



Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública
ISSN: 1726-4642
revmedex@ins.gob.pe
Instituto Nacional de Salud
Perú

Diez-Canseco, Francisco; Ipínce, Alessandra; Toyama, Mauricio; Benate-Galvez, Ysabel; Galán-Rodas, Edén; Medina-Verástegui, Julio César; Sánchez-Moreno, David; Araya, Ricardo; Miranda, J. Jaime

ATENDIENDO LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EL PERÚ: RETOS Y OPORTUNIDADES PARA LA INTEGRACIÓN DE CUIDADOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 31, núm. 1, enero-diciembre, 2014,
pp. 131-136

Instituto Nacional de Salud
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36331026019>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

ATENDIENDO LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EL PERÚ: RETOS Y OPORTUNIDADES PARA LA INTEGRACIÓN DE CUIDADOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INTEGRATION OF MENTAL HEALTH AND CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN PERU: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES FOR PRIMARY CARE SETTINGS

Francisco Diez-Canseco^{1,a}, Alessandra Ipince^{1,b}, Mauricio Toyama^{1,2,c}, Ysabel Benate-Galvez^{3,d}, Edén Galán-Rodas^{3,e}, Julio César Medina-Verástegui^{3,f}, David Sánchez-Moreno^{4,g}, Ricardo Araya^{5,h}, J. Jaime Miranda^{1,6,i}

¹ CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

² Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

³ Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Seguro Social del Perú, EsSalud. Lima, Perú.

⁴ Centro de Salud "El Progreso", Microrred de Salud Carabayllo, Red de Salud Túpac Amaru, DISA V Lima Ciudad, Ministerio de Salud, Lima, Perú.

⁵ Faculty of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Londres, Reino Unido.

⁶ Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Psicólogo, magíster en Salud Pública; ^b antropóloga; ^c estudiante de Psicología; ^d médico geriatra; ^e médico cirujano; ^f médico pediatra; ^g psicólogo; ^h médico psiquiatra, doctor en Epidemiología Psiquiátrica; ⁱ médico, magíster y doctor en Epidemiología

Recibido: 19-12-13; Aprobado: 29-01-14

RESUMEN

En este artículo se discute la relación entre la salud mental y las enfermedades crónicas no transmisibles; así como la posibilidad de atenderlas de manera integral en el sistema de salud peruano. En primer lugar se revisan los estimados de prevalencia y carga de enfermedad de enfermedades crónicas no transmisibles y desórdenes mentales a nivel mundial y en el Perú. Luego, se describe el impacto perjudicial de la depresión en la etiología así como en la progresión de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Posteriormente, se analiza la brecha en el acceso a la atención de la salud mental en el Perú y, finalmente, se exploran las alternativas para reducirla. De estas alternativas se enfatiza la integración de la salud mental en servicios de atención primaria como una forma viable de responder a las necesidades de atención de la población en general, y de las personas con enfermedades crónicas, en particular, en el contexto peruano.

Palabras clave: Enfermedad crónica; Salud mental; Depresión; Integración de sistemas; Atención dirigida al paciente; Prestación de atención de salud (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

In this article, the relationship between mental health and chronic non-communicable diseases is discussed as well as the possibility to address them in a comprehensive manner in the Peruvian health system. First, the prevalence estimates and the burden of chronic non-communicable diseases and mental disorders worldwide and in Peru are reviewed. Then, the detrimental impact of depression in the early stages as well as the progress of diabetes and cardiovascular diseases is described. Additionally, the gap between access to mental health care in Peru is analyzed. Lastly, the alternatives to reduce the gap are explored. Of these alternatives, the integration of mental health into primary care services is emphasized; as a feasible way to meet the care needs of the general population, and people with chronic diseases in particular, in the Peruvian context.

Key words: Chronic disease; Mental health; Depression; Systems integration; Patient-centered care; Delivery of health care (source: MeSH NLM).

PREVALENCIA Y CARGA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y LOS DESORDENES MENTALES

A lo largo de los últimos años, tanto los trastornos neuropsiquiátricos como las enfermedades crónicas

no transmisibles, entre las que se consideran las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades pulmonares crónicas, han ganado notoriedad y han generado una creciente preocupación entre las organizaciones y profesionales de la salud pública, al ubicarse entre las principales causas de carga de enfermedad en el mundo ⁽¹⁾. Así, en el año 2008,

Citar como: Diez-Canseco F, Ipince A, Toyama M, Benate-Galvez Y, Galán-Rodas E, Medina-Verástegui JC, et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):131-6.

las enfermedades crónicas no transmisibles fueron responsables del 63% de todas las muertes a nivel mundial⁽²⁾. Utilizando los años de vida ajustados por discapacidad como unidad de medida, las enfermedades crónicas no transmisibles causaron el 54% de carga de enfermedad global en el 2010⁽¹⁾. Los trastornos mentales representaron el 7,4% de esta carga, siendo la depresión el trastorno de mayor magnitud dentro de este grupo (2,5%)⁽¹⁾.

Ambos grupos de enfermedades tienen una alta prevalencia y provocan una carga enorme en países de renta media y baja, como el Perú. En estos países se concentran el 80% de todas las muertes por enfermedades crónicas⁽²⁾ y el 75% de la carga de enfermedad por trastornos neuropsiquiátricos del mundo⁽³⁾.

En el Perú, en el año 2008, las enfermedades crónicas causaron el 60% de todas las muertes, y cerca del 30% de estas ocurrieron en personas menores de 60 años⁽⁴⁾, una proporción mayor a la encontrada en países de ingreso alto⁽⁵⁾. La prevalencia de hipertensión arterial y diabetes a nivel nacional asciende a 31,7 y 5,5%, respectivamente⁽⁴⁾. Igualmente preocupante es el impacto de los trastornos neuropsiquiátricos, los cuales tienen una prevalencia de vida de 29% en la población urbana⁽⁶⁾, y ocupan el primer lugar entre las causas de carga de enfermedad en el Perú, al ser responsables del 16% de todos los años de vida saludable perdidos tanto por discapacidad como por muerte prematura en el país⁽⁷⁾.

Es importante anotar que los desórdenes mentales presentan una distribución desigual en la población peruana, siendo más prevalentes, por ejemplo, en personas de bajos recursos y en aquellas afectadas por la violencia política vivida en el país en las décadas de los ochenta y noventa. Así, por ejemplo, en Lima, en el año 2002, el 34,2% de la población que no cubría sus necesidades básicas de alimentación, sufrió de algún trastorno psiquiátrico y 17,5% tenía depresión⁽⁸⁾. De otro lado, un estudio realizado en el año 2003 en la región de Ayacucho encontró un 56% de prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico y un 24,5% de trastornos depresivos para la población que había sufrido la desaparición o fallecimiento de un familiar a causa de la violencia política⁽⁹⁾.

EL IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN EL DESARROLLO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Entre los trastornos mentales, la depresión es la condición más prevalente en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Esta

prevalencia puede ser hasta dos o tres veces más alta en estos pacientes, en comparación con personas sin condiciones crónicas^(10,11). La diabetes, por ejemplo, duplica la probabilidad de desarrollar depresión, una condición que afecta aproximadamente al 30% de personas con diabetes tipo 1 y 2⁽¹²⁾. En los pacientes con enfermedades cardiovasculares las prevalencias de depresión se encuentran entre 20% y 45%^(13,14).

Diversos estudios han demostrado que la presencia de algún desorden mental puede contribuir tanto a la etiología como a la progresión de las enfermedades crónicas. Así, la evidencia muestra que las personas con depresión, o con otros trastornos mentales, tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas que quienes no sufren problemas de salud mental. Se estima que los pacientes con depresión tienen un riesgo incrementado de vez y media a dos veces mayor de sufrir una enfermedad coronaria⁽¹⁵⁾, y se sabe que la sintomatología depresiva se encuentra asociada a un incremento significativo en el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2⁽¹⁶⁾.

En cuanto a la progresión de la condición crónica, los síntomas depresivos incrementan las complicaciones asociadas a la diabetes, como retinopatía diabética, enfermedades cardiovasculares, nefropatía y disfunción sexual⁽¹⁷⁾. En el caso de las enfermedades cardiovasculares, la depresión aumenta el riesgo de tener complicaciones médicas y cardíacas, como isquemia, infarto e insuficiencia cardíaca⁽¹³⁾.

De esta manera, no es sorprendente que la depresión en pacientes con diabetes o enfermedades cardiovasculares implique un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad^(12,14). Por ejemplo, el riesgo de mortalidad es de dos a tres veces mayor para los pacientes con diabetes tipo 2⁽²⁾, y dos veces mayor para aquellos con enfermedades cardiovasculares que sufren de depresión⁽¹⁸⁾.

Además del impacto directo de la depresión sobre las condiciones crónicas de los pacientes, diversos estudios han explorado el efecto de los desórdenes mentales sobre la disposición y el comportamiento del paciente en relación a su cuidado y a su tratamiento. La depresión ha sido asociada de manera negativa con casi todas las medidas de auto-cuidado de la diabetes y de las enfermedades cardiovasculares, como por ejemplo, asistencia a citas médicas, dieta, medicación y actividad física^(15,17). Asimismo, se ha demostrado que la depresión afecta directamente la adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos, específicamente al monitoreo de la glucosa y la asistencia a las citas médicas⁽¹⁷⁾. En este sentido,

la depresión empeora la calidad de vida, genera un mayor gasto en servicios médicos, y provoca mayor discapacidad funcional^(13,14).

Del mismo modo, los resultados de la Encuesta Mundial de Salud, realizada por la Organización Mundial de la Salud, muestran que la depresión en pacientes con enfermedades crónicas se asocia significativamente con un peor estado de salud, en comparación con pacientes sin depresión que tienen una o más enfermedades crónicas⁽¹⁰⁾. Se explicita así la necesidad de brindar atención en salud mental a la población con enfermedades crónicas no transmisibles. Sin embargo, la depresión en pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, sigue siendo subdiagnosticada y subtratada en el mundo, a pesar de su alta prevalencia y su relación con complicaciones de la salud, deterioro de la calidad de vida y mayor riesgo de mortalidad^(14,17).

ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ

El subdiagnóstico e inadecuado tratamiento de los problemas de salud mental, más allá de su comorbilidad con las enfermedades crónicas no transmisibles, es un problema extendido en muchos países de renta media y baja^(3,19). Reportes de la Organización Mundial de la Salud revelan que la brecha en el acceso a tratamiento para condiciones de salud mental en estos países es enorme. Así, en el año 2004, la proporción de personas con algún trastorno mental severo que reportó haber recibido tratamiento en los 12 meses previos estuvo entre 10 y 25%, cifras significativamente inferiores al 50%, o más, reportado en los países de ingresos más altos⁽²⁰⁾. En el Perú, según los estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi en distintas regiones del país, entre un 75 y 85% de la población que manifestó la necesidad de atención en salud mental no recibió ningún tipo de atención^(8,21-23).

La raíz de esta brecha en el acceso a tratamiento fue descrita en un informe del año 2008, realizado por el Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud, el cual identificó diversos elementos intrínsecos al sistema de salud que obstaculizaban la provisión de servicios de salud mental a nivel nacional⁽¹⁹⁾. Uno de estos elementos fue el escaso presupuesto asignado a la salud mental que, según datos del año 2005, fue equivalente a solo el 3% del presupuesto total del sector salud. Más aun, el 98% de estos escasos recursos fueron asignados a tres instituciones psiquiátricas ubicadas en Lima⁽¹⁹⁾.

Otro problema fundamental es la poca articulación de la atención en salud mental en el sistema de salud peruano. Evidencia de ello es que son pocos los centros de salud con servicios de atención en salud mental y los hospitales que ofrecen la posibilidad de internamiento por algún problema de salud mental⁽¹⁹⁾. En este sentido, la atención en salud mental, en muchos casos, solo se encuentra disponible en el tercer nivel de atención, es decir en los hospitales especializados que se encuentran en Lima.

A este problema organizativo se le suma la escasez de recursos humanos especializados en salud mental en el país y su concentración en la ciudad de Lima^(3,19,24,25). Según un informe de la Defensoría del Pueblo del 2009, 82% de los 187 psiquiatras del Ministerio de Salud trabajaban en Lima y Callao⁽²⁵⁾. De manera similar, en el 2010, el 70% de los 96 psiquiatras y cerca del 50% de los 213 psicólogos contratados por el Seguro Social de Salud (EsSalud) laboraban en la ciudad de Lima⁽²⁴⁾.

De acuerdo a los estudios epidemiológicos en el país, en promedio el 47% de la población que no vio satisfecha su necesidad de atención en salud mental expresó como motivo principal la falta de dinero^(8,21-23). Esto sugiere que la atención en salud mental se encuentra con frecuencia supeditada a la capacidad adquisitiva de la población, siendo más accesible para un sector privilegiado que podría pagar consultas privadas⁽²⁶⁾.

Las enormes brechas en la atención de la salud mental en el Perú son un ejemplo de la discrepancia que existe entre la significativa carga de enfermedad que los trastornos de salud mental traen consigo y el escaso interés en hacerles frente⁽²⁷⁾, lo que se traduce en un reducido financiamiento, una inadecuada oferta de servicios y una distribución inequitativa de los recursos en el país⁽³⁾. De manera similar, los actuales sistemas de atención de enfermedades crónicas en países de renta media y baja como el Perú, mantienen una organización aún muy débil y fragmentada para su manejo y prevención⁽²⁶⁾. Ante este escenario, y debido a la alta comorbilidad entre las enfermedades crónicas y los trastornos mentales, y el complejo cuidado que estas requieren, resulta eficiente el atender ambas condiciones de manera conjunta e integrada, para lo cual la atención primaria es el escenario más favorable⁽²⁸⁾.

OPORTUNIDADES PARA LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LA INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PERÚ

La Organización Mundial de la Salud considera que, en la actualidad, los recursos destinados a reducir la gran carga asociada a los trastornos

neuropsiquiátricos son insuficientes, se encuentran mal distribuidos y son utilizados de manera inefficiente, lo cual deriva en una brecha significativa en el acceso a tratamiento en países de renta media y baja (conocido como *mental health gap*, en inglés) ⁽³⁾. Sin embargo, existen estrategias factibles, asequibles y con una buena relación de costo-efectividad para reducir esta brecha ⁽²⁹⁾. La integración de servicios de salud mental en atención primaria se presenta como la aproximación más viable para lograr esta reducción, y ampliar la cobertura de atención para las condiciones psiquiátricas, sobre todo las que representan una alta carga de enfermedad, como la depresión ⁽³⁰⁾. Esta integración resulta especialmente atractiva en países de alta inequidad económica y social como el Perú, al facilitar que dichos servicios integrados estén al alcance del grueso de la población.

Debido a la escasez de personal especializado en atención primaria, una propuesta clave en esta integración es el reparto de tareas con los proveedores de salud no especializados de atención primaria ⁽²⁹⁾. Las funciones que deberían asumir los proveedores en este proceso son la evaluación, diagnóstico, referencia y tratamiento adecuado de las personas afectadas por desórdenes mentales ⁽³⁰⁾.

La implementación de los modelos integrados para el diagnóstico y manejo de los trastornos mentales en atención primaria, que en gran medida se han enfocado en la atención de la depresión, han demostrado su efectividad en mejorar la adherencia a la medicación y la disminución de síntomas depresivos en los pacientes ⁽³¹⁾. Las actividades incluidas en este tipo de modelos son el tamizaje, con el uso de cuestionarios sencillos, la capacitación del personal de salud, el uso de recordatorios de toma de medicación para los pacientes, la presencia de un supervisor de los casos, y una mayor comunicación con la atención especializada.

Uno de los elementos que ha demostrado ser particularmente efectivo es la capacitación de un “responsable de casos” (*care managers*, en inglés), rol usualmente asumido por enfermeras, para orientar al paciente y supervisar su tratamiento y su asistencia a las consultas ^(31,32). Una figura similar se utiliza en los modelos de cuidado crónico colaborativo (*Collaborative Chronic Care Model*, en inglés), los cuales han probado ser especialmente eficaces en integrar la atención y el tratamiento de desórdenes mentales y enfermedades crónicas en servicios de atención primaria ⁽³³⁾. Estos modelos tienen un impacto positivo en la calidad de vida física y mental, así como en la calidad de vida en general de los pacientes, en especial los que padecen enfermedades crónicas ⁽³³⁾.

Dentro de estos modelos, los responsables de casos sirven como eje de coordinación entre los proveedores de salud de atención primaria y los especialistas en salud mental ⁽³²⁾. Esta estructura permite al personal de atención primaria no especializado, realizar tamizaje y diagnóstico de depresión, prescribir medicación y derivar oportunamente al paciente, con el asesoramiento de un especialista de salud mental para el monitoreo del tratamiento y el manejo de los casos más complejos ⁽³²⁾.

Además de haber sido probado en pacientes con enfermedades crónicas ⁽²⁸⁾, el modelo de cuidado crónico colaborativo también ha logrado mejoras significativas de la sintomatología depresiva en un amplio rango de poblaciones, como pacientes con VIH/SIDA ⁽³⁴⁾, y mujeres embarazadas ⁽³⁵⁾. Una revisión sistemática de 37 ensayos clínicos, publicados entre el 2004 y el 2009, prueba que este modelo de atención se asocia positivamente con la mejora de síntomas depresivos, una mejor respuesta al tratamiento y mayor adherencia al mismo, una mejor calidad de vida, mayor funcionalidad, y una mayor satisfacción con la atención recibida ⁽³²⁾.

Si bien en el Perú, aún tenemos mucho camino por recorrer para garantizar el acceso y la provisión de servicios adecuados de salud mental, ha habido iniciativas puntuales, desarrolladas desde el sector público, que han intentado integrar la salud mental en servicios de atención primaria. En el 2008, la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud, en concordancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud ⁽³⁰⁾, inició actividades para facilitar la detección y tratamiento de las condiciones psiquiátricas más frecuentes en el primer nivel de atención por medio de la aprobación de Guías de Práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría a ser utilizadas en servicios de atención primaria. A pesar de ello, son aún pocos los establecimientos de salud que brindan atención y tratamiento en salud mental ⁽²⁵⁾. Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi y el Hospital Hermilio Valdizán han desarrollado proyectos de incorporación de tamizaje y tratamiento de depresión en servicios de atención primaria en el departamento de Apurímac y en el distrito de Huaycán (Lima), respectivamente ^(36,37).

Más recientemente, el Seguro Social de Salud (EsSalud), ha incluido en su nueva cartera de servicios de salud el abordaje de la salud mental de manera transversal a todos sus niveles de atención. Priorizando intervenciones costo-efectivas basadas en la evidencia científica, EsSalud ha incluido el tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno de la depresión y otros problemas de salud mental, con un enfoque de familia y comunidad, en todas las etapas de vida ⁽³⁸⁾.

CONCLUSIONES

La integración de la salud mental a la atención primaria se configura así como la estrategia más viable para proveer de atención en salud mental en contextos como el nuestro, donde el grueso de la población no accede a este tipo de atención. Como se ha expuesto, esto resulta de carácter particularmente urgente para los pacientes con enfermedades crónicas, quienes tienen un mayor riesgo de desarrollar algún trastorno mental, que puede además dificultar el manejo y empeorar su condición crónica. En este sentido, la integración beneficiaría a estos pacientes, atenuando las consecuencias de la comorbilidad y los gastos asociados al manejo de ambas condiciones. Además, esto favorecería al sistema de salud, fortaleciendo su capacidad de respuesta desde los primeros niveles de atención.

En la actualidad, en el Perú se han estado implementando diversos proyectos de integración, aunque aún en pequeña escala. Esto demuestra, en comparación con el pasado reciente, una mayor disposición para fortalecer la atención primaria, y brindar a los pacientes un cuidado integral que contemple su salud mental. Este interés coincide, además, con la actual agenda de salud global de países como Reino Unido, Canadá y Estados

Unidos, de fortalecer los servicios de salud mental de países en desarrollo, mediante una mayor asignación de recursos⁽³⁹⁾.

Este escenario debe ser aprovechado para poner en marcha estrategias de integración articuladas desde diversas instancias del sistema de salud, que favorezcan el acceso a servicios adecuados de la población en general, y de las personas con enfermedades crónicas en particular.

Contribuciones de autoría: FDC, RA y JJM han participado en la concepción del artículo, la revisión crítica y la aprobación de su versión final. AI y MT contribuyeron con la revisión de la literatura y la redacción del borrador de este manuscrito. YBG, EGR, JMV y DSM participaron en la revisión crítica del artículo. Todos los autores participaron de la versión final a publicar.

Fuentes de financiamiento: FDC, RA y JMM son investigadores de un proyecto de la iniciativa Global Mental Health financiado por Grand Challenges Canada (GMH 0335-04). FDC, AI, MT y JJM están afiliados con CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia, el cual es financiado por el National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI), National Institute of Health (NIH), Department of Health and Human Services, mediante contrato No. HHSN268200900033C.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197–223. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4.
- World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Ginebra: World Health Organization; 2011.
- World health Organization. *mhGAP: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*. Ginebra: World Health Organization; 2008.
- World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2011: Peru [Internet]. Geneva: WHO; c2011 (updated 2011; citado el 10 de diciembre del 2013). Disponible en: http://www.who.int/nmh/countries/per_en.pdf
- Mendis S, Puska P, Norving B, editors. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Ginebra: World Health Organization; 2011.
- Instituto Nacional de Salud Mental. *Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos psiquiátricos en el Perú urbano: Estudio epidemiológico en ciudades de la costa, sierra y selva del Perú*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental; 2012.
- Velasquez A. *La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009;26(2):222-31.
- Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general*. Anales de Salud Mental. 2002;18(1-2):1-199.
- Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio epidemiológico de salud mental en Ayacucho 2003*. Anales de Salud Mental. 2004;20(1-2):1-199.
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. *Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys*. Lancet. 2007;370(9590):851-8.
- Egede LE. *Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability*. Gen Hosp Psychiatry. 2007;29(5):409-16.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. *The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis*. Diabetes Care. 2001;24(6):1069-78.
- Davidson KW. *Depression and coronary heart disease*. ISRN Cardiol. 2012;2012:743813. doi: 10.5402/2012/743813
- Huffman JC, Celano CM, Beach SR, Motiwala SR, Januzzi JL. *Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis*. Cardiovasc Psychiatry Neurol. 2013;2013:695925. doi: 10.1155/2013/695925.

15. Pitt B, Deldin PJ. Depression and cardiovascular disease: have a happy day—just smile! *Eur Heart J*. 2010;31(9):1036-7. doi: 10.1093/euroheartj/ehq031.
16. Rotella F, Mannucci E. Depression as a risk factor for diabetes: a meta-analysis of longitudinal studies. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(1):31-7. doi: 10.4088/JCP.12r07922.
17. Andreoulakis E, Hyphantis T, Kandylis D, Iacovides A. Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. *Hippokratia*. 2012;16(3):205-14.
18. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med*. 2004;66(6):802-13.
19. Ministerio de Salud. *Informe sobre los servicios de salud mental del subsector Ministerio de Salud del Perú 2008*. Lima: Ministerio de Salud-OPS-OMS; 2009.
20. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291(21):2581-90.
21. Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio epidemiológico de salud mental en la costa peruana 2006. Informe general*. Anales de Salud Mental. 2007;23(1-2):1-226.
22. Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2003. Informe general*. Anales de Salud Mental. 2003;19(1-2):1-216.
23. Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio epidemiológico de salud mental en la selva peruana 2004. Informe general*. Anales de Salud Mental. 2004;21(1-2):1-213.
24. Seguro Social de Salud (EsSalud). Plan nacional de atención integral de salud mental 2010-2015. Lima: Comité Técnico de Salud Mental, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, EsSalud; 2010.
25. Defensoría del Pueblo. Salud mental y derechos humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Informe defensorial N° 140. Lima: Adjuntía Para los Derechos Humanos y las Personas con Discapacidad, Defensoría del Pueblo; 2009.
26. Miranda JJ, Kinra S, Casas JP, Davey Smith G, Ebrahim S. Non-communicable diseases in low- and middle-income countries: context, determinants and health policy. *Trop Med Int Health*. 2008;13(10):1225-34. doi: 10.1111/j.1365-3156.2008.02116.x.
27. Becker AE, Kleinman A. An agenda for closing resource gaps in global mental health: innovation, capacity building, and partnerships. *Harv Rev Psychiatry*. 2012;20(1):3-5. doi: 10.3109/10673229.2012.652875.
28. Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med*. 2010;363(27):2611-20. doi: 10.1056/NEJMoa1003955.
29. World Health Organization. *Investing in mental health: evidence for action*. Ginebra: World Health Organization; 2013.
30. World Health Organization. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Ginebra: World Health Organization; 2008.
31. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003 Jun 18;289(23):3145-51.
32. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2012;42(5):525-38. doi: 10.1016/j.amepre.2012.01.019.
33. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kilbourne AM, Bauer MS. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2012;169(8):790-804. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11111616.
34. Curran GM, Pyne J, Fortney JC, Gifford A, Asch SM, Rimland D, et al. Development and implementation of collaborative care for depression in HIV clinics. *AIDS Care*. 2011;23(12):1626-36. doi: 10.1080/09540121.2011.579943.
35. LaRocco-Cockburn A, Reed SD, Melville J, Croicu C, Russo JE, Inspektor M, et al. Improving depression treatment for women: Integrating a collaborative care depression intervention into OB-GYN care. *Contemp Clin Trials*. 2013;36(2):362-70. doi: 10.1016/j.cct.2013.08.001.
36. Organización Panamericana de la Salud. Fortaleciendo la salud mental en nuestras comunidades. Lima: OPS; 2012.
37. Cueva RN. Reforma de la atención en salud mental y psiquiatría: Proyecto piloto de Huaycán. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental "Hermilio Valdizán"*. 2011;12(2):5-25.
38. Seguro Social de Salud (EsSalud). *Resolución de Gerencia General 1207-2013: Cartera de servicios de salud de complejidad creciente del seguro social de salud (EsSalud)*. Lima: Gerencia Central de Prestaciones de Salud, EsSalud; 2013.
39. Becker AE, Kleinman A. Mental health and the global agenda. *N Engl J Med*. 2013;369(14):1380-1. doi: 10.1056/NEJMc1309899.

Correspondencia: J. Jaime Miranda
Dirección: CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Av. Armendáriz 497, Miraflores, Lima 12, Perú.
Correo electrónico: Jaime.Miranda@upch.pe