición del programa. Entre los pacientes, el programa resultó aceptable y se evaluó con una alta calidad la atención provista por el personal.

El programa mhGAP se consideró *adecuado* para el contexto, dadas la limitada oferta de servicios y necesidades de atención para la salud mental:

*Yo creo que el tratamiento (dual), en algunos casos específicos, ayuda muchísimo a avanzar a los pacientes que, por ejemplo, traen episodio depresivo mayor. Por decir con la pura psicoterapia iríamos muy lento y eso hace que el paciente se desespere y abandone. Y entonces cuando lo empezamos a hacer de las dos maneras, los beneficios son mucho mayores en ese sentido. Andrea\_psicóloga*

Sin embargo, otra de las participantes manifestó que, considerando el contexto de violencia social presente en Reynosa, la atención a la salud mental de las personas no es adecuada para las necesidades básicas de supervivencia de las personas. Otro de los factores para no considerar aceptable la intervención fue una percepción de aculturación, percepción relacionada con el carácter “externo” de mhGAP a la SSA.

Los actores señalaron que mhGAP podría contribuir a disminuir la sobrecarga de servicios de segundo y tercer nivel, que además no son accesibles para la población, debido a su lejanía de Reynosa. Tanto en *adopción* como en *fidelidad* se identificaron varios espacios de mejora en esta experiencia. Uno de los elementos que impactó en estos ámbitos fueron las condiciones de trabajo (limitado personal y recursos), además de una falta de compromiso con mhGAP al percibirse como una carga de trabajo adicional que no se reflejaba en las métricas que se solicitan al personal de salud:

*Implica un trabajo extra. Hay ciertas capacidades que no se toman en cuenta: no se diagnostica, no se profundiza... porque hay muchos programas implementados, indicadores que cumplir, hay mucho papeleo y la carga de pacientes suele ser muy alta. Y generalmente se lleva más a lo resolutivo. Y cuando hay una situación que necesita profundizar más, es decir, estar más en contacto con el paciente, fomentar la relación médico-paciente, pues se lleva mucho tiempo. Y no es tiempo que se suela tener por parte de los médicos de este primer nivel. Valeria\_psiquiatria*

Ello además impacta con la adopción de las estrategias del programa mhGAP según están planteadas, las cuales tienen que ajustarse a las dinámicas locales de provisión de servicios y los requerimientos burocráticos.

Para hablar de *viabilidad*, hay que considerar que la capacidad de los servicios públicos para brindar atención en el primer nivel es limitada; y el discurso de los participantes constantemente refería una sobrecarga laboral marcada por requerimientos administrativos y una alta burocratización que impactan en la práctica clínica y dificultan que mhGAP opere como está concebido. La localización de los centros (alejados, en zonas consideradas peligrosas y con importantes problemas de accesibilidad) fueron además elementos que constantemente mencionaron tanto el personal como los pacientes.

Existió una limitada *penetración* de la estrategia. Si se consideran los datos reportados por la SSA (422 casos de ansiedad y depresión durante 2023), mhGAP alcanzó el 2.8% de lo que se puede estimar como el total de la necesidad. A la par, los participantes señalaron que el programa no se integró como parte de las actividades de la SSA ni existió involucramiento de otros actores fuera de aquellos en los centros implementadores:

*¿Cómo ha sentido el apoyo de la Secretaría respecto a este proyecto? / Pues es que a mí no me ha preguntado Secretaría de Salud nada... si yo he tenido un acercamiento del programa es con ustedes (MSF) y con el CAPA (Cecosamas), porque a mí Secretaría de Salud, no me ha preguntado nada: ni cómo voy, ni cuantos he visto, ni si vienen o algo. Adrián\_médico*

A ello se suma el abandono de parte de los pacientes, lo que se puede asociar a problemas de accesibilidad (distancia, costos, seguridad), estigmas, problemas con medicamentos y desconfianza en el sistema de salud. En este contexto, una estrategia de promoción resultaba clave, pero ésta operó de manera limitada debido a los escasos recursos de los servicios públicos y a que el apoyo de MSF en este ámbito no se concibió desde la planeación. En Reynosa, además existe una red asistencial paralela a la SSA, que se conforma por actores privados, religiosos y asociaciones civiles que ofrecen alternativas para las necesidades de salud mental. En este contexto, los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) resultaron ser, según algunos pacientes, una de las alternativas más viables, ya que estos permiten la posibilidad de compra del medicamento ahorrando el tiempo y el gasto que representa el desplazamiento a los centros.

Para MSF, el *costo* de la intervención fue de poco más de \$100,000 MXN. Los actores señalaron que, si las condiciones generales de los servicios públicos persisten, mhGAP no es sostenible en el mediano y largo plazo. La preocupación por la disponibilidad de los medicamentos fue constantemente referida como un factor que puede atentar contra la *sostenibilidad*. Hacia el final del estudio, ocurrieron cambios normativos/operativos en los servicios de la SSA, en la transición hacia IMSS-Bienestar, que impactaron en la implementación de mhGAP, concentrando el medicamento en el centro de salud rector de la jurisdicción lo que implicaba que los pacientes tuvieran que añadir un nuevo sitio en su ruta de atención, en lugar de recibirlo en el centro de salud que proveía la atención.

Varios de los participantes coincidieron en señalar que, aun con la existencia de mhGAP, uno de los principales retos es el estigma y el desconocimiento en torno a la salud mental:

*A muchos les da miedo o muchos no lo relacionan (sobre la enfermedad mental) [...]pero porque realmente no saben, no saben que es la salud mental y que hay un tratamiento, que hay (lugares) donde ir. [...]Entonces ya se difunde a la población y los mismos pacientes que vienen, ya platican entre ellos. Les comentan: “pues ves ahí, ahí te prestan ayuda. Leticia\_enfermera*

A decir de algunos participantes, esta promoción debe hacerse también al interior de las instituciones, no sólo para sensibilizar sobre la importancia de la atención a la salud mental, sino para que el personal de salud conozca las alternativas disponibles para la atención; además de que contribuiría a visibilizar mhGAP como una estrategia adecuada para el contexto.

## Conclusiones

Aunque mhGAP resulta una alternativa viable y adecuada para el contexto de Reynosa, existen varios retos relativos a su penetración y sostenibilidad que deben considerarse para futuras experiencias. Ello puede relacionarse con las características contextuales, la capacidad limitada de los servicios públicos y una postergación constante del programa entre los actores. La infraestructura deficiente (falta de luz, agua o espacios clínicos), la capacidad instalada limitada (equipos de cómputo no operativos o ausentes), la percepción de saturación de los servicios públicos, la sobrecarga de trabajo administrativo sus carencias materiales y de recursos humanos fueron cardinales para comprender la implementación de mhGAP. En este sentido, mhGAP se vio más como una tarea adicional a asumir, a la par que el personal no lo veía como prioritario dado que no impactaba en sus metas de productividad, lo que impactó en el alcance de la estrategia.

Algunas recomendaciones que emergen de este estudio fueron:

- 1. Fortalecer la sensibilización en torno a mhGAP a todo el personal de salud del sistema público.** Cualquier prestador de servicio se puede convertir en un promotor de la estrategia para incrementar el alcance de la misma.
- 2. Establecer mecanismos de seguimiento claros, que garanticen la continuidad de los programas según los acuerdos establecidos con las contrapartes.** Para la sostenibilidad de los programas, las contrapartes de servicios públicos deben establecer mecanismos que garanticen su continuidad aun ante los cambios administrativos y políticos que ocurran en el contexto.
- 3. Fortalecer la promoción de la salud.** Generar estrategias que contribuyan a desestigmatizar los problemas de salud mental e informar a la población sobre las alternativas para la atención en el sistema público.
- 4. Incluir como centros implementadores a otros establecimientos de salud.** La recomendación más repetida por los actores fue centralizar el programa en el sitio rector a nivel local; sin embargo, esto replicaría las brechas que el propio mhGAP pretende cerrar. Por eso, para alcanzar a mayor población, es clave diversificar la oferta e incluir a más centros implementadores.

Además, desde MSF es necesario que realicemos evaluaciones integrales previas a la implementación de estrategias que soporten a los sistemas de salud públicos en los contextos donde MSF interviene; crear y fortalecer las redes con diversos actores de las áreas donde intervenimos; y finalmente fomentar la integración de la investigación operativa como parte de los Proyectos regulares.

Finalmente, la experiencia deja de manifiesto que la reivindicación hacia una normalización de los problemas mentales desde el ámbito clínico es aún una tarea pendiente. Reforzar este ámbito, puede ser uno de los mecanismos más eficaces para generar cambios sostenibles para el futuro de la atención de la salud mental.

### Conflict of Interest statement

Do you have any conflict of interest to declare?: All authors declare no competing interests

### Ethics

This study is: Approved by an Ethics Review Board (ERB). Please provide details below.

Details: Protocol approved by MSF - ERB on February 19, 2023 (Protocol ID: 2295) and Research Committee of the Fray Bernardino Alvarez Psychiatric Hospital (CI - 997).

### General

1. I confirm that the abstract and all information included is correct.: Yes
2. I confirm that the abstract constitutes consent to publication.: Yes
3. I confirm that I submit this abstract on behalf of all authors.: Yes