



Prioridades globales para abordar la carga de los trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias

Vikram Patel, Dan Chisholm, Rachana Parikh, Fiona J. Charlson, Louisa Degenhardt, Tarun Dua, Alize J. Ferrari, Steven Hyman, Ramanan Laxminarayan, Carol Levin, Crick Lund, María Elena Medina-Mora, Inge Petersen, James G. Scott, Rahul Shidhaye, Lakshmi Vijayakumar, Graham Thornicroft, y Harvey A. Whiteford, en nombre del grupo de autores DCP MNS

INTRODUCCIÓN

Este volumen de la tercera edición del proyecto *Prioridades para el control de enfermedades (DCP, por sus siglas en inglés)* trata acerca de trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias (MNS). Los trastornos MNS son una gama heterogénea de trastornos que deben su origen a una serie compleja de factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales. Aunque muchos sistemas de salud proveen atención para este tipo de afecciones a través de distintos canales, con énfasis en servicios especializados en hospitales, los trastornos han sido agrupados en este volumen como una guía para los responsables de elaborar políticas, particularmente en entornos de bajos recursos, dando prioridad a los paquetes de atención esencial y a las plataformas de prestación de servicios.

Los trastornos MNS forman un grupo ya que comparten varias características importantes, notablemente:

- Todos ellos deben sus síntomas e impedimentos a algún grado de disfunción cerebral.

- Los determinantes sociales juegan un papel importante en la etiología y la expresión de los síntomas de muchos de estos trastornos (recuadro 1.1).
- Estos trastornos frecuentemente concurren en el mismo individuo.
- Su impacto en familias y sociedades es profundo.
- Se asocian fuertemente con estigma y discriminación.
- A menudo observan un curso crónico o recurrente.
- Todos ellos comparten una respuesta lamentablemente inadecuada de los sistemas de salud en todos los países, particularmente en países de ingreso bajos y medianos (PIBM).

Nuestra agrupación de trastornos MNS también es congruente con los programas destinados a tratar su carga de salud, ejemplificado por el *Programa de Acción contra la Brecha en Salud Mental (BRECHAsm)* (OMS 2008) y con los objetivos de la tercera edición de *Prioridades para el control de enfermedades (DCP3)* de resumir la evidencia y hacer recomendaciones sobre diversas condiciones de salud. Como enfatizamos en este

Recuadro 1.1

Determinantes sociales para trastornos mentales, neurológicos, y por el uso de sustancias

Una gama de determinantes sociales influye en el riesgo y consecuencias de trastornos MNS. En particular, los siguientes factores han demostrado estar relacionados con varios trastornos MNS (Patel y cols. 2009):

1. Factores demográficos, tales como la edad, el género, y la etnicidad
2. Estatus socioeconómico: ingresos bajos, desempleo, inequidad en los ingresos, bajo nivel educativo, y bajo apoyo social
3. Factores del vecindario: vivienda inadecuada, hacinamiento, violencia
4. Eventos ambientales: desastres naturales, guerra, conflicto, cambio climático, y migración
5. Cambio social asociado con cambio en los ingresos, urbanización, y deterioro ambiental.

Los mecanismos causales de los determinantes sociales para trastornos MNS indican un patrón cíclico. Por un lado, las adversidades socioeconómicas

aumentan el riesgo de los trastornos MNS (la vía de la *imputabilidad social*); por el otro, la gente que vive con trastornos MNS cae en la pobreza durante el transcurso de su vida producto del aumento en los gastos de atención médica, productividad económica reducida asociada con la discapacidad de su condición y el estigma y discriminación asociadas con estas condiciones (la vía de la *deriva social*).

Entender el círculo vicioso de los determinantes sociales y los trastornos MNS provee de oportunidades para intervenciones que focalizan la imputabilidad social y la deriva social. En relación con la imputabilidad social, la evidencia de los beneficios para la salud mental de intervenciones para la mitigación de la pobreza es variada, pero en crecimiento. En relación con la deriva social, la evidencia de los beneficios para la economía individual y del hogar debidos a la prevención y el tratamiento de trastornos MNS es convincente y respalda el argumento económico de ampliar el ámbito de estas intervenciones (Lund y cols. 2011).

volumen, estas características compartidas moldean la respuesta de los países al tratar la carga de los trastornos MNS. Por ejemplo, se exponen razones de peso para lograr una respuesta equilibrada en salud pública para estas condiciones en todos los países, particularmente en PIBM dada la escasez de servicios especializados en estos entornos. En países de ingreso alto (PIA), estos servicios han sido el distintivo en la respuesta del sistema de salud para estas condiciones.

El *DCPI* había abordado solo unos cuantos trastornos MNS: psicosis y trastorno bipolar. El *DCP2* se había enfocado en la costo-efectividad de intervenciones específicas para trastornos con mucha carga, organizados separadamente en trastornos mentales, trastornos neurológicos, trastornos por el uso de alcohol, trastornos por el uso de drogas ilícitas, y discapacidades en aprendizaje y desarrollo. En esta tercera edición, hemos considerado intervenciones para cinco grupos de trastornos —trastornos mentales en el adulto, trastornos mentales y en el desarrollo del niño, trastornos neurológicos, trastornos por el uso de alcohol y drogas ilícitas, como la dependencia a los opiáceos—, el suicidio y las consecuencias sanitarias relacionadas con autolesiones

fuertemente asociadas con trastornos MNS. Dentro de cada grupo, hemos priorizado las condiciones asociadas con carga alta para las cuales existe evidencia que respalda las intervenciones costo-efectivas y ampliables.

Inevitablemente, los acercamientos de este tipo no abordan un número considerable de condiciones, por ejemplo, la esclerosis múltiple como un padecimiento neurológico y la anorexia nervosa como un trastorno mental del adulto. Sin embargo, las recomendaciones en este volumen, particularmente las que se refieren a la prestación de paquetes de salud, podrían extenderse a otras condiciones no tratadas expresamente. Además, algunos trastornos MNS o inquietudes relacionadas importantes se cubren en volúmenes complementarios al *DCP3*, notablemente, la dependencia a la nicotina, desarrollo temprano en la niñez, infecciones neurológicas y accidente cerebrovascular.

Este volumen aborda cuatro preguntas y temas generales (recuadro 1.2):

- Primero, tratamos la cuestión de *por qué* los trastornos MNS merecen priorizarse mediante el señalamiento y la revisión de la carga económica y sanitaria

Recuadro 1.2

Mensajes clave

Este volumen de la tercera edición de *Prioridades para el Control de Enfermedades* trata sobre trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias (MNS). Estas condiciones heterogéneas comparten varias características, particularmente, el hecho de que se encuentran entre los padecimientos más desatendidos a nivel global. Este volumen se enfoca en esas condiciones asociadas con la carga más grande para las cuales existen intervenciones eficaces que pueden ampliarse. Los hallazgos y los mensajes clave del volumen son presentados en este capítulo general, así como una evaluación de los obstáculos críticos en el sistema de salud para ampliar las intervenciones basadas en evidencias y cómo superarlos.

Los mensajes clave son los siguientes:

1. *La carga de los trastornos MNS es grande, creciente y subestimada.*

La carga en salud pública de los trastornos MNS, según se estima en los años de vida ajustados por discapacidad, está en una aguda trayectoria ascendente; aumentó en 41% entre 1990 y 2010 y ahora representa uno de cada 10 años en pérdida de salud a nivel global. Incluso esta sobria estadística es una infravaloración, ya que no toma explícitamente en consideración ni el exceso de mortalidad asociada con estos padecimientos, estimada en este volumen por primera vez, o las enormes consecuencias sociales y económicas de los trastornos MNS en las personas afectadas, sus cuidadores y en las sociedades.

2. *Muchos trastornos MNS pueden prevenirse y tratarse eficazmente.*

Una amplia variedad de intervenciones eficaces puede prevenir y tratar los trastornos MNS. Aunque algunas de estas intervenciones son también respaldadas por pruebas de costo-efectividad, quedan vacíos importantes en la disponibilidad de evidencia que respalde el aumento de muchas intervenciones. Algunas de estas intervenciones pueden tener impactos importantes en otras prioridades de salud global y desarrollo. Por ejemplo, el manejo eficaz de la depresión materna puede tener efectos en la salud infantil y

el manejo eficaz de trastornos de la conducta en niños puede afectar el comportamiento antisocial y criminal en adultos.

3. *Pueden implementarse, apropiadamente, mejores prácticas en intervenciones para los trastornos MNS en una gama de plataformas poblacionales, comunitarias y de asistencia médica.*

- En la plataforma de prestación de servicios a nivel poblacional, las mejores prácticas incluyen medidas legislativas y regulatorias para restringir el acceso a medios de autolesión/suicidio y disminuir la disponibilidad y la demanda de alcohol.
- En la plataforma del nivel comunitario, las mejores prácticas incluyen la capacitación escolar en habilidades para la vida con la finalidad de construir competencias sociales y emocionales en niños y adolescentes.
- En la plataforma de asistencia médica, que cubre el autocuidado, la atención primaria y los canales de atención médica en hospitales, las mejores prácticas incluyen el autotratamiento de las migrañas; diagnóstico y gestión de la epilepsia, dolores de cabeza, depresión, ansiedad, trastornos por el uso de alcohol y drogas ilícitas y cuidado continuo de la esquizofrenia y del trastorno bipolar en asistencia primaria.

4. *El financiamiento público de la ampliación es asequible y aumenta la protección financiera.*

Los costos de proporcionar un paquete de intervenciones económicas considerablemente ampliado para los trastornos MNS priorizados se estima en USD 3-4 per cápita de la población total al año en países de ingreso bajo y mediano bajo y por lo menos al doble de eso en países de ingreso mediano alto. Este paquete incluye intervenciones a nivel poblacional, comunitaria y de asistencia médica. Dado que una proporción considerable de trastornos MNS pueden ser crónicos e incapacitantes y afectar negativamente el bienestar doméstico, es importante que los costos de la intervención sean cubiertos en buena medida por los gobiernos mediante el aumento en la asignación de recursos y medidas

Recuadro continúa en la siguiente página

Recuadro 1.2 (continuación)

de protección financiera. La inversión de recursos públicos en la prevención y tratamiento de trastornos MNS soluciona un asunto de salud pública grande y desatendido; si se focaliza de manera inteligente, esta inversión producirá beneficios económicos y de salud considerables en poblaciones a bajo costo. Una política de movimiento hacia el financiamiento público universal puede llevar a una asignación mucho más equitativa de recursos en salud pública a través de distintos grupos de ingreso.

Mientras que muchos países y la comunidad global avanzan hacia un consenso sobre la necesidad de la cobertura universal de salud, este volumen aporta recomendaciones claras acerca de cuáles intervenciones deben ser priorizadas, cómo pueden proveerse y los costos esperados al ampliar estas intervenciones. Ofrecemos evidencia de cuatro países para demostrar cómo una combinación de voluntad política y del aumento en el compromiso financiero para respaldar el cumplimiento de intervenciones preventivas y de tratamientos costo-efectivos a través de sistemas públicos

puede conducir a mejoras considerables en el servicio de cobertura y en los resultados sanitarios. En la mayoría de los países, una amplia gama de obstáculos en el sistema de salud necesitará abordarse para alcanzar estos objetivos, especialmente la falta de liderazgo fuerte y técnicamente acertado para guiar el esfuerzo en la ampliación, los niveles relativamente bajos en la demanda de atención para algunas de las condiciones más comunes, el alto nivel de estigma relacionado con muchas condiciones y la dependencia continua en la atención especializada en hospitales como plataformas de prestación primaria.

Concretar las ganancias sanitarias asociadas con las intervenciones recomendadas en este volumen requerirá más que recursos financieros. Se necesitarán esfuerzos comprometidos y sostenidos para superar estas barreras. La última meta es el incremento masivo de oportunidades para las personas con trastornos MSN de acceder a servicios sin perspectivas de discriminación o empobrecimiento y con la esperanza de alcanzar resultados sanitarios y sociales óptimos.

de la enfermedad atribuibles a los trastornos MSN. Nos basamos en los estimados de 2010 del *Estudio de la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo* (CGE 2010) en dos sentidos importantes: examinando las tendencias de la carga en el tiempo y calculando la mortalidad adicional atribuible a estos trastornos.

- En segundo lugar, abordamos la cuestión del *qué* revisando la evidencia de la eficacia de intervenciones específicas para la prevención y el tratamiento de una selección de trastornos MNS.
- En tercer lugar, consideramos *cómo* y *cuándo* estas intervenciones pueden ser implementadas apropiadamente a lo largo de una gama de servicios de plataformas de prestación.
- En cuarto lugar, tratamos la cuestión del *cuánto* al examinar el costo de ampliar las intervenciones costo-efectivas y el caso de los servicios de cobertura mejorados y de protección financiera contra trastornos MNS.

Este capítulo también considera cómo algunos países han intentado incorporar este conjunto de evidencias en

programas ampliados para trastornos MSN. El capítulo discute lecciones relacionadas con obstáculos y estrategias y cómo éstas necesitarán abordarse para una ampliación exitosa.

El enfoque principal del volumen —y del *DCP3* en su totalidad— es sobre los PIBM. Incluimos PIA en la sección acerca de la carga global por enfermedad y nos basamos ampliamente en la concentración de evidencia disponible sobre la eficacia de las intervenciones en estos países.

POR QUÉ LOS TRASTORNOS MNS SON IMPORTANTES PARA LA SALUD GLOBAL

El CGE 2010 identificó los trastornos MNS como causas significativas de la carga de enfermedad del mundo (Whiteford y cols. 2013). Toda la serie *DCP3* utiliza los Estimados Globales de Salud de la carga de enfermedad. Este volumen también incluye información extraída del estudio CGE 2010, la cual se usa en los cálculos de la carga presentada en el capítulo 3 (Charlson y cols. 2015). Los patrones generales expresados son los mismos en el

estudio CGE 2010 (Whiteford y cols. 2013), en la más reciente información del CGE 2013 (Estudio de la Carga Global de la Enfermedad 2013 Colaboradores 2015) y en los Estimados para Salud Global de la OMS (OMS 2014).

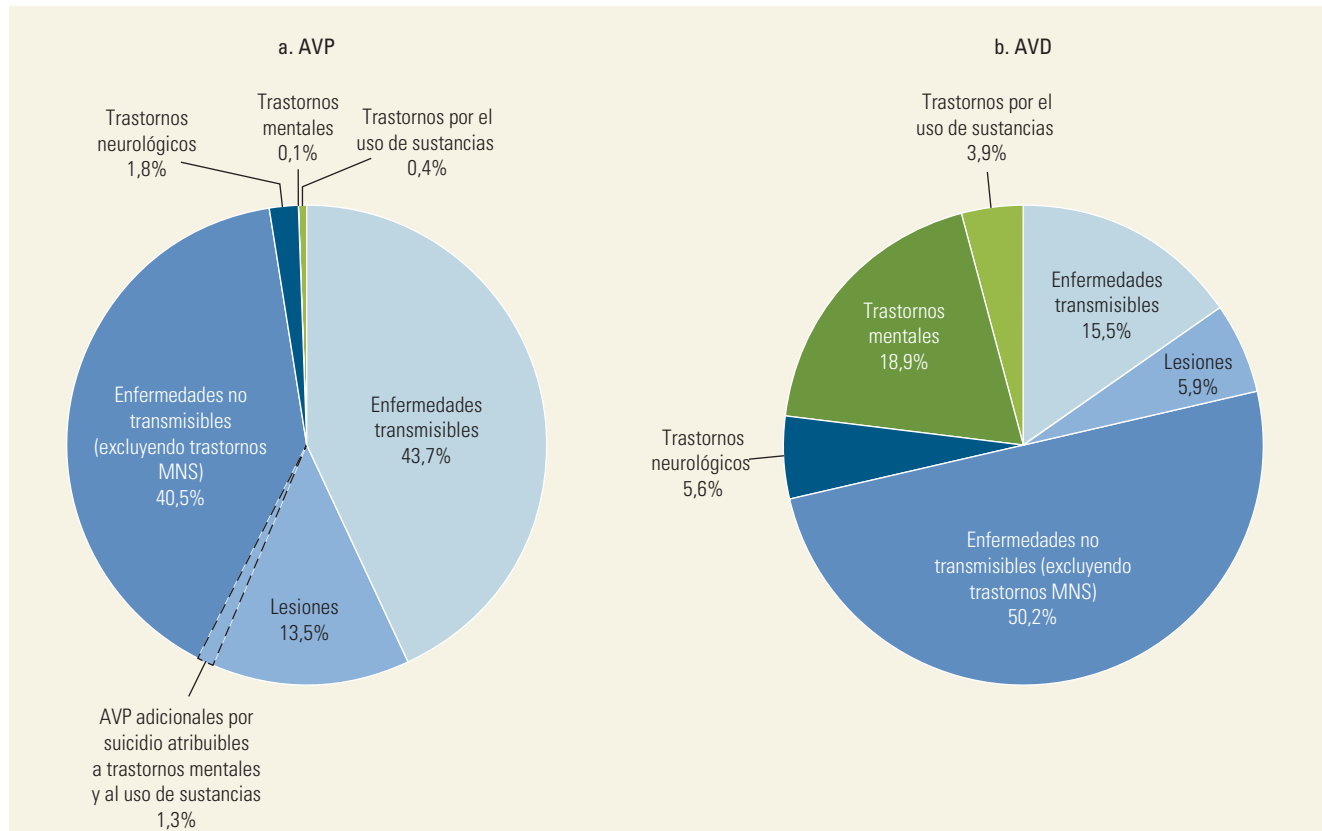
En el capítulo 2 de este volumen (Whiteford y cols. 2015), investigamos las tendencias en la carga causada por trastornos MNS. Hubo un aumento del 41% en el total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) causada por trastornos MNS entre 1990 y 2010, de 182 millones a 258 millones de AVAD (la proporción de la carga de enfermedad global aumentó de 7,3 a 10,4%). Con excepción de los trastornos por uso de sustancias, los cuales incrementaron debido a cambios de prevalencia en el tiempo, este aumento fue causado en gran parte por el crecimiento y envejecimiento de la población.

Los AVAD están constituidos por dos componentes: años de vida perdidos (AVP) y años vividos con discapacidad (AVD). La figura 1.1 resume la proporción de AVP y AVD por cualquier causa explicada por trastornos MNS en 2010. Como grupo, los trastornos MNS

fueron la causa principal de AVD en el mundo. En 2010, los AVAD para trastornos MNS fueron los más altos durante la adultez temprana y media, explicando el 18,6% del total de AVAD para individuos de entre 15 y 49 años, comparados con el 10,4% para todas las edades combinadas. Dentro del grupo de edades de entre los 15 y 49 años, los trastornos mentales y por el uso de sustancias fueron los principales contribuyentes de la carga total causada por trastornos MNS. Para los trastornos neurológicos, los AVAD fueron más altos entre los ancianos.

Hay diferencias de género importantes en la carga de estos trastornos. En general, los varones representaron el 48,1% y las mujeres el 51,9% de AVAD para trastornos MNS. Los varones representaron más AVAD para trastornos mentales ocurridos durante la niñez, esquizofrenia, trastornos por el uso de sustancias, enfermedad de Parkinson y epilepsia; mientras que más AVAD se acumularon para las mujeres en los demás trastornos de este grupo. La proporción relativa de AVAD para trastornos MNS con respecto a la carga general de la enfermedad

Figura 1.1 Proporción global de AVP y AVD atribuibles a trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias, 2010



Fuente: Whiteford y cols. 2015; <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.

Nota: En CGE 2010, las lesiones incluían muertes y AVP producto de suicidio. Los trastornos mentales y por el uso de sustancias explicaban 22,5 millones de suicidios por AVP, equivalentes al 62,1% de suicidios por AVP o al 1,3% del total de AVP por cualquier causa (Ferrari y cols. 2014).

se estimó en 1,6 veces más alta en PIA (15,5% del total de AVAD) que en PIBM (9,4% del total de AVAD), principalmente debido a la carga relativamente más alta de otras condiciones sanitarias, como trastornos infecciosos y perinatales en PIBM. No obstante, debido a la mayor población en PIBM, los AVAD totales para trastornos MNS son mayores en PIBM comparados con PIA.

La información del CGE 2010 sobre la carga ocasionada por mortalidad prematura puede llevar de manera incorrecta a la interpretación de que la muerte prematura en personas con trastornos MNS es irrelevante. Esta interpretación se debe al modo como son asignadas las causas de muerte en el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) usado por el CGE 2010. Sin embargo, la evidencia muestra que la gente con trastornos MNS experimenta una reducción considerable en su expectativa de vida, con el riesgo de muerte elevándose de acuerdo con la severidad del trastorno (Chang y cols. 2011; Lawrence, Hancock y Kisely 2013; Walker, McGee y Druss 2015).

Por lo tanto, el capítulo 3 en este volumen (Charlson y cols. 2015) explora las diferencias entre los estimados por causa específica y exceso de mortalidad por estos trastornos en el CGE 2010 y los colaboradores

potenciales en la brecha en la expectativa de vida. Aunque los AVP reportados representaron solo el 15,3% de los AVAD por trastornos MNS, equivalentes a 840 000 muertes, las simulaciones de historia natural generadas por el DisMod-MR (una herramienta para simulación de enfermedades) estiman que muchas más muertes están asociadas a estos trastornos. El exceso de mortalidad asociado con depresión grave, por sí solo, se estimó en más de 2,2 millones en 2010. Esta cantidad es significativamente más alta que otros intentos de cuantificar estas muertes (Walker, McGee y Druss 2015) e indica un grado potencialmente mayor de mortalidad asociado con trastornos MNS que el captado por AVP del CGE 2010.

Dado que los estimados en exceso de mortalidad incluyen muertes de origen causal y no causal, estos deben interpretarse cuidadosamente. El cuadro 1.1 resume las muertes por causas específicas y el exceso de mortalidad atribuibles a cada trastorno MNS. Los análisis comparativos de riesgo también han destacado que los trastornos mentales y por el uso de sustancias son factores de alto riesgo en muerte prematura dentro de una gama de otros resultados sanitarios (Lim y cols. 2012). Por ejemplo, un estimado de 60% de muertes por

Cuadro 1.1 Muertes por causa específica y exceso de mortalidad asociadas con trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias, Estudio de la Carga Global de la Enfermedad 2010

Trastorno	Muertes por causa específica (margen de incertidumbre)	Exceso de mortalidad (margen de incertidumbre)	Contribuyentes al exceso de mortalidad
Alzheimer y otras demencias	486 000 (308 000-590 000)	2 114 000 (1 304 000-2 882 000)	Factores del estilo de vida incluyendo fumar, hipercolesterolemia, presión alta, capacidad vital forzada baja; afecciones comórbidas físicas, incluyendo enfermedad cardiovascular; enfermedad infecciosa, incluyendo neumonía.
Epilepsia	178 000 (20 000-222 000)	296 000 (261 000-331 000)	Condiciones subyacentes incluyendo neoplasmas, accidentes cerebrovasculares y fallo cardíaco; accidentes o lesiones producto de estado de mal epiléptico incluyendo ahogamiento y quemaduras.
Migraña	0	0	N/A
Trastornos por el uso de alcohol	111 000 (64 000-186 000)	1 954 000 (1 910 000-1 997 000)	Enfermedad comórbida, incluyendo cáncer; trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias; enfermedad cardiovascular; enfermedades del hígado y del páncreas; epilepsia, lesiones; enfermedad infecciosa.
Dependencia a los opiáceos	43 000 (27 000-68 000)	404 000 (304 000-499 000)	Efectos tóxicos agudos y sobredosis; lesiones accidentales, violencia y suicidio; enfermedad comórbida incluyendo enfermedad cardiovascular, enfermedad hepática, trastornos mentales e infecciones bacteriales y virales en la sangre.

Cuadro continúa en la siguiente página

Cuadro 1.1 Muertes por causa específica y exceso de mortalidad asociadas con trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias, Estudio de la Carga Global de la Enfermedad 2010 (continuación)

Trastorno	Muertes por causa específica (margen de incertidumbre)	Exceso de mortalidad (margen de incertidumbre)	Contribuyentes al exceso de mortalidad
Dependencia a la cocaína	500 (200-500) ^c	96 000 (60 000-130 000)	
Dependencia a anfetaminas	500 (100-300) ^c	202 000 (155 000-250 000)	
Dependencia al cannabis	0	0	
Esquizofrenia	20 000 (17 000-25 000)	699 000 (504 000-886 000)	Suicidio y enfermedad comórbida, incluyendo enfermedad cardiovascular y diabetes.
Depresión grave	0	2 224 000 (1 900 000-2 586 000)	Suicidio y enfermedad comórbida como enfermedad cardiovascular y enfermedades infecciosas.
Ansiedad	0	0 ^a	Enfermedad comórbida como enfermedad cardiovascular y neoplasmas; lesiones intencionales o involuntarias.
Trastorno bipolar	0	1 320 000 (1 147 000-1 495 000)	Enfermedad comórbida como enfermedad cardiovascular; entre las causas se incluyen las lesiones voluntarias/suicidio.
Trastornos perturbadores de la conducta	0	0 ^b	Lesiones involuntarias incluyendo accidentes de tránsito; factores de estilo de vida como fumar, ebriedad y obesidad.
Trastornos de espectro autista	0	109 000 (96 000-122 000)	Accidentes, enfermedades respiratorias y convulsiones; condiciones comórbidas, particularmente epilepsia y discapacidad intelectual.

Fuente: Whiteford y cols. 2015.

a. En CGE 2010, la categoría de trastornos por ansiedad representa "cualquier" trastorno de ansiedad. Aunque la información de mortalidad está disponible para trastornos por ansiedad individuales, los estimados de mortalidad asociados a "cualquier" trastorno por ansiedad requeridos para los propósitos del CGE no están disponibles.

b. Actualmente hay información insuficiente para derivar estimados del exceso de mortalidad para los trastornos perturbadores de la conducta.

c. En el simulador de causas de muerte del CGE 2010, el valor medio para trastornos por el uso de cocaína y anfetaminas cayó fuera del intervalo de incertidumbre del 95%. Esto se debió a que la distribución total de 1000 eventos es asimétrica con cola larga y un pequeño número de valores altos en la distribución de incertidumbre empuja la media de distribución arriba del percentil 97,5.

suicidio se puede reclasificar como debida a trastornos mentales y por el uso de sustancias, elevándolos de la quinta a la tercera causa principal de la carga de la enfermedad (Ferrari y cols. 2014). Estos hallazgos sugieren fuertemente la importancia de la evaluación continua del papel que juegan los trastornos MNS en muerte prematura y como factores de riesgo para otros resultados sanitarios.

Los estimados en la carga de la enfermedad no toman completamente en cuenta las importantes consecuencias sociales y económicas de los trastornos MNS, no sólo para los individuos afectados y sus hogares, sino también para las comunidades y las economías. Ejemplos notables de estos impactos incluyen los efectos de trastornos mentales maternos en el bienestar de los niños,

contribuyendo a la transmisión intergeneracional de la mala salud y pobreza; los efectos de los trastornos por el uso de sustancias en la conducta criminal y encarcelamiento, y los efectos de una gama de condiciones graves en la productividad económica de las personas afectadas y miembros de la familia involucrados en su atención.

Un estudio reciente estimó que la pérdida en el rendimiento económico total debido a trastornos MNS fue de 8,5 billones de dólares a nivel global en 2010, una suma que se espera sea de casi el doble para 2030 si no se organiza una respuesta coordinada (Bloom y cols. 2011). Otro estudio estimó que los costos económicos atribuibles al uso de alcohol y a trastornos por el uso de alcohol ascendían al equivalente de entre el 1,3 y el 3,3% del producto interno bruto en una serie de países

de ingreso alto y mediano, con más de dos tercios de la pérdida representados por pérdidas en productividad (Rehm y cols. 2009).

El costo global de la demencia en 2010 fue estimado en 604 000 millones de dólares, equivalentes al 1% del producto interno bruto (OMS 2012). Además, una oleada creciente de adversidades sociales está asociada a los trastornos MNS (recuadro 1.2). Asimismo, grandes y crecientes proporciones de la población mundial han sido afectadas por conflictos o desplazamientos debidos a la degradación medioambiental y al cambio climático, lo cual presagia un pronóstico sombrío para la carga futura de estas condiciones.

Finalmente, los estimados de la carga de la enfermedad no toman en cuenta los riesgos significativos que enfrentan las personas con trastornos MNS en relación con la negación sistemática de los derechos humanos básicos. Estos costos van desde oportunidades limitadas para la educación y el empleo hasta la tortura y la negación de la libertad, a veces dentro de instituciones sanitarias (Patel, Kleinman y Saraceno 2012).

¿QUÉ FUNCIONA? INTERVENCIONES EFECTIVAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MNS

Esta sección aborda la evidencia en intervenciones eficaces para un subgrupo de trastornos MNS seleccionados de acuerdo con su contribución para la carga de la enfermedad y la disponibilidad de intervenciones costo-efectivas y ampliables. Los trastornos están organizados en cinco grandes grupos: trastornos mentales del adulto (capítulo 4), trastornos neurológicos (capítulo 5), trastornos por el uso de drogas ilícitas (capítulo 6), trastornos por el uso de alcohol (capítulo 7) y trastornos mentales y en el desarrollo del niño (capítulo 8). La autolesión y el suicidio (capítulo 9), asociados comúnmente con trastornos MNS, también son tratados.

Los trastornos seleccionados aparecen a lo largo del curso de la vida: epilepsia, trastornos de ansiedad, autismo y discapacidad intelectual en la niñez; migraña, depresión, trastornos psicóticos (esquizofrenia y trastorno bipolar), uso de drogas ilícitas y trastornos por el uso de alcohol en la adolescencia y la adultez temprana; y más tarde en la vida, la demencia. Las epidemiologías de estos trastornos comparten algunas características importantes: con la excepción de la demencia, la gran mayoría de los casos tienen su inicio antes de los 30 años y la mayoría tienden a seguir un curso crónico y recurrente. Además, muchos de estos trastornos están asociados con otros problemas de salud. Por ejemplo, el uso de drogas inyectables se asocia con el VIH/sida, los

trastornos por el uso de alcohol se asocian con lesiones causadas por accidentes de tránsito y cirrosis hepática, la depresión se asocia con enfermedad cardiovascular y la depresión materna se asocia con desnutrición infantil y retraso en el desarrollo cognitivo (Prince y cols. 2007).

La evidencia en intervenciones presentada en esta sección se basa en el trabajo publicado en el *DCP2* y sus hallazgos (Chandra y cols. 2006; Hyman y cols. 2006; Rehm y cols. 2006). La evidencia procede de varias fuentes: las pautas del BRECHASm desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para su uso en entornos de salud no especializados, la cual utilizó la metodología de la Clasificación de Recomendaciones para el Balance, Desarrollo y Evaluación (GRADE, por sus siglas en inglés) para revisar la literatura publicada hasta 2009 (Dua y cols. 2011); otras revisiones recientes, donde fuera apropiado, como Strang y cols. (2012) para drogas ilícitas; intervenciones que requieren especialistas para su prestación pero que no fueron tratadas en BRECHASm o el *DCP2*, evaluadas con GRADE; y una revisión de todas las revisiones. La revisión de todas las revisiones incluye revisiones sistemáticas y cualquier tipo de evidencia de evaluación de PIBM publicada a partir del BRECHASm y tratada con GRADE. Los hallazgos se resumen en el cuadro 1.2.

Intervenciones esenciales eficaces

Una amplia variedad de medicamentos e intervenciones psicológicas y sociales eficaces está disponible para prevenir y tratar la gama de trastornos MNS cubiertos en este volumen. Como se muestra en el cuadro 1.2, es posible identificar para este grupo de condiciones un conjunto de *medicinas esenciales* (como medicamentos antipsicóticos, antidepresivos y antiepilépticos) e *intervenciones psicosociales esenciales* (como la terapia cognitivo-conductual y la capacitación en habilidades parentales). Aunque hay muy pocas intervenciones curativas para estos trastornos, la gravedad y el curso de la mayoría pueden ser grandemente atenuados con tratamiento psicológico o con formulaciones genéricas de medicinas psicotrópicas esenciales, incluyendo combinaciones adaptadas a las necesidades de los individuos. Una pequeña minoría de pacientes con cuadros clínicos más graves, refractarios o de emergencia requerirán intervenciones especializadas, como atención hospitalaria con enfermería experta en psicosis aguda, terapia modificada electroconvulsiva para depresión grave o cirugía para epilepsia.

Ciertas intervenciones preventivas que están principalmente destinadas a focalizar trastornos cubiertos en otros volúmenes del *DCP3*, para prevenir enfermedades cardiovasculares o neurocisticercosis, por ejemplo,

Cuadro 1.2 Intervenciones eficaces para la prevención, tratamiento y atención de trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias

	Tipo de trastorno	Intervenciones preventivas	Intervenciones farmacológicas y físicas	Intervenciones psicosociales
TRASTORNOS MENTALES EN EL ADULTO				
	Esquizofrenia (5,3% del total de AVAD de MNS)	<i>Condición crónica o recurrente caracterizada por delirio, alucinaciones y comportamiento perturbado.</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Terapia/apoyo familiar** • Rehabilitación comunitaria* • Grupos de autoayuda y apoyo*
	Trastornos emocionales y de ansiedad (41,9% del total de AVAD de MNS)	<i>Grupo de condiciones caracterizadas por síntomas somáticos, emocionales, cognitivos y conductuales; trastorno bipolar asociado con episodios de euforia y depresión.</i>	TCC para personas con síntomas sublímites**	<ul style="list-style-type: none"> • TCC*** • Terapia intrapersonal**
TRASTORNOS MENTALES Y DEL DESARROLLO EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA				
	Trastorno de conducta (2,2% del total de AVAD de MNS)	<i>Patrón de conductas antisociales que violan los derechos básicos de los demás o las normas sociales apropiadas para la mayoría de edad.</i>	Educación en habilidades para la vida para construir bienestar social y emocional y competencias;** capacitación en habilidades parentales;** intervenciones para salud mental materna*	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en habilidades parentales • TCC*
	Trastornos de ansiedad (2,3% del total de AVAD de MNS)	<i>Miedo inapropiado o excesivo con perturbaciones conductuales asociadas que afectan el desempeño.</i>	Capacitación en habilidades parentales;** intervenciones en salud mental materna**	<ul style="list-style-type: none"> • TCC***
	Autismo (1,6% del total de AVAD de MNS)	<i>Afectación severa en las habilidades de interacción social recíproca y de comunicación, así como la presencia de comportamientos restringidos y estereotipados.</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Educación y capacitación en habilidades parentales* • Apoyo educativo*
	TDAH (0,2% del total de AVAD de MNS)	<i>Trastorno del neurodesarrollo caracterizado por falta de atención y desorganización, con o sin hiperactividad-impulsividad, causando deterioro en el desempeño.</i>	Estimulación psicosocial de niños y niños pequeños*	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en habilidades parentales** • Terapia cognitivo-conductual**

Cuadro continúa en la siguiente página

Cuadro 1.2 Intervenciones eficaces para la prevención, tratamiento y atención de trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias (continuación)

	Tipo de trastorno	Intervenciones preventivas	Intervenciones farmacológicas y físicas	Intervenciones psicosociales
Discapacidad intelectual (idiopática) (0,4% de AVAD de MNS)	<i>Deterioro significativo en el desempeño cognitivo y déficit en dos o más comportamientos adaptativos.</i>	Estimulación psicosocial de niños y niños pequeños;* intervenciones perinatales, por ejemplo, tamizaje para hipertiroidismo congénito;** intervenciones poblacionales focalizadas en factores de riesgo para discapacidad intelectual (como reducción en el uso de alcohol materno)*		<ul style="list-style-type: none"> • Educación y capacitación en habilidades parentales* • Apoyo educativo*
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS				
Migraña (8,7% del total de AVAD de MNS)	<i>Ataques episódicos en los cuales cefalea y náusea son las características prominentes. La cefalea dura por horas o hasta 2-3 días; típicamente moderada o severa y es probable que sea unilateral, palpitante y agravada por actividad física rutinaria.</i>	Tratamiento farmacológico profiláctico con propanolol y amitriptilina***	Tratamiento farmacológico, aspirina o uno de tantos otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos***	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones conductuales cognitivas
Epilepsia (6,8% del total de AVAD de MNS)	<i>Trastorno cerebral definido tradicionalmente como la incidencia de dos convulsiones involuntarias ocurridas con más de 24 horas de distancia con una predisposición permanente a generar convulsiones más adelante.</i>	Intervenciones poblacionales enfocadas en factores de riesgo para epilepsia (prevenir lesiones cefálicas, prevención de neurocisticercosis)*	Medicamentos antiepilépticos estándar (fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, ácido valproico);*** cirugía**	
Demencia (4,4% del total de AVAD de MNS)	<i>Síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por una combinación de deficiencia cognitiva progresiva, SCP y dificultades funcionales.</i>	Gestión de factores de riesgo cardiovasculares (dieta saludable, actividad física, detener el uso de tabaco)*	Inhibidores de la colinesterasa y memantina para las funciones cognitivas; medicamentos para la gestión de SCP*	<ul style="list-style-type: none"> • Educación y apoyo para cuidadores*** • Educación conductual y modificaciones en el entorno** • Intervenciones de apoyo para cuidadores de personas con demencia**

Cuadro continúa en la siguiente página

Cuadro 1.2 Intervenciones eficaces para la prevención, tratamiento y atención de trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias (continuación)

	Tipo de trastorno	Intervenciones preventivas	Intervenciones farmacológicas y físicas	Intervenciones psicosociales
TRASTORNOS POR EL USO DE SUSTANCIAS				
Trastornos por el uso de alcohol (6,9% del total de AVAD de MNS)	<p><i>El uso dañino es un patrón en el uso de alcohol que causa daños a la salud física o mental.</i></p> <p><i>La dependencia al alcohol es un conglomerado de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en el cual el uso de una sustancia asume una prioridad mucho más alta para un individuo dado que otros comportamientos que alguna vez tuvieron mayor valor.</i></p>	Impuestos especiales*** Restricción en ventas** Edad legal mínima** Medidas correctivas para el conductor en estado de ebriedad** Prohibiciones publicitarias* Restricciones en la densidad* Horarios de apertura y cierre y días de venta** Intervenciones familiares*	Naltrexona, acamprosato*	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar* • Estímulo motivacional, asesoramiento breve, TCC** • Tamizaje e intervenciones cortas*** • Grupos de autoayuda*
Trastornos por el uso de drogas ilícitas (7,8% del total de AVAD de MNS)	<p><i>Un patrón de uso regular de drogas ilícitas caracterizado por el significativo control deficiente en el uso y adaptación fisiológica al consumo regular indicado por la tolerancia y el síndrome de abstinencia.</i></p>	Intervenciones psicosociales para niños de escuela primaria, como el Juego del Buen Comportamiento o el Programa de Fortalecimiento para las Familias**	Terapia de sustitución de opioides (metadona y buprenorfina)***	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de autoayuda, intervenciones psicológicas, TCC*
SUICIDIO Y AUTOLESIONES				
Suicidio y autolesiones (1,47% de CGE; 22,5 millones AVP o 62,1% de AVP por suicidio son atribuidos a trastornos mentales y por el uso de sustancias en 2010)	<p><i>El acto de matarse deliberadamente; el intento de suicidio se refiere a cualquier comportamiento suicida no fatal y envenenamiento intencional autoinfligido, lesión o autolesión que pudiera o no tener una intención o resultado fatal.</i></p>	Políticas y legislación para reducir el acceso a medios para el suicidio (como pesticidas)*** Despenalización del suicidio* Actitud responsable en cuanto a información sobre suicidio*	Intervenciones farmacológicas eficaces para trastornos MNS subyacentes** Gestión de emergencias por envenenamiento**	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social y terapia psicológica para trastornos MNS subyacentes Seguimiento y monitoreo planeado de personas con tentativas suicidas

Notas: TDAH = trastorno por déficit de atención e hiperactividad; SCP = síntomas conductuales y psicológicos; TCC = terapia cognitivo-conductual; AVAD = años de vida ajustados por discapacidad; TEC = terapia electroconvulsiva;

CGE = Carga Global de las Enfermedades; MNS = mental, neurológico y por uso de sustancias; AVP = años de vida perdidos.

*** = evidencia de costo-efectividad; ** = evidencia sólida sobre la eficacia, pero no sobre la costo-efectividad;

* = evidencia modesta sobre eficacia y falta de costo-efectividad o bien sin evidencia sobre costo-efectividad.

también tendrán beneficios para trastornos cubiertos en este volumen, como la demencia y la epilepsia, respectivamente. Al contrario, algunas intervenciones que focalizan trastornos MNS también están asociadas con resultados sanitarios benéficos para otros trastornos. Los ejemplos incluyen la prevención de lesiones como resultado de la reducción en el uso de alcohol y drogas o del tratamiento eficaz del Déficit de Atención e Hiperactividad, reducción de comportamientos antisociales y consecuencias asociadas como resultado del tratamiento de trastornos de la conducta en la niñez, salud cardiovascular mejorada como resultado de recuperación de la depresión y refuerzo en el desarrollo temprano del niño como resultado de la estimulación psicosocial en la infancia. Aun para esas condiciones para las cuales no hay tratamientos altamente eficaces para el trastorno principal en la actualidad, como autismo o demencia, las intervenciones psicosociales han mostrado ser eficaces en el tratamiento de sus consecuencias sociales y apoyando a los cuidadores familiares.

Acceso limitado a intervenciones esenciales

A pesar de esta evidencia, muchas personas afectadas por trastornos MNS no tienen acceso a las intervenciones. En general, los trastornos MNS graves tienden a tener tasas más altas de cobertura de contacto, mientras las brechas en el tratamiento de condiciones menos visibles, como trastornos por beber de manera nociva, depresión y ansiedad, se aproximan o exceden el 90% en muchas poblaciones. De manera similar, las tasas de cobertura tienden a ser más altas para medicinas que para intervenciones psicosociales. En todos los trastornos, las tasas de cobertura efectiva son bajas. Los obstáculos en el suministro y en la demanda ayudan a explicar estas tasas bajas de cobertura. La falta de adopción de intervenciones eficaces es a menudo influenciada por preocupaciones acerca de los recursos financieros. Este problema está siendo tratado mediante una base creciente de evidencia que demuestra la eficacia de proveer estas intervenciones vía trabajadores sanitarios no especializados (van Ginneken y cols. 2013), así como sus costos y costo-efectividad (capítulo 12 en este volumen, Levin y Chisholm 2015).

Una fuente de preocupación relacionada concierne a la baja disponibilidad de trabajadores de salud mental calificados apropiadamente. Las actitudes culturales y las creencias también pueden plantear obstáculos específicos. Por ejemplo, el modelo moral de adicción la ve como una conducta principalmente voluntaria mediante la cual la gente se involucra libremente en el uso de sustancias. En contraste, el modelo médico de adicción reconoce que una minoría de usuarios perderá el

control sobre su uso y desarrollará un trastorno mental o físico —una adicción— que requiere atención específica si los enfermos se vuelven abstinentes. Como otro ejemplo, los síntomas asociados con depresión y ansiedad son comúnmente interpretados como consecuencias normativas de la adversidad social y los modelos causales bio-médicos o psicológicos comprobados son raros, lo que conduce a una baja demanda de atención y a una baja visibilidad de la condición desde el punto de vista de los creadores de políticas sanitarias y proveedores (Aggarwal y cols. 2014). Es claro que estas opiniones encontradas afectarán la preferencia social en lo aceptable de invertir en la adopción amplia de intervenciones eficaces para trastornos MNS. De manera más general, el estigma, la falta de conciencia y la discriminación son los factores principales detrás de los bajos niveles de compromiso político y la escasez en la demanda de atención para personas con trastornos MNS en muchas poblaciones (Saraceno y cols. 2007).

¿CÓMO PROVEER INTERVENCIONES EFICACES?

La implementación de intervenciones basadas en evidencia para trastornos MNS rara vez ocurre a través de la prestación de intervenciones únicas y verticales. De manera más frecuente, estas intervenciones son provistas mediante plataformas —el nivel del sistema de salud o de asistencia social en el cual las intervenciones o los paquetes pueden ser provistos de forma más apropiada, eficaz y eficiente. Un canal de prestación específico, como una escuela o un centro de atención primaria, puede ser visto como el vehículo de prestación de una intervención particular en una plataforma especificada. Identificar el conjunto de intervenciones que caen dentro del campo de un canal de prestación particular o plataforma es de interés y relevancia para decisores ya que activa oportunidades potenciales, sinergias y logros a ser identificados. Asimismo, refleja cómo los recursos son asignados en la práctica, por ejemplo, a escuelas o centros de atención primaria, antes que a intervenciones específicas o trastornos. Esta sección identifica tres plataformas generales: poblacionales, comunitarias y de atención médica.

Existe una buena cantidad de evidencia de PIA para intervenciones a través de estas plataformas junto al continuo de prevención general, secundaria y terciaria. Sin embargo, la evidencia base de PIBM es mucho menos sólida. Las recomendaciones para mejores y buenas prácticas en intervenciones para las plataformas se muestran en el cuadro 1.3. Las mejores prácticas en intervenciones fueron identificadas sobre la base de

Cuadro 1.3 Intervenciones prioritarias por plataforma de prestación para trastornos mentales, neurológicos, y por el uso de sustancias

Área focalizada	Plataformas para prestación de intervenciones					
	Plataforma poblacional	Plataforma comunitaria	Plataformas de atención médica			
			Autocuidado	Atención primaria	Atención hospitalaria de primer nivel	Atención especializada
Todos los trastornos MNS	<p>Campañas de sensibilización para incrementar el conocimiento en salud mental y tratar el estigma y la discriminación</p> <p>Legislación para proteger los derechos humanos de personas afectadas por trastornos MNS</p>	<p>Capacitación de monitores (trabajadores comunitarios, policías, maestros) en la identificación temprana de trastornos prioritarios, prestación de apoyo psicosocial de baja intensidad y vías de remisión</p> <p>Grupos de autoayuda y apoyo (por ejemplo, para trastornos por el uso de alcohol, epilepsia, para padres de niños con trastornos del desarrollo y supervivientes de suicidio)</p>				
Trastornos mentales en el adulto	Leyes para protección del niño	Programas para la reducción de estrés en el lugar de trabajo y sensibilización sobre el abuso de alcohol y drogas	<p>Actividad física</p> <p>Técnicas de relajación</p> <p>Educación acerca de sintomatología temprana y su gestión</p> <p>Terapia basada en la red y teléfonos inteligentes para depresión y trastornos de ansiedad</p>	<p>Tamizaje y detección proactiva de casos de psicosis, depresión y trastornos de ansiedad</p> <p>Diagnóstico y gestión de depresión (incluyendo materna) y trastorno de ansiedad*</p> <p>Cuidado continuo de esquizofrenia y trastorno bipolar</p> <p>Gestión de depresión y trastornos de ansiedad en personas con VIH y otras ENT*</p>	<p>Diagnóstico y gestión de psicosis agudas</p> <p>Gestión de depresión materna grave*</p> <p>Gestión de depresión y trastornos de ansiedad en personas con VIH y personas con otras ENT*</p>	<p>TEC para depresión grave o refractaria</p> <p>Gestión de psicosis refractaria con clozapina</p>

Cuadro continúa en la siguiente página

Cuadro 1.3 Intervenciones prioritarias por plataforma de prestación para trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias

Plataformas para prestación de intervenciones						
Área focalizada	Plataforma poblacional	Plataforma comunitaria	Plataformas de atención médica			
			Autocuidado	Atención primaria	Atención hospitalaria de primer nivel	Atención especializada
Trastornos mentales y del desarrollo en el niño	Leyes para protección del niño	<p>Programas parentales en infancia para promover el desarrollo temprano del niño</p> <p>Capacitación en habilidades para la vida en escuelas para construir competencias sociales y emocionales</p> <p>Programas parentales en niñez temprana y media (edades de 2-14 años)</p> <p>Programas educativos en enriquecimiento infantil preescolar</p> <p>Identificación de niños con trastornos MNS en escuelas</p>	Terapia psicológica basada en la red y en teléfonos inteligentes para depresión y trastornos de ansiedad en adolescentes	<p>Tamizaje para trastornos en el desarrollo del niño</p> <p>Intervenciones para salud mental materna</p> <p>Capacitación en habilidades parentales para trastornos del desarrollo</p> <p>Tratamiento psicológico para trastornos emocionales, ansiedad, TDAH y comportamiento perturbado*</p> <p>Mejorar la atención prenatal y perinatal para reducir los factores de riesgo asociados con discapacidad intelectual</p>	<p>Diagnóstico de trastornos mentales en la niñez como autismo y TDAH</p> <p>Medicación con estimulantes para casos graves de TDAH</p> <p>Tamizaje del neonato en busca de factores de riesgo modificables para discapacidad intelectual</p>	
Trastornos neurológicos	<p>Intervenciones en las políticas para tratar factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, control del tabaco</p> <p>Mejor control de la neurocisticercosis</p>		<p>Tratamiento autogestionable de migraña</p> <p>Autoidentificación/gestión de desencadenantes de convulsiones</p> <p>Autogestión de factores de riesgo para enfermedad vascular (dieta saludable, actividad física, uso de tabaco)</p>	<p>Diagnóstico y gestión de epilepsia y cefaleas</p> <p>Tamizaje para detección de demencia</p> <p>Intervenciones de apoyo para cuidadores de pacientes con demencia</p> <p>Gestión de convulsiones prolongadas o estados epilépticos</p>	<p>Diagnóstico de demencia y causas secundarias de cefalea</p>	<p>Cirugía para epilepsia refractaria</p>

Cuadro continúa en la siguiente página

Cuadro 1.3 Intervenciones prioritarias por plataforma de prestación para trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias

Plataformas para prestación de intervenciones						
Área focalizada	Plataformas de atención médica					
	Plataforma poblacional	Plataforma comunitaria	Autocuidado	Atención primaria	Atención hospitalaria de primer nivel	Atención especializada
Trastornos por el uso de alcohol y drogas ilícitas	<p>Regular la disponibilidad y demanda de alcohol (por ejemplo, incremento en impuestos especiales para productos alcohólicos, prohibiciones publicitarias)</p> <p>Penalización de conductas riesgosas asociadas con el alcohol (cumplimiento de los límites de CAS)</p>	Campañas de sensibilización para reducir el consumo de alcohol materno durante el embarazo	Automonitoreo del uso de sustancias	<p>Tamizaje e intervenciones breves para trastornos por el uso de alcohol</p> <p>Terapia de sustitución de opioides (metadona y buprenorfina) para dependencia de opiáceos</p>	Gestión de dependencia grave y síndrome de abstinencia	Tratamiento psicológico (TCC) para casos refractarios*
Suicidio y autolesión	<p>Control de la venta y distribución de medios para el suicidio (como pesticidas)</p> <p>Despenalización del suicidio</p>	Almacenamiento más seguro de pesticidas en la comunidad y hogares rurales	Tratamiento basado en la red y teléfonos inteligentes para depresión y autolesión	<p>Paquetes de atención primaria para trastornos MNS subyacentes (como se describe arriba)*</p> <p>Seguimiento y monitoreo planeado de pacientes con tentativas suicidas</p> <p>Gestión de emergencias por envenenamiento</p>	Tratamiento de trastorno comórbido emocional y por el uso de sustancias*	Paquetes de atención especializada para trastornos MNS subyacentes (como se describe arriba)

Nota: La tipografía en rojo denota atención urgente; la tipografía en azul denota atención continua; la tipografía en negro denota atención rutinaria. Recomendaciones en negrita = práctica mejorada; recomendaciones en tipo normal = buena práctica. TDAH = trastorno por déficit de atención e hiperactividad; CAS = concentración de alcohol en la sangre; TCC = terapia cognitivo-conductual; TEC = terapia electroconvulsiva; VIH = virus de inmunodeficiencia humana; MNS = mental, neurológico y por el uso de sustancias; ENT = enfermedades no transmisibles.

* No existe un periodo de tiempo determinado para la gestión de estas condiciones complejas; por ejemplo, en la gestión de depresión, algunos individuos requieren periodos relativamente cortos de compromiso (por ejemplo, 6-12 meses para un solo episodio), mientras otros pueden necesitar atención regular por muchos años (por ejemplo, cuando hay un curso recurrente).

la evidencia de su eficacia, la aceptabilidad contextual y ampliación en PIBM, además de evidencia sobre su costo-efectividad, al menos en PIA. Las buenas prácticas en intervenciones se identificaron sobre la base de evidencia suficiente sobre su eficacia en PIA y/o evidencia prometedora de su eficacia en PIBM. La falta de evidencia sobre costo-efectividad en PIBM refleja la ausencia de evidencia más que la ausencia de costo-efectividad para la mayoría de las intervenciones.

Además de reducir las distancias en los tratamientos para trastornos MNS mejorando el acceso a intervenciones basadas en evidencia, es imperativo mejorar la calidad en la prestación de servicios, la cual junto con la necesidad y la utilización conforman el concepto de *cobertura efectiva*. La calidad de la atención no debe estar al servicio de la cantidad de servicios disponibles y accesibles, sobre todo porque los mecanismos fuertes de aumento de calidad garantizan que los recursos limitados se utilicen apropiadamente. Los servicios de buena calidad también generan confianza en la atención, alimentando de este modo la demanda y el incremento en la utilización de intervenciones preventivas y de tratamiento.

Plataformas poblacionales y comunitarias

El capítulo 10 de este volumen (Petersen y cols. 2015) explica a grandes rasgos los paquetes de intervención para su prestación a través de plataformas poblacionales y comunitarias. Las intervenciones de plataformas poblacionales típicamente se aplican a poblaciones enteras y principalmente giran en torno a la promoción de la salud mental, la prevención de trastornos MNS y la solución de obstáculos relativos a la demanda. Los paquetes de mejores prácticas incluyen medidas legislativas y regulatorias para restringir el acceso a medios de autolesión/suicidio (notablemente pesticidas) y reducir la disposición y demanda de alcohol, incluyendo impuestos más elevados y prohibiciones publicitarias. Los paquetes de buenas prácticas incluyen intervenciones destinadas al aumento de la alfabetización con respecto al cuidado de la salud, la reducción de estigmas y discriminación. El sistema de justicia penal ofrece un canal importante para la prestación de intervenciones para una gama de trastornos MNS, notablemente aquellos asociados con el uso de alcohol y drogas ilícitas, trastornos de la conducta en adolescentes y psicosis.

Otras intervenciones preventivas y de promoción no requieren un planteamiento demográfico parecido. Estas intervenciones son provistas de mejor manera focalizando un grupo de personas en la comunidad que comparten ciertas características o que son parte de un conjunto particular, como los niños de una escuela. Esta plataforma se denomina *comunitaria*. Los paquetes

de mejores prácticas a nivel comunitario incluyen capacitación en habilidades para la vida con la finalidad de desarrollar competencias sociales y emocionales en niños y adolescentes (programas escolares y programas que se focalizan en niños vulnerables). Los paquetes de buenas prácticas a nivel comunitario figuran en el cuadro 1.3.

Plataforma de atención médica

El capítulo 11 de este volumen (Shidhaye, Lund y Chisholm 2015) explica a grandes rasgos los paquetes pertenecientes a la plataforma de *atención médica* a través de tres canales específicos de prestación: autogestión y atención, atención médica primaria (la cual incluye servicios de extensión comunitarios) y atención hospitalaria (que incluye servicios especializados en MNS y otros servicios especializados, como VIH o atención en salud materna).

Los ejemplos de paquetes de mejores o buenas prácticas para el cuidado personal incluyen la autogestión de condiciones, como migrañas, y terapias psicológicas para depresión y trastornos de ansiedad basadas en la red, posibilitadas, de manera creciente, por Internet y la prestación mediante teléfonos inteligentes.

Al nivel de la atención médica general, una gama de medidas para encontrar casos, detección y diagnóstico, así como el manejo psicológico y farmacológico de estas condiciones, se puede realizar efectivamente. Las condiciones incluyen depresión (incluyendo depresión materna), trastornos de ansiedad, migrañas y trastornos por el uso de alcohol y drogas ilícitas, así como atención continua para trastornos graves como epilepsia o psicosis.

El modelo de prestación recomendado es la atención colaborativa escalonada, en la cual la atención al paciente es coordinada por un administrador de casos no especializado con base en la atención primaria que lleva a cabo una serie de tareas incluyendo tamizaje, prestación de intervenciones psicológicas y monitoreo proactivo mientras trabaja en estrecho contacto y actuando como vínculo entre el paciente, el médico general y los servicios especializados. Una fuerte base de evidencia respalda la prestación de intervenciones psicosociales por trabajadores médicos no especializados apropiadamente calificados y supervisados (van Ginneken y cols. 2013) y por el modelo de prestación de atención colaborativa escalonada (Patel y cols. 2013).

Al nivel hospitalario, los hospitales de primer nivel, típicamente hospitales de distrito ofrecen una gama de servicios de atención médica enfocados en proveer atención integral para trastornos MNS, implementando los mismos paquetes recomendados para el canal de atención primaria. En particular, los hospitales de primer nivel ofrecen esos servicios donde los trastornos MNS

concurren frecuentemente, como en salud materna, otras enfermedades no transmisibles y VIH/sida (Kaaya y cols. 2013; Ngo y cols. 2013; Rahman y cols. 2013). La atención médica especializada puede ofrecerse en hospitales de primer nivel o en hospitales especializados independientes, como hospitales psiquiátricos o centros de rehabilitación para adicciones. Los canales de prestación de atención especializada se enfocan en el diagnóstico y manejo de casos graves (por ejemplo, de psicosis, trastorno bipolar o epilepsia refractaria); trastornos conductuales en el niño; demencia; dependencia y síndrome de abstinencia graves por el uso de alcohol y drogas ilícitas y depresión severa.

Una pequeña minoría de individuos con trastornos MNS requerirá atención constante en centros residenciales comunitarios debido a su discapacidad y falta de fuentes alternativas de atención y apoyo. El papel de los equipos de alcance comunitario que pueden proveer atención en niveles variables de intensidad apropiados para necesidades individuales también es crucial ya que proveen respaldo que permite a estos individuos funcionar de manera independiente en la comunidad, junto a una estrecha relación con servicios de atención primaria general y otros servicios sociales y de justicia penal.

Ayuda humanitaria y atención de emergencias

En contextos humanitarios y poblaciones afectadas por emergencias, como aquellos derivados de conflictos o desastres naturales, el canal de ayuda humanitaria y de atención de emergencias es otro canal para la prestación de la tan necesitada atención en salud mental. Estas poblaciones se encuentran en riesgo creciente en relación con trastornos MNS que pueden desbordar la capacidad local de respuesta, particularmente si la infraestructura o el sistema de salud era ya débil o podría haberse vuelto disfuncional como resultado de la situación de emergencia. Hay una gran necesidad de identificar y asignar recursos para proveer atención en salud mental y apoyo psicológico en estos entornos, para aquellos con trastornos provocados por la emergencia y para aquellos con trastornos preexistentes. La ayuda humanitaria y de atención de emergencias internacional a nivel nacional puede ser un canal para la activación o el apoyo rápido en la disponibilidad y el acceso a atención primaria o especializada. En muchos países, emergencias de este tipo, efectivamente, han provisto de oportunidades para el cambio sistemático o reformas en el servicio de la atención en salud pública mental (OMS 2013b; ver también recuadro 1.3).

Recuadro 1.3

Estudios de caso en países para intervenciones ampliadas en trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias

El proyecto 686: China (Hong 2012)

El Proyecto de Apoyo del Gobierno Central para la Gestión y Tratamiento de Enfermedades Mentales Graves se inició en China en 2004 con la primera asignación financiera de 6,86 millones de yuanes (USD 829 000 en 2004). Subsecuentemente, fue denominado Proyecto 686. Basado en el método recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para integrar atención comunitaria y hospitalaria para salud mental, este programa provee atención para una gama de trastornos mentales severos a través de la prestación de un paquete comunitario por equipos multidisciplinarios.

Las intervenciones están orientadas de acuerdo con su funcionalidad y proveen tratamiento extrahospitalario gratuito mediante cobertura del seguro médico (Nuevo Sistema de Atención Médica Cooperativa

Rural) junto con tratamiento extrahospitalario subsidiado para pacientes pobres. El programa cubrió el 30% de la población de China al final del año 2011. La evaluación del programa mostró mejores resultados para los más de 280 000 pacientes registrados, dado que la proporción de pacientes con enfermedades mentales graves que no sufrieron recaída durante cinco años o más incrementó de una base de referencia del 67% al 90%, junto con grandes reducciones en las tasas de “creación de disturbios” y “provocación de accidentes serios”.

La inversión del gobierno en el programa ascendió a 280 millones de yuanes en 2011. Las innovaciones clave del programa fueron el incremento en la disponibilidad de recursos humanos, incluyendo el involucramiento de profesionales no relacionados con la salud mental y el desarrollo intensivo de

Recuadro continúa en la siguiente página

Recuadro 1.3 (continuación)

su capacidad, el cual incrementó en un tercio el número de psiquiatras en el país.

El Programa Nacional para la Detección y Tratamiento de la Depresión: Chile (MHIN)

El Programa Nacional para la Detección y Tratamiento de la Depresión en Chile es un programa nacional para salud mental que integra la detección y el tratamiento de la depresión en atención primaria. El programa se basa en intervención ampliada y atención colaborativa escalonada basada en evidencia a través de la cual a la mayoría de los pacientes diagnosticados con depresión se les suministra medicación y terapia psicológica en clínicas de atención primaria, mientras que solo los casos graves se remiten a especialistas. Lanzado en 2001, el programa opera a través de una red de 500 centros de atención primaria y al presente cubre el 50% de la población de Chile.

El programa ha agregado muchos psicólogos en atención primaria, lo que supone un incremento del 344% entre 2003 y 2008. La matrícula de pacientes en el programa ha crecido constantemente, con alrededor de 100 000 a 125 000 pacientes que empezaron el tratamiento cada año desde 2004 a 2006 y cerca de 170 000 pacientes que empezaron el tratamiento en 2007. La implementación del programa a escala nacional ha llevado a una mayor utilización de servicios de salud por mujeres y por los menos educados, contribuyendo a reducir inequidades sanitarias. El éxito del programa puede ser atribuido al uso de un diseño basado en evidencia que se hizo disponible para decisores, trabajo en equipo, liderazgo proactivo, alianzas estratégicas entre sectores, inversión continua y recursos financieros delimitados, nuevos y esenciales, institucionalización del programa y desarrollo continuo de recursos humanos que pueden implementar el programa.

Reconstruir mejor: Burundi (OMS 2013a)

La guerra civil en la última década del siglo xx y la primera década de este siglo resultó en masacres generalizadas, migración forzada y desplazamiento interno de alrededor de un millón de individuos en Burundi. Para solucionar esta crisis humanitaria, la red de salud Organización Transcultural y Psicosocial (OTP) comenzó con la prestación de

servicios de atención mental en Burundi durante el 2000 cuando el entonces Ministerio de Salud Pública no contaba con una política de salud mental, plan o unidad y virtualmente todos los servicios psiquiátricos eran provistos por un solo hospital psiquiátrico. La red de salud (OTP) primero condujo una evaluación de necesidades y luego construyó una red de trabajo de servicios para atención psicosocial y mental en comunidades de la capital nacional, Bujumbura, y en siete de las 17 provincias del país. Un nuevo cuadro de trabajadores sanitarios, trabajadores psicosociales, jugó un papel decisivo en la prestación de estos servicios.

Se logró un progreso considerable en la década pasada. El gobierno ahora suministra medicamentos psiquiátricos esenciales a través de su centro nacional de distribución de medicamentos y se establecieron clínicas ambulatorias de salud mental en muchos hospitales de provincia. Desde el 2000 hasta al 2008, más de 27 000 personas fueron ayudadas por servicios de atención mental recién establecidos. Entre 2006 y 2008, las clínicas de salud mental en los hospitales de provincia registraron a casi 10 000 personas, quienes recibieron más de 60 000 consultas. La mayoría (65%) fueron personas con epilepsia.

En 2011, la financiación del Gobierno holandés permitió a la red de salud (OTP) y al gobierno burundés iniciar un proyecto de cinco años destinado al fortalecimiento de los sistemas de salud. Uno de los componentes del proyecto es la integración de la atención en salud mental en la atención primaria usando las pautas del Programa de Acción contra la Brecha en Salud Mental de la OMS. El gobierno estableció una comisión nacional de salud mental y se están dando pasos apropiados para respaldar la prestación de atención en salud mental en hospitales generales y seguimiento dentro de las comunidades.

Prevención del suicidio mediante la regulación de pesticidas: Sri Lanka (Gunnell y cols. 2007)

En Sri Lanka, así como en otras naciones asiáticas, la autointoxicación con pesticidas es uno de los métodos más comúnmente usados para el suicidio. Las tasas de suicidio en Sri Lanka se incrementaron ocho veces desde 1950 a 1995 y el país tuvo la mayor tasa de suicidios en todo el mundo

Recuadro continúa en la siguiente página

Recuadro 1.3 (continuación)

(aproximadamente 47 por cada 100 000 habitantes) durante este periodo. Una serie de medidas normativas y legislativas alrededor de esta época redujo la tasa de suicidio a la mitad para el 2005.

Gunnell y colaboradores (2007) llevaron a cabo un análisis ecológico de las tendencias de suicidio y de los factores de riesgo para el suicidio en Sri Lanka durante el periodo 1975-2005. El análisis sugiere que el marcado declive en la tasa de suicidio en Sri Lanka a mediados de los 1990 coincidió con la culminación de una serie de actividades legislativas que sistemáticamente prohibieron los pesticidas más altamente tóxicos responsables de la mayoría de las muertes por pesticida en las dos décadas precedentes. El Registro de Pesticidas prohibió el metilparatión y el paratión en 1984 y durante los

siguientes años gradualmente retiró todos los pesticidas organofosforados restantes clase I (los más tóxicos), terminando en julio de 1995 con prohibiciones de los pesticidas monocrotófos y metamidofos clase I restantes. Para diciembre de 1998, el endosulfán (un pesticida clase II) también fue prohibido dado que los agricultores habían sustituido los pesticidas clase I por el endosulfán.

Para el 2005, las tasas de suicidio se redujeron a la mitad alrededor de 25 por cada 100 000 habitantes. Este estudio de caso subraya el hecho de que en países donde los pesticidas son usados comúnmente en actos de autointoxicación, los controles reglamentarios en la venta de los pesticidas más tóxicos ayudarían a reducir el número de suicidios.

¿CUÁNTO COSTARÁ? HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD PARA TRASTORNOS MNS

Para lograr la ampliación exitosa y sustentable de intervenciones eficaces y estrategias de prestación de servicios novedosas, como división de tareas y atención colaborativa, los decisores requieren no solo de evidencia sobre el impacto de una intervención sanitaria, sino también sobre los costos y costo-efectividad. Aun cuando la evidencia sobre costo-efectividad está disponible, queda la cuestión de si una intervención debe conferir beneficios económicos y sociales más amplios en hogares o en la sociedad, como la restauración de la productividad, reducción del empobrecimiento por atención médica o mayor igualdad. Este volumen examina la evidencia existente sobre la costo-efectividad y nuevos análisis sobre los efectos de la protección financiera y en la distribución de las intervenciones (recuadro 1.4).

Costos de las intervenciones y costo-efectividad

Hay una pequeña base, aunque en crecimiento, de evidencia económica para la toma de decisiones informada en PIBM, principalmente en el tratamiento de trastornos específicos. Los análisis emprendidos a escala mundial por la OMS, actualizados según los valores del 2012 del DCP3, revelan una marcada variación en el costo evitado por AVAD, no sólo entre

diferentes regiones del mundo, sino también entre distintos trastornos e intervenciones (Chisholm y Saxena; Hyman y cols. 2006). Las intervenciones breves contra el uso dañino de alcohol y el tratamiento de la epilepsia con medicamentos antiepilépticos de primera línea se ubican en el extremo más bajo (más favorable), mientras que el tratamiento con base comunitaria para la esquizofrenia y el trastorno bipolar con medicamentos de primera generación y atención psicosocial se ubican en el extremo más alto. La figura 1.2 muestra la gama de intervenciones más costo-efectivas identificadas para cada una de estas cuatro condiciones (para los detalles, ver el capítulo 12 en este volumen, Levin y Chisholm 2015).

Anderson, Chisholm y Fuhr (2009) analizan la costo-efectividad de las medidas para la reducción en la demanda de alcohol. Estiman que un AVAD puede ser evitado con tan solo USD 200-400 mediante el incremento en impuestos especiales para bebidas alcohólicas y con 200-1200 a través de prohibiciones amplias en publicidad o disponibilidad reducida de puntos de venta. Aparte de ese estudio, hay apenas alguna evidencia publicada sobre la costo-efectividad de estrategias poblacionales o a nivel comunitario en o para PIBM. Por ejemplo, queda una alarmante escasez de estudios económicos sólidos con los cuales informar a planeadores y creadores de políticas en PIBM sobre los esfuerzos ampliados para prevenir la autolesión y suicidio o para mejorar el desarrollo mental y social de los niños a través de la capacitación en habilidades parentales.

Recuadro 1.4

Evaluación económica del tratamiento y prevención de trastornos mentales, neurológicos, y por el uso de sustancias

Las evaluaciones económicas se dirigen a la toma de decisiones informada cuantificando las compensaciones entre las aportaciones de recursos que se necesitan para inversiones alternativas y los resultados correspondientes. Cuatro aproximaciones a la evaluación económica sanitaria son particularmente prominentes:

1. Consideración de la cantidad de resultados en atención de un área específica (por ejemplo, episodios depresivos o crisis epilépticas evitadas) que puede ser alcanzada por un nivel particular de aportación de recursos.
2. Evaluación de qué cantidad de medida agregada (por ejemplo, muertes evitadas, discapacidad o años de vida ajustados por calidad) se puede obtener en salud mediante un nivel particular de aportación de recursos aplicado a intervenciones alternativas. Este enfoque de análisis costo-efectivo permite la comparación del atractivo entre las intervenciones que abordan muchos resultados sanitarios distintos (como el tratamiento para tuberculosis o VIH frente a la prevención del uso dañino de alcohol o el tratamiento de psicosis).
3. Evaluación de la cantidad de protección sanitaria y riesgos financieros que se puede obtener de una intervención particular mediante un nivel particular de financiamiento del sector público. Este planteamiento (análisis extendido de la costo-efectividad) permite la evaluación no solo de la eficacia en la mejora de salud de la población, sino también en la eficacia para alcanzar el otro gran objetivo del sistema

de salud (esto es, proteger a la población del riesgo financiero).

4. Evaluación de los beneficios económicos, medidos en términos monetarios, de la inversión en una intervención sanitaria y contraponer esos beneficios a sus costos (análisis costo-beneficio). Este análisis permite comparar el atractivo de las inversiones sanitarias contrastadas con las de otros sectores.

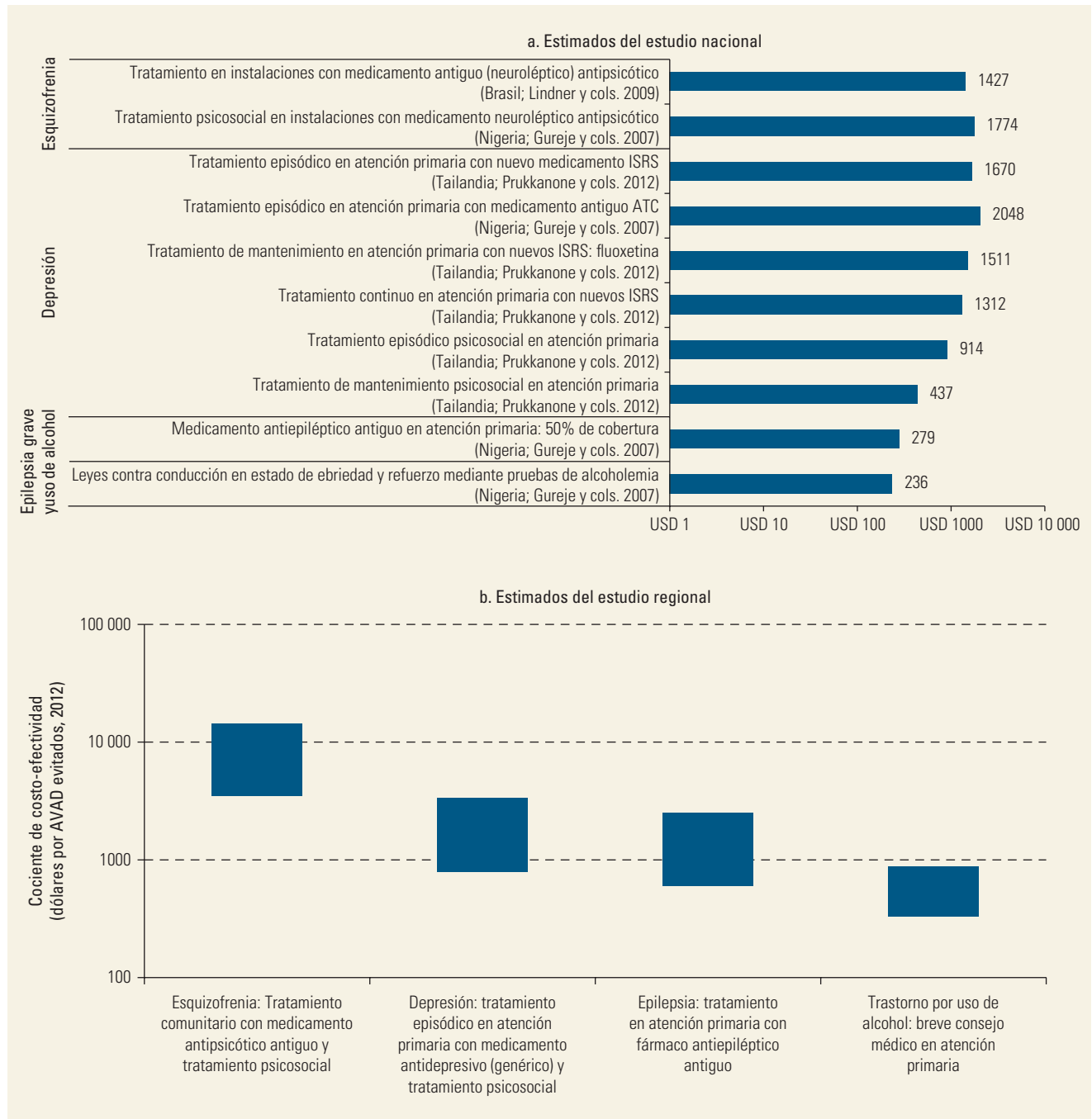
El análisis de costo-efectividad predomina entre las evaluaciones económicas de la atención y prevención de los trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias (MNS). Estos tipos de análisis se revisan en los capítulos de trastornos específicos del volumen y, en forma más sintetizada, en el capítulo 12 (Levin y Chisholm 2015). Este examen muestra que la base de evidencia económica para las políticas de salud mental y su planeación continúan fortaleciéndose. Así, la afirmación en exceso generalizada de que el tratamiento de trastornos MNS no hace un uso costo-efectivo de los recursos limitados para salud puede ser cada vez más desacreditada.

Los análisis extensos de la costo-efectividad siguen siendo una aproximación relativamente nueva desarrollada por *Prioridades para el Control de Enfermedades*, tercera edición (DCP3). En este volumen, Chisholm y colaboradores (capítulo 13) aplican el análisis extenso de la costo-efectividad a una gama de intervenciones para trastornos MNS en Etiopía y la India. El capítulo muestra que el movimiento hacia la cobertura universal vía la prestación ampliada de servicios financiados públicamente produce efectos significativos en protección financiera, así como beneficios sanitarios para la población.

Los costos combinados de implementar medidas de control para el alcohol se estiman en el rango de entre los USD 0,10 y USD 0,30 per cápita (Anderson, Chisholm y Fuhr 2009; OMS 2011). Un nuevo análisis de costos llevado a cabo para este volumen estima que un programa escolar en habilidades de vida costaría entre USD 0,05 y USD 0,25 per cápita (Levin y Chisholm 2015). El costo anual de prestación de un paquete definido de

intervenciones costo-efectivas para esquizofrenia, depresión, epilepsia y trastornos por el uso de alcohol en dos subregiones de la OMS (una en África subsahariana y la otra en Asia meridional) ha sido estimado en USD 3-4 per cápita (Chisholm y Sexena 2012); en PIA y países de ingreso mediano alto, se espera que el costo de este tipo de paquete sea de al menos el doble de esta cantidad (capítulo 12 en este volumen, Levin y Chisholm 2015).

Figura 1.2 costo-efectividad de intervenciones selectas para tratar trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias en países de ingreso bajo y mediano (en dólares de 2012 por AVAD evitados)



Fuente: Hyman y cols. 2006; Chisholm y Saxena 2012; Levin y Chisholm 2015.

Nota: En el panel a, todos los estimados de rentabilidad reportados se han convertido a dólares del 2012. En el panel b, los hallazgos publicados con anterioridad se han convertido a valores del dólar de 2012, con base en los estimados de inflación del Fondo Monetario Internacional para regiones reportadas del Banco Mundial. Las barras muestran el cociente de costo-efectividad para seis regiones del mundo de bajo y mediano ingreso: África subsahariana, América Latina y el Caribe, Oriente Medio y norte de África, Europa y Asia central, Asia meridional, Asia oriental y el Pacífico. AVAD = años de vida ajustados por discapacidad; ISRS = inhibidores selectivos de recaptación de serotonina; ATC = antidepresivos tricíclicos.

Protección contra el riesgo financiero: análisis de la costo-efectividad extendida

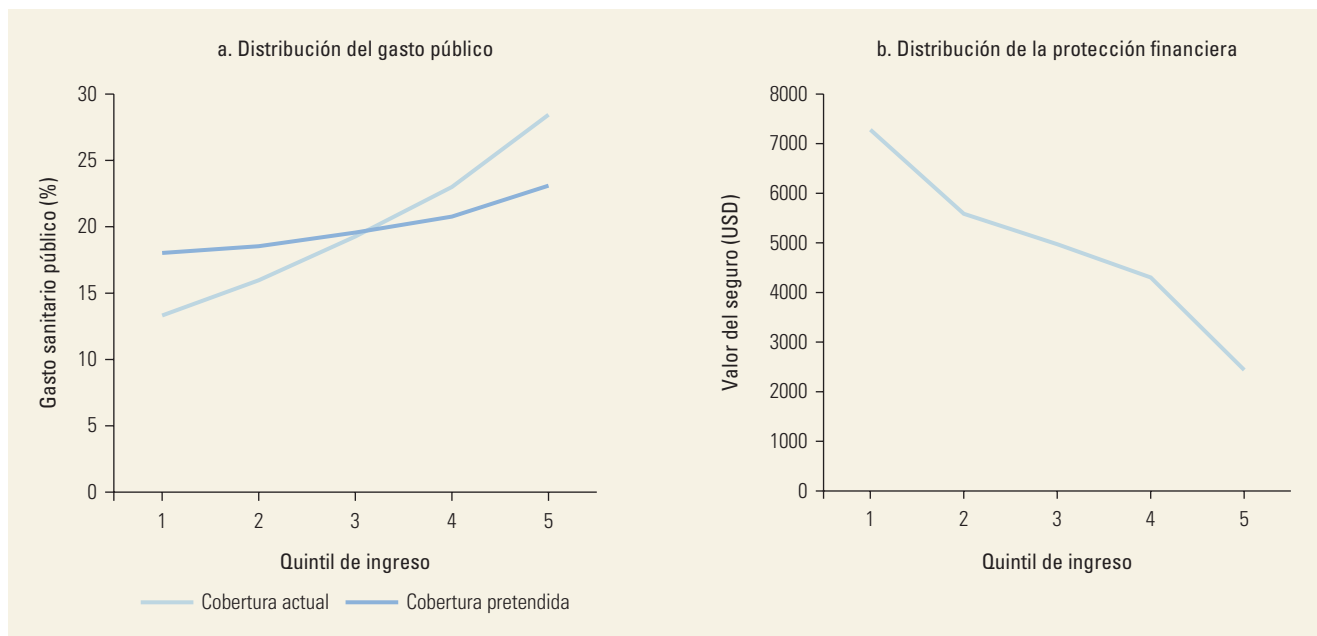
Considerando los objetivos importantes o atributos de los sistemas de salud más allá de la mejora de la atención en sí, como la equidad y la protección contra el riesgo financiero, este volumen ha tomado algunas medidas iniciales hacia el tratamiento y el análisis del concepto de cobertura universal de salud para trastornos MNS (Chisholm y cols. 2015). Estos trastornos son crónicos e incapacitantes, a menudo pasan inadvertidos y son regularmente omitidos de los paquetes esenciales de atención o planes de seguro. Por consiguiente, estas condiciones de salud constituyen una amenaza directa al bienestar de los hogares y la viabilidad económica como resultado del gasto directo (GD) privado en bienes y servicios de salud, así como la disminución en la producción o en oportunidades de ingreso.

Mediante la aplicación de un acercamiento a la evaluación económica desarrollado recientemente llamado análisis de la costo-efectividad extendida (Verguet, Laxminarayan y Jamison 2015; ver también el recuadro 1.4), se ha hecho un esfuerzo para identificar cómo los servicios públicos comunitarios ampliados podrían contribuir a una equidad más grande en el acceso y menos GD en dos entornos

distintos, India y Etiopía. Ambos países han articulado recientemente planes ambiciosos para mejorar la calidad y cobertura en los servicios de salud mental, así como protección financiera extendida o seguro médico para sus ciudadanos. A lo largo de estos dos entornos geográficos, es evidente que la financiación pública de la atención en salud mental lleva a una asignación más equitativa de recursos públicos para salud entre los grupos de ingreso, con mayor beneficio en protección financiera para los grupos de ingresos más bajos.

Por ejemplo, un análisis de la costo-efectividad extendida se realizó para el tratamiento de la esquizofrenia en la India. El análisis mostró que el financiamiento público del 70% de los costos totales de los tratamientos soportados por hogares removería USD 140 000 de GD por cada millón de personas en las tasas actuales de cobertura por tratamiento. El financiamiento público de un esfuerzo coordinado para proveer un nivel mejorado de cobertura en el servicio (80%) para todos los segmentos de la población hindú resultaría en una asignación más equitativa de recursos (como se muestra en la figura 1.3, panel a). Este esfuerzo tendría un efecto claro a favor de los pobres (figura 1.3, panel b): 30% del estimado total

Figura 1.3 Distribución del gasto público y del valor asegurado de las finanzas públicas mejoradas para tratamiento de esquizofrenia en la India, por quintil de ingreso



Fuente: Chisholm y cols. 2015 (capítulo 13 de este volumen).

Nota: Los resultados se basan en una población de un millón de personas, divididas en quintiles de igual ingreso de 200 000 personas (el quintil 1 tiene el menor ingreso y el quintil 5 el más alto). Los valores monetarios se expresan en dólares del 2012. La cobertura pretendida para tratamiento por esquizofrenia para todos los grupos de ingreso está fijada en 80%. La cobertura actual va del 30% en el grupo de ingreso más pobre al 50% en el más rico. El panel a muestra la distribución del gasto público sanitario a lo largo de los grupos de ingreso antes y después de la introducción del financiamiento público universal. El panel b muestra la distribución de los beneficios de la protección financiera a través de los grupos de ingreso resultado de una política de financiamiento público universal; el valor del seguro es por quintil de ingreso (cada uno con 200 000 personas).

del valor del seguro (estimado en USD 24 582 para una población de un millón de personas) es conferido a la quinta parte más pobre de la población, comparado con el 10% para la quinta parte más rica.

En Etiopía, donde la cobertura para el tratamiento de psicosis y otros trastornos mentales es muy baja (10% o menos), el GD evitado derivado de un cambio para el financiamiento público de los costos del tratamiento también sería bajo. La verdadera escala de los gastos privados en ausencia del financiamiento público solo se manifiesta cuando se modela un incremento sustancial en la cobertura de servicios.

Por consiguiente, es vital para el incremento de la protección financiera de las personas con trastornos MNS que vaya de la mano con la cobertura ampliada de un paquete esencial de atención. El acceso mejorado a los servicios sin protección financiera para personas con trastornos MNS llevará a tasas desiguales de aceptación y resultados del servicio, mientras que la protección financiera mejorada sin la ampliación de servicios apropiada resultará en ganancias muy pequeñas en salud pública. En resumen, un esfuerzo coordinado y multidimensional es necesario para que ocurra el movimiento hacia la cobertura universal de salud.

¿CÓMO AMPLIAR? OPORTUNIDADES Y OBSTÁCULOS EN EL SISTEMA DE SALUD

A pesar de la necesidad de atención renovada e inversión ampliada, hay relativamente poca acción en cuanto al tratamiento de los trastornos MNS en la mayoría de PIBM. Existen muchas razones para esta falta de acción, quizá la más importante sea la total falta de compromiso en políticas para trastornos MNS, como es evidente dado el hecho de que menos del 1% del presupuesto sanitario es asignado a salud mental en la mayoría de PIBM (Saxena y cols. 2007). De manera similar, a pesar de las llamadas para la acción basadas en evidencia para obtener servicios ampliados por casi una década (Grupo *Lancet* para Salud Mental Global 2007), menos del 1% de la asistencia en desarrollo para la salud es dedicado a salud mental (Gilbert y cols. 2015).

Voluntad política

Entre los contribuyentes clave para la falta de voluntad política y consecuentemente para los bajos niveles de asignación de recursos se incluyen la baja demanda de intervenciones para atención en salud mental, la cual es causada en parte por los bajos niveles de alfabetización en salud mental y los altos niveles de estigma

asociados con trastornos MNS. Además, hace falta lo siguiente: liderazgo técnicamente sólido en el diseño e implementación de programas basados en evidencia; capacidad de asimilación adecuada en el sistema de salud existente; prioridades competitivas en políticas e intereses creados y organismos y capacidad efectivas para la gente afectada. Y hay una creencia persistente en la importancia de los modelos de atención especializada en hospitales, la cual continúa absorbiendo cantidades desproporcionadas de las ya de por sí escasas asignaciones de recursos para este sector (Saraceno y cols. 2007).

Brechas cognitivas

Existe una falta de evidencia de PIBM, especialmente sobre la costo-efectividad de muchas intervenciones y sobre la integración de la atención para trastornos MNS en plataformas rutinarias de atención médica y social. Esta falta continúa representando una limitación para la inversión de muchos interesados y es en parte resultado de los bajos niveles de compromiso político para la atención en estas dimensiones de salud a través de la menor financiación, desproporcionada, para investigación. Las brechas cognitivas críticas están relacionadas con la ciencia aplicada, esto es, investigación para acortar la distancia entre lo que sabemos que funciona y cómo implementarlo a cierta escala (Collins y cols. 2011).

La investigación que busca abordar las considerables brechas cognitivas en las causas de los trastornos MNS y el descubrimiento de nuevas intervenciones también se necesitan con urgencia. Un acercamiento empírico al análisis del impacto de los factores macroeconómicos y estructurales en la carga de los trastornos MNS, como las convenciones globales sobre la regulación de drogas ilícitas y cambio climático, es necesario para guiar la creación de políticas basadas en evidencia en un contexto más amplio. Sin embargo, estas brechas cognitivas no pueden explicar por qué aun las intervenciones costo-efectivas conocidas no se han adoptado.

Un factor desfavorable son las limitaciones en la evidencia que se resumen en este capítulo. En particular, hay brechas significativas en la evidencia que respalda algunas intervenciones en PIBM y eficacia limitada en algunas de las mejores intervenciones disponibles para algunos trastornos. Para abordar estos obstáculos, la ampliación de las intervenciones para trastornos MNS requiere un acercamiento que abarque los principios de salud pública, un pensamiento sistémico y una perspectiva de gobierno en su conjunto. De manera tranquilizadora, muchos países ahora están demostrando cómo una combinación de estos

ingredientes puede llevar a incrementos importantes en la cobertura de intervenciones basadas en evidencia (recuadro 1.3).

Estrategias para fortalecer el sistema de salud

Las estrategias clave para fortalecer el sistema de salud incluyen las siguientes:

- Incorporar una perspectiva basada en derechos en la totalidad del sistema de salud y garantizar que las políticas de salud, planes y leyes estén actualizadas para ser consistentes con los estándares y convenciones internacionales de derechos humanos.
- Implementar iniciativas multicomponentes para abordar el estigma, mejorar la alfabetización en salud mental y la demanda de atención y movilizar personas en condiciones de ayudarse mutuamente y ser promotores eficientes.
- Hacer participar a otros sectores clave preocupados por los trastornos MNS en la mejora de servicios, notablemente la asistencia social, organizaciones no gubernamentales, el sector privado, justicia penal, educación y los sectores de atención autóctonos, dado que todos ellos tienen papeles complementarios.
- Prestación de atención extrahospitalaria mediante unidades generales u hospitales de distrito antes que en hospitales psiquiátricos independientes.
- Implementar programas de adiestramiento y supervisión a gran escala o nacionales para equipos de recursos humanos no especializados que puedan cumplir las funciones de administradores de caso para la prestación de atención colaborativa en

atención primaria y otras plataformas de atención para mejorar la cobertura en tratamientos.

- Asegurar el suministro de medicamentos esenciales en las plataformas pertinentes.
- Invertir en investigación a lo largo del continuo traslacional para mejorar el conocimiento en intervenciones más eficaces y de sistemas más eficaces de prestación, incluyendo opciones innovadoras de financiamiento como la obtención y desviación de ingresos de los impuestos sobre productos dañinos para la salud (como el alcohol y el tabaco).
- Hacer énfasis en el uso de medicamentos genéricos de bajo costo en todos los sistemas de salud y reasignar los gastos en intervenciones infructuosas o de valor reducido, como la prescripción excesiva de benzodiacepinas y vitaminas en atención primaria.
- Finalmente, será importante insertar indicadores sanitarios para trastornos MNS dentro de la información en salud nacional y los sistemas de vigilancia de modo que los progresos y logros puedan ser monitoreados y evaluados (OMS 2015).

El Plan de Acción Integral de la OMS para la Salud Mental (Saxena, Funk y Chisholm 2013) ofrece un plan de acción claro para la ampliación en países en cualquier etapa del camino. Algunas regiones (como la mediterránea del este) han adaptado este nuevo instrumento de políticas para iniciar consultas con expertos internacionales y creadores de políticas regionales para desarrollar esquemas de acción (recuadro 1.5) a lo largo de los cuatro ámbitos del plan, junto con intervenciones prioritarias e indicadores para la evaluación del progreso (Gater, Saeed y Rahman 2015).

Recuadro 1.5

Marco regional propuesto para ampliar la acción en salud mental en la región mediterránea del este de la OMS

Ámbito	Intervenciones estratégicas	Indicadores propuestos
Liderazgo y gobernanza	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer/actualizar una política/plan estratégico de acción nacional para salud mental en línea con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos. • Establecer una estructura, apropiada para el contexto nacional, para facilitar y monitorear la implementación de la política/plan estratégico de acción multisectorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • El país cuenta con un plan o una política nacional multisectorial operativa para salud mental en línea con los instrumentos internacionales y regionales sobre derechos humanos. • El país cuenta con una ley actualizada para salud mental en línea con los instrumentos internacionales y regionales sobre derechos humanos.

Recuadro continúa en la siguiente página

Recuadro 1.5 (continuación)

Ámbito	Intervenciones estratégicas	Indicadores propuestos
Reorientación y ampliación de servicios en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar la legislación relacionada con salud mental en línea con los convenios e instrumentos internacionales sobre derechos humanos. • Incluir condiciones prioritarias definidas en el paquete de prestación de atención primaria del gobierno y esquemas de reembolso para seguro social y privado. • Incrementar y priorizar las asignaciones presupuestarias para tratar los objetivos en servicios acordados y las prioridades, incluyendo la prestación de fondos provisionales o puente. • Establecer servicios en salud mental en hospitales generales para atención extrahospitalaria y hospitalaria de corta duración. • Integrar la prestación de intervenciones basadas en evidencia para condiciones prioritarias de salud mental en atención primaria y otros programas prioritarios de salud. • Permitir a las personas con enfermedades mentales y a sus familias acceder a intervenciones de autoayuda y comunitarias. • Reducir los hospitales mentales de estancia prolongada existentes (en paralelo con incrementos en la inversión en hospitales generales y atención hospitalaria integral y apoyo para la atención en la comunidad).^a • Incorporar apoyo en salud mental y psicosocial en planes nacionales de preparación ante emergencias y recuperación. • Fortalecer la capacidad de profesionales médicos en reconocimiento y gestión de condiciones prioritarias de salud mental durante emergencias. • Implementar intervenciones basadas en evidencia para asistencia psicosocial a grupos vulnerables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de condiciones en salud mental prioritarias específicas en los paquetes de atención primaria para el seguro público y privado y esquemas de reembolso. • Proporción de hospitales generales que tienen unidades de salud mental incluyendo unidades hospitalarias y extrahospitalarias. • Proporción de personas con enfermedades mentales que utilizan los servicios de atención (desglosados por edad, sexo, diagnóstico y entorno). • Proporción de instalaciones de AP que tienen disponibilidad regular de medicamentos psicotrópicos esenciales. • Proporción de instalaciones de AP con al menos una persona capacitada para proveer intervenciones no farmacológicas. • Proporción de instalaciones para salud mental monitoreadas anualmente para asegurar el uso de estándares de calidad y de derechos para la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales. • La prestación de apoyo en salud mental y psicosocial está integrada en los planes nacionales de atención ante emergencias. • Proporción de trabajadores sanitarios capacitados en el reconocimiento y gestión de condiciones de salud mental prioritarias durante emergencias.
Promoción y prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar reconocimiento y gestión de depresión materna y capacitación en habilidades parentales en programas para salud materna e infantil. • Integrar la educación en habilidades de vida con un enfoque escolar integral. • Reducir el acceso a medios para el suicidio. • Emplear métodos basados en evidencia para mejorar la alfabetización en salud mental y reducir el estigma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de trabajadores comunitarios capacitados en reconocimiento temprano y gestión de depresión materna y prestación de atención en la niñez temprana, desarrollo, habilidades de crianza para madres y familias. • Proporción de escuelas que implementan el enfoque escolar integral para promover habilidades de vida.

Recuadro continúa en la siguiente página

Recuadro 1.5 (continuación)

Ámbito	Intervenciones estratégicas	Indicadores propuestos
Información, evidencia e investigación	<ul style="list-style-type: none">• Integrar los indicadores básicos dentro de los sistemas nacionales de información sobre salud.• Mejorar la capacidad nacional para emprender investigación prioritaria.• Atraer a las partes interesadas en la planeación, implementación y diseminación de la investigación.	<ul style="list-style-type: none">• Información rutinaria y reportes a nivel nacional disponibles en un conjunto de indicadores clave para salud mental.• Reporte anual de información nacional en cuanto al número de muertes por suicidio.

Fuente: Gates, Saeed y Rahman 2015.

Nota: AP = atención primaria; OMS = Organización Mundial de la Salud.

a. Modificado por los autores.

HA LLEGADO EL MOMENTO DE ACTUAR

Los trastornos MNS representan una proporción importante de la carga mundial de la enfermedad. Esta carga se ha incrementado dramáticamente desde 1990 y es muy posible que siga creciendo con la transición epidemiológica desde enfermedades infecciosas hacia enfermedades no transmisibles, la transición demográfica en PIBM y el incremento en la prevalencia de muchos determinantes sociales asociados con estas condiciones.

A pesar de los retos que representa cuantificar la morbilidad causal de estos trastornos, los nuevos análisis presentados en este volumen sugieren que la carga de la enfermedad asociada con la morbilidad es muy alta y fue previamente subestimada. Este volumen también resume evidencia para documentar el tratamiento eficaz e intervenciones preventivas que son viables para implementarse a través de diversos entornos socioeconómicos y culturales para una gama de trastornos MNS prioritarios. Un aspecto crítico y relevante de estos trastornos es su propensión por atacar temprano en la vida, lo cual es un factor clave detrás de su amplia contribución a la carga global de la enfermedad.

Las plataformas poblacionales están principalmente adaptadas para intervenciones a nivel de las políticas para la promoción en salud mental, para prevenir trastornos MNS, para mejorar la alfabetización en salud mental y para la protección de los derechos humanos de las personas afectadas por estos trastornos. La plataforma comunitaria provee de oportunidades para la movilización de recursos destinados a intervenciones de prevención y promoción focalizando grupos particulares de personas o entornos particulares. Las intervenciones de atención médica principalmente constan de medicamentos genéricos, tratamientos psicológicos breves e

intervenciones sociales. Las intervenciones para diversos trastornos pueden formar parte del mismo paquete para desplegar recursos humanos a bajo costo y ampliamente disponibles en atención primaria y en plataformas no relativas a la atención médica, con respaldo adecuado y supervisión provista por profesionales en salud mental. En entornos con los niveles más altos de recursos, como es el caso de muchos países de ingreso mediano, las plataformas especializadas ofrecen valor agregado en el tratamiento de las necesidades de la proporción relativamente pequeña de personas con cuadros clínicos complejos, graves o refractarios.

Aparte de eficaces, viables y de proveer beneficios que mejoran la trayectoria de vida de los individuos, muchas de estas intervenciones, además, son poco costosas en su implementación y representan un uso costo-efectivo de los recursos para salud. Asimismo, una política de movimiento hacia la financiación pública universal para los trastornos MNS se espera que lleve a una asignación de recursos para salud pública mucho más equitativa entre los grupos de ingreso. Con la financiación pública universal, los grupos de ingreso más bajo se beneficiarían más con respecto al valor de los seguros (usado aquí como una medida de protección financiera).

Los estudios de caso en países muestran que los motores de cambio más importantes son la voluntad política, el compromiso de los países y agencias de desarrollo para asignar los recursos necesarios y proveer liderazgo técnico. Como también se enfatiza en el Plan de Acción de la OMS para la Salud Mental, esta voluntad y compromiso son esenciales para tratar el número evitable de sufrimientos causado por trastornos MNS, principalmente entre la gente más pobre y los países con menos recursos del mundo.

Este volumen presenta evidencia fuerte, clínica y económica para respaldar esta inversión. En última instancia, también debe haber un argumento moral con la finalidad de ampliar la atención para cientos de millones de personas cuyas necesidades de atención médica han sido descuidadas sistemáticamente y cuyos derechos humanos básicos han sido negados rutinariamente (Patel, Saraceno y Kleinman 2006). Por lo tanto, el tiempo de actuar con base en esta evidencia es ahora.

NOTAS

Aviso legal: Dan Chisholm y Tarun Dua son miembros del personal de la Organización Mundial de la Salud. Los autores son responsables de las opiniones expresadas en esta publicación y estas no representan necesariamente las decisiones, políticas u opiniones de la Organización Mundial de la Salud.

La clasificación de los países según el ingreso del Banco Mundial, hasta julio de 2014, es la siguiente, basada en estimaciones del ingreso nacional bruto (INB) per cápita para 2013:

- Países de ingreso bajo (PIB) = USD 1045
- Países de ingreso mediano (PIM) se subdividen en:
 - a) Países de ingreso mediano bajo = USD 1046 a USD 4125
 - b) Países de ingreso mediano alto (PIMA) = USD 4126 a USD 12 745
- Países de ingreso alto (PIA) = USD 12 746 o más

REFERENCIAS

Aggarwal, N. K., M. Balaji, S. Kumar, R. Mohanraj, A. Rahman, and others. 2014. "Using Consumer Perspectives to Inform the Cultural Adaptation of Psychological Treatments for Depression: A Mixed Methods Study from South Asia." *Journal of Affective Disorders* 163: 88–101.

Anderson, P., D. Chisholm, and D. Fuhr. 2009. "Effectiveness and Cost-Effectiveness of Policies and Programmes to Reduce the Harm Caused by Alcohol." *The Lancet* 373: 2234–46.

Bloom, D. E., E. T. Cafiero, E. Jane-Llopis, S. Abrahams-Gessel, L. R. Bloom, and others. 2011. *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.

Chandra, V., R. Pandav, R. Laxminarayan, C. Tanner, B. Manyam, and others. 2006. "Neurological Disorders." In *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., edited by D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, and D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, and P. Musgrove. Washington, DC: World Bank and Oxford University Press.

Chang, C. K., R. D. Hayes, G. Perera, M. T. Broadbent, A. C. Fernandes, and others. 2011. "Life Expectancy at Birth for People with Serious Mental Illness and Other Major Disorders from a Secondary Mental Health Care Case Register in London." *PLoS One* 6 (5): e19590. doi:10.1371/journal.pone.0019590.

Charlson, F. J., A. J. Baxter, T. Dua, L. Degenhardt, H. A. Whiteford, and T. Vos. 2015. "Excess Mortality from Mental, Neurological and Substance Use Disorders in the Global Burden of Disease Study 2010." In *Disease Control Priorities* (third edition): Volume 4, *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*, edited by V. Patel, D. Chisholm, T. Dua, R. Laxminarayan, and M. E. Medina-Mora. Washington, DC: World Bank.

Chisholm, D., and S. Saxena. 2012. "Cost Effectiveness of Strategies to Combat Neuropsychiatric Conditions in Sub-Saharan Africa and South East Asia: Mathematical Modelling Study." *BMJ* 344:e609. doi:10.1136/bmj.e609.

Chisholm, D., K. A. Raykar, N. Meggido, I. Nigam, A. Nigam, K. B. Strand, A. Colson, A. Fekadu, and S. Verguet. 2015. "Universal Health Coverage for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: An Extended Cost-Effectiveness Analysis." In *Disease Control Priorities* (third edition): Volume 4, *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*, edited by V. Patel, D. Chisholm, T. Dua, R. Laxminarayan, and M. E. Medina-Mora. Washington, DC: World Bank.

Collins, P. Y., V. Patel, S. S. Joestl, D. March, T. R. Insel, and others. 2011. "Grand Challenges in Global Mental Health." *Nature* 475 (7354): 27–30. doi:10.1038/475027a.

Dua, T., C. Barbui, N. Clark, A. Fleischmann, V. Poznyak, and others. 2011. "Evidence-Based Guidelines for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Low- and Middle-Income Countries: Summary of WHO Recommendations." *PLoS Med* 8 (11): e1001122. doi:10.1371/journal.pmed.1001122.

Ferrari, A. J., R. E. Norman, G. Freedman, A. J. Baxter, J. E. Pirkis, and others. 2014. "The Burden Attributable to Mental and Substance Use Disorders As Risk Factors for Suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010." *PLoS One* 9 (4): e91936. doi:10.1371/journal.pone.0091936.

Gater, R., K. Saeed, and A. Rahman, A. 2015. "From Plan to Framework: The Process Followed in the Development of the Regional Framework for Scaling Up Action on Mental Health towards the Implementation of the Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020 in the Eastern Mediterranean Region." *Eastern Mediterranean Health Journal* 21 (7): 464–66.

Gilbert, B., V. Patel, P. Farmer, and C. Lu. 2015. "Assessing Development Assistance for Mental Health in Developing Countries: 2007-2013." *PLoS Medicine* 12 (6): e1001834.

Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. 2015. "Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 301 Acute and Chronic Diseases and Injuries in 188 Countries, 1990–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013." *The Lancet* 386: 743–800. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2815%2960692-4/abstract>.

Gunnell, D., R. Fernando, M. Hewagama, W. D. Priyangika, F. Konradsen, and others. 2007. "The Impact of Pesticide Regulations on Suicide in Sri Lanka." *International Journal of Epidemiology* 36 (6): 1235–42. doi:dym164 [pii]10.1093/ije/dym164.

- Gureje, O., D. Chisholm, L. Kola, V. Lasebikan, and S. Saxena. 2007. "Cost-Effectiveness of an Essential Mental Health Intervention Package in Nigeria." *World Psychiatry* 6 (1): 42–48.
- Hong, M. A. 2012. "Integration of Hospital and Community Services—The '686 Project'—Is a Crucial Component in the Reform of China's Mental Health Services." *Shanghai Archives of Psychiatry* 24 (3): 172–74. doi:10.3969/j.issn.1002-0829.2012.03.007.
- Hyman, S., D. Chisholm, R. Kessler, V. Patel, and H. Whiteford. 2006. "Mental Disorders." In *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., edited by D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, and D. B. Evans, P. Jha, A. Mills and P. Musgrove. Washington, DC: World Bank and Oxford University Press.
- Jamison, D. T., J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, and P. Musgrove, eds. 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd edition. Washington, DC: World Bank and Oxford University Press.
- Jamison, D. T., W. H. Mosley, A. R. Measham, and J. L. Bobadilla, eds. 1993. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.
- Kaaya, S. F., E. Eustache, I. Lapidus-Salaiz, S. Musisi, C. Psaros, and others. 2013. "Grand Challenges: Improving HIV Treatment Outcomes by Integrating Interventions for Co-morbid Mental Illness." *PLoS Med* 10: e1001447.
- Lancet Global Mental Health Group. 2007. "Scale Up Services for Mental Disorders: A Call for Action." *The Lancet* 370: 1241–52.
- Lawrence, D., K. J. Hancock, and S. Kisely. 2013. "The Gap in Life Expectancy from Preventable Physical Illness in Psychiatric Patients in Western Australia: Retrospective Analysis of Population Based Registers." *BMJ* 346: f2539. doi:10.1136/bmj.f2539.
- Levin, C., and D. Chisholm. 2015. "Cost and Cost-Effectiveness of Interventions, Policies, and Platforms for the Prevention and Treatment of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders." In *Disease Control Priorities* (third edition): Volume 4, *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*, edited by V. Patel, D. Chisholm, T. Dua, R. Laxminarayan, and M. E. Medina-Mora. Washington, DC: World Bank.
- Lim, S. S., T. Vos, A. D. Flaxman, G. Danaei, K. Shibuya, and others. 2012. "A Comparative Risk Assessment of Burden of Disease and Injury Attributable to 67 Risk Factors and Risk Factor Clusters in 21 Regions, 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010." *The Lancet* 380 (9859): 2224–60. doi:10.1016/S0140-6736(12)61766-8.
- Lindner, L. M., A. C. Marasciulo, M. R. Farias, and G. E. M. Grohs. 2009. "Economic Evaluation of Antipsychotic Drugs for Schizophrenia Treatment within the Brazilian Healthcare System." *Revista de saúde pública* 43: 62–69.
- Lund, C., M. De Silva, S. Plagerson, S. Cooper, D. Chisholm, and others. 2011. "Poverty and Mental Disorders: Breaking the Cycle in Low-Income and Middle-Income Countries." *The Lancet* 378 (9801): 1502–14.
- MHIN (Mental Health Innovation Network). "Program for Screening, Diagnosis and Comprehensive Treatment of Depression." MHIN. <http://mhinnovation.net/innovations/program-screening-diagnosis-and-comprehensive-treatment-depression#.VVYpd46qqkp>.
- Ngo, V. K., A. Rubinstein, V. Ganju, P. Kanellis, N. Loza, and others. 2013. "Grand Challenges: Integrating Mental Health Care into the Non-Communicable Disease Agenda." *PLoS Med* 10: e1001443.
- Patel, V., G. S. Belkin, A. Chockalingam, J. Cooper, S. Saxena, and others. 2013. "Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms: Addressing a Grand Challenge in Global Mental Health." *PLoS Med* 10: e1001448.
- Patel, V., A. Kleinman, and B. Saraceno. 2012. "Protecting the Human Rights of People with Mental Disorders: A Call to Action for Global Mental Health." In *Mental Health & Human Rights*, edited by M. Dudley, D. Silove, and F. Gale. Oxford: Oxford University Press.
- Patel, V., C. Lund, S. Heatherill, S. Plagerson, J. Corrigan, and others. 2009. "Social Determinants of Mental Disorders." In *Priority Public Health Conditions: From Learning to Action on Social Determinants of Health*, edited by E. Blas and A. Sivasankara Kurup. Geneva: World Health Organization.
- Patel, V., B. Saraceno, and A. Kleinman. 2006. "Beyond Evidence: The Moral Case for International Mental Health." *American Journal of Psychiatry* 163 (8): 1312–15.
- Petersen, I., S. Evans-Lacko, M. Semrau, M. Barry, D. Chisholm, P. Gronholm, C. O. Egbe, and G. Thornicrost. 2015. "Population Platforms." In *Disease Control Priorities* (third edition): Volume 4, *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*, edited by V. Patel, D. Chisholm, T. Dua, R. Laxminarayan, and M. E. Medina-Mora. Washington, DC: World Bank.
- Prince, M., V. Patel, S. Saxena, M. Maj, J. Maselko, and others. 2007. "No Health without Mental Health." *The Lancet* 370 (9590): 859–77.
- Prukkanone, B., T. Vos, M. Bertram, and S. Lim. 2012. "Cost-Effectiveness Analysis for Antidepressants and Cognitive Behavioral Therapy for Major Depression in Thailand." *Value in Health* 15 (1): S3–8.
- Rahman, A., P. J. Surkan, C. E. Cayetano, P. Rwagatare, and K. E. Dickson. "Grand Challenges: Integrating Maternal Mental Health into Maternal and Child Health programmes." *PLoS Med* 2013; 10: e1001442.
- Rehm, J., D. Chisholm, R. Room, and A. D. Lopez. 2006. "Alcohol." In *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., edited by D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, and D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, and P. Musgrove. Washington, DC: World Bank and Oxford University Press.
- Rehm, J., C. Mathers, S. Popova, M. Thavorncharoensap, Y. Teerawattananon, and others. 2009. "Global Burden of Disease and Injury and Economic Cost Attributable to Alcohol Use and Alcohol-Use Disorders." *The Lancet* 373 (9682): 2223–33.
- Saraceno, B., M. van Ommeren, R. Batniji, A. Cohen, O. Gureje, and others. 2007. "Barriers to Improvement of Mental Health Services in Low-Income and Middle-Income Countries." *The Lancet* 370 (9593): 1164–74.

- Saxena, S., M. Funk, and D. Chisholm. 2013. "World Health Assembly Adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020." *The Lancet* 381 (9882): 1970–71. doi:10.1016/S0140-6736(13)61139-3.
- Saxena, S., G. Thornicroft, M. Knapp, and H. Whiteford. 2007. "Resources for Mental Health: Scarcity, Inequity, and Inefficiency." *The Lancet* 370 (9590): 878–89.
- Shidhaye, R., C. Lund, and D. Chisholm. 2015. "Health Care Delivery Platforms." In *Disease Control Priorities* (third edition): Volume 4, *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*, edited by V. Patel, D. Chisholm, T. Dua, R. Laxminarayan, and M. E. Medina-Mora. Washington, DC: World Bank.
- Strang, J., T. Babor, J. Caulkins, B. Fischer, D. Foxcroft, and others. 2012. "Drug Policy and the Public Good: Evidence for Effective Interventions." *The Lancet* 379 (9810): 71–83. doi:10.1016/s0140-6736(11)61674-7.
- United Nations. 2015. *Global Sustainable Development Report, 2015 Edition*. New York: United Nations.
- van Ginneken, N., P. Tharyan, S. Lewin, G. N. Rao, S. Meera, and others. 2013. "Non-Specialist Health Worker Interventions for the Care of Mental, Neurological and Substance-Abuse Disorders in Low- and Middle-Income Countries." *Cochrane Database Systematic Reviews* 11: CD009149. doi:10.1002/14651858.CD009149.pub2.
- Verguet, S., R. Laxminarayan, and D. T. Jamison. 2015. "Universal Public Finance of Tuberculosis Treatment in India: An Extended Cost-Effectiveness Analysis." *Health Economics* 24 (3): 318–32. doi:10.1002/hec.3019.
- Walker, E. R., R. E. McGee, and B. G. Druss. 2015. "Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis." *JAMA Psychiatry* 72 (4): 334–41. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.
- Whiteford, H. A., L. Degenhardt, J. Rehm, A. J. Baxter, A. J. Ferrari, and others. 2013. "Global Burden of Disease Attributable to Mental and Substance Use Disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010." *The Lancet* 382 (9904): 1575–86. doi:10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
- Whiteford, H. A., A. J. Ferrari, L. Degenhardt, V. Feigin, and T. Vos. 2015. "The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010." *PLoS One* 10 (2): e0116820. doi:10.1371/journal.pone.0116820.
- . 2015. "The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010." In *Disease Control Priorities* (third edition): Volume 4, *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*, edited by V. Patel, D. Chisholm, T. Dua, R. Laxminarayan, and M. E. Medina-Mora. Washington, DC: World Bank.
- WHO (World Health Organization). 2008. *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): Scaling Up Care for Mental, Neurological and Substance Abuse Disorders*. Geneva: WHO.
- . 2011. *Scaling Up Action Against NCDs: How Much Will It Cost?* Geneva: WHO.
- . 2012. *Dementia: A Public Health Priority*. Geneva: WHO.
- . 2013a. *Building Back Better: Sustainable Mental Health Care after Emergencies*. Geneva: WHO.
- . 2013b. *WHO Humanitarian Response Compendium of Health Priorities and WHO Projects in Consolidated Appeals and Response Plans*. Geneva: WHO.
- . 2014. *Global Health Estimates*. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html.
- . 2015. *Mental Health Atlas 2014*. Geneva: WHO.

