

Carga de los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y suicidio y prioridades de salud mental en Argentina

Daniel Vigo ^{1,2,4}, Laura Jones ¹, Daniel E. Maidana ³, Michael Krausz ⁴, Devora Kestel ⁵

1. *Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA), Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University, Vancouver, Canada.*

2. *Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, USA.*

3. *Department of Ophthalmology, Massachusetts Eye and Ear Infirmary, Harvard Medical School, Boston, USA.*

4. *Department of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, Canada.*

5. *Pan-American Health Organization, Washington, United States.*

Autor correspondiente: Daniel Vigo, E-mail: vigo.daniel@mail.harvard.edu

Resumen

El objetivo de este estudio es proporcionar una estimación de la carga de enfermedad relacionada con la salud mental en la Argentina, a fin de aportar elementos para la priorización racional de la asignación de recursos y el desarrollo de servicios. Partiendo de la base de las estimaciones realizadas por el Estudio de la Carga Global de Enfermedad (1) añadimos un análisis de la carga producto de: a) auto-lesiones y suicidio; b) trastornos neurológicos comunes con severas manifestaciones psicológicas y del comportamiento; c) consecuencias somáticas del trastorno por consumo de alcohol y d) una estimación del trastorno por síntomas somáticos con dolor prominente. La carga de enfermedad producida por los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y suicidio (MNSS) resulta aproximadamente una quinta parte de los años de vida ajustados por discapacidad (AVADs) y más de un tercio de los años vividos con discapacidad (AVDs) totales, resultando el subgrupo más discapacitante de todas las enfermedades no transmisibles (ENT), y superando ampliamente al grupo combinado de las enfermedades infecto-contagiosas y materno-infantiles, y al grupo de los accidentes y lesiones no auto-inflingidas. El análisis de AVADs por edad y sexo permite una jerarquización de los trastornos que debería orientar el desarrollo de servicios para trastornos MNSS, su integración en la atención primaria, y la asignación de recursos. El primer nivel de atención es el único con presencia relativamente homogénea en todo el país, resultando por lo tanto el único capaz de incrementar efectivamente la cobertura y disminuir la inequidad. El fortalecimiento del primer nivel de atención puede ser logrado mediante la capacitación en salud mental de personal no especializado y el aprovechamiento de recursos tecnológicos informáticos y comunicacionales para contrarrestar las inequidades regionales en la cobertura. Tal visión estratégica permitirá disminuir: los gastos excesivos en recursos especializados, que por definición resultan más costosos e intervienen sólo cuando la patología superó cierto umbral; y los gastos indirectos causados por la pérdida de productividad laboral. Fundamentalmente, permitirá aumentar la cobertura y revertir la inequidad regional y socioeconómica en la calidad de la atención en salud mental en un país rico en recursos profesionales.

Palabras clave: Carga de enfermedad en Argentina - Trastornos mentales y AVADs) - Equidad en salud mental - Atención primaria en salud mental.

THE BURDEN OF MENTAL DISORDERS, NEUROLOGICAL, SUBSTANCE USE AND SUICIDE: REPORT ON MENTAL HEALTH PRIORITIES IN ARGENTINA

Abstract

The objective of this study is to provide an estimate of the burden of disease related to mental health in Argentina, in order to provide elements for the rational prioritization of resource allocation and the development of services. Based on the estimations made by the Study of the Global Burden of Disease (1) we add an analysis of the load product of: a) self-injuries and suicide; b) common neurological disorders with severe psychological and behavioral manifestations; c) somatic consequences of alcohol use disorder; and iv) an estimate of the disorder by somatic symptoms with prominent pain. The burden of disease caused by mental, neurological, substance use and suicide disorders (MNSS) is approximately one fifth of the years of life adjusted for disability (DALYs) and more than a third of the years lived with disability (ADLs) total, resulting in the most disabling subgroup of all non-communicable diseases (NCDs), and far exceeding the combined group of infectious and maternal-child diseases, and the group of non-self-inflicted accidents and injuries. The analysis of DALYs by age and sex allows a hierarchy of the disorders that should guide the development of services for MNSS disorders, their integration in primary care, and the allocation of resources. The first level of care is the only one with a relatively homogeneous presence throughout the country, being the only one capable of effectively increasing coverage and reducing inequality. The strengthening of the first level of care can be achieved through training in mental health of non-specialized personnel and the use of computer and communication technology resources to counteract regional inequities in coverage. Such strategic vision will allow to diminish: the excessive expenses in specialized resources, which by definition are more expensive and intervene only when the pathology exceeded a certain threshold; and the indirect costs caused by the loss of labor productivity. Fundamentally, it will allow increasing coverage and reversing regional and socioeconomic inequality in the quality of mental health care in a country rich in professional resources.

Keywords: Burden of disease in Argentina - Mental disorders and DALYs) - Equity in mental health - Primary mental health care.

Introducción

La Argentina está experimentando una transición epidemiológica debido a la disminución de la mortalidad materno-infantil, el aumento de la expectativa de vida y el aumento de la carga de enfermedades no transmisibles (ENTs) en una población que envejece (2–4). Menos conocido es el hecho de que la carga de ENTs se debe principalmente a trastornos mentales, neurológicos, por uso de sustancias y suicidio (MNSS), los cuales impactan de forma negativa tanto en la salud individual y colectiva, como en el bienestar socioeconómico de la comunidad (5–7). A pesar de esto, históricamente el tratamiento y la atención de las personas con trastornos MNSS no ha sido priorizado por los responsables de la formulación de políticas y financiamiento (8). Esta negligencia probablemente se vea exacerbada por la falta de investigación y monitoreo (ya que sólo se puede intervenir sobre lo que se conoce), y por el hecho de que las metodologías tradicionales subestimaron la carga de trastornos MNSS debido a limitaciones técnicas y a la existencia de fronteras arbitrarias entre disciplinas médicas (5). Este trabajo, realizado como parte de un proyecto de análisis de la carga de la enfermedad mental (a nivel continental y por país) de la Organización Panamericana de la Salud, busca proporcionar una epidemiología detallada de la discapacidad y mortalidad asociada a la pérdida de salud mental en Argentina, incluyendo los ajustes necesarios para compensar dichas limitaciones (9). Estos ajustes incluyen el agregado de las autolesiones y el suicidio, una estimación de la carga atribuible al trastorno por síntomas somáticos con dolor prominente y trastornos neurológicos específicos, así como la reasignación de la carga producida por manifestaciones somáticas del alcoholismo a los trastornos por consumo de

alcohol (en lugar de al grupo genérico “neoplasmas”). La descripción siguiente provee a la vez una visión general y una caracterización detallada de la carga de MNSS, con el objetivo de informar la priorización y planificación de la atención en salud mental en la Argentina.

Métodos

En primer lugar, los datos sobre la carga de enfermedad a nivel país desagregados por edad y sexo en 2016 fueron extraídos de <http://ghdx.healthdata.org/> y <http://www.healthdata.org/gbd-data-tool> para todos los trastornos relevantes. La metodología de la carga global de enfermedad proporciona medidas ponderadas de mortalidad y discapacidad, más una medida compuesta integrando ambas, que permiten la comparación de la carga entre enfermedades y regiones. El objetivo es capturar no sólo la mortalidad de una enfermedad y su impacto no letal –tradicionalmente capturado por las tasas de mortalidad y prevalencia específicas– sino la pérdida real en términos de vida saludable asociada con cada trastorno. Las estimaciones de años de vida ajustados por discapacidad (AVADs) a niveles global y local son producidas anualmente por el *Institute of Health Metrics and Evaluation*, junto con los componentes básicos del AVAD: los años vividos con discapacidad (AVDs), más los años de vida perdidos (AVPs) debido a mortalidad prematura (10). Los AVPs son una medida de mortalidad ponderada por la expectativa de vida normativizada: la muerte producirá una cantidad de AVP equivalente a la esperanza de vida estándar en el momento de la muerte. Los AVDs son una medida de la prevalencia ponderada por la percepción empíricamente determinada que el público en general tiene del deterioro del estado de salud como resultado de una enfermedad (11,12).

En segundo lugar, se re-estimó la carga de enfermedad relacionada con la salud mental para incluir auto-lesiones, trastornos neurológicos específicos, consecuencias somáticas del trastorno por consumo de alcohol, y una estimación del trastorno por síntomas somáticos con dolor prominente (denominados colectivamente trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y suicidio: MNSS). Las razones para este ajuste son conceptuales y prácticas: muchas estimaciones de carga de enfermedad relacionada con la salud mental no incluyen auto-lesiones y suicidios, trastornos de personalidad, trastornos somatomorfos, consecuencias distales del alcoholismo, y los trastornos neurocognitivos u otros tradicionalmente considerados neurológicos. Tampoco incluyen el exceso de mortalidad relacionado con la mayoría de los trastornos mentales. Dichas exclusiones se basan en limitaciones técnicas más que en decisiones conceptualmente sólidas, y resultan en importantes puntos ciegos epidemiológicos, por lo que en lugar de dicha exclusión proporcionamos estimaciones provisionales basadas en la evidencia existente, según una metodología descrita previamente (5). El objetivo no es estimar la carga tradicionalmente abordada por los psiquiatras en comparación con los neurólogos, sino estimar la carga de la enfermedad relacionada con la salud mental a fin de informar la planificación del sistema de salud. Por lo tanto, basándonos en consideraciones de salud pública y organización de sistemas de salud, seguimos el ejemplo de organizaciones multilaterales e instituciones académicas (como la Organización Mundial de la Salud, colaboradores del estudio de *Global Burden of Disease* y el consorcio *Disease Control Priorities* (13–15)) e incluimos las auto-lesiones y el suicidio, trastornos neurológicos con manifestaciones psicológicas y comportamentales

prominentes, más una estimación del trastorno por síntomas somáticos con dolor prominente (normalmente ignorado a pesar de una prevalencia que llega al 8% de la población, y constituye una frecuente presentación de trastornos depresivos y ansiosos (16,17). Finalmente, típicamente los análisis de carga de enfermedad asignan las consecuencias somáticas del consumo de alcohol a múltiples grupos de trastornos separados (el cáncer de hígado por alcohol se agrupa con las neoplasias, la miocardiopatía alcohólica con los trastornos cardiovasculares, y la cirrosis por alcohol con las demás manifestaciones cirróticas). Con el fin de tener una idea completa de la carga del alcoholismo, incluimos estas causas de discapacidad y muerte en nuestro análisis.

Resultados

Carga total de enfermedad

Primero nos enfocaremos en la carga de enfermedad para todas las edades causada por todos los trastornos y lesiones en Argentina, clasificados en los tres grupos clásicos: 1) enfermedades no transmisibles (que incluyen al subgrupo de trastornos MNSS); 2) enfermedades transmisibles, maternas, de la infancia, y nutricionales; y 3) lesiones (Figura 1). El patrón de la carga de enfermedad observada en Argentina es típico de los países de ingresos medio-altos de América Latina, donde la mayor parte de la carga (un 80% del total de los AVADs) se debe a enfermedades no transmisibles, de los cuales el 19% del total corresponden a trastornos MNSS. Centrándonos específicamente en la discapacidad, los trastornos MNSS causan más de un tercio del total de los años vividos con discapacidad por cualquier causa en el país (Figura 2).

Figura 1. La carga general de enfermedad en Argentina en términos de años de vida ajustados por discapacidad (AVADs).

Años de vida ajustados por discapacidad (AVADs)	MNSS 19.3%	Enfermedades transmisibles, maternoinfantiles y nutricionales 10.9%
		Lesiones 8.8%
Otras enfermedades no transmisibles 61.0%		

Figura 2. La carga general de enfermedad en Argentina en términos de años vividos con discapacidad (AVDs).

Años vividos con discapacidad (AVDs)	MNSS 36.4%	Lesiones 6.2%
		Enfermedades transmisibles, maternoinfantiles y nutricionales 5.1%
Otras enfermedades no transmisibles 52.4%		

Carga de enfermedad a lo largo de la vida

Para comprender la carga de enfermedad a lo largo de la vida, usaremos gráficos de áreas apiladas, los cuales proporcionan una imagen dinámica de qué porcentaje de la carga total se debe a cada grupo de trastornos para cada grupo etario. Al examinar la carga de AVADs a lo largo de la vida podemos ver que después del primer año de edad las enfermedades no transmisibles (ENTs) domi-

nan el cuadro en todos los grupos etarios, superando el 50% del total combinado de discapacidad y mortalidad en el grupo de 1 a 4 años, 75% en el de 10 a 14 años y 85% en el de 50 a 54 años y mayores (Figura 3). Un desglose de las ENTs en subgrupos (Figura 4) indica que los MNSS constituyen el mayor subgrupo de carga combinada para niños y adultos entre 10 y 50 años, después de lo cual la mortalidad relacionada con el cáncer cobra mayor importancia, junto con los trastornos cardiovasculares.

Figura 3. Distribución de AVADs de la enfermedad de nivel 1 por grupo de edad. Las ENTs incluyen los porcentajes de la carga total por grupo etario.

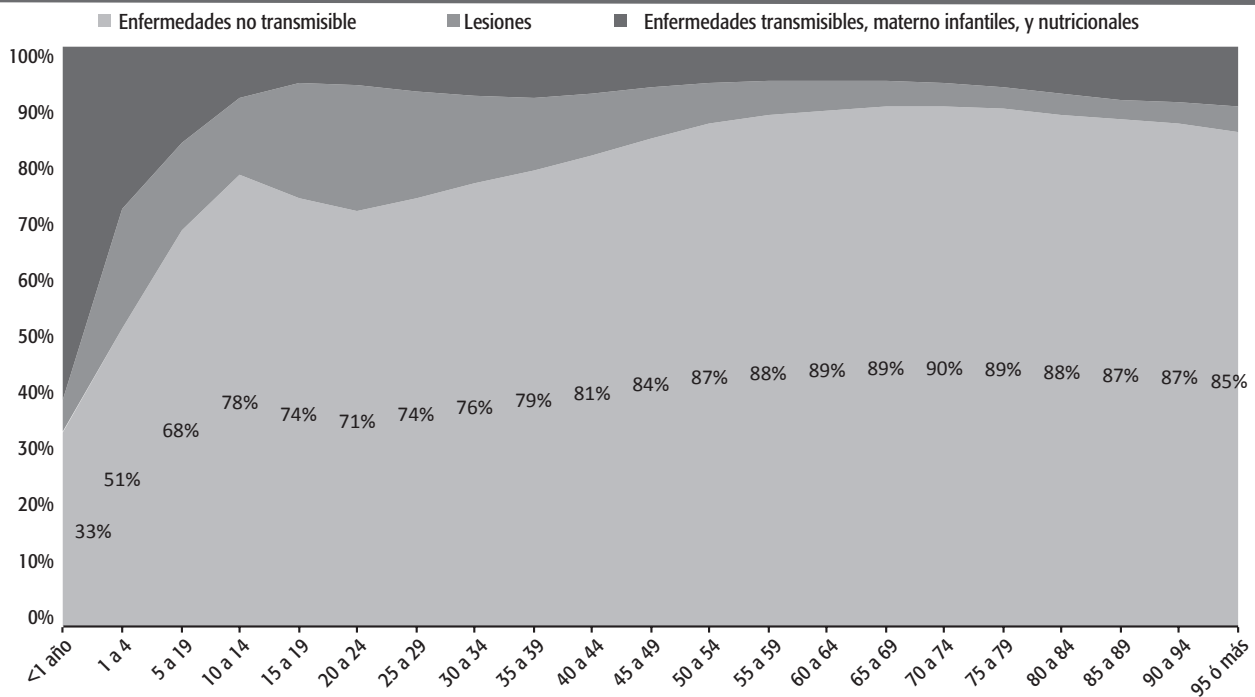
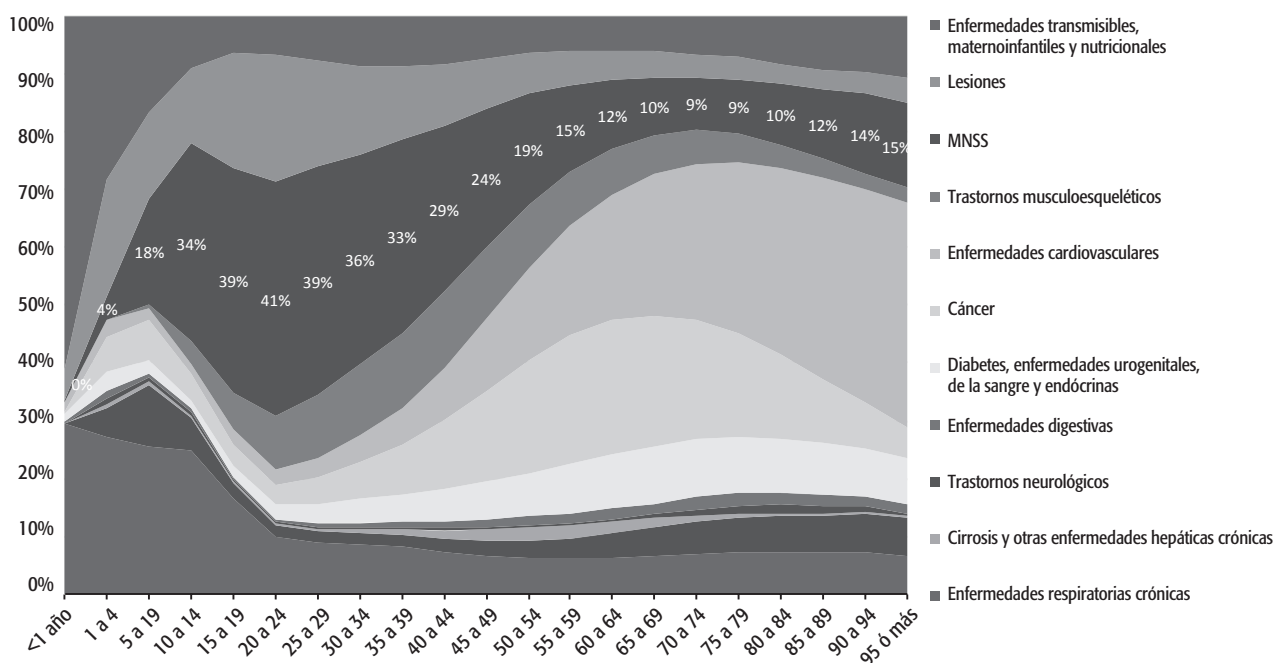


Figura 4. Desglose de los trastornos no transmisibles en el contexto de la distribución del nivel 1 de los AVADs por grupo de edad. Los trastornos MNSS incluyen los porcentajes de la carga total por grupo etario.



En cuanto a la carga relacionada con la salud mental (Figura 5), un análisis del ciclo vital destaca algunos aspectos claves desde una perspectiva de salud pública:

Hasta los 5 años de edad, la carga de los trastornos MNSS se debe principalmente a las convulsiones y el autismo, divididos casi 50/50.

Entre los 5 y los 15 años de edad, la carga de los trastornos de conducta, de ansiedad y los dolores de cabeza (incluidos la migraña y el de tipo tensional) cobran importancia con entre el 17 y el 20% de la carga de los trastornos MNSS cada uno; estos tres trastornos representan dos tercios de los AVADs por trastornos MNSS a los 10 años de edad aproximadamente

Durante el período de 15 a 19 años, aparece una tendencia que se mantendrá estable durante la juventud y la adultez, hasta aproximadamente los 65 años, en promedio: los trastornos mentales más comunes (ansiedad, depresión, y trastorno por síntomas somáticos) y el suicidio representan alrededor del 50% de la carga; los tras-

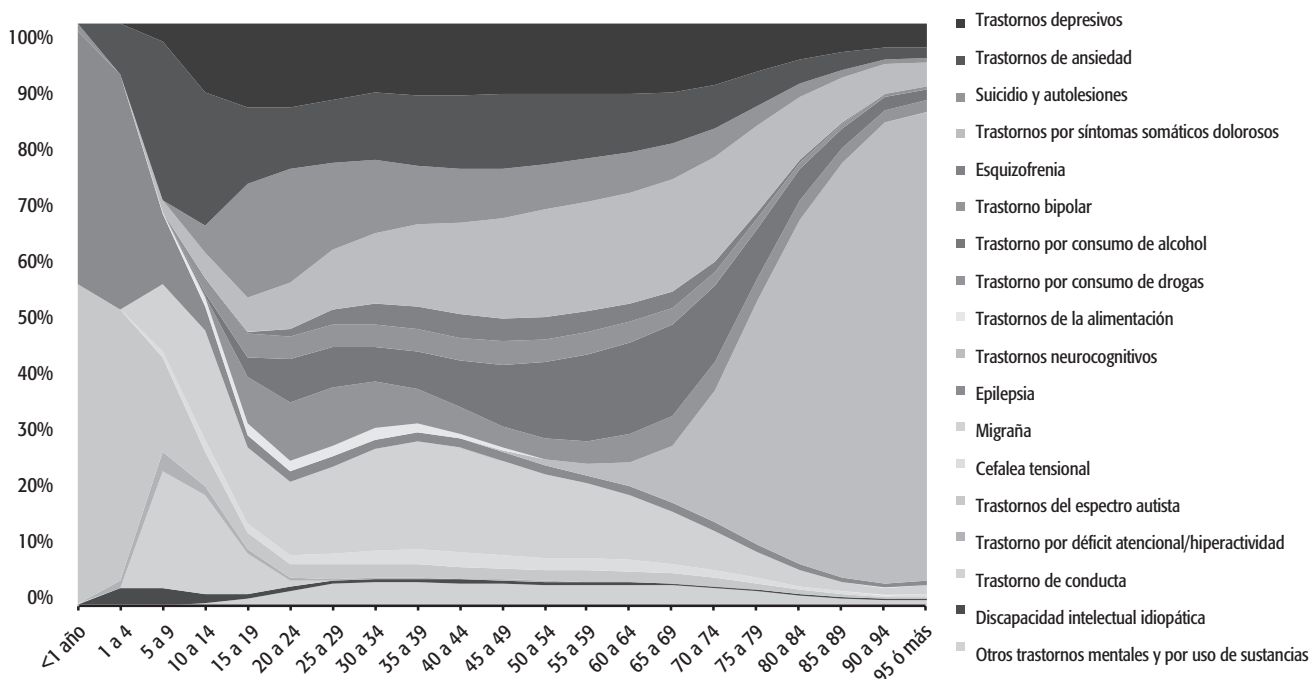
tornos por consumo de sustancias, 15%; los dolores de cabeza/migraña 17%; y los trastornos mentales graves (esquizofrenia y trastornos bipolares), 7%.

La adolescencia muestra un aumento dramático en el suicidio, que representa el 20% de la carga total de trastornos MNSS entre 15 y 19 años –la más alta en cualquier momento del ciclo vital– y en el trastorno por consumo de drogas, que alcanza un máximo entre 20 y 24 años.

Los años de adultez implican un cambio parcial de la carga de enfermedad causada por el uso de sustancias de las drogas al alcohol; y de los dolores de cabeza/migraña a los trastornos por síntomas somáticos con dolor prominente.

Durante la senescencia los trastornos neurocognitivos debido a la enfermedad de Alzheimer adquieren mayor relevancia, con alrededor de un tercio del total de AVAD por trastornos MNSS a los 75 años, 50% alrededor de 80 y 80% alrededor de los 90 años.

Figura 5. AVADs causados por cada trastorno como porcentaje del total de AVADs por trastornos MNSS distribuidos por grupo de edad.



La carga de enfermedad en hombres y mujeres

Los tres trastornos principales en términos de AVADs –que representan entre el 40 y el 50% de la carga total de trastornos MNSS– son de hecho diferentes para hombres y mujeres. Mientras que los hombres sufren principalmente de comportamientos suicidas, consumo de alco-

hol y síndromes somáticos dolorosos, las mujeres sufren principalmente de migrañas, trastornos de ansiedad y depresión. Otras diferencias importantes son la mayor carga del uso de drogas, trastornos del espectro autista, y los trastornos de conducta en hombres; y de los trastornos alimenticios en las mujeres (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación distribuida por sexo de los trastornos MNSS medidos con tasas estandarizadas por edad.

HOMBRES		MUJERES	
Trastorno	Tasa de AVADs ^a	Trastorno	Tasa de AVADs ^b
Trastornos MNSS	4978	Trastornos MNSS	4891
Auto-lesiones y suicidio	833	Migraña	872
Trastornos del consumo de alcohol	645	Trastornos de ansiedad	816
Trastorno por síntomas somáticos con dolor prominente	606	Trastornos depresivos	737
Migraña	465	Trastorno por síntomas somáticos con dolor prominente	653
Trastornos depresivos	435	Trastornos neurocognitivos	329
Trastornos del consumo de drogas	352	Trastornos del consumo de drogas	226
Desórdenes de ansiedad	312	Auto-lesiones y suicidio	199
Trastornos neurocognitivos	307	Trastorno bipolar	191
Trastornos del espectro autista	200	Trastornos del consumo de alcohol	179
Otros trastornos mentales y por uso de sustancias	183	Esquizofrenia	117
Trastorno bipolar	147	Otros trastornos mentales y por uso de sustancias	117
Esquizofrenia	127	Cefalea tensional	114
Trastorno de conducta	113	Epilepsia	99
Epilepsia	104	Trastornos de la alimentación	76
Cefalea tensional	70	Trastornos del espectro autista	63
Discapacidad intelectual idiopática del desarrollo	36	Trastorno de conducta	63
Trastornos de la alimentación	23	Discapacidad intelectual idiopática del desarrollo	29
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	17	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	13

^a AVADs anuales cada 100.000 hombres; ^b AVADs anuales cada 100.000 mujeres

Discusión, recomendaciones, y limitaciones

Las trastornos MNSS causan más de un tercio de la discapacidad total (AVDs) y alrededor del 20% de toda la discapacidad combinada con la mortalidad (AVADs) en Argentina. Ningún otro grupo de enfermedades (o subgrupo de enfermedades no transmisibles) es tan discapacitante como los trastornos MNSS, en términos de AVDs y AVADs. El grupo de enfermedades infecciosas, materno-infantiles y nutricionales causa alrededor del 11% de los AVADs, y las lesiones no auto-inflingidas cerca del 9%. Los subgrupos de ENTs que le siguen son las enfermedades cardiovasculares y los cánceres con alrededor de 16 y 13% respectivamente.

Las implicancias de estos números para la estrategia de salud pública en la Argentina son claras: cualquier estrategia destinada a proporcionar cobertura universal equitativa en salud mental requiere el aprovechamiento de todo el sistema de salud, especialmente de los dispositivos de atención primaria -la única forma de atención adecuadamente distribuida en todo el país- complementados con la utilización de tecnologías de información y comunicacionales. Teniendo en cuenta estas estimaciones, los proveedores del primer nivel de atención (trabajadores comunitarios, enfermeras, médicos generales, pediatras o ginecólogos) deben recibir apoyo, capacitación y herramientas para priorizar la detección y

el tratamiento o derivación de los siguientes trastornos prioritarios:

- Durante la infancia temprana, epilepsia y trastornos del espectro autista (este último particularmente en varones).
- Durante la infancia tardía: trastornos de conducta, ansiedad y dolores de cabeza/migraña.
- Durante la adolescencia: uso de drogas y alcohol; depresión y suicidio; esquizofrenia y trastorno bipolar; y trastornos de la alimentación, además de ansiedad y dolores de cabeza/migraña.
- Durante la edad adulta: trastornos por síntomas somáticos dolorosos y consumo de alcohol, además de depresión (con particular atención a la depresión en mujeres embarazadas o puérperas), ansiedad, auto-lesiones y dolores de cabeza/migraña.
- Finalmente, en el caso de los adultos mayores la atención debe centrarse en la detección y atención de los trastornos neurocognitivos causados por la enfermedad de Alzheimer, además del tratamiento de los trastornos ya diagnosticados.

Para los trastornos más severos, como el autismo, la esquizofrenia, los trastornos bipolares y de la alimentación, así como para las presentaciones graves, comórbidas o complejas de otros trastornos como, por ejemplo, depresión durante el embarazo y el puerperio, uso de

Tabla 2. Desarrollo de una plataforma virtual nacional de salud mental (19–21).

Teniendo en cuenta las necesidades reseñadas y las limitaciones en la distribución de los recursos, resulta evidente que el sistema de salud argentino debería considerar la inclusión de servicios basados en internet como plataforma complementaria de la infraestructura física existente. Esto permitiría desarrollar capacidades adicionales, incrementar la accesibilidad en áreas remotas, y ayudar a respaldar la toma de decisiones para pacientes, familias y profesionales. Los objetivos serían:

Combinar la infraestructura física existente en todo el territorio con los especialistas concentrados en unas pocas ciudades, mejorando la calidad y efectividad del tratamiento, especialmente para las condiciones más severas y las comorbilidades complejas, con un enfoque de clínica virtual.

Acceder a recursos online, incluyendo la provisión de psicoterapia a distancia, y la supervisión clínica a distancia de las intervenciones provistas localmente por trabajadores no especializados, para trastornos mentales altamente prevalentes, como la depresión y la ansiedad, como así también para el manejo en la comunidad de trastornos severos en fases estables.

Incrementar la eficiencia e integración del sistema de salud a través del traslado de ciertas actividades cara a cara (como evaluación, comunicación, y documentación, que actualmente consumen más del 50% del tiempo de contacto) a plataformas online y facilitar un enfoque de tratamiento escalonado y colaborativo, de especialización creciente según la intensidad de la necesidad.

Los avances tecnológicos actuales, la riqueza de recursos locales, y la experiencia global hace posible la creación de un abordaje integral, efectivo, y de cambio paradigmático como parte de una estrategia nacional de salud.

sustancias en un chofer de colectivo, y otras situaciones que conllevan un incremento del riesgo tanto para el paciente como para terceros – los proveedores de atención primaria y el personal comunitario no especializado necesitan acceso a apoyos adecuados, tales como:

- Capacitación, apoyo, y supervisión, con el objetivo de proveer elementos básicos ligados a la detección y tratamiento de personas con trastornos MNSS. Existen herramientas idóneas para implementar dicho proceso de capacitación de personal no especializado, particularmente el mhGAP, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, e implementado a nivel global (incluida la Argentina) para mejorar e incrementar la cobertura.
- Plataformas de referencia y/o de supervisión que permitan el tratamiento continuo en la comunidad, incluido el uso de tecnología digital para aumentar el acceso remoto a recursos geográficamente concentrados. El desarrollo de una plataforma virtual basada en una estrategia nacional de salud mental online (e-Salud Mental) puede resultar la forma más efectiva (si no la única) de lograr la capacidad y calidad requeridas para satisfacer la necesidad existente, incluyendo servicios autoguiados, clínicas virtuales, supervisión a distancia, entre otros recursos (ver Tabla 2).
- Servicios de emergencia, de internación, y residenciales para el manejo de situaciones agudas de alto riesgo y pacientes con alta necesidad. Estos servicios deben basarse en la comunidad, en la medida de lo posible, incluso para el manejo de episodios de crisis, con internación en hospitales generales, viviendas asistidas, y otros servicios residenciales.

Cabe destacar que Argentina tiene una riqueza única de proveedores de salud mental altamente especializados,

incluidos psiquiatras y psicólogos clínicos. Esta fuerza de trabajo (sin paralelo en el mundo (18)) debería aprovecharse para abordar dos retos principales y persistentes:

- a) Mejorar la capacitación para la provisión de servicios interdisciplinarios en la comunidad para trastornos mentales comunes y severos: la fuerza laboral especializada actual está principalmente capacitada en la prestación de psicoterapia o psicofarmacología individual basada en consultorio, en detrimento de intervenciones comunitarias menos estructuradas, más enfocadas en el usuario, y más frecuentemente inter-sectoriales (que consideran no sólo objetivos de salud estrechos, sino que también abordan los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad de manera más amplia).
- b) Disminuir la desigualdad en la distribución de la cobertura: la concentración de recursos humanos en la Ciudad de Buenos Aires y algunos otros centros metropolitanos resulta en una cobertura insuficiente o nula en el resto del país. Los intentos de abordar este problema exclusivamente re-localizando los recursos humanos actuales o entrenando nuevos resulta ineficiente. Para proporcionar una cobertura más homogénea, se debería apuntar a una combinación de infraestructura física y digital, ofreciendo incentivos adecuados para la movilización y capacitación de los recursos existentes, junto con la implementación de una red de nodos digitales en centros de atención primaria (que consistirían en laptops y/o smartphones con conectividad a internet). Los incentivos apuntarían a garantizar una red de proveedores con entrenamiento básico en servicios de salud mental en la comunidad, y a la contratación de recursos metropolitanos especializados para realizar psicoterapia, capacitación, y supervisión online – incluyen-

do servicios de psicofarmacología—. De esta forma, se podría incrementar en forma drástica, efectiva, y eficiente la cobertura en todos los rincones del país donde haya un centro de salud con un nodo digital.

Es preciso mencionar algunas limitaciones de estos resultados:

- 1) Nuestras estimaciones se basan en los resultados de un modelo estadístico desarrollado originalmente por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y posteriormente modificado por el *Institute of Health Metrics and Evaluation* (Washington, EE.UU.). Este modelo (DISMOD-MR) integra los datos globales existentes, ajusta los sesgos conocidos y proporciona estimaciones específicas para cada país incluso en ausencia de datos locales, basadas en datos de países comparables. Hasta la publicación (en este mismo número) de los resultados del Estudio Argentino de Epidemiología en Salud Mental, la Argentina carecía de datos exhaustivos sobre trastornos mentales y por uso de sustancias. Las publicaciones adjuntas (producto de una colaboración sin precedentes de la Universidad de Buenos Aires, la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard el Ministerio de Salud de Argentina y la Asociación de Psiquiatras Argentinos) llegan a remediar esa ausencia y pronto permitirán un nuevo análisis de la carga de enfermedad incluyendo los datos locales actualizados.
- 2) La inclusión de algunos de los trastornos o problemas analizados en este artículo puede resultarle inhabitual al lector, ya sea por no constituir trastornos en sí mismos, sino síntomas (como es el caso de los síndromes por dolor, las cefaleas, las autolesiones o el suicidio), o por no ser habitualmente terreno de intervención del clínico especializado en salud mental (como la epilepsia y la demencia). Este análisis se basa en la perspectiva de que los servicios de salud mental deben intentar adaptarse a las necesidades poblacionales, y no al revés. Por lo tanto, a la hora de identificar cuáles son los problemas más discapacitantes y letales que afectan a la población general y

proponer una estrategia de abordaje, nos basamos en una perspectiva de Salud Pública, y una concepción integral y universalista del derecho a la salud, que incluye a la salud mental en todas sus manifestaciones (22). Incluimos entonces aquellos problemas que presentan una relación intrínseca y prominente con síntomas psicológicos y del comportamiento, y que pueden o deben ser abordados mayormente en el primer nivel de atención o en la comunidad misma, por su prevalencia (como la depresión, el alcoholismo, los síndromes somatomorfos y las autolesiones) y/o porque la evidencia así lo indica, como es el caso de los trastornos más severos (neurocognitivos, esquizofrenia o el uso de drogas). La intención de este artículo no es proponer una nueva nosología: cada teoría o abordaje definirá, basados en su evidencia y marco conceptual, cuál es el abordaje adecuado para clasificar y tratar, por ejemplo, las quejas dolorosas sin correlato causal establecido o las autolesiones. El objetivo de este análisis es jerarquizar su relevancia en términos de su carga discapacitante y/o mortal, y la necesidad de abordarlas con una mirada poblacional, no exclusivamente individual.

- 3) Nuestras recomendaciones se enfocan en el sistema de salud, pero deben considerarse junto con otros determinantes del complejo proceso de salud-enfermedad-atención: los factores económicos, sociales y ambientales, como la pobreza, la estigmatización, la violencia, el cambio climático, y las instituciones precarizadas pueden asimismo conducir a la discapacidad y la muerte. La respuesta eficaz y de largo plazo a dicha carga no residirá únicamente en el sistema de salud, sino en los arreglos sociales y económicos de alto nivel que en cierta medida produjeron y distribuyeron la carga en primer lugar. Sin embargo, el sistema de salud se verá afectado en primera instancia por estas formas de padecimiento socialmente determinado, y deberá estar preparado para tratarlo racionalmente, con un enfoque basado en la evidencia y en coordinación con otros sectores claves como la seguridad social, la vivienda, la educación, el universo laboral y la familia. ■

Referencias bibliográficas

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results. [Internet]. Seattle, United States. [cited 2017 Jan 1]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
2. Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* [Internet]. 2017 Sep 16 [cited 2018 Jun 22];390(10100):1211–59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28919117>
3. Atun R. Transitioning health systems for multimorbidity. *Lancet* [Internet]. 2015;6736(14):8–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614622546>
4. Hay SI, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* [Internet]. 2017 Sep 16 [cited 2018 Jun 22];390(10100):1260–344. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28919118>
5. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the True Global Burden of Mental Illness. *Lancet Psychiatry*. 2016;3: 171-78.
6. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The Global Economic Burden of Non communicable Diseases. Geneva; 2011.
7. Alonso J, Chatterji S, He Y. The Burdens of Mental Disorders: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys [Internet]. Cambridge University Press; 2013 [cited 2015 May 22]. 319 p. Available from: https://books.google.com/books?id=_NB5ess7vbgC&pgis=1
8. Mnookin S, Kleinman A, Evans T, Marquez P, Saxena S, Chisholm D, et al. OUT OF THE SHADOWS: Making mental health a global development priority. Washington DC; 2016.
9. Vigo D, Hennis A, Irrarázabal M, Kestel D. The Burden of Mental Disorders in the Americas: THE 2018 PAHO REPORT ON MENTAL, NEUROLOGICAL, SUBSTANCE USE DISORDERS AND SUICIDE. Washington D.C.;
10. Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics. *Lancet* [Internet]. 2012 Dec 15 [cited 2014 Sep 5];380(9859):2063–6. Available from: <http://www.thelancet.com/journals/a/article/PIIS0140-6736%2812%2961899-6/fulltext>
11. Salomon JA, Haagsma JA, Davis A, de Noordhout CM, Polinder S, Havelaar AH, et al. Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2015 Nov [cited 2016 Sep 23];3(11):e712-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26475018>
12. Salomon J a., Vos T, Hogan DR, Gagnon M, Naghavi M, Mokdad A, et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: Disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2129–43.
13. World Health Organization. Mental Health Action Gap. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva, Switzerland; 2008.
14. Charlson FJ, Baxter AJ, Dua T, Degenhardt L, Whiteford HA, Vos T. Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2015 Apr [cited 2015 May 21];24(2):121–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25497332>
15. Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, editors. Mental, neurological, and substance use disorders. In: Disease control priorities v 4. The World Bank 1818 H Street NW, Washington, DC 20433; 2016.
16. Fröhlich C, Jacobi F, Wittchen H-U. DSM-IV pain disorder in the general population. An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2006 Apr [cited 2013 Jul 8];256(3):187–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16328107>
17. Vigo D V, Selle V, Baldessarini R. [Enduring pain I. Nosology and epidemiology]. *Vertex* [Internet]. 2013 Sep [cited 2013 Dec 9];24(111):345–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24312918>
18. Stagnaro JC. The current state of psychiatric and mental health care in Argentina. *BJPsych Advances* Jul 2016, 22 (4) 260-262; doi: 10.1192/apt.bp.113.011536
19. Krausz M, Ward J, Ramsey D. From Tele health to an Interactive Virtual Clinic. In: Hilty DM& DM, editor. e-Mental Health. 1st ed. Springer International; 2015. p. 289–310.
20. Saddichha S, Al-desouki M, Lamia A, Linden I, Krausz MR. Interventions for depression and anxiety – a systematic review. *Heal Psychol Behav Med*. 2014;2(August),.
21. Drury P, Roth S, Jones T, Stahl M, Medeiros D. Guidance for Investing in Digital Health. Philippines; 2018.
22. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet* [Internet]. 2007 Sep 8 [cited 2014 Jul 16];370(9590):859–77. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673607612380/fulltext>