



ARTÍCULO ESPECIAL

Sobrediagnóstico en ciencias de la salud: una revisión narrativa del alcance en Salud Mental



Juan A. López-Rodríguez

Grupo de Trabajo de Salud Mental de la semFYC. Unidad de Apoyo a la Investigación, Gerencia de Atención Primaria de Madrid, Madrid, España. Centro de Salud General Ricardos, Madrid, España. Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España. Red Temática de Investigación Cooperativa en Salud-Red de Investigación en Servicios en Salud en Enfermedades Crónicas (RETICS-REDISSEC), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

Recibido el 21 de julio de 2018; aceptado el 1 de agosto de 2018
Disponible en Internet el 27 September 2018

PALABRAS CLAVE

Sobrediagnóstico;
Sobretreatmento;
Sobreutilización de
servicios sanitarios;
Tráfico de
enfermedades

KEYWORDS

Overdiagnosis;
Overtreatment;
Overuse of health
services;
Disease traffic

Resumen

Objetivo: El objetivo de esta revisión es actualizar el estado del arte de las diferentes formas de sobreutilización, sobrediagnóstico y sobretreatmento dentro de la salud mental.

Método: Se realizó una revisión narrativa utilizando las fuentes de datos de Medline hasta 2018 y se seleccionaron estudios en humanos donde el sobrediagnóstico era objeto de tratamiento en el desarrollo del artículo porque se centraba en su discusión o se abordaba como tema principal, no aquellos en los que se mencionaba de forma somera.

Resultados: Se obtuvieron más de 200 referencias relacionadas con sobrediagnóstico y sobretreatmento en Salud Mental, de las cuales 40 fueron revisiones narrativas. Las principales se relacionaron con el estudio de criterios diagnósticos más que con la estimación de la sobreutilización médica en Salud Mental. Trastornos de ansiedad y depresión, trastorno bipolar y trastorno por déficit de atención e hiperactividad agrupan el mayor número de referencias en este ámbito.

Conclusiones: La variedad en la terminología y la dificultad de la objetivación en Salud Mental hacen de este campo un nicho para el sobrediagnóstico.

© 2018 El Autor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Overdiagnosis in health sciences: A scope review for Mental Health conditions

Abstract

Aim: The objective of this review is to update the State of the Art of the overuse, overdiagnosis and overtreatment in Mental Health.

Methods: A narrative review was carried out using Medline database until 2018 and overdiagnosis related papers were selected if that was the main scope of the article, either by discussing or accounting about overdiagnosis, not just mention it.

Correo electrónico: juanantonio.lopez@salud.madrid.org

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.001>

0212-6567/© 2018 El Autor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Results: More than 200 references were obtained related to overuse in Mental Health, 40 of the already a review. Most of them focussed on diagnostic criterias instead of estimating overdiagnosis in Mental Health. Anxiety disorders, depression, bipolar disorder and attention deficit disorder were among the most common topics in the references.

Conclusion: The lack of objective criterias and the variety in the terminology could facilitate overdiagnosis in Mental Health.

© 2018 The Author. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Estado del arte en sobrediagnóstico en Salud Mental

Muchos de los términos relacionados en su creación con la sobremedicalización provienen directamente del sobrediagnóstico en Salud Mental (SM). La SM es parte integral de la salud y el bienestar, como se especificaba en la definición de salud que figuraba en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El concepto de SM va más allá de la mera ausencia de trastorno mental (TM). En general, los TM se caracterizan por alguna combinación de anomalías de los procesos del pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones con los demás¹. Sin embargo, existen también *problemas de salud*, que son todas aquellas situaciones que puedan requerir una acción por parte del médico o de un agente de salud (incluido el paciente). *Problema* sería cualquier queja, observación o hecho que el paciente o el médico perciben como una desviación de la normalidad, que ha afectado, puede afectar o afecta a la capacidad funcional del paciente².

Sin embargo, esos «patrones de carácter psicológico sujetos a interpretación clínica» que se asocian a un malestar o a una discapacidad en las personas han ido variando en función de los cambios culturales y sociales que se han ido viviendo. Existen situaciones vitales o evolutivas de la persona que, sin ser un TM, están relacionadas con la posibilidad de sufrir alguno de esos TM con mayor probabilidad (hijos de familias monoparentales, problemas en el embarazo, muerte de un familiar, pérdida de funciones físicas, etc.)³. Es decir, existen determinadas situaciones vitales que se consideran factores de riesgo para algunas enfermedades mentales.

Existen condiciones que predisponen al desarrollo de TM que se manifiestan con afectación de la funcionalidad diaria de la persona y, por tanto, pueden ser etiquetables como TM codificados en un manual estadístico. Esto hace que los sistemas de salud den una respuesta organizada para el conjunto de las enfermedades mentales. Sin embargo, el apoyo social durante un duelo, el acompañamiento ante una situación traumática, el soporte psicosocial a la embarazada previenen la aparición de enfermedades mentales propiamente dichas y algunas de estas coberturas no son alcanzables por los sistemas de salud.

Vivimos cada vez más años y además acumulamos enfermedades crónicas. De esto se viene hablando durante más

de 40 años en la medicina y desde ámbitos como la sociología, la antropología, la historia y la bioética. Fue un hito cuando en 2007 Conrad⁴ relató en su libro *The medicalization of society* los 4 primeros casos de conciencia de la *sobreutilización* en medicina en forma de lo que él llama «la medicalización de la sociedad: la transformación de condiciones humanas en enfermedades tratables». En ese libro aborda problemas como la medicalización del envejecimiento en el hombre (calvicie, *andropausia* y disfunción eréctil), los niños hiperactivos o con déficit de atención, el uso de hormona del crecimiento para otros usos no médicos o el cambio de paradigma en la psiquiatría, desmedicalizando la homosexualidad.

Posteriormente, en el *Journal of American Medical Association* se realiza desde 2013⁵⁻⁷ una cadena de actualizaciones anuales con los 10 artículos más relevantes en relación con la sobreutilización de la medicina en sus 2 vertientes principales: sobrediagnóstico y sobretratamiento. Pero en estas series no se recogen referencias importantes en relación con la SM.

En una revisión reciente sobre las publicaciones relacionadas con el sobrediagnóstico, Jennissen et al.⁸ detectaron que, entre toda la bibliografía reciente, en general aquella que estudiaba la sobremedicalización en SM generalmente se centraba en la definición de las enfermedades más que en la estimación del sobrediagnóstico (46 vs. 22%) propiamente dicho. En general, estos estudios incluían la aplicación correcta de los criterios DSM relacionados con 3 enfermedades principales: el trastorno bipolar, la depresión y el trastorno por déficit de atención.

Carga de enfermedad derivada de la Salud Mental en Atención Primaria

Los TM no tratados se cobran un alto precio, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial⁹. Así, por ejemplo, en los años noventa, las principales enfermedades con impacto en la población (calculado en *discapacidad ajustada por año de vida*) eran infecciones respiratorias, enfermedades gastrointestinales y perinatales, y depresión mayor. Para el año 2020 la cardiopatía isquémica, la depresión y los accidentes de tráfico ocuparán los primeros puestos.

Los TM tales como la depresión unipolar, el trastorno bipolar y el consumo de alcohol son responsables de la pérdida del 37% de años de vida de buena salud. En términos

económicos, según la modelización realizada en el informe de la carga económica de estas enfermedades^{10,11}, el coste global de los TM en 2010 a nivel mundial se estimaba en 2,5 trillones de dólares (tanto en costes directos como indirectos).

En términos clínicos, la prevalencia estimada de psicopatología en la población general mediante encuestas y cuestionarios generales de salud oscilaría desde el 6 hasta el 27% de enfermedad mental, dependiendo de la zona y el sexo. En el caso de Atención Primaria (AP), según el instrumento utilizado para medir, el ámbito y el país, encontramos diferencias importantes. En general, en España se apunta que la cifra de consultantes en AP con TM sería del 25-29% de la población total y con cifras de hasta el 68% entre los pacientes considerados enfermos crónicos³.

Situaciones preclínicas relacionadas con sobrediagnóstico y sobretratamiento

Trastornos adaptativos

Cada día atendemos a más personas que aquejan malestares que probablemente estén más relacionados con «estar mal» que con TM¹². Tristeza o niños hiperactivos pueden ser malestares de las personas que den lugar a *síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable* y no tratarse por esto de una enfermedad. La medicalización de la sociedad facilita esta psicopatologización de la existencia cotidiana, lo que aumenta el número de consultas a los diferentes dispositivos sanitarios.

En la década de los ochenta, liderado por los profesionales sanitarios y secundado por los medios de comunicación y la población, se realizó un cambio de paradigma de la enfermedad mental pasando al modelo bioquímico, coincidiendo con la aparición de los nuevos psicofármacos en el mercado. Los profesionales se convierten en expertos en psicofármacos y queda de lado parcialmente la exploración de lo psicosocial. En cada edición del DSM se ha ido aumentando progresivamente el número de enfermedades¹³.

El conocimiento en trastornos adaptativos de sobrediagnóstico y/o sobretratamiento es limitado. De hecho, una búsqueda bibliográfica en *adjustment disorders* y *overdiagnosis* no devuelve más de 10 resultados y uno de ellos está relacionado con Francis Allen, uno de los padres del DSM-V más críticos en relación con el sobrediagnóstico¹⁴.

Los trastornos adaptativos se definen a partir de un malestar cronificado tras el inicio de un estresante cuando este ya ha desaparecido. Los malestares o estresantes pueden ser diversos, tales como enfermedad médica incapacitante y crónica, dificultades económicas y emocionales, divorcio, separación, problemas conyugales, dificultades en los negocios, vivir en un barrio con una criminalidad elevada, catástrofes naturales, ir a la escuela, casarse, tener hijos o jubilarse. Las manifestaciones clínicas podrían oscilar dentro de la ansiedad, el ánimo bajo o una combinación de ambas.

El caso de los niños diagnosticados de trastorno por déficit de atención es uno de los ejemplos de conducta inapropiada, junto con la *inadaptación* de los padres a esa conducta, con presencia de sobrediagnóstico. Mediante la observación

del incremento exponencial del consumo de psicoestimulantes en los países, así como la realización de algunos estudios confirmatorios, se pudo observar que se trataba de un sobrediagnóstico y que se etiquetaba bajo esta enfermedad a niños y adolescente con conducta inadecuada para su edad¹⁵.

La gran mayoría de los autores coinciden en que el conocimiento es limitado en relación con los efectos de la creación de entidades nosológicas no congruentes, su cribado, su diagnóstico y su tratamiento. Sin embargo, como todo cribado o diagnóstico al que no se tiene una respuesta que ofrecer, describen con cautela que puede tener un efecto perjudicial^{16,17}.

Ansiedad

En relación con los trastornos ansiosos y los trastornos del estado del ánimo, ya hemos comentado la importante carga de enfermedad que supone la depresión, con una gran discapacidad generada y más aún prevista, según las estimaciones para 2020.

Las decepciones de la vida cotidiana que pueden cursar con tristeza y que antes se abordaban con la ayuda de familiares, amigos o incluso al amparo de las creencias religiosas, se han convertido en responsabilidad, en muchos casos, del profesional sanitario. La sociedad tiene el convencimiento de que este tiene respuesta para todo¹².

En relación con la *depresión*, en AP se diagnostican y se manejan la mayoría de los trastornos depresivos o ansiosos^{18,19}. Hasta casi dos tercios de los pacientes en AP no consultan normalmente por los síntomas definitivos del espectro ansioso-depresivo y en su lugar consultan por cefaleas, dolores de espalda o dolor crónico. Por tanto, en el caso de la depresión, aproximadamente un 50% de los pacientes serían detectados adecuadamente en ausencia de un cribado. Quedaría la otra mitad sin diagnosticar ni tratar. La *United States Prevention Services Task Force* tiene una recomendación en relación con el cribado poblacional de la depresión con un grado de recomendación B²⁰: «La recomendación de cribado de depresión sería para aquellos ámbitos donde se pudiese asegurar el diagnóstico, el tratamiento efectivo y el seguimiento apropiado y se trata por tanto de una recomendación coste-efectiva».

Es decir, que hay evidencia a favor de cribar y tratar la depresión que ya existe, pero es distinto de medicalizar los problemas de la vida cotidiana que cursan con tristeza y donde la línea es a veces delgada. De hecho, algunos autores aclaran que ese tipo de pensamientos fomenta una actitud pasiva ante la vida y contribuye a la idea de que el enfermo tendrá que consultar y tomar antidepresivos siempre que se encuentre triste¹³.

Otro ejemplo muy relacionado sería el *duelo*. En 1968 se inauguró en Barcelona el primer tanatorio de España y se introdujo el concepto de velatorio fuera del domicilio familiar. Factores como el creciente número de fallecimientos en los hospitales –y no en los domicilios– la disminución del tamaño de la vivienda y la disgregación geográfica de las familias han determinado la necesidad de unos servicios que sustituyan el tradicional velatorio en el domicilio del fallecido.

A día de hoy, y claramente ilustrado en el cine y la televisión, existen en España núcleos urbanos y grupos étnicos, que, ante la muerte de un familiar, velan al finado en casa y los familiares acuden para dar soporte, llevar comida y/o acompañar¹². Acto seguido, de forma tradicional, se le da el margen de normalidad al proceso posterior conocido como *luto*: vestimenta negra y sentimiento de pesar que implica que la persona necesita un tiempo para asumir la pérdida y readaptar su vida. En la urbanización y la tecnologización de la sociedad y la medicina, la muerte ha pasado a formar parte de un fracaso de la técnica y en los núcleos urbanos esto es llevado de forma distinta. En ocasiones, los pacientes se presentan en la consulta y se medicaliza el duelo con la prescripción de fármacos²¹.

Trastornos del sueño

En el caso de los trastornos del sueño, encontraríamos quizá la posibilidad de un ejemplo de sobretratamiento. Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, en los últimos años hemos observado una tendencia ascendente del consumo de ansiolíticos o benzodiazepinas de vida media intermedia o larga²². Además, esto es relevante si lo comparamos con otros países de Europa²³. Muchos de esos tratamientos se iniciaron en relación con ansiedad, y otros, con problemas de corta duración que se manifestaban con insomnio, pero algunos quedaron bajo el influjo de la inercia terapéutica.

Sin embargo, la prevalencia de los trastornos del sueño, aunque creciente, no se sabe si es una sobreestimación o la combinación de un sobrediagnóstico para justificar un sobretratamiento²⁴. El insomnio, en su definición nosológica, tiene normalmente una repercusión en la funcionalidad diaria y se diferencia de otras formas cortas de restricción del sueño de baja duración²⁴. Además, como factores de riesgo principales estarían la edad (a más edad, más quejas de insomnio), así como ser mujer, desempleado, viudo o separado y aquellos con un nivel socioeconómico más bajo²⁵.

Estos factores de riesgo, junto con el uso de benzodiazepinas de vida media larga, han creado el entorno perfecto para la aparición de efectos secundarios relacionados con el uso de medicación y hasta el desarrollo de tablas de medicación de revisión donde se recomienda la retirada de estos fármacos en pacientes ancianos (criterios STOPP) por su efecto perjudicial relacionado con caídas, fracturas y otros efectos secundarios²⁶.

En este aspecto, como primera línea de tratamiento, las principales agencias americanas y europeas recomiendan la terapia cognitiva y las pautas de higiene como las primeras indicaciones para la gran mayoría de los grupos de pacientes allá donde estén disponibles. En el caso de necesitar tratamiento farmacológico, recomiendan no mantenerlo más allá del año.

Respuesta de los sistemas de salud a los problemas de salud mental

Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de enfermedad atribuible a los TM, existiendo divergencias entre las necesidades de tratamiento y las prestaciones. En los países de ingresos elevados, entre

un 35 y un 50% de las personas con TM grave no recibe tratamiento²⁷. El *Atlas de Salud Mental 2011* de la OMS avanza la escasez de recursos de los países para atender esas necesidades. Por ejemplo, el gasto mundial anual en SM es inferior a 2 \$ por persona y el 67% de esos recursos va para el mantenimiento de hospitales exclusivamente psiquiátricos.

Para salvar la brecha de SM entre las necesidades y la oferta de recursos, en el *Plan de acción de Salud Mental 2013-2020* de la OMS, en su objetivo 2 se establecían las necesidades para mejorar la brecha: «En el contexto de la mejora del acceso a la atención y de la calidad de los servicios, la OMS recomienda el desarrollo de servicios integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria; la continuidad asistencial entre diferentes prestadores y niveles del sistema de salud; la colaboración eficaz entre los prestadores de atención formales e informales, y el fomento de la autoasistencia, por ejemplo mediante el uso de tecnologías sanitarias electrónicas y móviles»²⁷.

Se recuerda en ese mismo plan de acción que los cuidados son parte de los sistemas, los profesionales y los pacientes.

Métodos para reducir la sobreutilización médica en Salud Mental

La investigación en utilización de servicios es una rama de la investigación muy próxima a la Salud Pública y a la AP que podría constituir una alternativa para la salida de este tipo de situaciones²⁸.

Desde una perspectiva de salud pública, una aproximación médica a los problemas de SM como la depresión u otros será problemática. Esto se explicaría porque medicalizar un problema social, de pobreza o inequidad de una persona conllevaría un riesgo de volver a esa persona enferma. Es decir, indicar a alguien que está preenferto le haría *enfermar*. Y esto desplazaría los recursos del sistema destinados a aquellos que realmente están enfermos²⁹. Esto es conocido como la paradoja en la SM, también formulada como la *Ley de Cuidados Inversos* (quien más necesita es quien menos recibe)³⁰.

Finalmente, adaptado de Cerecedo Pérez et al.¹², recogemos este decálogo para la práctica diaria como estrategias para reducir la sobreutilización médica en SM.

- La medicina tiene límites; es fundamental aceptarlos.
- El paciente es experto en su vida. Fomentar los autocuidados y cambios en los estilos de vida, así como su protagonismo, es la solución a muchos de los problemas de salud.
- No todo sufrimiento es enfermedad. Es importante normalizar situaciones vitales conflictivas para disminuir su medicalización.
- Los valores y preferencias de las personas son fundamentales. Los sanitarios participamos en el proceso de toma de decisiones compartidas en lo que refiere a su salud, de la que son expertos.
- Recuperar el discurso de la incertidumbre como parte de la vida.
- Demandas ilimitadas llevan a recursos limitados. Racionalizar las actividades en prevención, curación y

rehabilitación requiere de la participación de profesionales, ciudadanos y políticos sanitarios.

- Las intervenciones médicas pueden no ser inocuas. Es importante desmitificar la creencia de que toda prevención es una actividad «buena, bonita y barata».
- No todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable y no toda intervención anticipada es una intervención responsable.
- No hacer en la consulta «más de lo que no funciona». Dejar de hacer aquello que no aporte beneficios para la salud.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
2. Equipo CESCA. Los sistemas de registro en la atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos; 1987.
3. Tizón García J. Prevención en salud mental. En: Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. 1.^a ed. Barcelona: semFyC; 2003.
4. Conrad P. The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
5. Morgan DJ, Wright SM, Dhruva S. Update on medical overuse. *JAMA Intern Med.* 2015;175:120–4.
6. Morgan DJ, Dhruva SS, Coon ER, Wright SM, Korenstein D. 2017 update on medical overuse: A systematic review. *JAMA Intern Med.* 2017;175:120–4.
7. Morgan DJ, Wright SM, Dhruva S. 2016 update on medical overuse. *JAMA Intern Med.* 2015;175:120–4.
8. Jenniskens K, De Groot JAH, Reitsma JB, Moons KGM, Hooft L, Naaktgeboren CA. Overdiagnosis across medical disciplines: A scoping review. *BMJ Open.* 2017;7:1–9.
9. Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. 65.^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 16 de marzo de 2012. p. 1-7.
10. Hu T. Perspectives: An international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003. *J Ment Health Policy Econ.* 2006;9:3–13.
11. Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Reddy Bloom L, Fathima S, et al. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum.; 2011. p. 1–46.
12. Cerecedo Pérez MJ, Tovar Bobo M, Rozadilla Arias A. Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos? *Aten Primaria.* 2013;45:536–40.
13. Ortiz-Lobo A, García-Moratalla B, Lozano-Serrano C, de la Mata-Ruiz I, Rodríguez-Salvanés F. Conditions that do not reach the threshold for mental disorder in Spanish psychiatric outpatients: Prevalence, treatment and management. *Int J Soc Psychiatry.* 2011;57:471–9.
14. Batstra L, Frances A. Diagnostic inflation: Causes and a suggested cure. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200:474–9.
15. Merten EC, Cwik JC, Margraf J, Schneider S. Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents (in developed countries). *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2017;11:5.
16. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? *BMJ.* 2002;324:859–60.
17. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: Generating knowledge for action. *PLoS Med.* 2006;3:425–8.
18. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: Conceptual models and evidence base. *BMJ.* 2005;330:839–42.
19. Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Folch S, Mèlich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med.* 2004;34:331–43.
20. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU, Henderson JT, et al. Screening for depression in adults: An updated systematic evidence review for the U. S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016.
21. Ortiz Lobo A, Lozano Serrano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Aten Primaria.* 2005;35:152–5.
22. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informes Publicados [Internet]. 2014 [consultado 15 Abr 2018]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos-2000-2012.pdf
23. Simó Miñana J. Utilización de medicamentos en España y en Europa. *Aten Primaria.* 2012;44:335–47.
24. Moloney ME, Konrad R, Zimmer CR. The medicalization of sleeplessness: A public health concern. *Am J Public Health.* 2011;101:1429–33.
25. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev.* 2002;6:97–111.
26. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. *Age Ageing.* 2015;44:213–8.
27. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013.
28. Kupersmith J, Eisen S. A new approach to health services research. *Arch Intern Med.* 2012;172:1454–5.
29. Vilhelmsson A. The devil in the details: Public health and depression. *Front Public Health.* 2014;2:192.
30. Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet.* 1971;297:405–12.