

# La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



# La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Washington, DC  
2018

Se publica también en inglés:  
The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018  
ISBN: 978-92-75-12028-6

La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018  
ISBN: 978-92-75-32028-0

© **Organización Panamericana de la Salud 2018**

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en ([www.paho.org](http://www.paho.org)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web ([www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)).

**Forma de cita propuesta.** Organización Panamericana de la Salud. *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. Washington, D.C.: OPS; 2018.

**Catalogación en la Fuente:** Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Fotos: © PAHO.

# Índice

<b>Prefacio</b>	vii
<b>Agradecimientos</b>	viii
<b>Lista de siglas</b>	ix
<b>Principales resultados</b>	x
<b>Introducción</b>	1
<b>Distribución de la carga de enfermedad en la Región de las Américas</b>	4
Discapacidad y mortalidad en la Región: años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)	5
Discapacidad en la Región: años perdidos por discapacidad (APD)	6
Análisis en el nivel de país	6
Discapacidad y mortalidad a nivel de país (AVAD)	8
Discapacidad a nivel de país (APD)	9
<b>Discapacidad debida a trastornos específicos</b>	13
Trastornos mentales comunes	13
Trastornos depresivos	14
Trastornos de ansiedad	15
Autoagresión y suicidio	16
Trastornos somatomorfos con dolor predominante (trastornos por dolor)	18
Trastornos mentales graves	19
Esquizofrenias	21
Trastornos bipolares	21
Trastornos debidos al consumo de sustancias psicotropas y trastornos de la conducta alimentaria	21
Trastornos debidos al consumo de alcohol	22
Trastornos debidos al consumo de sustancias (no alcohol)	22
Trastornos de la conducta alimentaria	23
Trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	24
Trastornos neurológicos	25
Trastornos neurocognitivos	25
Epilepsia	25
Migrañas y cefaleas tensionales	26
<b>La respuesta de los sistemas de salud en la Región de las Américas: El financiamiento público de los servicios de salud mental</b>	27
El gasto destinado a la salud mental como porcentaje del gasto público destinado a la salud	28
Asignación del gasto en salud mental	29
<b>Conclusiones</b>	33
<b>Referencias</b>	35
<b>Anexo 1. Países y población de la subregión del Caribe no latino</b>	37

# Lista de Figuras

<b>Figura 1:</b> Mapa de árbol de la distribución (%) regional de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)	5
<b>Figura 2:</b> Clasificación de los años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) por trastornos mentales, neurológicos, debidos al consumo de sustancias, y el suicidio	6
<b>Figura 3:</b> Distribución (%) regional de los años perdidos por discapacidad (APD)	7
<b>Figura 4:</b> Clasificación de los años de vida perdidos por discapacidad (APD) por trastornos mentales, neurológicos, debidos al consumo de sustancias, y el suicidio	7
<b>Figura 5:</b> Distribución de la población de los países de la Región de las Américas	8
<b>Figura 6:</b> Distribución por países (%) de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)	10
<b>Figura 7:</b> Años de vida perdidos por discapacidad (APD) por país (% del total de APD)	11
<b>Figura 8:</b> Mapa de árbol de la discapacidad por trastornos mentales, neurológicos, debidos al consumo de sustancias, y el suicidio (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)	12
<b>Figura 9:</b> Mapa de árbol de la discapacidad por depresión (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)	14
<b>Figura 10:</b> Depresión: años perdidos por discapacidad por depresión por grupos etarios (total de APD)	15
<b>Figura 11:</b> Mapa de árbol de la discapacidad por trastornos de ansiedad (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)	16
<b>Figura 12:</b> Mapa de árbol de la carga de suicidio y autoagresión (AVAD por país como porcentaje de la discapacidad total)	17
<b>Figura 13:</b> Total de años de vida perdidos por grupo etario*	18
<b>Figura 14:</b> Mapa de árbol de la discapacidad por esquizofrenia (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)	19
<b>Figura 15:</b> Mapa de árbol de la discapacidad por trastorno bipolar (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)	20
<b>Figura 16:</b> Mapa de árbol de la discapacidad por trastornos debidos al consumo de alcohol (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)	22
<b>Figura 17:</b> Mapa de árbol de la discapacidad por trastornos debidos al consumo de sustancias (no incluye alcohol) (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)	23
<b>Figura 18:</b> Mapa de árbol de la discapacidad por trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	24
<b>Figura 19:</b> Mapa de árbol de la discapacidad por demencia	25
<b>Figura 20:</b> Mapa de árbol de la discapacidad por epilepsia	26
<b>Figura 21:</b> Gasto en salud mental versus PIB per cápita (PPA)	29
<b>Figura 22:</b> Razón del % de AVAD totales atribuibles a TMNS y % de gasto de salud asignado a salud mental, ordenados de menor a mayor	30
<b>Figura 23:</b> Gasto TMNS asignado a hospitales psiquiátricos vs. PIB (PPA)	31
<b>Figura 24:</b> Desequilibrio en el gasto: relación entre la carga de TMNS y el gasto asignado de manera eficiente	32

# Prefacio

El documento *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018* tiene como propósito mejorar la evaluación de las necesidades en materia de salud mental en la Región de las Américas al presentar un panorama actualizado y matizado de: a) la discapacidad debida a los trastornos mentales, por consumo de sustancias y trastornos neurológicos específicos, más la autoagresión (TMNS), tanto sola como en combinación con la mortalidad prematura; b) el desequilibrio entre el gasto en salud mental y la carga de enfermedad relacionada; y c) la asignación inadecuada de los exiguos gastos en salud mental por parte de los países de la Región.

En consonancia con las tendencias mundiales, la transición epidemiológica en la Región de las Américas ha hecho que las enfermedades transmisibles, las carencias nutricionales y los problemas de salud maternoinfantiles, que eran las principales causas de mala salud y muerte, hayan dado paso a las enfermedades no transmisibles, que son responsables del aumento de la discapacidad y la mortalidad prematura. En la Región de las Américas, una proporción considerable de los problemas de salud también se debe a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. Las personas con trastornos mentales tienen mayores grados de discapacidad y presentan tasas de mortalidad altas.

El enfoque de la carga mundial de enfermedad es un proceso sistemático y científico para cuantificar la magnitud comparativa de la pérdida de salud debida a enfermedades, lesiones y factores de riesgo por edad, sexo y zona geográfica, en periodos de tiempo específicos. La carga mundial de enfermedad ha tenido una repercusión profunda en la política de salud, dado que puede mostrar la carga oculta de las enfermedades mentales en el mundo.

En el documento *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018* se presentan las estimaciones más recientes disponibles de la carga de estas afecciones a nivel regional. Los datos también muestran las consecuencias de estos trastornos en cuanto a la salud perdida. Por otra parte, en este informe se aportan datos que evidencian los escasos recursos existentes en los países para satisfacer adecuadamente las necesidades en materia de salud mental, y se pone de relieve que con frecuencia la distribución de tales recursos es desigual y su uso ineficiente.

Con este documento se pretende informar a los gobiernos, a la sociedad civil y a otros interesados directos y, de este modo, aumentar el grado de concientización respecto a los trastornos mentales en la Región, para así movilizar la voluntad política y los recursos necesarios para combatir los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, y el suicidio en la Región de las Américas.

**Dr. Anselm Hennis**

Director

Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental

Organización Panamericana de la Salud

# Agradecimientos

La Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) quiere expresar su agradecimiento sincero a todos aquellos que han colaborado diligentemente durante el desarrollo y la ejecución de esta investigación. La evaluación de las necesidades en materia de salud mental en la Región de las Américas tiene en cuenta información de diversas fuentes con respecto a la carga relacionada con los trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias y con el suicidio, así como el gasto público. No hubiera sido posible elaborar este informe sin las contribuciones que se indican a continuación.

El doctor Daniel Vigo (Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions, Simon Fraser University; Department of Global Health and Social Medicine, Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard) fue responsable de recopilar y analizar los datos y es el autor principal del texto.

La señora Dévora Kestel (OPS) coordinó la elaboración de este informe, supervisó su contenido y fue responsable de redactar algunas secciones del texto.

El doctor Anselm Hennis (OPS) participó en el proceso de examen del informe.

El doctor Jorge Rodríguez (consultor) y el doctor Wendel Abel (University of the West Indies) aportaron valiosos comentarios en su calidad de expertos.

El doctor Matías Irarrázaval (OPS) participó en el proceso de revisión del informe y fue responsable de redactar algunas secciones del texto, junto con los doctores Andrea Bruni (OPS), Claudina Cayetano (OPS) y Carmen Martínez (OPS).

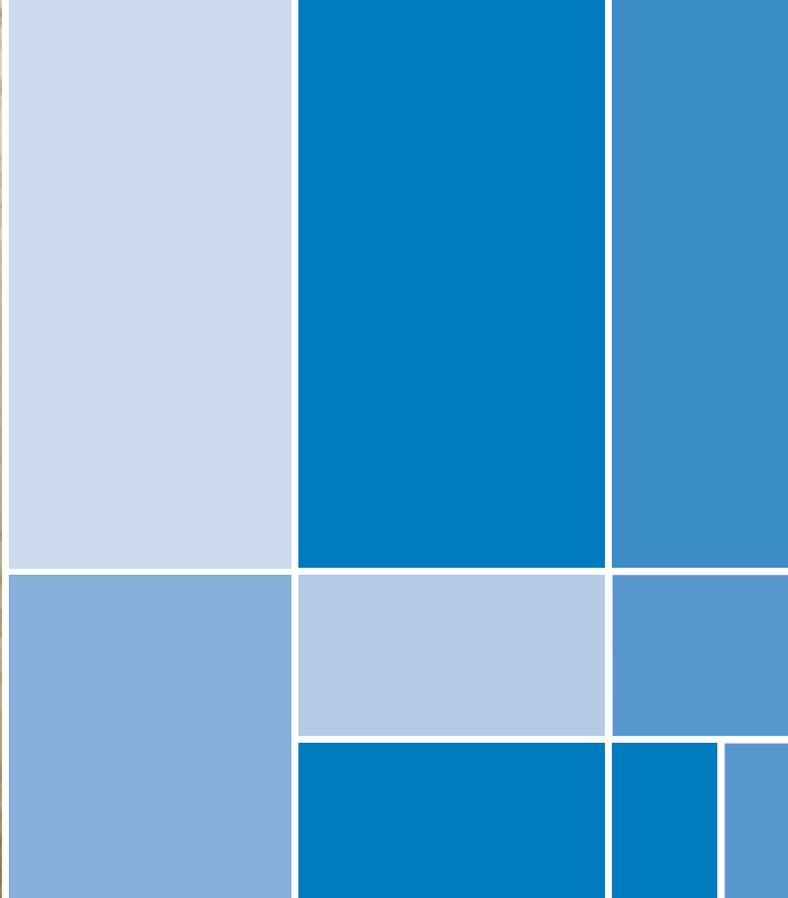
Drs. Arthur Kleinman, Graham Thornicroft, Rifat Atun y Anne Becker proporcionaron valiosos aportes al autor principal de este informe.

# Lista de siglas

<b>APD</b>	años perdidos por discapacidad
<b>AVAD</b>	años de vida ajustados en función de la discapacidad
<b>AVP</b>	años de vida perdidos
<b>CIE</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>DSM</b>	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
<b>IESM-OMS</b>	Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud
<b>mhGAP</b>	Programa de Acción Mundial en Salud Mental (Mental Health Gap Action Programme)
<b>TMNS</b>	trastornos mentales, neurológicos, debidos al consumo de sustancias, y el suicidio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PIB</b>	producto interno bruto
<b>PPA</b>	paridad del poder adquisitivo

# Principales resultados

- Los trastornos mentales, neurológicos específicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio constituyen un subgrupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad, y suponen una tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad (APD) y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la Región de las Américas.
- Los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad y, cuando se considera la discapacidad junto con la mortalidad, suponen 3,4% del total de AVAD y 7,8% del total de APD.
- El segundo subgrupo en importancia abarca los trastornos de ansiedad, con 2,1% y 4,9% del total de AVAD y de APD, respectivamente. La autoagresión y los trastornos por dolor (trastornos somatomorfos con dolor predominante) suponen, respectivamente, 1,6% de los AVAD y 4,7% de los APD.
- América del Sur, en general, tiene mayores proporciones de discapacidad debida a enfermedades mentales comunes. En comparación con otras subregiones, Centroamérica tiene una mayor proporción de discapacidad por trastorno bipolar y trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, así como por epilepsia; Estados Unidos y Canadá sufren una carga elevada de discapacidad por esquizofrenia y demencia, y por las tasas abrumadoras de trastornos debidos al consumo de opioides.
- Existe una correlación entre la respuesta del sistema de salud al reto de las enfermedades mentales y los ingresos nacionales. Los países de ingresos mayores gastan en los servicios de salud mental una proporción superior de sus presupuestos de salud, y parecen asignar sus gastos de forma más eficiente, alejándose de los hospitales neuropsiquiátricos y tomando como base la integración de la salud mental en la atención primaria y los recursos comunitarios. Por el contrario, los entornos de ingresos menores parecen agravar su falta de recursos al asignarlos a hospitales neuropsiquiátricos especializados en lugar de financiar servicios comunitarios de salud mental.
- El desequilibrio entre la carga total causada por trastornos mentales y el gasto total en salud asignado a la salud mental provoca una brecha entre la carga y el gasto de 3 veces en los países de altos ingresos a 435 veces en los países de bajos ingresos, con una mediana regional de 34.
- A pesar de las limitaciones que afectan a los presupuestos de salud mental en la Región de las Américas, hay un margen considerable para hacer mejoras sustanciales y, a la vez, priorizar el financiamiento de los servicios de salud mental comunitarios.



## Introducción

El campo de la salud mental está evolucionando rápidamente en el mundo, en particular desde principios del siglo XXI, gracias a la colaboración de organizaciones multilaterales, asociados del ámbito académico, defensores de los pacientes y de los usuarios, y trabajadores de salud mental. Algunos frutos de este esfuerzo conjunto son hitos como el *Informe sobre la salud mental en el mundo*, el programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP), la serie de artículos sobre la salud mental en el mundo de *The Lancet*, el Mental Health Movement y otras iniciativas que dieron lugar a un mayor conocimiento sobre la carga de las enfermedades mentales y sobre lo que debe ser la respuesta basada en la evidencia (1-3). Las enfermedades mentales se consideran cada vez más una prioridad mundial en materia de salud; dada su carga económica, también se las está empezando a considerar una prioridad de desarrollo mundial (4-6). Esta nueva priorización llevó a que se las incluya en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y a un consenso mundial respecto a que la campaña en pro de la cobertura universal de salud debe incluir la salud y el bienestar mentales (7, 8).

La transición epidemiológica está transformando el mundo: las enfermedades transmisibles y la mortalidad temprana solían determinar las necesidades mundiales en materia de salud, mientras que ahora dominan principalmente las enfermedades no transmisibles, la multimorbilidad y la supervivencia con discapacidad (9, 10). En este contexto, se está poniendo de manifiesto que las enfermedades mentales plantean un reto particularmente complejo: a pesar de su visibilidad cada vez mayor en la comunidad mundial de la salud y el desarrollo, la estigmatización estructural generalizada, las prácticas y los marcos desactualizados, así como la fragmentación organizativa, afectan a la capacidad de evaluar, priorizar e invertir adecuadamente en las enfermedades mentales, y de responder a ellas en proporción a la carga, en paridad con la salud física y de acuerdo con la evidencia sobre su eficacia y costo-efectividad.

La evaluación adecuada de las necesidades es la piedra angular de la priorización, la inversión acertada y la respuesta apropiada, y las evaluaciones tradicionales de la carga de las enfermedades mentales tienen limitaciones

# Recuadro 1.

## Mapas de árbol

En todo este documento, se usarán mapas de árbol para transmitir información pluridimensional en una sola imagen. Los mapas de árbol muestran los datos mediante rectángulos anidados, cada uno de los cuales tiene tres dimensiones: color, tamaño y posición.

La diferencia de **colores** dentro de cada mapa de árbol indica las cuatro subregiones de la OPS (América Latina, el Caribe no latino, América del Sur, y Canadá y Estados Unidos). En la figura 5 se muestra cada subregión en un color diferente, pero en los demás mapas de árbol de este informe se usarán diversas intensidades del mismo color para identificar las cuatro subregiones, desde el color más claro al más oscuro.

La diferencia en el **tamaño** refleja la diferencia cuantitativa entre países. En la figura 5 se muestra la diferencia en el número de personas, mientras que los demás mapas de árbol reflejan la distinta magnitud de la carga de enfermedad para cada país.

La **posición** depende del tamaño: los rectángulos mayores se encuentran en la esquina superior izquierda y los más pequeños en la esquina inferior derecha. Es útil ver todos los países con un tamaño similar —y en consecuencia con una carga de enfermedad similar— agrupados juntos en la misma región del mapa de árbol.

Así se puede observar de un vistazo, por el tamaño de los rectángulos, qué países tienen la mayor y la menor carga de enfermedad; si los países pertenecen a la misma subregión, por tener el mismo color; si los países comparten o no una carga similar, dependiendo de si están agrupados o dispersos en el gráfico; y si existen gradientes subregionales, algo que la existencia de conglomerados de color bien definidos indica.

Cada mapa de árbol contará con una clave de color y una descripción breve de sus dimensiones y de lo que representa.

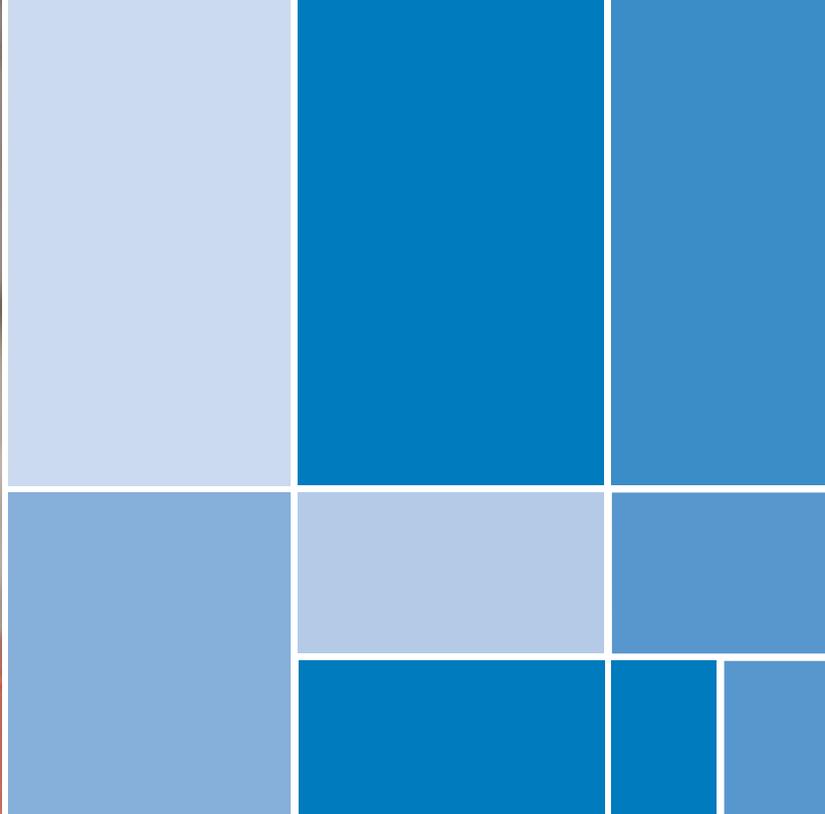
metodológicas que dan lugar a una subestimación de las enfermedades mentales por cinco razones principales: a) la separación arbitraria entre los trastornos psiquiátricos y los neurológicos; b) la consideración del suicidio y del comportamiento autolesivo como otra categoría aparte de las enfermedades mentales; c) la combinación de los trastornos con síntomas somáticos dolorosos con los trastornos osteomusculares; d) la exclusión de los trastornos de la personalidad; y e) la consideración inadecuada de la contribución de las enfermedades mentales graves a la mortalidad por causas asociadas.

Cabe advertir además que la carga de enfermedad varía regionalmente y a lo largo del tiempo, de modo que es necesario actualizar las estimaciones para que sean válidas. Es un hecho bien comprobado que el perfil de la carga de enfermedad difiere entre los países de ingresos bajos, medianos y altos, las poblaciones urbanas y rurales, los hogares de ingresos bajos y altos, los hombres y las mujeres, y los distintos grupos etarios. Aunque no es científicamente posible abordar de forma simultánea todos estos determinantes, cada evaluación de las necesidades debe definir explícitamente su alcance y las limitaciones en cuanto a su validez, tanto internas como externas.

Con este informe se pretende mejorar la evaluación de las necesidades en materia de salud mental en la Región de las Américas al ofrecer un panorama actualizado y matizado de: a) la discapacidad debida a trastornos mentales, debidos al consumo de sustancias y trastornos neurológicos específicos, más la autoagresión, tanto sola como en combinación con la mortalidad prematura; b) el desequilibrio entre los gastos en salud mental y la carga de enfermedad relacionada; y c) la asignación inadecuada de los exiguos gastos en salud mental. La meta es presentar:

1. Una perspectiva de los trastornos mentales a nivel de la población regional en el contexto de una perspectiva general de salud, el conocimiento de cómo la carga de enfermedad varía entre diversas subregiones y de un país a otro, en particular en relación con el resto de las ENT; las enfermedades transmisibles, maternas, nutricionales y neonatales; y las lesiones.

2. Un análisis detallado de la carga relacionada con los trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio a nivel regional y de país, que especifique la carga de enfermedad total debida a diferentes trastornos mentales por lo que se refiere a la discapacidad y en combinación con la muerte prematura.
3. Un mapeo de cómo se distribuyen en la Región de las Américas los trastornos mentales más importantes, que considere de qué manera se ven afectados los diferentes países y subregiones.
4. Un análisis de cómo el gasto público destinado a la salud mental varía en la Región de las Américas en relación con los ingresos nacionales, haciendo hincapié en el gasto en salud mental como fracción del gasto público total destinado a la salud y en el porcentaje del gasto en salud mental asignado a los hospitales psiquiátricos.
5. Por último, se proponen parámetros de medición sencillos e intuitivos para evaluar mejor la brecha entre la carga de enfermedad y el gasto público real en la salud mental.



## Distribución de la carga de enfermedad en la Región de las Américas

Desde la publicación en 1996 del trabajo original sobre la carga mundial de enfermedad, y mediante el trabajo sostenido de la Organización Mundial de la Salud y el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, los parámetros de medición de la carga de enfermedad proporcionan resultados cuantitativos y procesables que permiten medir y comparar la discapacidad y la mortalidad que diferentes enfermedades representan para las personas y las comunidades (11-13). Hacer una estimación de la carga de enfermedad local, nacional y regional permite la priorización de las enfermedades, la asignación de recursos y la planificación de los sistemas de salud de manera racional, junto con otros criterios, como la carga social y económica más amplia, consideraciones éticas y los recursos o las preferencias locales.

Al recopilar y analizar los datos, es importante conocer estos tres parámetros de medición:

Los **años de vida ajustados en función de la discapacidad** (AVAD) proporcionan una medida compuesta de la mortalidad

y la discapacidad atribuibles a una enfermedad dada. Los **años de vida perdidos** (AVP) ofrecen una medida de la mortalidad por causas específicas ponderada en función de la esperanza de vida en el momento de la muerte.

Los **años perdidos por discapacidad** (APD) proporcionan una medida de la prevalencia de la enfermedad ponderada en función de su impacto discapacitante.

Extrajimos datos desglosados correspondientes al año 2015 (cifras absolutas, tasas y porcentajes específicos del país, la edad y el sexo) de la base de datos Global Health Data Exchange para todas las causas de enfermedad y todos los países de la Región de las Américas, y recalculamos la carga de enfermedad de los TMNS según el marco descrito por Vigo et al., que incluye: a) la discapacidad y la mortalidad relacionadas con la autoagresión; b) afecciones neurológicas con síndromes mentales y conductuales prominentes que debutan con frecuencia en el nivel de la atención primaria (demencia, epilepsia, migrañas y cefa-

lea tensional); y c) una fracción de síndromes dolorosos sin correlación anatómica, correspondiente a una estimación del trastorno de síntomas somáticos con dolor importante del DSM-5 y a los trastornos de somatización y trastorno de dolor persistente somatomorfo de la CIE-10, que frecuentemente constituyen la presentación de trastornos del humor, de ansiedad y de la personalidad, sobre todo en contextos con una estigmatización alta en relación con las enfermedades mentales comunes (12, 13, 15, 16).

## Discapacidad y mortalidad en la Región: años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)

A nivel mundial, en el 2015 las enfermedades no transmisibles representaron 60% del total de AVAD, de los cuales 12% correspondieron a los TMNS. Entretanto, en la Región de las Américas, las enfermedades no transmisibles representaron una proporción mucho mayor (78%) del total de AVAD, y los TMNS supusieron una fracción de los AVAD mucho más alta, de 19%. El 59% restante de los AVAD por enfermedades no

transmisibles se distribuyen entre las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los trastornos osteomusculares, la diabetes, los trastornos neurológicos, respiratorios, digestivos, urinarios, ginecológicos y otros. Por último, las enfermedades transmisibles y los trastornos maternos, infantiles y nutricionales suponen el 12%, y las lesiones el 10% del total de AVAD. Esta distribución destaca el hecho de que los TMNS abarcan casi una quinta parte del total de AVAD, constituyendo así el subgrupo más grande de causas de la carga de enfermedad en lo que se refiere a la discapacidad y la mortalidad combinadas, incluso más grande que dos grupos de nivel superior: lesiones, y enfermedades transmisibles, trastornos maternos, infantiles y nutricionales.

En la figura 1 se muestran los tres grupos de trastornos (enfermedades no transmisibles; enfermedades transmisibles, trastornos maternos, infantiles y nutricionales, y lesiones), siendo los TMNS un subgrupo de enfermedades no transmisibles que se muestra por separado. La principal causa de AVAD por trastornos mentales son los trastornos depresivos, que representan 3,4% del total de AVAD, seguidos por los trastornos de ansiedad, con el 2,1%. En la figura 2 se presenta una clasificación regional de los AVAD por trastornos mentales específicos.

**Figura 1:** Mapa de árbol de la distribución (%) regional de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)



## Discapacidad en la Región: años perdidos por discapacidad (APD)

Los datos sobre la mortalidad no registran adecuadamente las muertes causadas por las enfermedades mentales; por consiguiente, es útil comparar por separado la discapacidad, medida en APD. Este parámetro de medición no se ve afectado por la exclusión de las muertes debidas a enfermedades mentales y proporciona una comparación válida entre grupos de enfermedades. Nuestro análisis demuestra que los TMNS suponen más de un tercio de la discapacidad total en la Región de las Américas: 34% del total de APD.

Los demás subgrupos de enfermedades no transmisibles combinados suponen un 54% adicional de los APD; las enfermedades transmisibles, maternas, infantiles y nutricio-

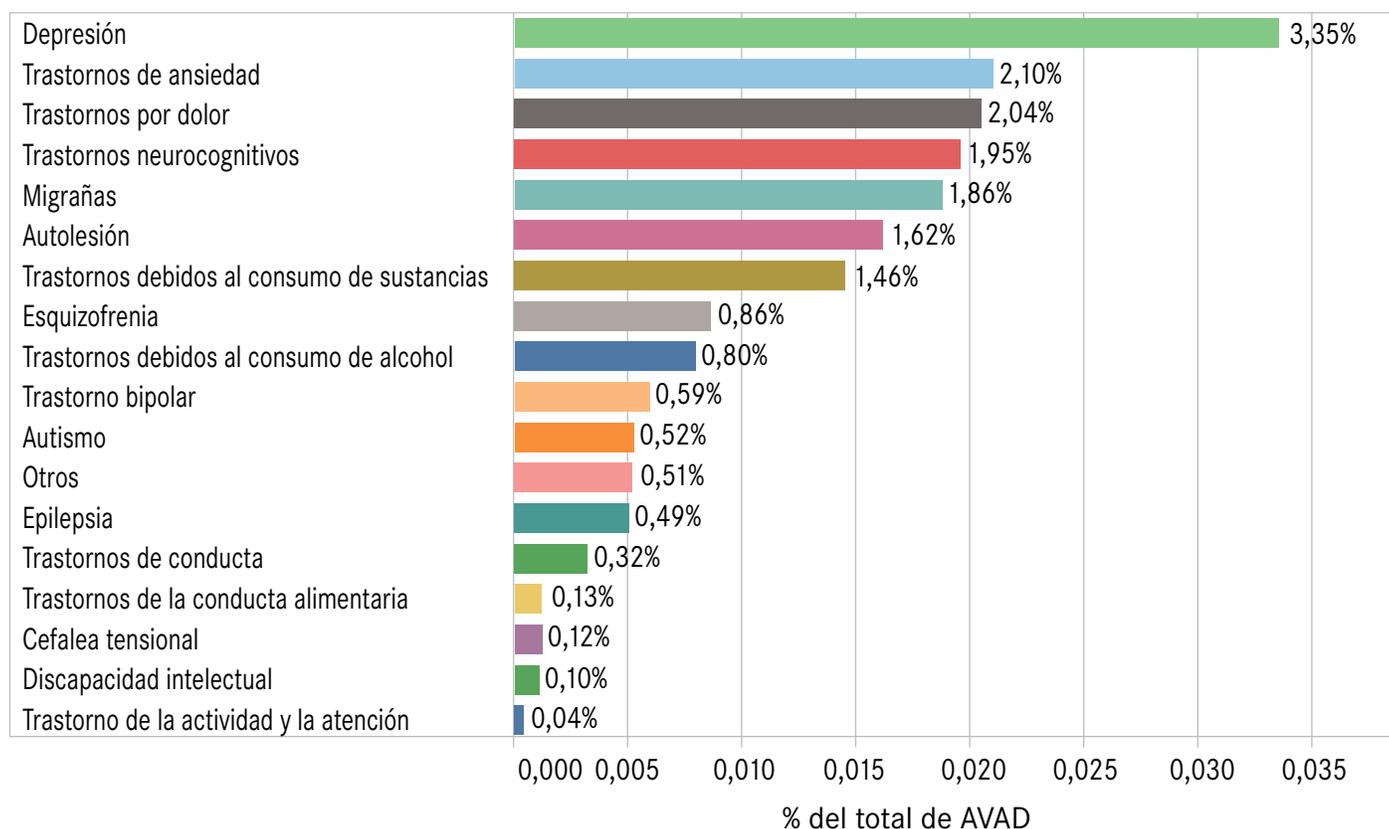
nales un 8% de la discapacidad; y las lesiones un 4%, lo que hace que los TMNS sean, con diferencia, el subgrupo más grande (figura 3). En la figura 4 se muestra una clasificación regional de los APD atribuibles a los TMNS.

## Análisis en el nivel de país

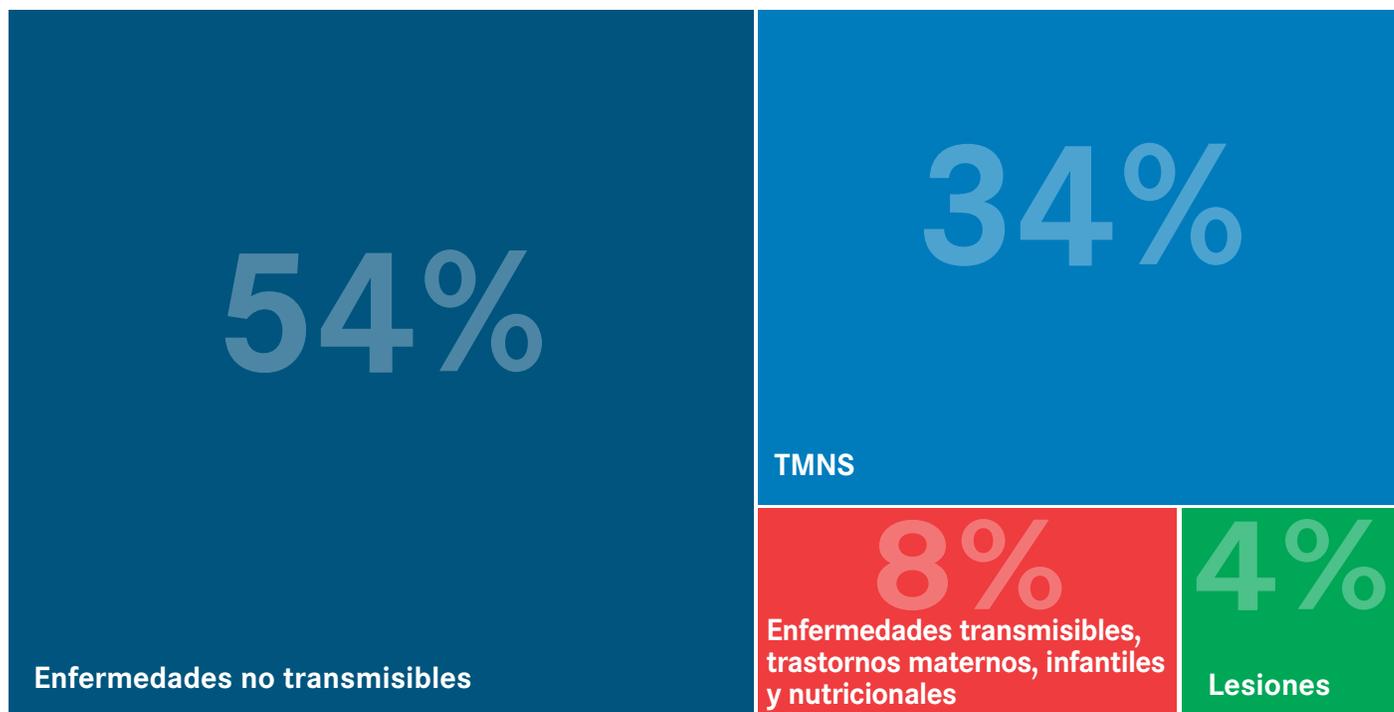
Para complementar el análisis regional, se llevó a cabo un estudio de la carga de enfermedad de los trastornos mentales por país. Esta fundamentación detallada de los datos a nivel de país es importante debido a dos razones principales:

- 1) La Región de las Américas está constituida por un gran número de países y territorios —36 de los cuales han sido incluidos en este informe— con cifras de población muy dispares. En la figura 5 se muestra un mapa de árbol de todos los países agrupados

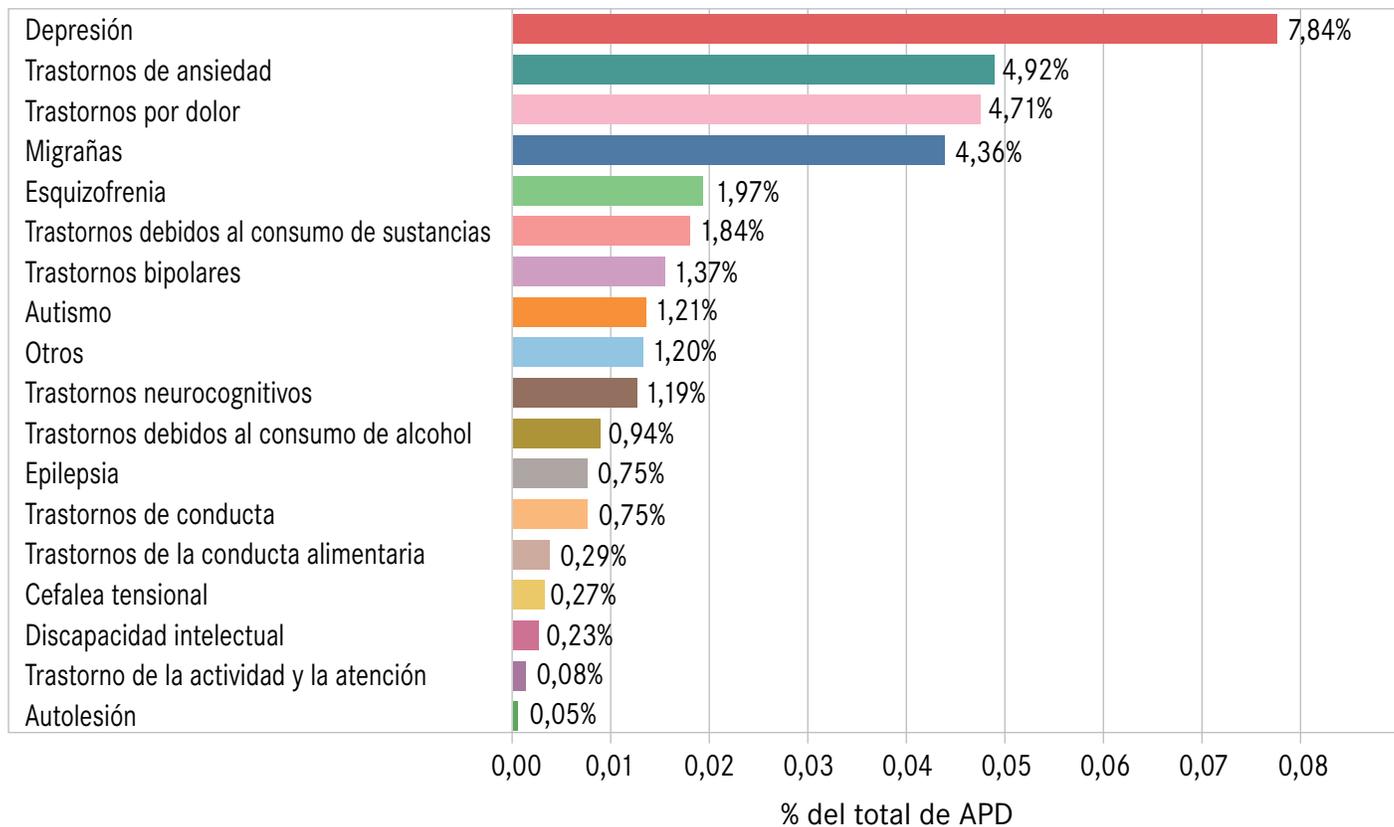
**Figura 2:** Clasificación de los años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) por trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias, y por suicidio



**Figura 3:** Distribución (%) regional de los años perdidos por discapacidad (APD)



**Figura 4:** Clasificación de los años de vida perdidos por discapacidad (APD) por trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias, y por suicidio



por subregiones, donde el tamaño de cada cuadrado refleja el tamaño de la población. Se observa claramente que tres países –Estados Unidos, Brasil y México– comprenden dos tercios de los mil millones de personas que viven en la Región de las Américas, de modo que en la carga de enfermedad regional agrupada influirá mucho el perfil de morbilidad de estos tres países. Además, una perspectiva exclusivamente regional oscurecería la carga de enfermedad del Caribe no latino, dado que sus poblaciones son comparativamente pequeñas (la porción verde de la figura 5). Además de los porcentajes específicos de cada país, se indicarán los porcentajes medios a nivel de país cuando difieran significativamente del total regional.

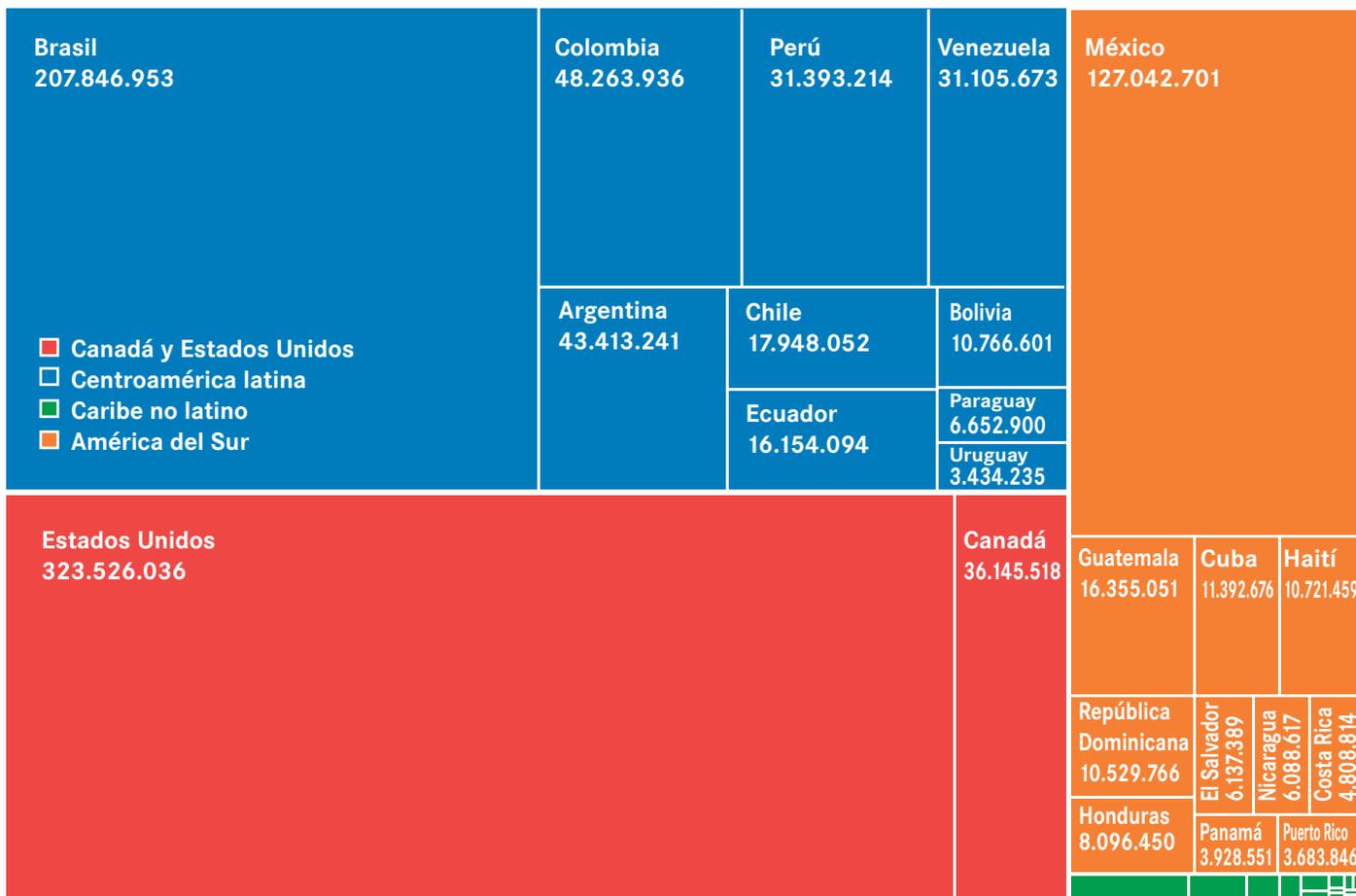
- 2) La meta de este informe es proporcionar una evaluación fundamentada de las necesidades que pueda ser-

vir como base para la priorización de la salud mental, la planificación de los sistemas y la prestación de servicios a nivel de país, por lo que se lo ha concebido teniendo presentes a los encargados de tomar decisiones del nivel nacional.

## Discapacidad y mortalidad a nivel de país (AVAD)

Existe una heterogeneidad considerable en la distribución de las principales causas de discapacidad combinada con la mortalidad en la Región de las Américas. Los AVAD causados por las enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades mentales, son la principal fracción de la carga total en cada uno de los países de la Región de las Américas, desde 50% en Haití hasta 89%

**Figura 5:** Distribución de la población de los países de la Región de las Américas



Los países (estos con color verde) del Caribe no latino y sus poblaciones figuran en la lista del anexo 1.

de la carga total en Canadá. La segunda causa regional de AVAD, que engloba las enfermedades comunicables y los trastornos maternos, infantiles y nutricionales, oscila entre 5,5% en Canadá y Estados Unidos y 39% en Haití. La tercera causa regional de AVAD es el grupo de las lesiones, que varía entre 6% en Canadá, Cuba, Barbados y Bermuda, y 20% en El Salvador. En la figura 6 se pone de manifiesto que las enfermedades no transmisibles siguen siendo la principal causa de discapacidad y mortalidad combinadas en todos los países, a pesar de las grandes variaciones individuales, mientras que el grupo de las enfermedades transmisibles y los trastornos maternos, infantiles y nutricionales y el grupo de las lesiones se alternan en el segundo y tercer puesto, con predominio del primero, sobre todo en los países de menores ingresos. El subgrupo de los TMNS también varía mucho de unos países a otros, desde 9% del total de AVAD en Haití hasta 23% en Canadá (véase la figura 6).

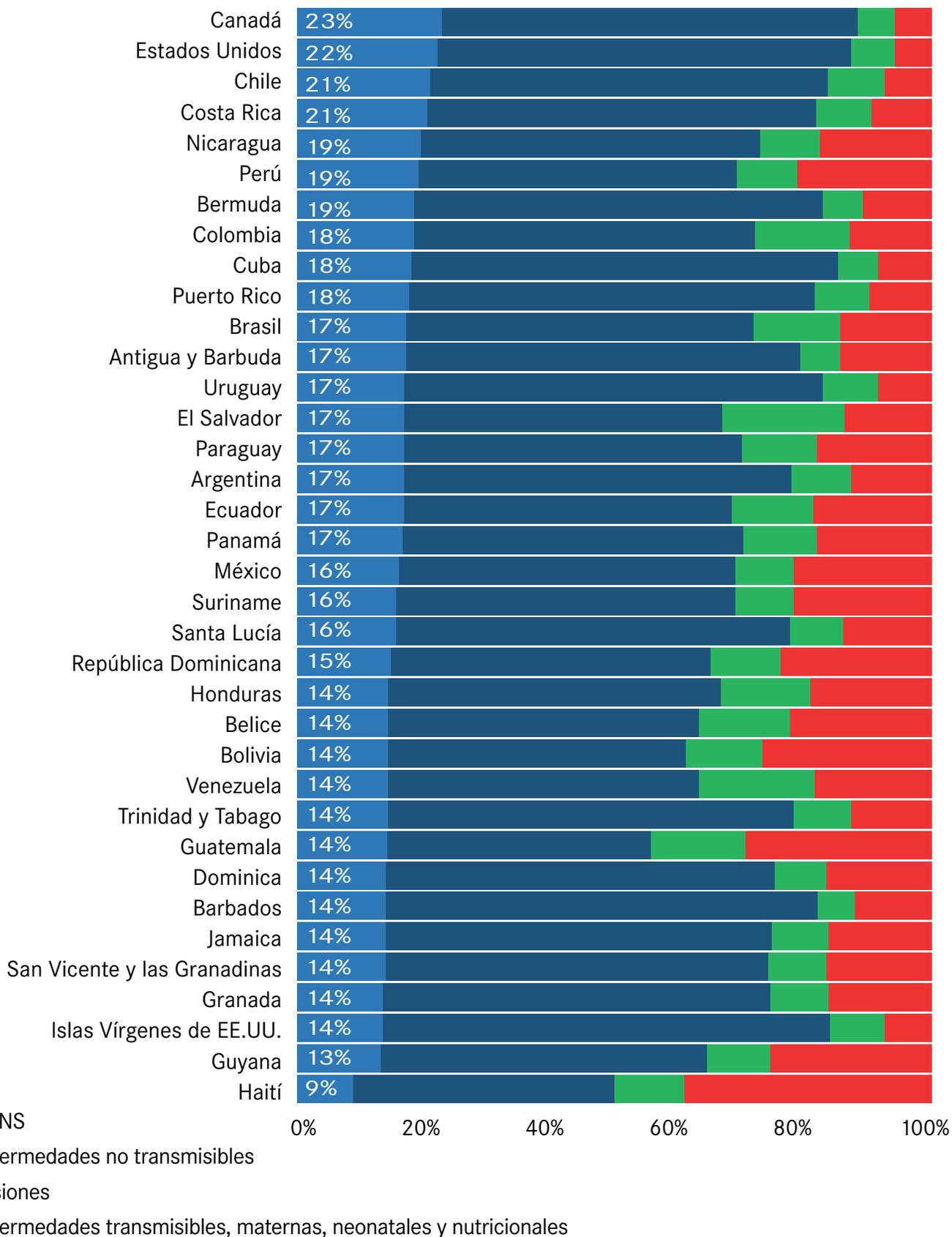
## Discapacidad a nivel de país (APD)

El análisis de los años perdidos por discapacidad (APD) ofrece una visión de conjunto que 1) complementa el análisis de la carga en AVAD y 2) no está sesgada por la exclusión diferencial del exceso de mortalidad causado por las enfermedades mentales. La variación entre países de los APD como porcentaje de la discapacidad total es mucho menor que la variación de los AVAD ya comentada en la sección anterior (salvo la discapacidad relacionada con los desastres en Haití, que hace que los APD causados por lesiones alcancen 10% de total). La variación general de

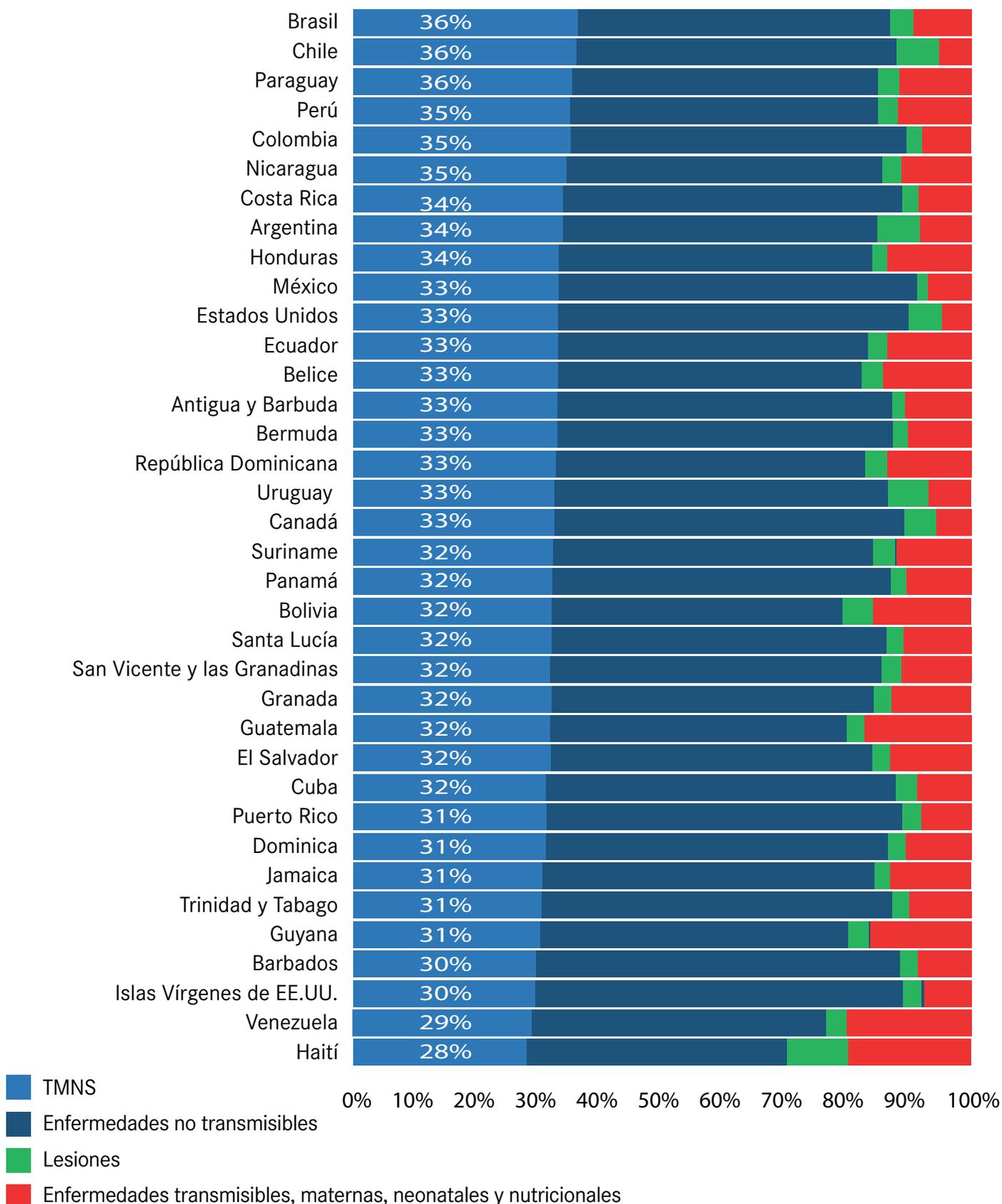
la discapacidad por enfermedades no transmisibles va de 70% del total de APD en Haití a 91% en México. Centrándose en las enfermedades mentales, la variación oscila entre 28% en Haití y 36% en Brasil, Chile y Paraguay. Las enfermedades transmisibles y los trastornos maternos, infantiles y nutricionales varían entre 5% de los APD en Estados Unidos y Chile y 20% de los APD en Venezuela y Haití (véase la figura 7).

En la figura 7 se muestra que la discapacidad causada por los TMNS es notablemente similar (y alta) en toda la región. Los TMNS constituyen indiscutiblemente, y por un amplio margen, el mayor subgrupo de causas de discapacidad en todos los países, independientemente del nivel de ingresos o de la subregión. Parece haber un gradiente subregional en la discapacidad causada por los TMNS agrupados (véase la figura 8): las cinco primeras posiciones en lo que respecta a los APD las ocupan países sudamericanos, la mayoría de ellos con una discapacidad por encima del promedio por países (33%) y del total regional (34%). Según veremos en las secciones específicas de cada trastorno, existe una gran variación entre los países en cuanto a los trastornos mentales específicos que causan la mayor carga. Es importante que las instancias decisorias consideren el perfil de morbilidad específico que afecta a su país para priorizar convenientemente las afecciones, asignar las inversiones y planificar la prestación de servicios.

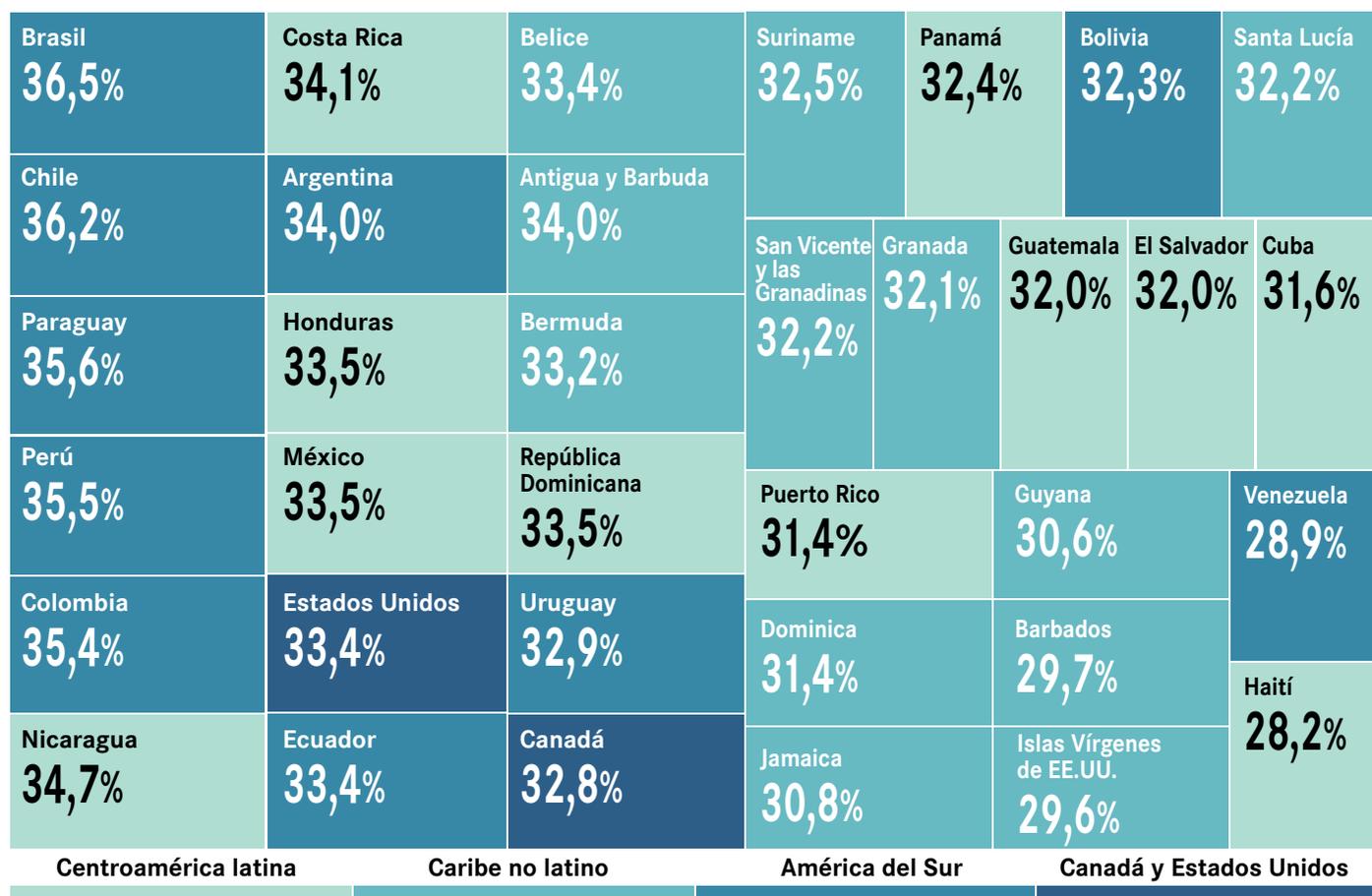
**Figura 6:** Distribución por países (%) de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)



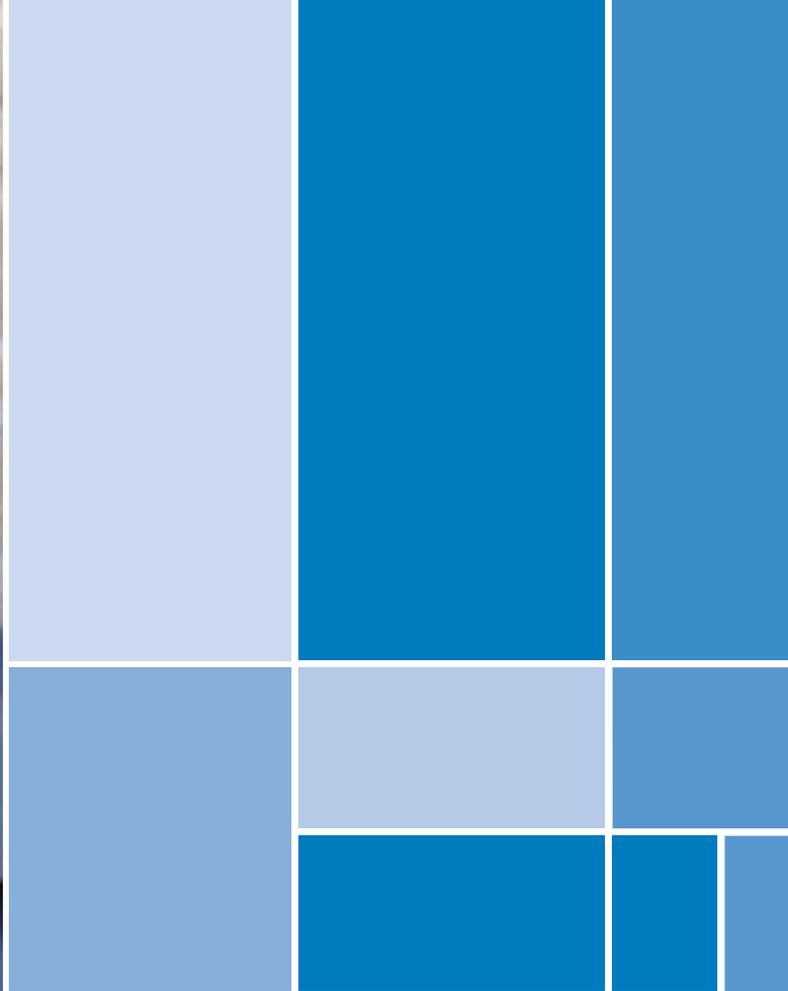
**Figura 7:** Años de vida perdidos por discapacidad (APD) por país (% del total de APD)



**Figura 8:** Mapa de árbol de la discapacidad por trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias, y por suicidio (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)



Dimensiones del mapa de árbol: el color indica la subregión y el tamaño de cada rectángulo refleja la magnitud de la carga. Los países con cargas similares se agrupan juntos en la misma región del mapa de árbol.



## Discapacidad debida a trastornos específicos

### Trastornos mentales comunes

Los trastornos mentales comunes comprenden generalmente los trastornos depresivos y de ansiedad. Sin embargo, es necesario señalar que algunos otros síndromes mentales y conductuales muy comunes no se consideran en los típicos cálculos y análisis de la carga de enfermedad, a pesar de su significativa prevalencia, discapacidad y mortalidad (15, 19). Cabe destacar que se han excluido los trastornos de la personalidad y los trastornos de síntomas somáticos debido a la falta de datos uniformes de todos los países, y que la autoagresión y el suicidio se consideran bajo el título de las lesiones, pese al hecho bien comprobado de que los trastornos mentales y los síndromes subliminales son en gran parte responsables de la autoagresión deliberada (15, 20). El resultado es que al trastorno de somatización con dolor predominante —un trastorno psiquiátrico antes conocido como trastorno por

dolor, que cuando se estudia adecuadamente resulta ser el trastorno mental más prevalente, que afecta anualmente a 8% de la población general (21)— se lo combina sistemática y erróneamente con los trastornos osteomusculares, lo que hace que se sobredimensione esa categoría a pesar de la ausencia de una relación causal de estos síndromes con el sistema osteomuscular (15, 22). De igual modo, en los cálculos de la carga de enfermedad tampoco se consideran los trastornos de la personalidad —un grupo de síndromes conductuales y mentales que comprenden con frecuencia el funcionamiento interpersonal problemático, síntomas afectivos y cognoscitivos, la impulsividad, la autoagresión y síntomas somáticos—, pese a ser sumamente prevalentes (4% a 15% en encuestas comunitarias)(23). Según el método descrito en detalle en un artículo referenciado, (15) en este estudio se incluyeron la autoagresión y una estimación de los trastornos por dolor, captando así, indirectamente, una fracción de la discapacidad debida a

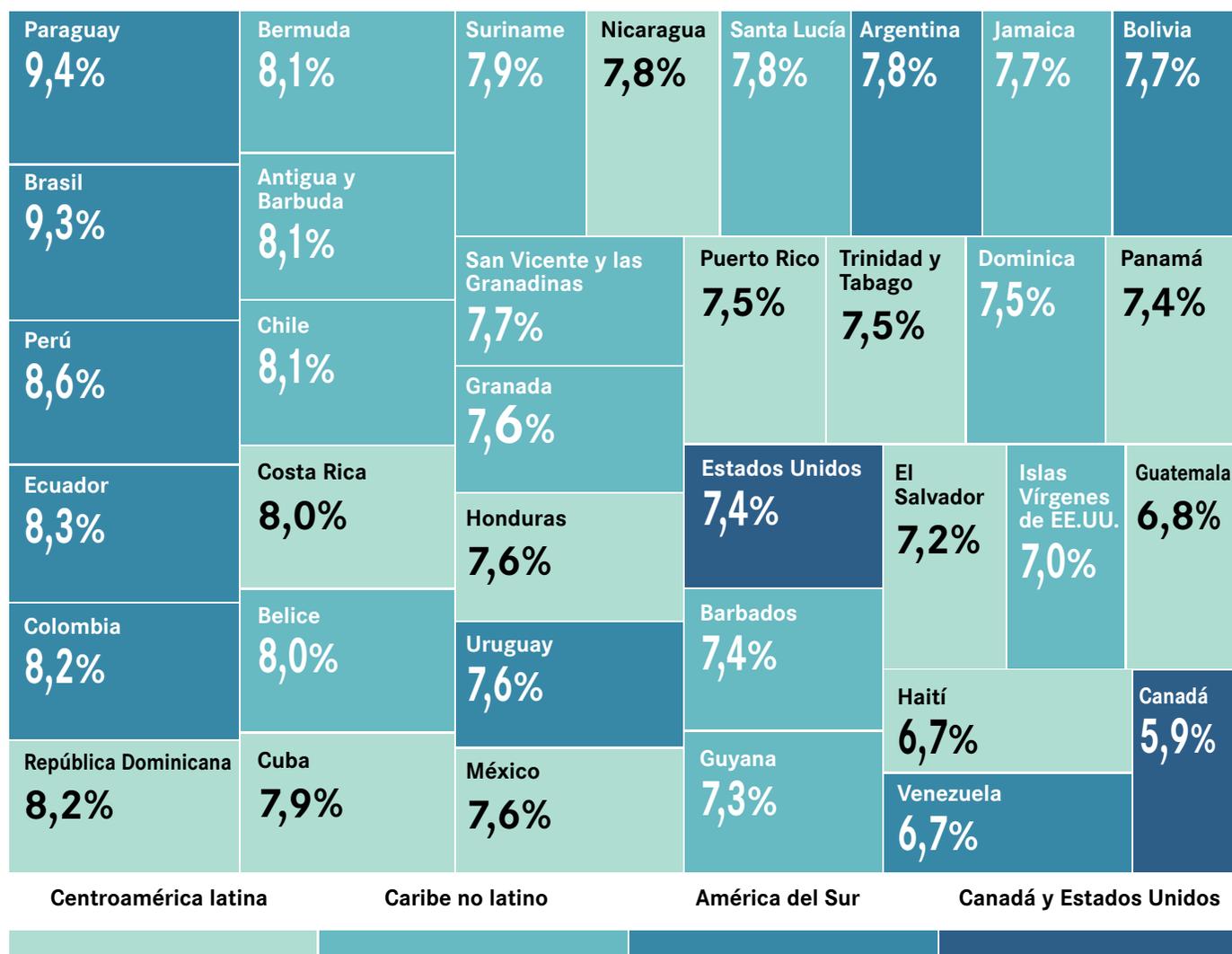
los trastornos de la personalidad y el exceso de mortalidad por depresión y otras enfermedades mentales a causa del suicidio. Dada la alta prevalencia de estos síndromes mentales y conductuales, se consideran en esta sección de las enfermedades mentales comunes.

## ■ Trastornos depresivos

A los efectos del presente análisis, los trastornos depresivos comprenden el trastorno depresivo y la distimia. El trastorno depresivo puede ser un trastorno sumamente discapacitante, tal como refleja su peso de discapacidad en

el marco de la carga de enfermedad. Tomando como base encuestas de la población general, se considera que los episodios depresivos graves son el quinto estado de la salud humana más discapacitante, después de la esquizofrenia aguda, la lesión de la médula espinal en el nivel cervical no tratada, la esclerosis múltiple grave y la dependencia grave de la heroína (24). Incluso los trastornos depresivos leves y la distimia se consideran sumamente discapacitantes, en el mismo nivel, por ejemplo, de la anemia grave o el asma no controlada. La discapacidad causada por los trastornos depresivos, tanto en el nivel individual como en el nivel de la población, puede considerarse como un espectro

**Figura 9:** Mapa de árbol de la discapacidad por depresión (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)



Dimensiones del mapa de árbol: el color indica la subregión y el tamaño de cada rectángulo refleja la magnitud de la carga. Los países con cargas similares se agrupan juntos en la misma región del mapa de árbol.

continuo de estados de salud de moderada a gravemente discapacitantes.

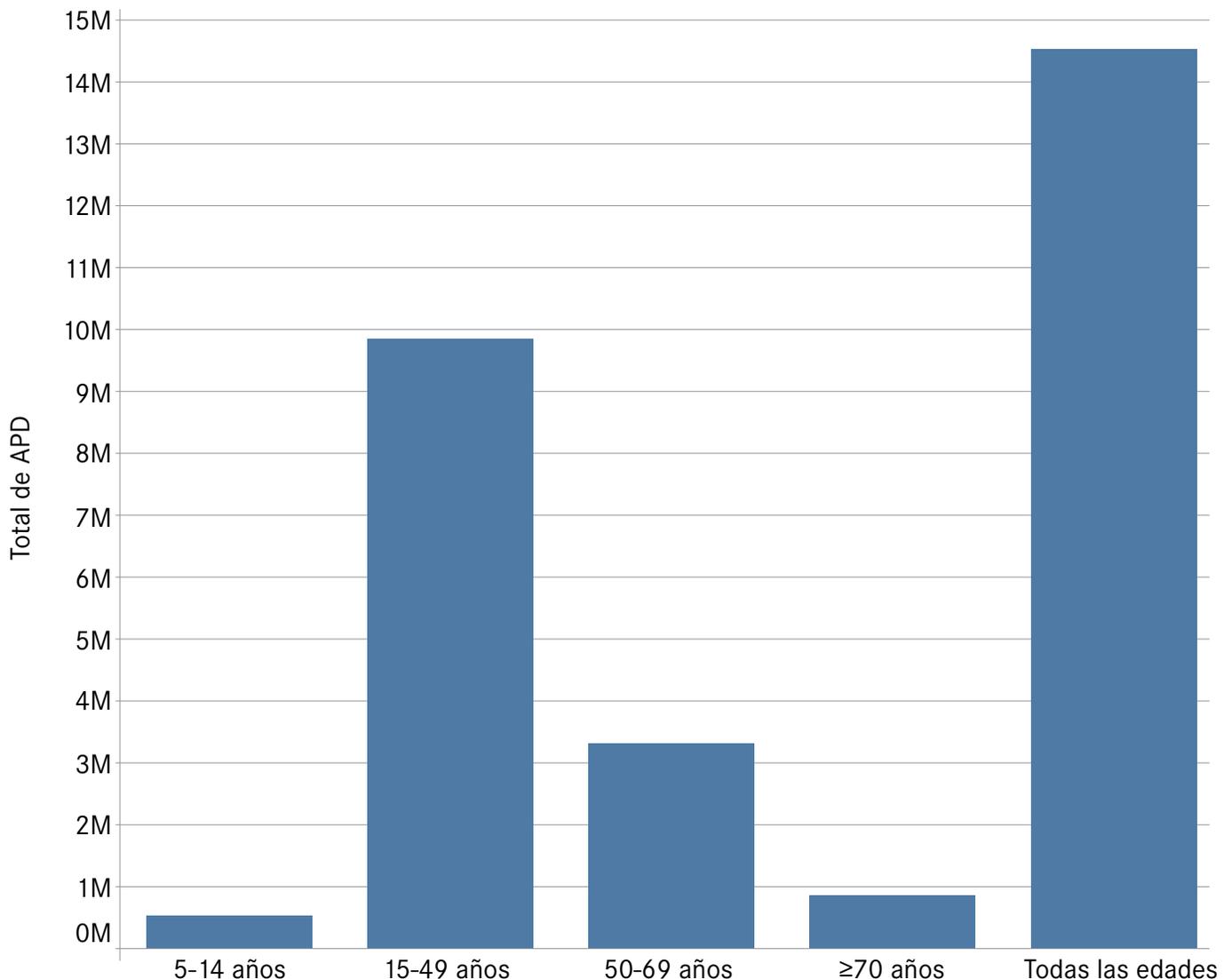
En el nivel regional, este análisis sitúa a la depresión como primera causa de discapacidad, con 7,8% de la discapacidad total y un intervalo entre 5,9% en Canadá y 9,4% en Paraguay. Se evidencia un patrón subregional de mayor discapacidad en América del Sur, tal como indica lo siguiente: 1) Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia son los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión; y 2) una mayoría clara de países sudamericanos se encuentran en el nivel o por

encima del nivel del país (7,7%) y del nivel global regional (7,8%) (véase la figura 9). Otro aspecto importante de la depresión es que afecta principalmente a los jóvenes: casi 10 millones de los 14,5 millones de APD por depresión en la Región de las Américas corresponden al grupo etario de 15 a 50 años (véase la figura 10).

### ■ Trastornos de ansiedad

Este grupo de trastornos abarca muchos síndromes caracterizados por una ansiedad importante, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico,

**Figura 10:** Depresión: años perdidos por discapacidad por depresión por grupos etarios (total de APD)



las fobias sociales y otros. Desde la perspectiva de la discapacidad, pueden ser de gravemente discapacitantes a levemente molestos, y para nuestro análisis de los datos del 2015 los consideramos agregados, incluyendo el trastorno de estrés postraumático y los trastornos obsesivo-compulsivos.

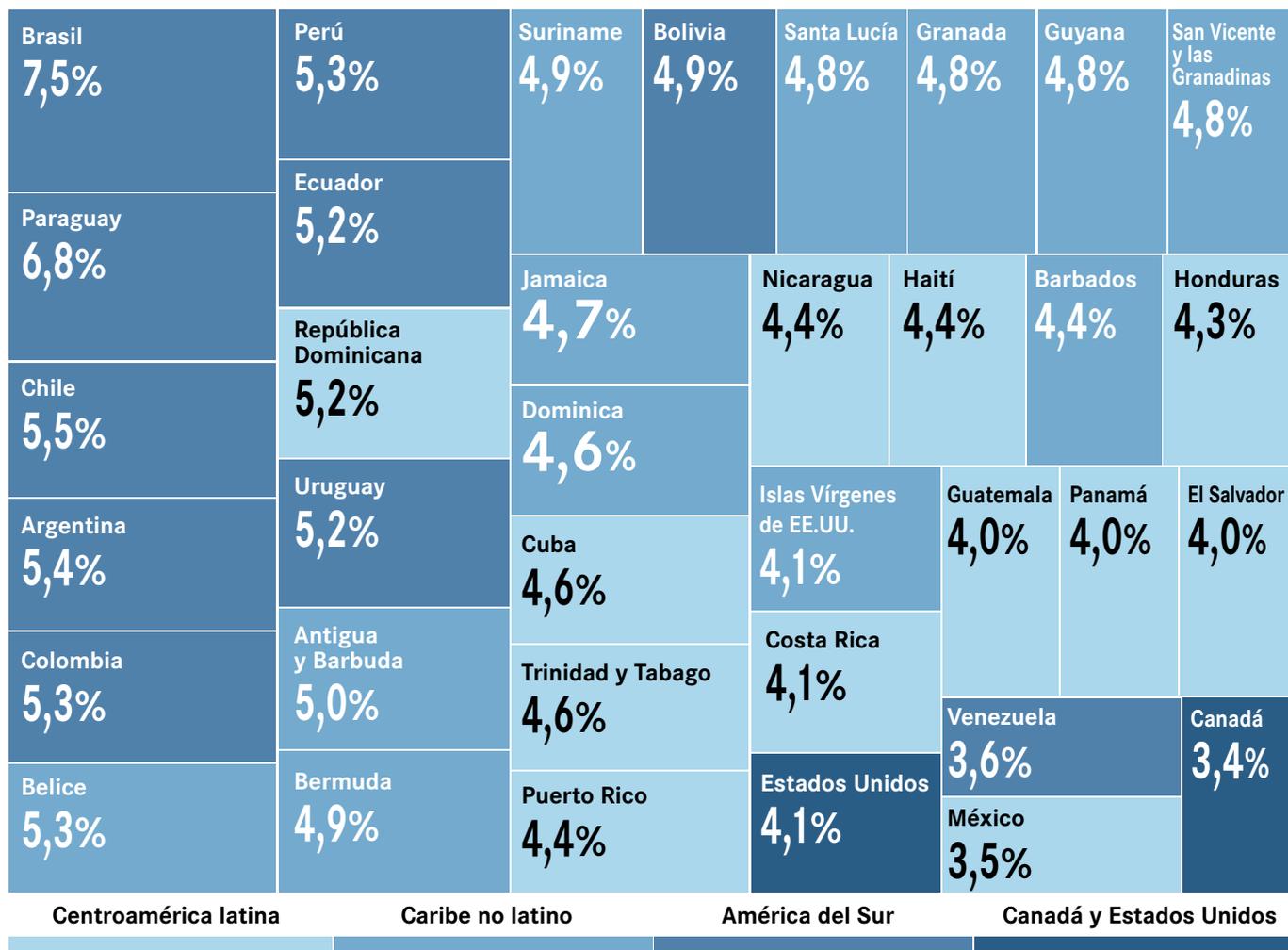
Los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas. Existe un patrón subregional aún más tangible que con la depresión, con Brasil en primera posición (7,5%); todos los países sudamericanos, salvo uno, muestran una discapacidad por encima del promedio

por países (4,7%) y del total regional (4,9%); y 8 de los 10 países principales en cuanto a la discapacidad pertenecen a esta subregión (véase la figura 11). América del Norte se encuentra en el otro extremo del espectro: Canadá muestra la menor discapacidad (3,4%), seguida de México (3,6%) y Estados Unidos (4,1%), también bastante por debajo del promedio y del total regional.

### ■ Autoagresión y suicidio

Dada la bien comprobada relación entre las enfermedades mentales comunes (como la depresión y los trastornos de la personalidad) con el suicidio y la autoagresión, estas

**Figura 11:** Mapa de árbol de la discapacidad por trastornos de ansiedad (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)



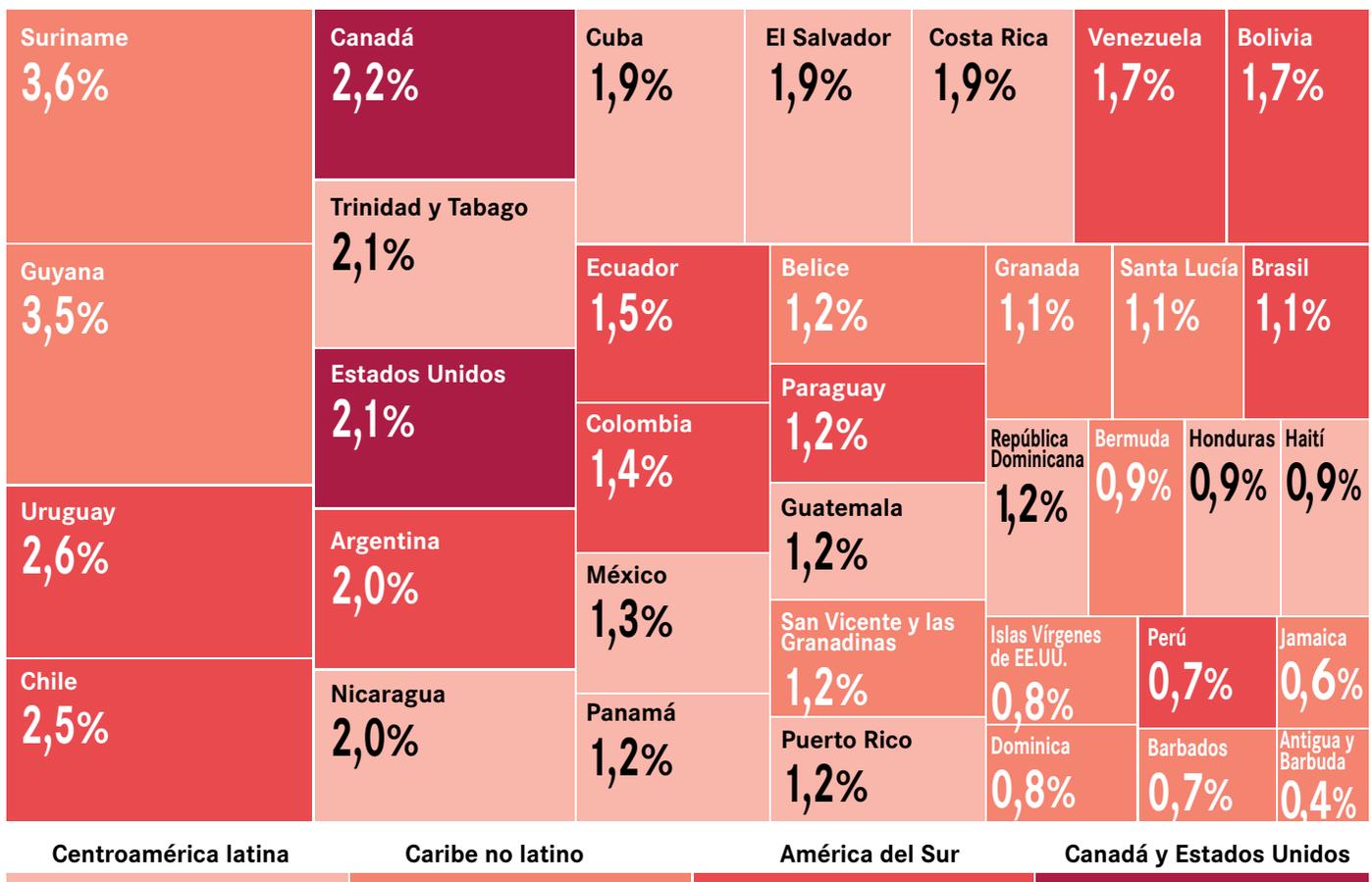
Dimensiones del mapa de árbol: el color indica la subregión y el tamaño de cada rectángulo refleja la magnitud de la carga. Los países con cargas similares se agrupan juntos en la misma región del mapa de árbol.

enfermedades se consideran en esta sección. El marco de la carga de enfermedad no incluye los trastornos de la personalidad, una causa bien comprobada de autoagresión no mortal, (23, 27) y los APD a causa de la autoagresión no están registrados en el marco de la carga de enfermedad. Por consiguiente, esta sección se centrará en los AVAD por suicidio, que en gran parte se deben a los años de vida perdidos debido a la muerte prematura.

El suicidio es la quinta causa más importante de AVAD en la Región de las Américas, con una variación de casi 9 veces en lo que respecta al porcentaje de la carga total, de 0,4% en Antigua y Barbuda a 3,6% en Suriname. Existe un notable patrón subregional que afecta a Suriname (3,6%), Guyana

(3,5%) y, en menor grado, a Trinidad y Tabago (2,1%), y en América del Sur a Uruguay (2,6%), Chile (2,5%) y Argentina (2%). Estados Unidos (2,2%) y Canadá (2,1%) también abarcan conglomerados subregionales afectados por el suicidio que están muy por encima del porcentaje promedio por países (1,5%) y del porcentaje global (1,6%) (véase la figura 12). El costo del suicidio en la Región de las Américas es desalentador, y recae principalmente en las población más jóvenes en edad de trabajar: 60% de los casi 100 000 suicidios correspondieron a personas de 15 a 50 años de edad; se perdieron 4 129 576 años de vida, de los cuales alrededor de 75% se perdieron en este mismo grupo etario (véase la figura 13).

**Figura 12:** Mapa de árbol de la carga de suicidio y autoagresión (AVAD por país como porcentaje de la discapacidad total)



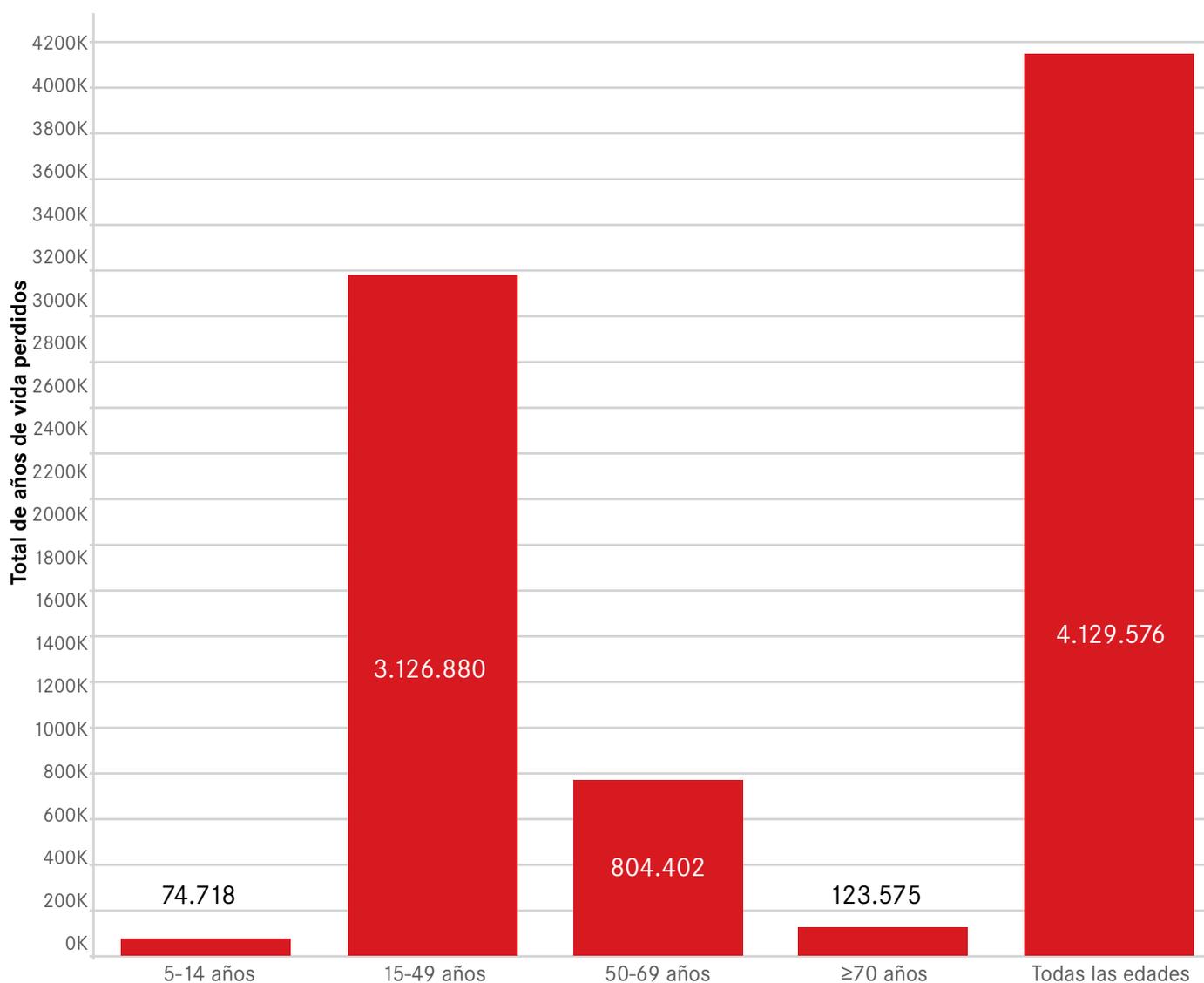
Dimensiones del mapa de árbol: el color indica la subregión y el tamaño de cada rectángulo refleja la magnitud de la carga. Los países con cargas similares se agrupan juntos en la misma región del mapa de árbol.

## ■ Trastornos somatomorfos con dolor predominante (trastornos por dolor)

Los trastornos somatomorfos con dolor predominante (por ejemplo, trastorno de somatización y trastorno de dolor persistente somatomorfo), que en la clasificación DSM se denominan trastornos por dolor o trastorno de síntomas somáticos, son síndromes poco conocidos y, en consecuencia, frecuentemente ignorados por médicos, psiquiatras y epidemiólogos (22, 28). No obstante, cuando se estudian adecuadamente son muy prevalentes, sobre

todo en las mujeres: en un estudio se ha determinado que la prevalencia a los 12 meses del trastorno por dolor según el DSM-IV es de 11% en las mujeres y de 4% en los hombres, con una tasa general de 8%, la mayor de todos los trastornos mentales (21). Cerca de 56% de los pacientes con trastornos por dolor cumplen los criterios de algún otro trastorno psiquiátrico, con mayor frecuencia los trastornos depresivos y de ansiedad. La prevalencia de los síndromes dolorosos en los pacientes con diagnóstico de trastornos depresivos o de ansiedad es superior a 30%, y llega hasta 80% en grupos específicos con trastorno por estrés posttraumático (29).

**Figura 13:** Total de años de vida perdidos por grupo etario\*



\* Las columnas representan el total de los AVP en la Región de las Américas de cuatro grupos de etarios diferentes y una quinta columna para todas las edades.

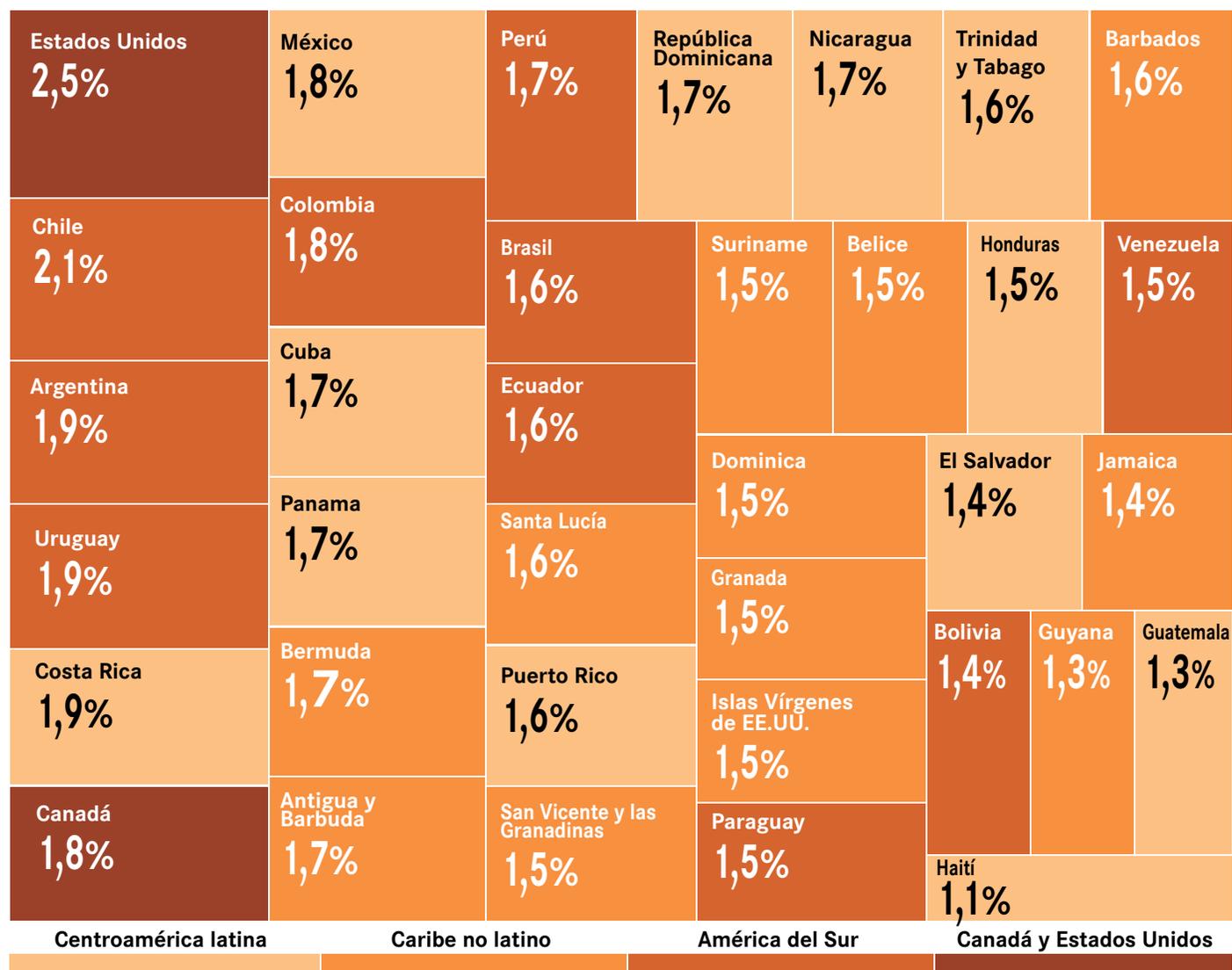
Las evaluaciones sistemáticas de la carga de enfermedad asignan 0% de la carga de los síndromes dolorosos a los trastornos mentales, una presuposición que carece de validez aparente mínima. La retribución de esta carga a TMNS permite hacer una estimación de 4,7% del total de APD como consecuencia de los trastornos somatomorfos con dolor predominante. (15). El intervalo calculado va de 6,2% en Canadá a 3,2% en Haití, y los países de mayores ingresos parecen estar más afectados que los países de menores ingresos. Hasta que se disponga de datos primarios sobre la discapacidad por trastornos somatomorfos con dolor predominante, se debe considerar que estas estimaciones

son indicativas. Cabe destacar que la importancia de este tema ha llevado recientemente a la creación de una sección específica para hacer el tamizaje de los trastornos somatomorfos en la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS, que deberá administrarse en futuras Encuestas Mundiales de Salud Mental, llenando este vacío.

## Trastornos mentales graves

Las esquizofrenias y los trastornos bipolares suelen denominarse trastornos mentales graves. En efecto,

**Figura 14:** Mapa de árbol de la discapacidad por esquizofrenia (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)

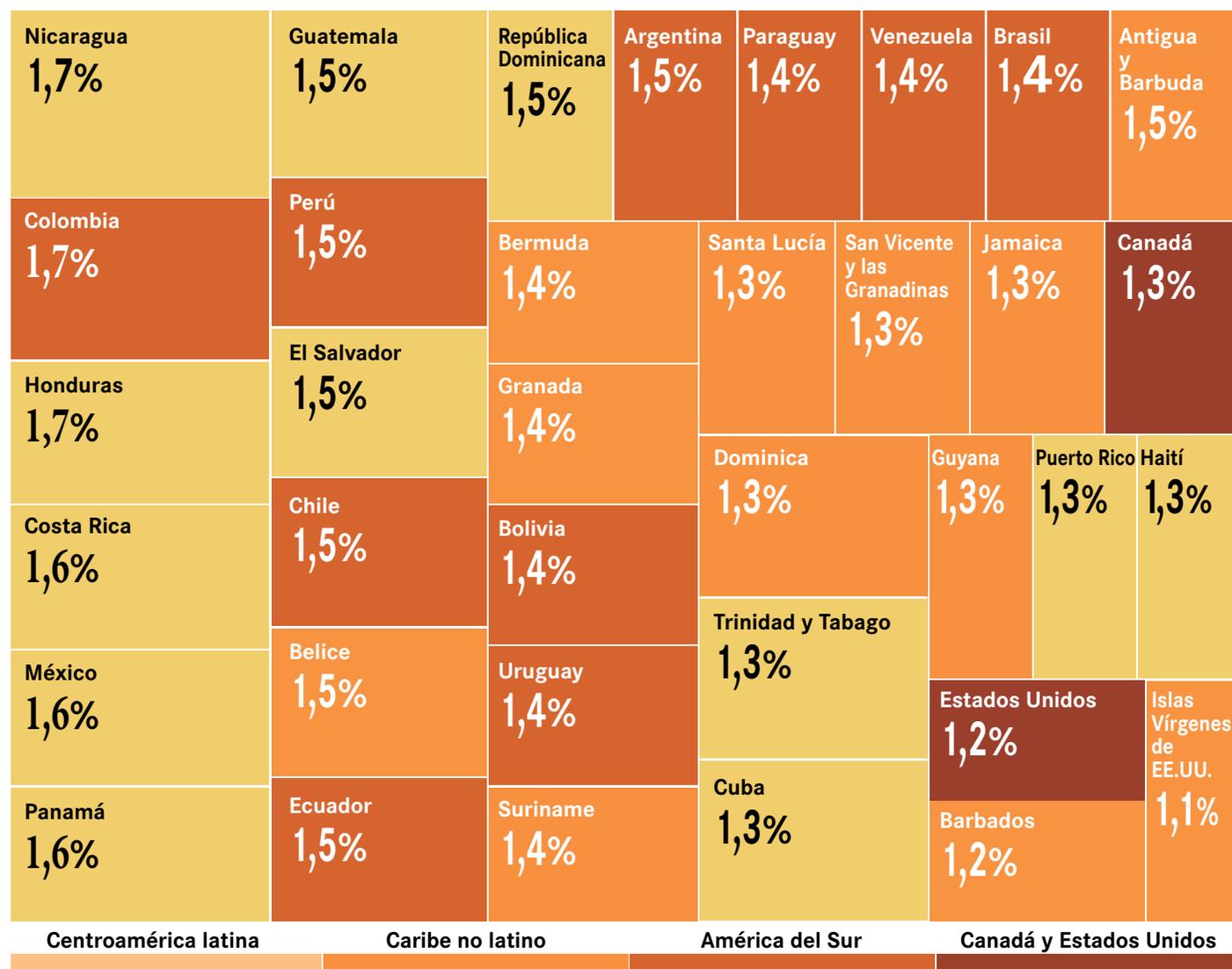


Dimensiones del mapa de árbol: el color indica la subregión y el tamaño de cada rectángulo refleja la magnitud de la carga. Los países con cargas similares se agrupan juntos en la misma región del mapa de árbol.

imponen a los seres humanos una de las mayores cargas imaginables: los episodios psicóticos agudos en el contexto de la esquizofrenia se consideran el estado de salud más discapacitante en el marco de la carga de enfermedad (24); los episodios maníacos son urgencias médicas sumamente discapacitantes, que con frecuencia, si no se tratan, dan lugar a la ruina socioeconómica, a lesiones o a la muerte; y los episodios depresivos en el contexto de la enfermedad bipolar pueden ser tan graves como los del trastorno depresivo, en particular en el contexto del trastorno bipolar de tipo II. Las enfermedades mentales graves son particularmente letales

en los entornos de ingresos bajos, que tienden también a ser contextos con una gran estigmatización. La mayor letalidad se debe a la falta de atención de salud mental eficaz y a la atención médica general inadecuada para las personas con trastornos mentales graves, lo que da lugar a un exceso de mortalidad en gran parte prevenible. La carencia de servicios efectivos, accesibles o incluso disponibles, junto con la extremadamente importante carga económica y emocional que frecuentemente supone para las familias, conducen a la violación sistemática de los derechos humanos en lugar de al tratamiento, provocando lo que memorablemente se

**Figura 15:** Mapa de árbol de la discapacidad por trastorno bipolar (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)



Dimensiones del mapa de árbol: el color indica la subregión y el tamaño de cada rectángulo refleja la magnitud de la carga. Los países con cargas similares se agrupan juntos en la misma región del mapa de árbol.

denominó “fracaso de la humanidad” (30). En realidad, tal como se indica en la sección dedicada a la respuesta de los sistemas de salud, los menores ingresos de los países se asocian a una escasa disponibilidad de los servicios, a peores servicios cuando se dispone de ellos, y al fallecimiento más temprano por enfermedades mentales graves.

## ■ Esquizofrenias

En el marco de la carga de enfermedad, las esquizofrenias se consideran los trastornos humanos más discapacitantes, en particular durante los episodios agudos.

La variación regional de la discapacidad por esquizofrenia como porcentaje de la discapacidad total va de 1,1% en Haití a 2,5% en Estados Unidos (véase la figura 14). Los patrones subregionales están menos claros, pero Estados Unidos, Canadá y la mayoría de los países sudamericanos están por encima del promedio por países (1,6%). Varios factores podrían explicar la proporción creciente de la discapacidad a medida que aumenta el nivel de ingresos, sobre todo la mayor mortalidad prematura y la menor capacidad de detección de los casos en los entornos pobres. La investigación ha revelado que las personas con esquizofrenia mueren entre 10 y 30 años antes que sus pares, observándose los peores resultados en los países de ingresos bajos, (17, 31) lo que explicaría la disminución de la proporción de la supervivencia con discapacidad resultante.

## ■ Trastornos bipolares

Los trastornos bipolares son la causa de una importante discapacidad y mortalidad en la Región de las Américas. El cuadro clínico varía mucho en cada caso y de unos casos a otros: algunos episodios constituyen fluctuaciones leves o moderadas del estado de ánimo que son compatibles con una funcionalidad y una calidad de vida altas, mientras que otros evolucionan hacia episodios depresivos o maníacos graves; los primeros pueden conducir al suicidio y los últimos pueden dar lugar al fallecimiento, a discapacidades o a la ruina socioeconómica si no se tratan. Así pues, a diferencia de la discapacidad uniformemente alta debida

a las esquizofrenias, la discapacidad resultante de los trastornos bipolares puede ir desde una disfunción leve durante los estados residuales hasta un deterioro casi completo durante los episodios maníacos y depresivos graves. Para nuestro análisis, los trastornos bipolares comprenden los tipos I y II, caracterizados por episodios maníacos e hipomaníacos, respectivamente. Los últimos constituyen un síndrome de activación conductual y psicológica más leve y más breve que los primeros.

La discapacidad por el trastorno bipolar parece adoptar un patrón subregional: todos los países de la Centroamérica continental están por encima del promedio por países y del total regional de 1,4% (véase la figura 15), mientras que tanto Canadá como Estados Unidos están por debajo del total (1,3% y 1,2%, respectivamente). El intervalo va de 1,1% del total de APD en las Islas Vírgenes a 1,7% en Nicaragua.

## Trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas y trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos originados por el consumo de sustancias (bebidas alcohólicas, drogas o alimentos) se consideran frecuentemente juntos debido a sus características clínicas similares, principalmente en relación con su naturaleza compulsiva y con la disfunción conductual directa que implican. Esto los hace diferentes del tabaquismo, que implica una discapacidad principalmente indirecta a través de sus consecuencias físicas. El presente análisis se centra en los trastornos debidos al consumo de alcohol, los trastornos debidos al consumo de sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria. La gravedad de estos trastornos varía desde la afectación leve del trastorno debido al consumo de cannabinoides a la discapacidad casi total resultante de la dependencia grave de la heroína, pasando por la discapacidad moderada asociada a la anorexia y la bulimia.

## ■ Trastornos debidos al consumo de alcohol

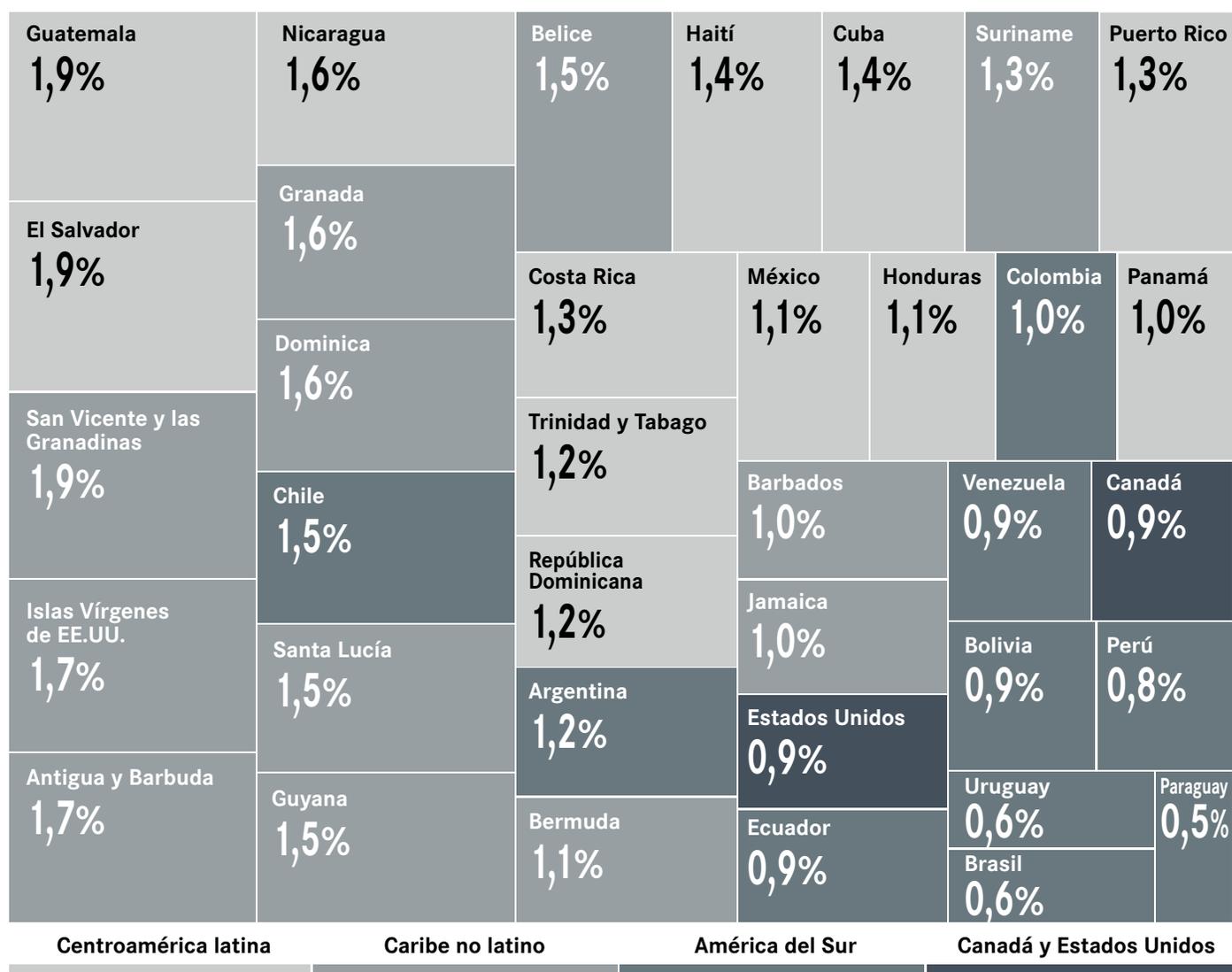
La discapacidad resultante de los trastornos debidos al consumo de alcohol va de 0,5% en Paraguay a 1,9% en Guatemala y El Salvador. Presenta un patrón subregional, con Estados Unidos, Canadá y la mayoría de los países sudamericanos bastante por debajo del promedio por países de 1,2% (solo Chile lo supera, con 1,5%), y en el nivel o por debajo del total regional (0,9%). Entretanto, todos los países de Centroamérica y el Caribe están por encima del total regional, y la mayoría se encuentran por encima del promedio por países (véase la figura 16).

Cabe señalar que el gráfico anterior representa los años vividos con discapacidad, pero que los trastornos debidos al consumo de alcohol también imponen una carga significativa en cuanto a los AVP, tanto directamente como a través del exceso de mortalidad por miocardiopatía, cáncer hepático y cirrosis.

## ■ Trastornos debidos al consumo de sustancias (no alcohol)

Aquí consideramos juntos los trastornos debidos al consumo de cannabinoides, cocaína, anfetaminas y

**Figura 16:** Mapa de árbol de la discapacidad por trastornos debidos al consumo de alcohol (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)



Dimensiones del mapa de árbol: el color indica la subregión y el tamaño de cada rectángulo refleja la magnitud de la carga. Los países con cargas similares se agrupan juntos en la misma región del mapa de árbol.

opioides. La variación de la carga de discapacidad resultante del consumo de sustancias va de 0,5% en Barbados y 0,6% en Haití y Cuba, a 3,1% en Estados Unidos (véase la figura 17). Esta diferencia de 6 veces refleja la importante epidemia de trastornos debidos al consumo de opioides que afecta a Estados Unidos y Canadá (2,5%); en ambos países, la carga específica de los trastornos debidos al consumo de opioides constituye alrededor de 70% de toda la discapacidad debidos al consumo de sustancias.

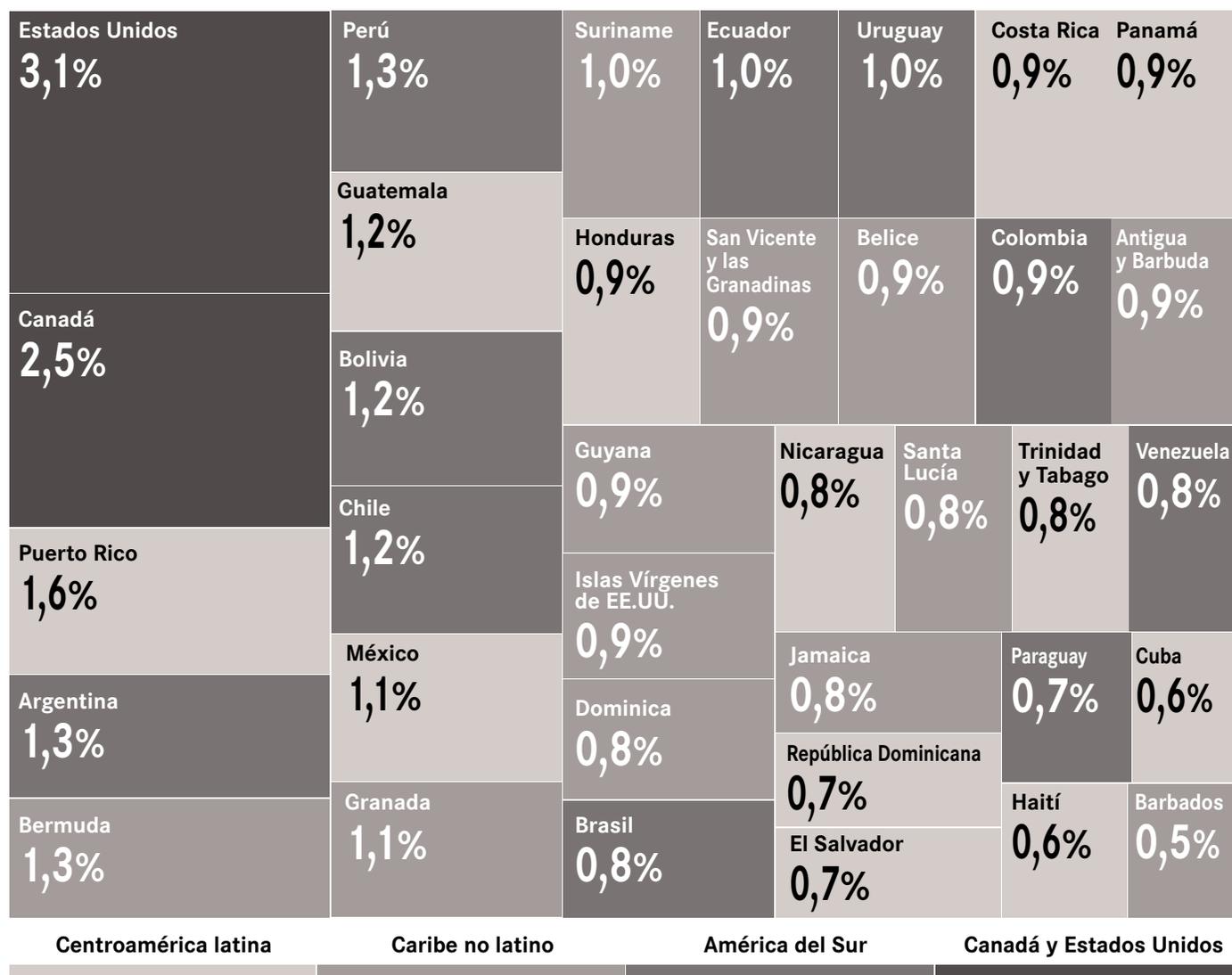
Al igual que con el alcohol, los trastornos debidos

al consumo de otras sustancias causan un número significativo de AVP en toda la región, pero particularmente en Estados Unidos y Canadá, donde produjeron 1,73% y 0,92% del total de AVP, respectivamente.

### ■ Trastornos de la conducta alimentaria

La anorexia y la bulimia juntas representan una fracción de la carga total comparativamente mucho menor: entre 0,07% en Haití y 0,42% en Estados Unidos. Solo Estados Unidos y Canadá están por encima del porcentaje global regional de 0,3%, lo que indica que la

**Figura 17:** Mapa de árbol de la discapacidad por trastornos debidos al consumo de sustancias (no incluye alcohol) (APD por país como porcentaje de la discapacidad total)



Dimensiones del mapa de árbol: el color indica la subregión y el tamaño de cada rectángulo refleja la magnitud de la carga. Los países con cargas similares se agrupan juntos en la misma región del mapa de árbol.

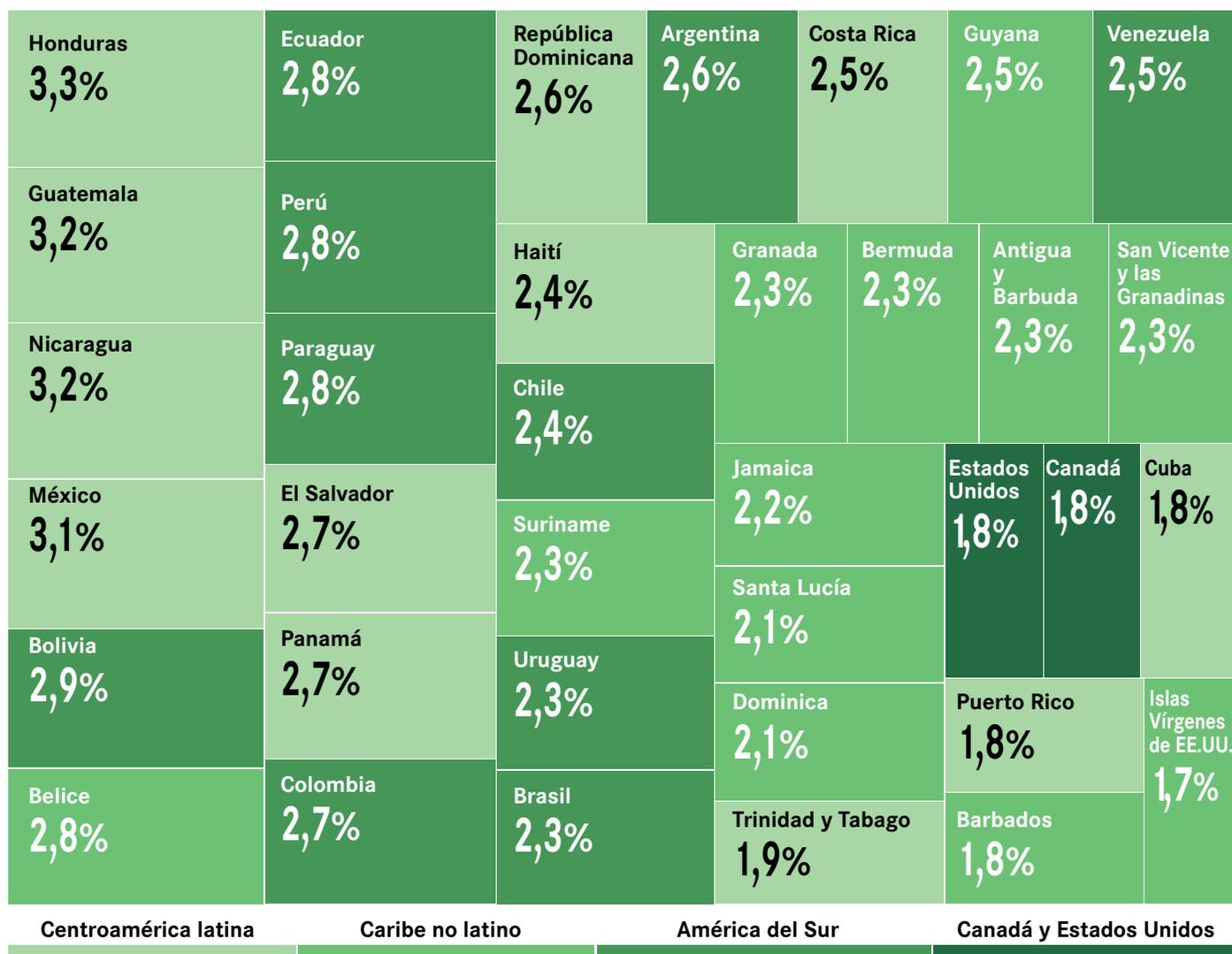
carga de los trastornos de la conducta alimentaria recae principalmente en los países ricos.

## Trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

En conjunto, los trastornos que afectan principalmente a los niños y los adolescentes representan 2,2% de los APD totales en la Región de las Américas. Incluyen, por

orden de importancia, el autismo (1,2%), los trastornos de la conducta (0,7%), la discapacidad intelectual (0,2%) y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (0,1%). Muestran un patrón subregional claro, con todos los países centroamericanos continentales y todos los países sudamericanos por encima del porcentaje total regional. Por el contrario, la mayoría de las islas del Caribe de habla inglesa, Estados Unidos y Canadá (1,8% en ambos) presentan la carga más baja (véase la figura 18).

**Figura 18:** Mapa de árbol de la discapacidad por trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia



Dimensiones del mapa de árbol: el color indica la subregión y el tamaño de cada rectángulo refleja la magnitud de la carga. Los países con cargas similares se agrupan juntos en la misma región del mapa de árbol.

## Trastornos neurológicos

Esta categoría incluye la discapacidad resultante de los trastornos neurocognitivos —como la enfermedad de Alzheimer, la epilepsia, las migrañas y la cefalea tensional, todas ellas con síndromes mentales y conductuales destacados—.

### ■ Trastornos neurocognitivos

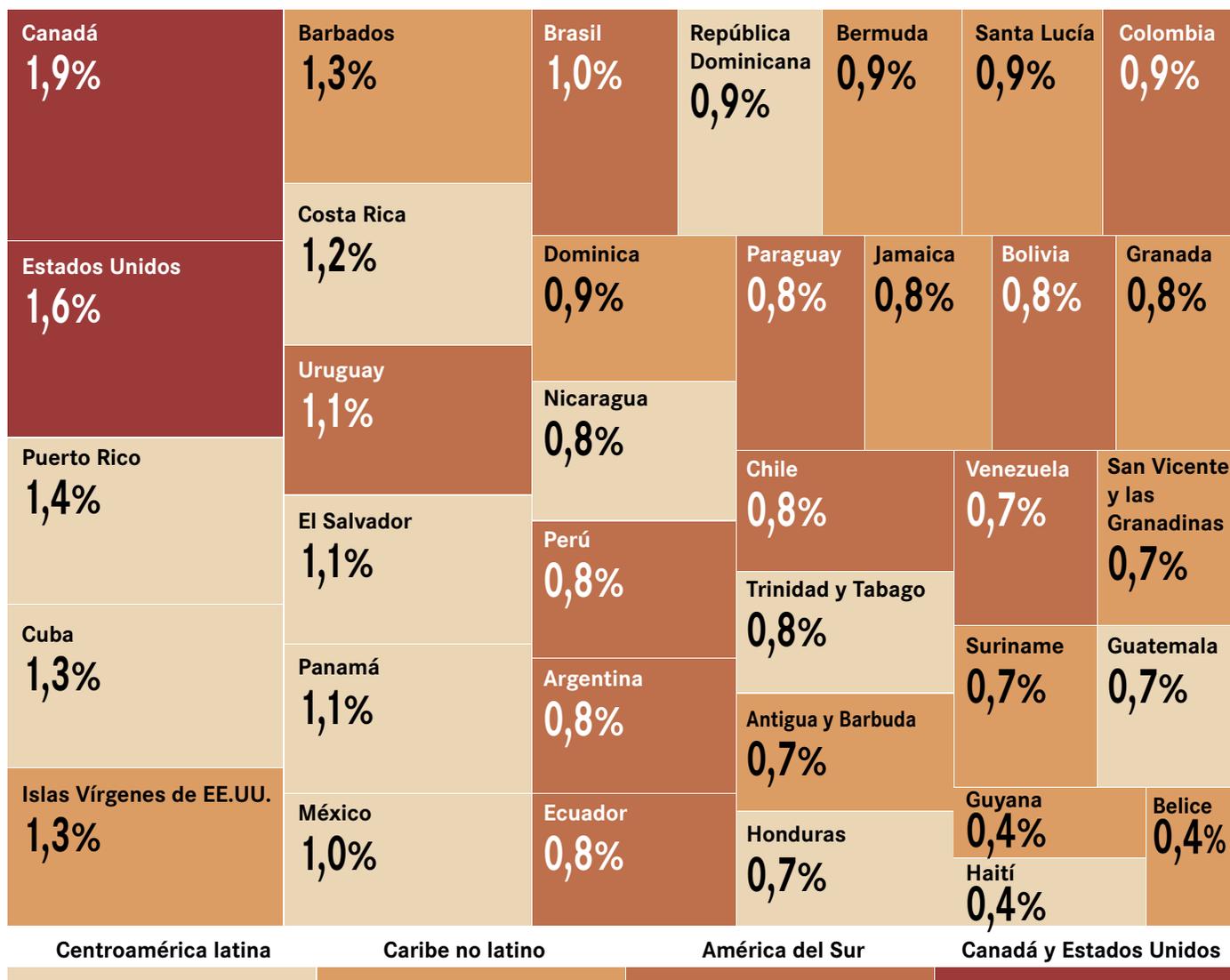
La enfermedad de Alzheimer y otras demencias representan 1,2% de la discapacidad total, oscilando

entre 0,4% en Haití y 1,9% en Canadá. Reflejan una tendencia sumamente significativa, que correlaciona un PIB mayor con un porcentaje mayor de discapacidad total atribuible a las demencias. Esto es una expresión del cambio demográfico en la estructura etaria, donde la supervivencia elevada y la discapacidad debida a los trastornos de los adultos de edad avanzada acompañan al desarrollo económico (véase la figura 19).

### ■ Epilepsia

La epilepsia es responsable de 0,8% de la discapacidad

**Figura 19:** Mapa de árbol de la discapacidad por demencia



Dimensiones del mapa de árbol: el color indica la subregión y el tamaño de cada rectángulo refleja la magnitud de la carga. Los países con cargas similares se agrupan juntos en la misma región del mapa de árbol.

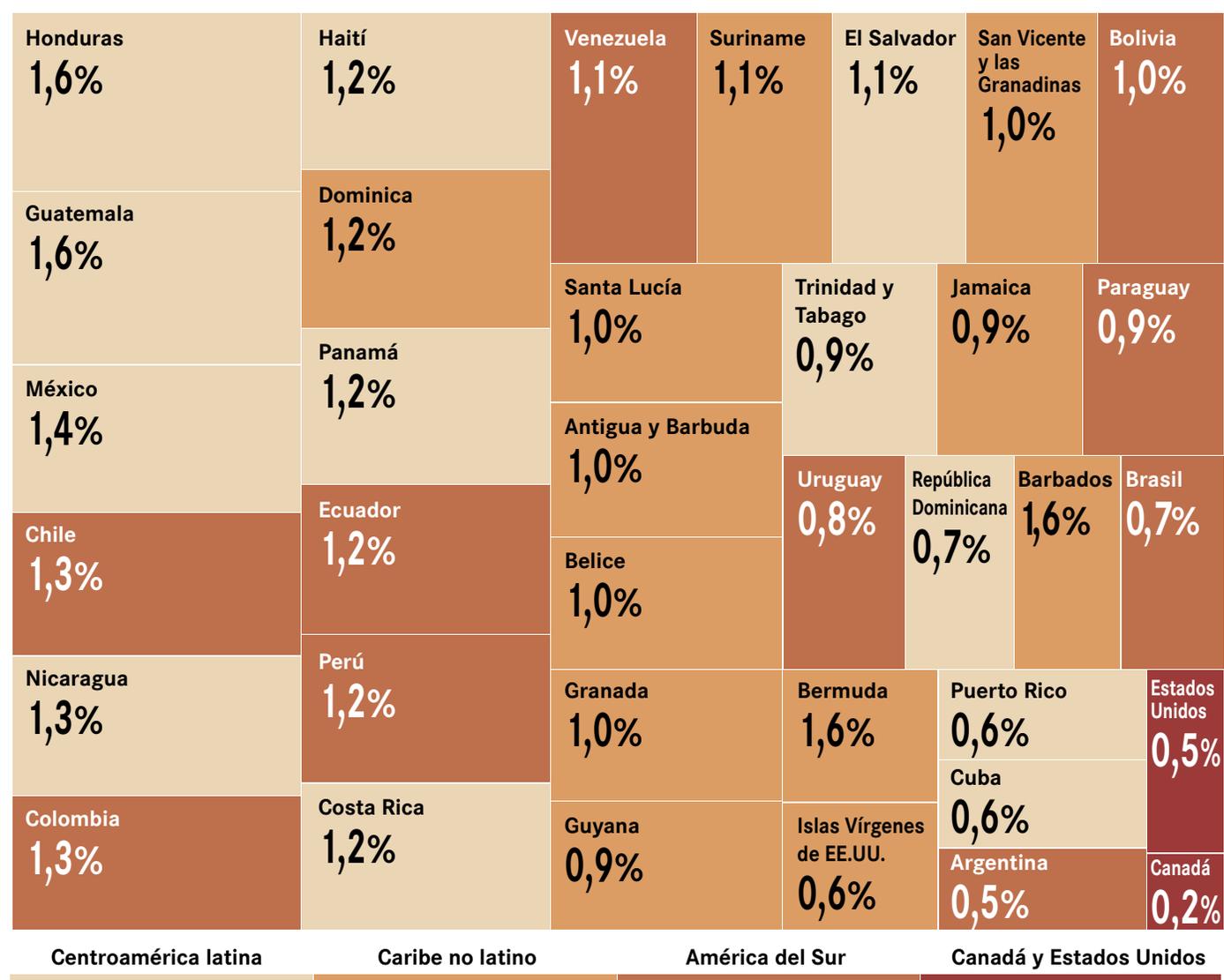
total en la región, oscilando entre 0,2% en Canadá y 1,6% en Honduras. A nivel subregional, la epilepsia se asocia a un porcentaje inferior de discapacidad en Canadá y Estados Unidos y a una proporción mayor en Honduras, Guatemala y México. De hecho, la mayoría de los países de Centroamérica, América del Sur y el Caribe están por encima del porcentaje total regional (véase la figura 20).

### ■ Migrañas y cefaleas tensionales

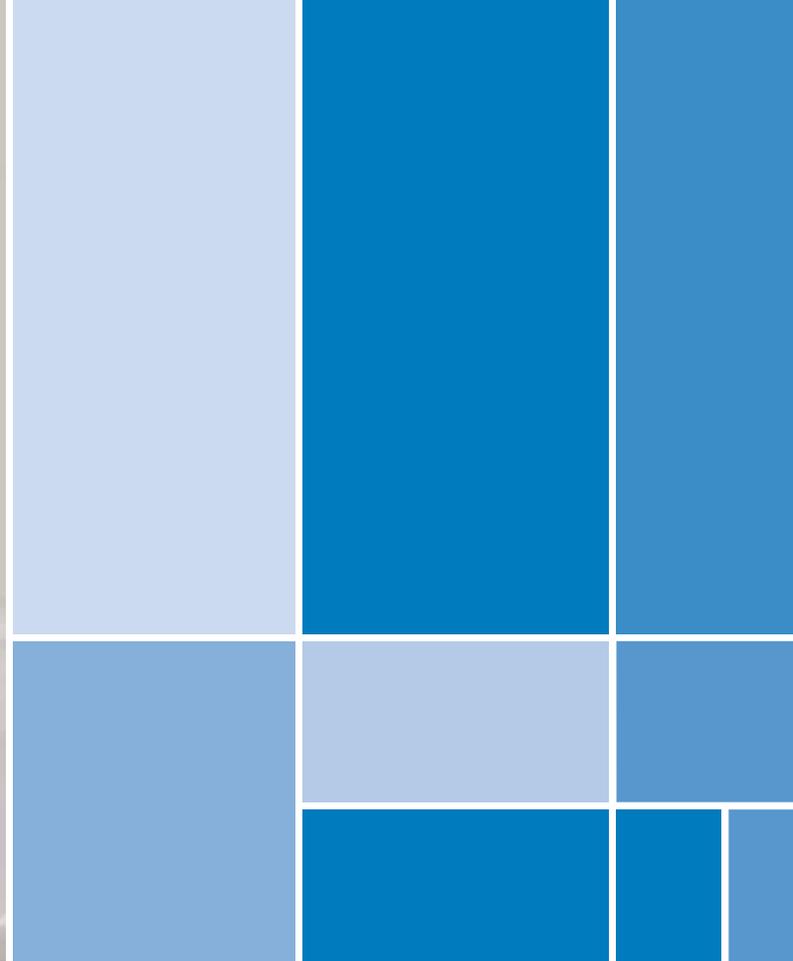
Las migrañas representan 4,4% de la carga regional de discapacidad, oscilando entre 3,6% en Estados

Unidos y 5,4% en Perú. Las cefaleas tensionales se asocian a una carga regional relativamente inferior (0,3%) y no parece que ninguna de estas afecciones presente un patrón subregional. Sin embargo, solo recientemente ha empezado a destacar la importante carga de discapacidad relacionada con la cefalea y sus posibles implicaciones para los sistemas de salud, a saber, la necesidad de capacitación generalizada de los trabajadores de atención primaria en su detección y abordaje.

Figura 20: Mapa de árbol de la discapacidad por epilepsia



Dimensiones del mapa de árbol: el color indica la subregión y el tamaño de cada rectángulo refleja la magnitud de la carga. Los países con cargas similares se agrupan juntos en la misma región del mapa de árbol.



## La respuesta de los sistemas de salud en la Región de las Américas: El financiamiento público de los servicios de salud mental

Esta sección se centrará en la manera en que nuestras sociedades responden al reto que plantean los TMNS. Así, en este estudio se analizará cómo la inversión en servicios de salud mental y la asignación del gasto varían como una función de los ingresos nacionales. Como resultado, se presentan parámetros de medición sencillos e intuitivos que permiten comparar la brecha entre la carga y el gasto en todos los países.

El presente análisis se basa en un conjunto de estimaciones de los gastos de salud y su asignación que se obtuvieron recopilando los últimos datos disponibles notificados a la OPS por los gobiernos de la Región de las Américas y publicados en el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud

(IESM-OMS). Esto se complementó con datos adicionales publicados cuando faltaban o cuando se dispuso de datos más recientes del IESM-OMS a nivel de los países (periodo 2009-2015). Una limitación para el siguiente análisis es el hecho de que estos datos son notificados a la OMS por los ministerios de salud, y su calidad es variable debido a la falta de criterios de notificación unificados acerca de los tipos de gastos que están incluidos o excluidos. En cuanto a los países o territorios

que carecían de datos sobre el gasto en salud mental o sobre la fracción gastada en hospitales psiquiátricos, se imputó la mediana regional. Los países fueron excluidos si faltaban ambos puntos de datos. Se obtuvieron datos del producto interno bruto del 2015 (paridad del poder adquisitivo [PPA] en dólares estadounidenses [\$]) (PPA del

PIB del 2015) de la base de datos de las Perspectivas de la Economía Mundial del Fondo Monetario Internacional.

En lo que respecta a un número reducido de territorios insulares sin datos sobre el PIB (PPA) del 2015 ( $n = 4$ ) o sobre la carga de enfermedad ( $n = 5$ ), se imputaron las medianas subregionales específicas (es decir, la mediana de los países del Caribe no latino). Por ejemplo, es probable que en estas estimaciones no se registren los recursos potencialmente considerables asignados a la atención de la demencia o a la prevención del suicidio, o servicios prestados a través de sectores no sanitarios. Sin embargo, aun considerando estas limitaciones, es improbable que las incongruencias en la inclusión de la demencia, la prevención del suicidio o los gastos del sector no sanitario reduzcan el desequilibrio encontrado en los países de ingresos bajos. De hecho, en realidad es más probable que estos gastos sean mucho mayores en los países de ingresos altos, lo que por tanto aumentaría la solidez de la correlación inversa observada. Por consiguiente, los siguientes resultados acerca del desequilibrio entre la carga y el gasto en los servicios de salud mental pueden considerarse conservadores.

## El gasto destinado a la salud mental como porcentaje del gasto público destinado a la salud

La mediana del gasto en los servicios de salud mental está a nivel mundial en 2,8% del gasto total destinado a la salud, a pesar de que los trastornos mentales representan 12% del total de AVAD y 35% del total de APD. Los países de ingresos bajos gastan alrededor de 0,5% de su presupuesto de salud en los servicios de salud mental, y los países de ingresos altos, 5,1%.<sup>15</sup> En la Región de las Américas, el gasto oscila entre el 0,2% en Bolivia y el 8,6% notificado por Suriname. Existe una significativa correlación lineal directa entre los ingresos nacionales y el gasto público destinado a la salud mental como proporción del presupuesto total destinado a la salud (véase la figura 21).

La OMS recomienda que la asignación del gasto de salud esté en proporción a la carga de enfermedad, y que haya paridad entre los aspectos físicos y mentales de la atención de salud (32, 33). En términos prácticos, esto significa que los servicios de atención de salud física y mental deben prestarse de forma integrada, y que el porcentaje de gasto asignado a los servicios de salud mental debe ser proporcional al porcentaje de su carga atribuible. A la hora de concretar estos conceptos se presentan varios retos: 1) como se señaló anteriormente, la carga de AVAD por trastornos mentales generalmente se subestima debido a la falta de registro de las defunciones debidas a la mayoría de las enfermedades mentales. Los APD proporcionarían un elemento de comparación de la discapacidad en las diferentes enfermedades menos sesgado, dado que la discapacidad en lo que se refiere a todos los trastornos se registra adecuadamente a través de las estimaciones de la prevalencia. Sin embargo, ya que los APD no incluyen la mortalidad, no serían apropiados como única medida de la carga general. Además, 2) la notificación de los gastos en salud mental como porcentaje específico del gasto público de salud no es uniforme entre los países debido a la ausencia de una estrategia de notificación unificada (por ejemplo, los tipos de servicios que están incluidos o excluidos, la manera de hacer una estimación de los servicios prestados a través de otros sectores, etc.). Por otro lado, no se tiene en cuenta el gasto privado, que en muchos países es la principal fuente de financiamiento en lo que respecta a la salud mental. Pese a estas salvedades, se ofrece una medición sencilla de la brecha en el gasto en salud mental, que resulta de dividir el porcentaje del total de AVAD atribuibles a los TMNS por el porcentaje del presupuesto público de salud asignado a los servicios de salud mental. Un cociente de 1 supondría la igualdad entre las proporciones de carga de enfermedad y gasto, lo que implica la presuposición de la costoeficacia equivalente de las intervenciones en los diferentes sectores de la salud, algo que no se basaría en la evidencia actual.

En la figura 22 se presentan todos los países ordenados según el cociente entre la carga de las enfermedades

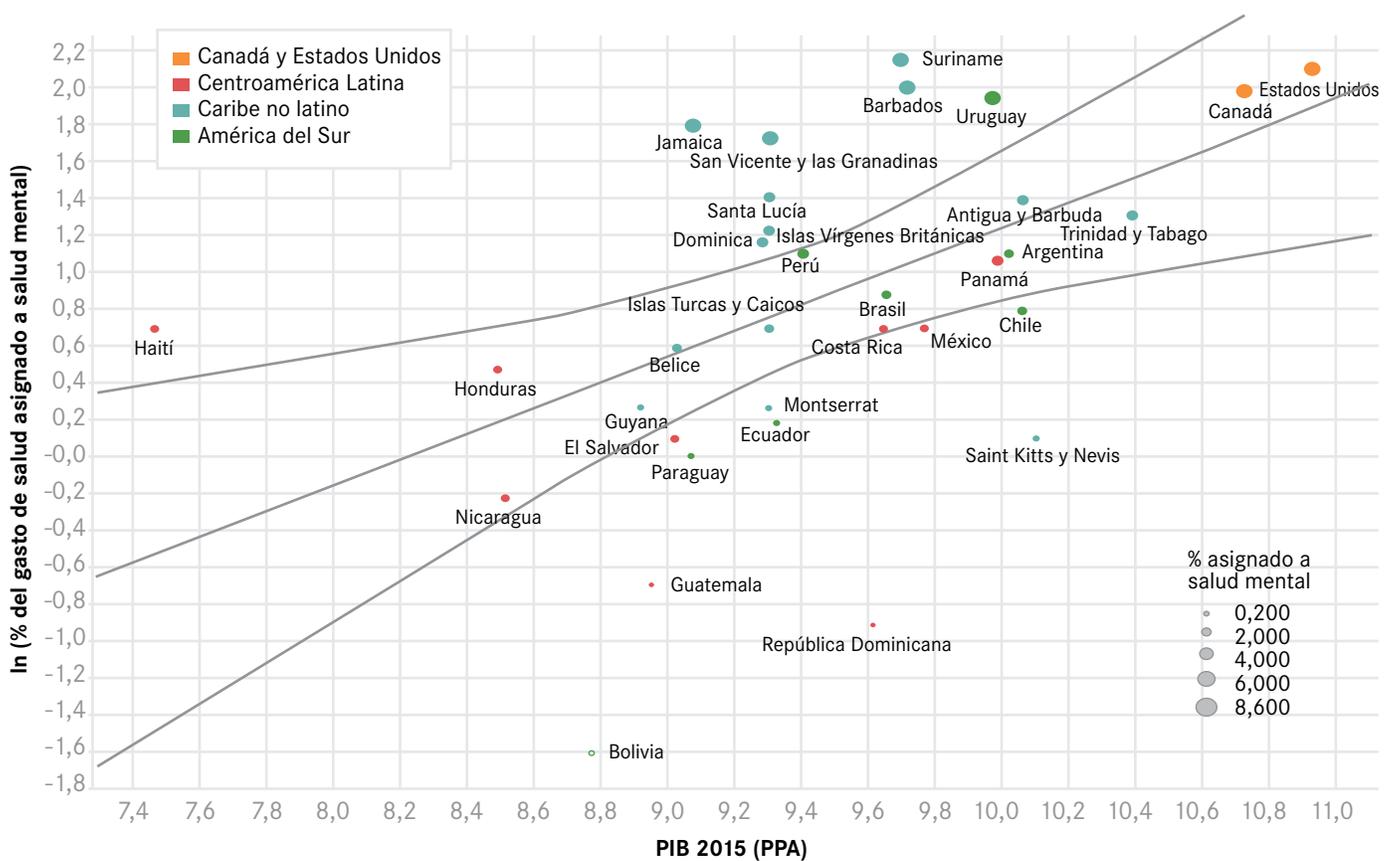
mentales respecto al gasto en salud mental. Se evidencia una amplia variación regional, con una carga que es de 1,8 a 72 veces el gasto notificado. La mediana en los países de la Región de las Américas es de 6,1, lo que indica que la proporción de carga atribuible a trastornos mentales es 6 veces mayor que la proporción de fondos de salud asignados a la salud mental.

## Asignación del gasto en salud mental

El análisis anterior, sin embargo, no tiene en cuenta la asignación de gasto dentro del subsistema de salud mental. Las directrices internacionales y la evidencia indican que los servicios para los trastornos mentales han de pro-

curar atender a las personas en la comunidad, prestando servicios integrados para las enfermedades mentales en la atención primaria o en hospitales generales, y tratamiento comunitario además de apoyo social a los individuos gravemente afectados (33). La fracción de gasto en salud mental que no se asigna a los hospitales neuropsiquiátricos puede considerarse una medida indirecta de hasta qué punto existe una buena asignación del gasto en salud mental, dado que los hospitales psiquiátricos carecen de datos probatorios de la eficacia, son notoriamente ineficientes y, de hecho, pueden dar lugar a prácticas yátrógenas. Pese a la existencia de algunos valores extremos, es muy significativo un modelo de tendencia lineal que correlaciona el logaritmo natural del porcentaje del presupuesto en salud mental asignado a los hospitales neuropsiquiátricos y el PIB del 2015 (véase la figura 23).

**Figura 21:** Gasto en salud mental versus PIB per cápita (PPA)\*



\* Modelo lineal:  $\ln(\% \text{ of gasto en salud asignado a las TMNS}) = 0,68 * \ln(\text{GDP}) + -5,6$ .  $R^2: 0,26$ .  $p=0,0036$ . Las bandas de confianza muestran los límites superior e inferior para un intervalo de confianza de 95%.

TMNS: trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias, y suicidio.

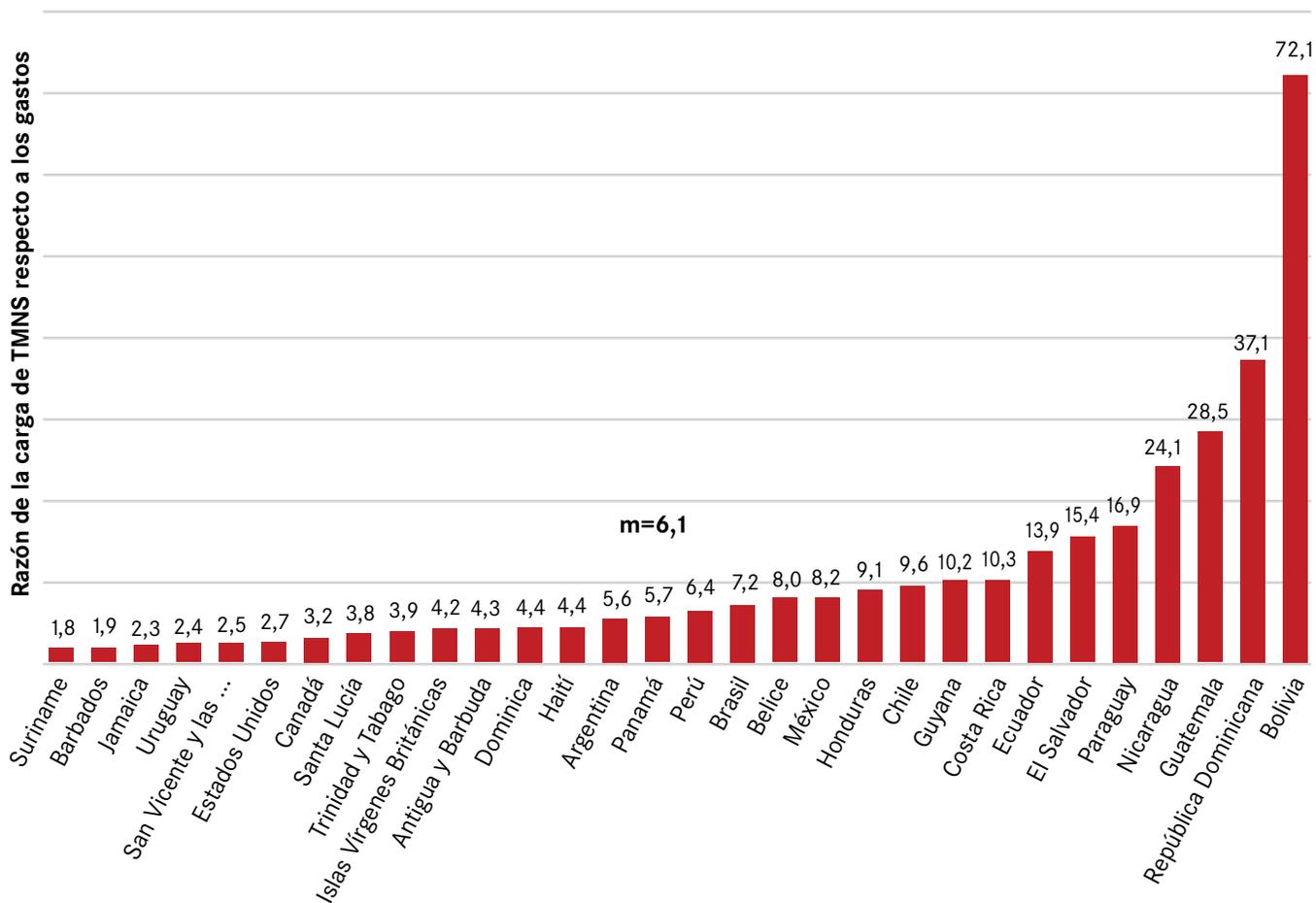
PIB (PPA): producto interno bruto, ajustado por paridad de poder adquisitivo.

La figura indica que los países de mayores ingresos no solo gastan una proporción mayor de su presupuesto de salud en servicios de salud mental, sino que posiblemente también asignan de mejor manera esa proporción cada vez mayor, a servicios de salud mental que se basan en la evidencia y siguen las directrices internacionales, proporcionando un tratamiento integrado en los servicios generales de salud y apoyo comunitario. Este enfoque comunitario respeta los derechos sociales y humanos de los pacientes, en contraposición con los enfoques segregacionistas basados en los

hospitales psiquiátricos que fomentan el aislamiento y posiblemente la violación de los derechos humanos.

Para visualizar la magnitud del desequilibrio en el gasto, y considerando la carga de los trastornos mentales que debe gestionarse en la comunidad respecto al gasto no absorbido por los hospitales neuropsiquiátricos, se puede obtener un ordenamiento muy diferente (compárense las figuras 22 y 24).<sup>1</sup> Es evidente que en lo referente al porcentaje de carga respecto al porcentaje de gasto eficientemente asignado, el

**Figura 22:** Razón del % de AVAD totales atribuibles a TMNS y % de gasto de salud asignado a salud mental, ordenados de menor a mayor



TMNS: trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias, y suicidio.  
m indica la mediana regional.

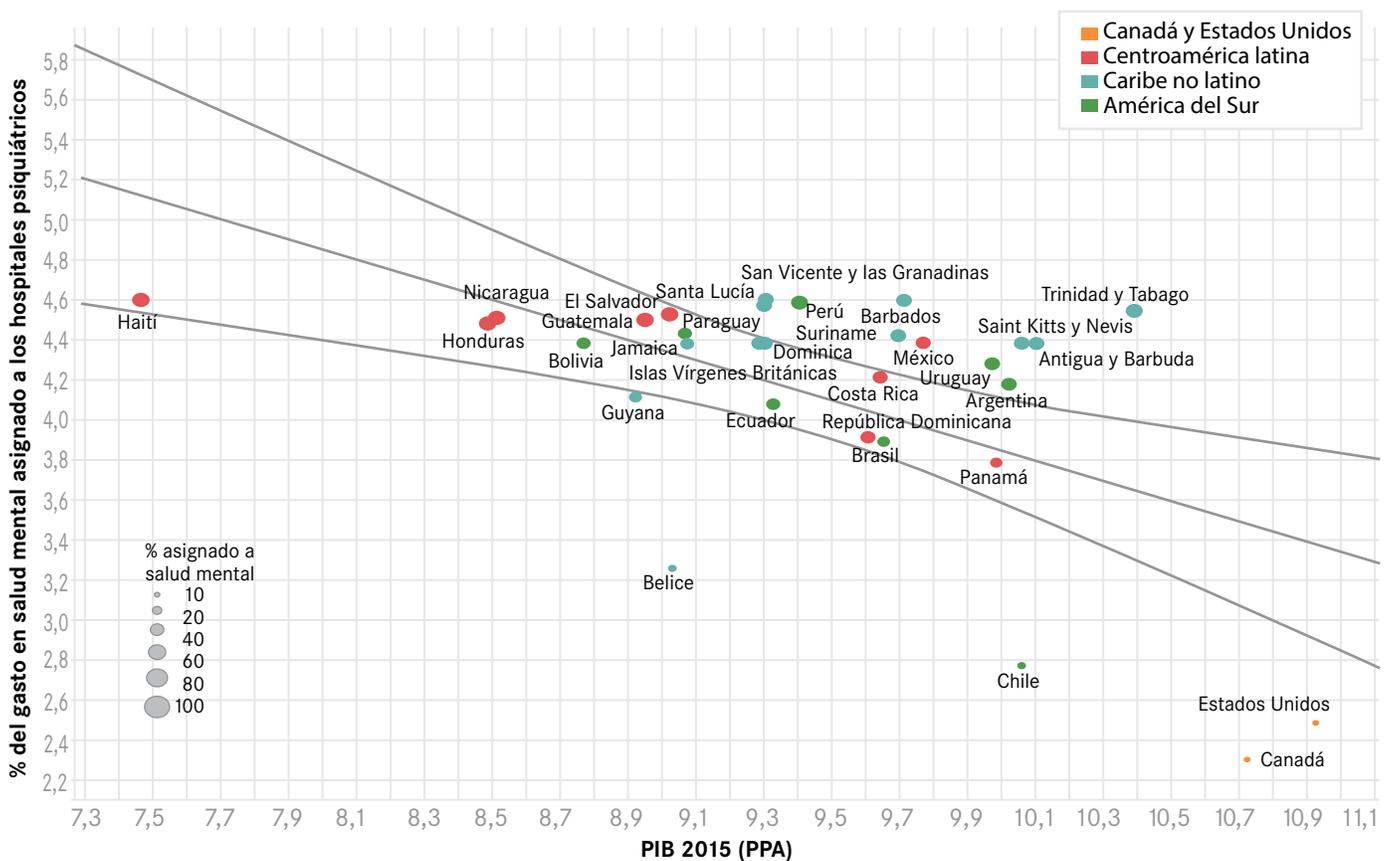
1 En este estudio se restó del numerador el porcentaje de carga atribuible al estado de salud más grave asociado a la esquizofrenia (69%), suponiendo que los hospitales neuropsiquiátricos estuvieran adecuadamente adaptados para tratar a esta pequeña proporción de las personas afectadas más gravemente. En este estudio se restó del denominador la fracción del gasto asignado a los hospitales neuropsiquiátricos.

desequilibrio varía en dos órdenes de magnitud: desde una carga que es el triple del gasto en Canadá y Estados Unidos hasta una carga 435 veces superior al gasto en Haití. La mediana regional indica un desequilibrio entre la carga de los trastornos mentales y el gasto de 31,5 a 1. Lo que señala este indicador es que existe una brecha en el gasto asociada con los ingresos a nivel de país, que afecta desproporcionadamente a los países con ingresos más bajos.

Esta brecha probablemente dé lugar a 1) diferencias crecientes de tratamiento en los países más pobres y a 2) un

gasto privado elevado en servicios de salud mental, particularmente gastos directos. Por ejemplo, el desequilibrio de 3 a 1 documentado en Canadá y Estados Unidos tiene como resultado el infratratamiento, que, según se calculó en un estudio reciente, es de 5 a 1 en lo que respecta al trastorno depresivo en los países de ingresos altos. Solo 22,4% recibieron tratamiento mínimamente adecuado en los países de ingresos altos, y específicamente 26% en Estados Unidos (34). En los países de ingresos bajos o de ingresos medianos bajos, se calculó que el cociente era de 27 a 1, y solo 4,7% de las personas que necesitaban atención recibieron

**Figura 23:** Gasto TMNS asignado a hospitales psiquiátricos vs. PIB (PPA)<sup>1</sup>



\* Modelo lineal:  $\ln(\% \text{ gasto TMNS asignado a hospitales psiquiátricos}) = -0,50 * \ln(\text{PIB}) + 8,9$ .  $R^2 = 0,32$ .  $p = 0,0012$ . Las bandas de confianza muestran los límites superior e inferior para un intervalo de confianza de 95%.

TMNS: trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias, y suicidio.

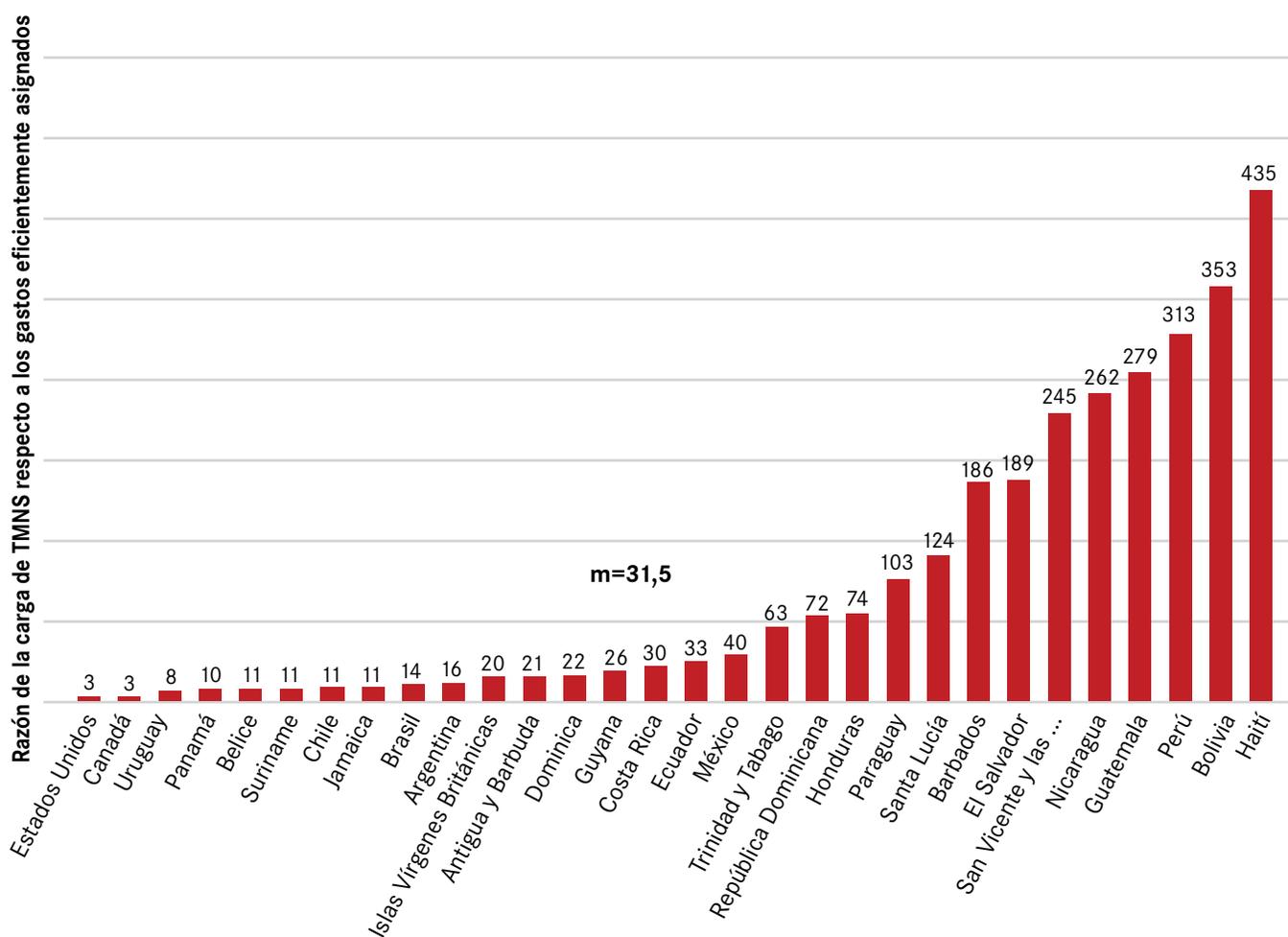
PIB (PPA): producto interno bruto, ajustado por paridad de poder adquisitivo.

<sup>1</sup> Las Figuras 21 y 23 plantean la posibilidad de que Haití, Canadá y los Estados Unidos sean valores atípicos e influyan en los modelos lineales. Por ese motivo, se volvieron a ejecutar los análisis excluyendo a Haití, Canadá y Estados Unidos para ambos modelos. Los resultados y su significancia se mantienen para el modelo que correlaciona la fracción de los gastos totales de salud dedicados a salud mental con el PIB (con un valor de  $p < 0,05$ ) pero pierde significancia para el modelo que correlaciona la fracción dedicada a hospitales psiquiátricos con el PIB.

servicios mínimamente adecuados. En concreto, se observó que en Perú recibieron tratamiento mínimamente adecuado 1 de cada 100 personas con un diagnóstico válido de trastorno depresivo. Estas cifras concuerdan con los resultados que aquí se presentan: a) el menor desequilibrio corresponde a Estados Unidos y Canadá y b) Perú tiene una de las mayores brechas del continente, con un desequilibrio de 313 veces de la carga respecto al gasto público. Estos resultados

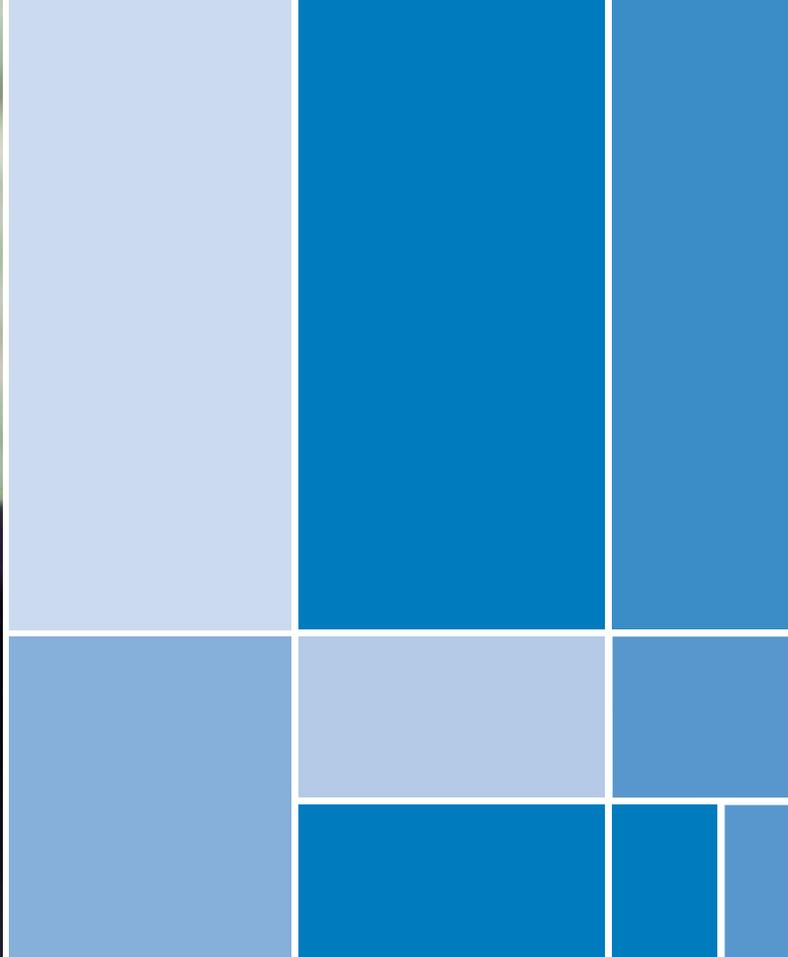
merecen un estudio más profundo, por ejemplo, sobre si el desequilibrio encontrado está compensado en parte por el gasto privado, lo que llevaría al infratratamiento de 100 a 0,9 que encontraron Thornicroft et al., que en los países de ingresos bajos supondría principalmente pagos directos, con lo que a la carga de enfermedad se le añadiría una carga económica que podría ser tremendamente importante (34).

**Figura 24:** Desequilibrio en el gasto: relación entre la carga de TMNS y el gasto asignado de manera eficiente\*



m indica la mediana regional.

\* Este cociente descarta del numerador los porcentajes de carga atribuible a la forma más severa de esquizofrenia, y del denominador el porcentaje asignado a los hospitales neuropsiquiátricos: (trastornos mentales como porcentaje de los AVAD - 63% de los AVAD por esquizofrenia)/ (porcentaje del presupuesto sanitario total - porcentaje gastado en hospitales neuropsiquiátricos). Según el modelo de la carga mundial de enfermedad, se calcula que 63% de los casos prevalentes corresponden a la esquizofrenia aguda, que se asocia a un peso de discapacidad de 0,778. Entretanto, 37% de los casos prevalentes corresponden a la esquizofrenia residual, que se asocia a un peso de discapacidad de 0,588 (los pesos de discapacidad van desde 0, esto es, la salud perfecta, hasta 1, que equivale a la muerte). Dado que los AVP por la esquizofrenia son insignificantes y los APD son resultado de la multiplicación de los casos prevalentes por el peso de discapacidad, se calculó que 69% de la carga de enfermedad de la esquizofrenia es atribuible al estado agudo.



## Conclusiones

Los TMNS constituyen un grupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad, y provocan un tercio del total de APD y un quinto del total de AVAD en la Región de las Américas. De los trastornos mentales, los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad y de discapacidad combinada con mortalidad, representando 3,4% del total de AVAD y 7,8% del total de APD. El segundo subgrupo de mayor importancia abarca los trastornos de ansiedad, con 2,1% y 4,9%, respectivamente, del total de AVAD y APD. La autoagresión y los trastornos por dolor también deben considerarse trastornos mentales comunes, responsables respectivamente de 1,6% de los AVAD y 4,7% de los APD. Las enfermedades mentales graves se asocian a una mayor mortalidad, sobre todo en los entornos de ingresos bajos, y los países de ingresos altos, por lo tanto, hacen frente a una mayor proporción de la carga de discapacidad debida a las esquizofrenias. En la distribución de trastornos menta-

les específicos surgen varios patrones subregionales, y en este informe se ofrece a las instancias decisorias un panorama matizado de los trastornos mentales en la mayoría de los países o territorios de la Región. América del Sur tiene en general proporciones mayores de discapacidad debida a enfermedades mentales comunes; el suicidio impone una carga desproporcionadamente alta en tres conglomerados subregionales: Suriname, Guyana y Trinidad y Tabago; Uruguay, Chile y Argentina; y Canadá y Estados Unidos. Los trastornos depresivos afectan principalmente a la población joven en edad de trabajar. En comparación con otras subregiones, Centroamérica continental tiene una mayor proporción de discapacidad por trastorno bipolar y trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, así como por epilepsia; Canadá y Estados Unidos sufren una carga elevada de discapacidad por esquizofrenia y demencia, así como tasas abrumadoras de discapacidad por trastornos debidos al consumo de opioides.

La respuesta del sistema de salud al reto de las enfermedades mentales muestra también variaciones regionales, en particular una correlación con los ingresos nacionales. Los países de ingresos más altos gastan una mayor proporción de su presupuesto de salud en servicios de salud mental y parecen asignar su gasto más eficientemente, alejándose de los hospitales neuropsiquiátricos y hacia la integración de la salud mental en la atención primaria y los recursos comunitarios. Por el contrario, los entornos de ingresos más bajos parecen agravar su falta de recursos al asignarlos a hospitales neuropsiquiátricos especializados en lugar de financiar servicios de salud mental comunitarios y de atención primaria, una estrategia que no solo se dirigiría a la creciente discapacidad resultante de la depresión y las enfermedades mentales comunes, sino también a la mortalidad por enfermedades mentales graves debidas en gran parte a causas tratables que siguen sin ser convenientemente atendidas debido a la estigmatización, a la falta de apoyo comunitario y a servicios de salud insuficientemente integrados. El desequilibrio entre la carga y los servicios de salud mental eficazmente asignados es tremendo, oscilando entre 3 veces en Estados Unidos y Canadá y 435 veces en Haití, con una mediana regional de 34. Cabe esperar que esta brecha del gasto público, que afecta desproporcionadamente a los países de menores ingresos, provoque 1) el infratratamiento y un aumento de la discapacidad y la mortalidad por causas tratables; y 2) un aumento de los pagos directos, que podría dar lugar a un gasto en salud de proporciones potencialmente desastrosas y a una disminución de la productividad tanto en el nivel individual como en el nacional.

En resumen, los TMNS constituyen un grupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad, y dan lugar a un tercio del total

de APD y a un quinto del total de AVAD en la Región de las Américas; además, la salud mental se considera cada vez más una prioridad mundial en materia de salud y desarrollo económico. En efecto, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas se menciona explícitamente a la cobertura universal de salud que incluya la salud mental y el bienestar como un compromiso mundial. Es indispensable que los gobiernos —especialmente los de países de ingresos bajos y medianos— reconsideren cómo se asignan sus presupuestos de salud. En vez de sucumbir a la inercia de los ajustes mínimos, generalmente reactivos, de los presupuestos por partida del año anterior, se pueden adoptar medidas audaces para asignar decididamente fondos después de una evaluación racional de las necesidades, las prioridades, los recursos disponibles y los datos probatorios existentes. A pesar de las limitaciones obvias de los presupuestos de salud y de salud mental en los países de ingresos bajos y medianos, hay un margen importante para hacer mejoras significativas. De hecho, el uso eficaz y costoeficaz de los recursos tiene suma importancia precisamente a causa de estas limitaciones. En lugar de asignar la mayor parte a los hospitales especializados, los países deben dar prioridad al financiamiento de los servicios de salud mental comunitarios y de atención primaria, conforme a una estrategia equilibrada de atención dirigida a las múltiples fuentes de la carga de enfermedad causada por los trastornos mentales: trastornos del estado de ánimo y suicidio; trastornos debidos al consumo de sustancias y muerte por sobredosis, o accidentes y enfermedades relacionados con el alcohol; y, por último, la mayor mortalidad causada por enfermedades mentales graves debidas a causas tratables que no son atendidas eficazmente debido a la estigmatización y a que los servicios de salud no están suficientemente integrados.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). Ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. Ginebra: OMS; 2008.
2. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-877. doi:10.1016/S0140-6736(07)61238-0.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas Ginebra: OMS; 2001.
4. Mnookin S, Kleinman A, Evans T, et al. Out of the shadows: Making mental health a global development priority. Washington, D. C.: Banco Mundial; 2016.
5. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, et al. The global economic burden of non-communicable diseases. Ginebra: OMS; 2011
6. Patel V, Chisholm D, Parikh R, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3.ª edición. *Lancet*. 2016;387(10028):1672-1685.
7. Votruba N, Eaton J, Prince M, Thornicroft G. The importance of global mental health for the Sustainable Development Goals. *J Mental Health*. 2014;23(6):283-286. doi:10.3109/09638237.2014.976857.
8. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York ONU; 2015.
9. Atun R. Transitioning health systems for multimorbidity. *Lancet*. 2015;6736(14):8-9. doi:10.1016/S0140-6736(14)62254-6.
10. Murray CJL, Barber RM, Foreman KJ, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet*. 2015;386(10009):2145-2191. doi:10.1016/S0140-6736(15)61340-X.
11. Murray C, Lopez A, directores. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Ginebra: OMS; 1996
12. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545-1602. doi:10.1016/S0140-6736(16)31678-6.
13. GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1603-1658. doi:10.1016/S0140-6736(16)31460-X.

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.* 2015;24:121-140. doi:10.1017/S2045796014000687.
15. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2016;3:171-178.
16. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Resultados del Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015). Seattle. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
17. Fekadu A, Medhin G, Kebede D, et al. Excess mortality in severe mental illness: 10-year population-based cohort study in rural Ethiopia. *Br J Psychiatry.* 2015;206(4):289-296. doi:10.1192/bjp.bp.114.149112.
18. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ.* 2013;346:f2539.
19. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013;382(9904):1575-1586.
20. Atun R, Vigo D, Thornicroft G. Challenges to estimating the true global burden of mental disorders - authors' reply. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(5):403-404. doi:10.1016/S2215-0366(16)30045-1.
21. 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.* 2006;256(3):187-196. doi:10.1007/s00406-005-0625-3.
22. Vigo DV, Selle V, Baldessarini R. [Enduring pain I. Nosology and epidemiology]. *Argentine Journal of Psychiatry, Vertex.* 2013;24(111):345-350.
23. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet.* 2015;385(9969):717-726. doi:10.1016/S0140-6736(14)61995-4.
24. Salomon JA, Haagsma JA, Davis A, et al. Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study. *Lancet Glob Health.* 2015;3(11):e712-e723. doi:10.1016/S2214-109X(15)00069-8.
25. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet.* 2005;365(9464):1099-1104. doi:10.1016/S0140-6736(05)71146-6.
26. Lund C, Breen A, Flisher AJ, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2010;71(3):517-528. doi:10.1016/j.socscimed.2010.04.027.
27. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord.* 2004;18(3):226-239. doi:10.1521/pedi.18.3.226.35445.
28. Baldessarini R, Selle V, Vigo DV. [Enduring pain II. Treatment]. *Vertex.* 2013;24(111):351-358.
29. Asmundson GJG, Katz J. Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depress. Anxiety.* 2009;26(10):888-901. doi:10.1002/da.20600.
30. Kleinman A. Global mental health: a failure of humanity. *Lancet.* 2009;374(9690):603-604.
31. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(4):334-341. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.
32. Organización Mundial de la Salud. The mental health context - mental health policy and service guidance package. Ginebra: OMS; 2003.
33. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013.
34. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry.* 2016. doi:10.1192/bjp.bp.116.188078.
35. Organización Panamericana de la Salud. WHO-AIMS: Informe regional sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, D.C: OPS; 2013.
36. Institute of Health Economics. The cost of mental health services in Canada: IHE. Edmonton (Canadá); 2010.
37. WHO-AIMS. Sistema de salud mental de Chile. Santiago de Chile; 2014.

# Anexo 1

## Países y población de la subregión del Caribe no latino

País	
Antigua y Barbuda	91.861
Barbados	283.841
Belice	358.715
Bermuda	66.868
Dominica	71.672
Granada	106.968
Guyana	770.068
Jamaica	2,823.613
Santa Lucía	185.108
San Vicente y las Granadinas	109.755
Suriname	542.588
Islas Vírgenes de EE.UU.	106.626







Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

