
ESTUDI DE COSTOS I CÀRREGA DE LA DEPRESSIÓ A CATALUNYA (CostDep-2006)



© 2010 Generalitat de Catalunya

Travessera de les Corts, 131-159

Pavelló Ave Maria, 08028 Barcelona

www.gencat.cat/salut

Edició: Departament de Salut

Coordinació editorial: Pla director de salut mental i addiccions, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris, Departament de Salut

Assessorament i correcció lingüística: Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Primera edició: Barcelona, març de 2011

ISBN: 978 84 694 6843 2

Amb la col·laboració de:



Sumari

Agraïments	6
Resum executiu	7
PART I. Costos de la depressió a Catalunya (2006)	11
1. Introducció	11
Marc del problema	11
Costos de la depressió	13
Càrrega i costos de la depressió a Espanya	16
Costos de la depressió a Catalunya	18
1.1. Objectiu de l'estudi	22
1.2. Estructura de l'informe	23
2. Metodologia	24
Població estudiada	24
Grup de treball	25
Procediment	26
Fonts de dades	28
Estimació de la prevalença	28
2.1. Utilització dels recursos sanitaris	32
Atenció primària	32
Atenció especialitzada	35
Atenció hospitalària	37
Atenció farmacològica	38
2.2. Pèrdua de productivitat laboral per depressió	40
Pèrdua de productivitat per incapacitat temporal	40
Pèrdua de productivitat per incapacitat permanent	42
Pèrdua de productivitat laboral per mort prematura	44

2.3.	Anàlisi de costos	46
2.3.1	Costos sanitaris directes	46
2.3.2.	Costos indirectes	49
2.4.	Anàlisi de sensibilitat	54
2.4.1	Utilització de l'atenció primària	54
2.4.2	Costos unitaris	56
3.	Resultats.....	62
3.1.	Estimació de la prevalença de la depressió	62
3.2.	Costos sanitaris directes	63
3.2.1.	Cost de l'atenció primària.....	64
3.2.2.	Cost de l'atenció especialitzada.....	67
3.2.3.	Cost de l'atenció hospitalària	73
3.2.4.	Cost de l'atenció farmacològica	79
3.3.	Costos de la productivitat perduda	81
3.3.1.	Cost de la productivitat perduda per incapacitat temporal	81
3.3.2.	Cost de la productivitat perduda per incapacitat permanent.....	87
3.3.3.	Cost de la productivitat perduda per mort prematura.....	89
3.4.	Cost total de la depressió.....	94
3.5.	Anàlisi de sensibilitat	101
3.5.1.	Resultats del model de simulació segons el mètode de Montecarlo: costos sanitaris directes	101
3.5.2.	Cost de l'atenció primària, especialitzada i hospitalària.....	104
3.5.3.	Atenció primària	105
3.5.4.	Costos de l'atenció especialitzada	107
4.	Resultats.....	110
4.1.	Aspectes generals.....	110
4.2.	Costos de la depressió a Catalunya.....	112
4.3.	Utilitat de la metodologia utilitzada a l'estudi.....	128

5. Conclusions	130
PART II. Càrrega de la depressió i de l'ansietat a Catalunya. Una anàlisi a partir de l'ESCA 2006	135
6. Càrrega de la malaltia i depressió	135
7. Mètode.....	136
7.1. Dades	136
7.2. Anàlisi.....	138
8. Resultats.....	140
8.1. Qualitat de vida relacionada amb la salut i prevalença de trastorns d'ansietat o depressió.....	140
8.2. Anàlisi descriptiva de la prevalença de trastorns d'ansietat o depressió a Catalunya respecte a factors socioeconòmics.....	142
8.3. Càrrega dels trastorns d'ansietat o depressió a Catalunya.....	147
9. Discussió	155
10. Conclusions	159
REFERÈNCIES	160
Annexos.....	169
Annex I. Membres dels grups de treball.....	169
Annex II. Reunions amb experts.....	172
Índex de taules	175
Índex de gràfics	178
Índex de figures	180
Llista d'abreviacions	181

Agraïments

Agraïm la col·laboració de les persones, les empreses i els organismes següents:

Els responsables i els equips tècnics de les diferents unitats del Departament de Salut.

Els equips de treball dels centres col·laboradors de referència Fundació Althaia i Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Els doctors Antoni Serrano, Pere Bonet, Josep Ramos, Diego Palao i Enric Aragonès, i els seus equips de treball.

M. Adela Vidal Aiguavives, Secretaria de Serveis Comunitaris, Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

L'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i la doctora Constança Alberti.

Oblikue Consulting.

Lundbeck España.

ETEA (Còrdova).

Delphine Capdevielle (Departament Universitari de Psiquiatria Adulta al CHU de Montpellier).

Eduardo Sánchez (Universitat Pública de Navarra).

Pedro E. Muñoz (Psicost).

Pilar García-Gómez (Erasmus University Rotterdam).

Tots els membres del grup de consens i dels grups de treball.

Resum executiu

PART I. Costos de la depressió a Catalunya (2006)

Conclusions

L'avaluació efectuada confirma que la depressió a Catalunya té un cost elevat: 735,4 milions d'euros. Els costos sanitaris directes són de 155,6 milions d'euros. Des de la perspectiva del pagador públic, aquests costos són de 152,2 milions d'euros (un 1,9% del pressupost públic de salut de Catalunya per a l'any 2006).¹ Els costos indirectes ascendeixen a 579,8 milions d'euros.

El cost de les visites d'atenció primària va ser de 40.847.530 euros (un 26,2% dels costos directes sanitaris). El cost mitjà anual de les visites d'atenció primària va ser de 219 euros (IC 95%: 155-284). Aquestes dades indiquen la rellevància de l'atenció primària per a la depressió. La seva comparació amb dades internacionals mereix una anàlisi detallada.

El cost de les visites en atenció especialitzada va ser de 8.070.883 euros (un 5,2% dels costos indirectes). El cost mitjà va ser de 215 euros (IC 95%: 163-267). Es constata una variabilitat important dels patrons assistencials en l'atenció especialitzada. La proporció entre atenció primària i atenció especialitzada pot apuntar una bona eficiència tècnica de l'atenció a la depressió a Catalunya.

El cost de l'hospitalització per depressió va ser de 5.591.663 euros, un 3,6% dels costos directes. El cost mitjà de l'atenció hospitalària per depressió va ser de 3.548 euros (IC 95%: 2.543-4.554). Aquesta dada i la proporció entre costos d'atenció ambulatoria i hospitalària poden apuntar una bona eficiència tècnica de l'atenció a la depressió a Catalunya.

El cost de l'atenció farmacològica per depressió va ser de 101.065.278 euros, un 65% dels costos directes. El cost mitjà del tractament farmacològic va ser de 19,83 euros. Aquestes dades són, des del punt de vista de l'eficiència tècnica del sistema, millors que les previstes en les estimacions prèvies. El marge de millora, l'elaboració

¹ Dades del 2006: 7.835,2 milions d'euros.

d'indicadors de seguiment de la prescripció i la despesa en psicofàrmacs, la relació amb la psicoteràpia i altres aspectes rellevants per a la planificació requereixen una anàlisi detallada.

Els costos indirectes per incapacitat laboral van ascendir a 552.926.945 euros (un 95,4% dels costos indirectes). D'aquests, els costos per incapacitat temporal van ser de 199.615.938 euros, i els costos per incapacitat permanent van ascendir a 353.311.007 (respectivament, un 27,1% i un 48% dels costos totals). Aquesta informació constitueix una contribució rellevant a l'anàlisi dels costos de productivitat de la malaltia a Catalunya, atesa la dificultat per a l'anàlisi de dades desagregades per grups diagnòstics experimentada en estudis anteriors. Aquestes dades coincideixen amb els estudis internacionals. L'impacte d'aquests costos i la rellevància per a la planificació sanitària requereixen una anàlisi detallada amb altres sectors de l'Administració.

Els costos indirectes per mortalitat (suïcidi atribuït a la depressió) van ascendir a 26.855.628 euros l'any 2006, i representen el 4,6% dels costos indirectes i el 3,7% dels costos totals de la depressió. Aquestes dades poden ser rellevants per als programes de promoció i prevenció de la depressió a Catalunya.

La proporció dels costos indirectes respecte al total (78,8%) reflecteix el perfil de transversalitat sectorial de la depressió, i el seu caràcter diferencial respecte d'altres patologies mentals. De fet, la interacció més rellevant no es produeix en aquest cas entre el sector sanitari i el sector social, sinó entre serveis sanitaris i treball. Les inversions sanitàries i els plans de salut sobre depressió poden tenir un impacte marcat sobre altres sectors econòmics.

Aportacions addicionals

Aquest estudi constitueix una nova aproximació a l'anàlisi del cost de malaltia i a la utilitat que té en la planificació sanitària en l'àmbit de la salut mental.

Permet disposar d'una base d'informació oberta per a anàlisis posteriors de la base de dades per a la planificació.

Aporta una metodologia que es pot aplicar al cost dels trastorns mentals en general i d'altres agrupacions diagnòstiques. Aquestes aportacions inclouen una nova taula d'unitats de cost per a salut mental i un nou sistema d'anàlisi de sensibilitat basat en mètodes probabilístics.

Ha identificat dades que apuntarien una eficiència tècnica de l'atenció sanitària per a la depressió a Catalunya en relació amb indicadors de costos directes. Aquesta dada mereix una atenció especial i una anàlisi detallada per categories i diferents nivells d'atenció.

Ha identificat àrees sanitàries clau per al seguiment del sistema que permeten ulteriors desenvolupaments d'un sistema de monitoratge de salut mental amb base territorial.

PART II. Càrrega de la depressió i de l'ansietat a Catalunya. Una anàlisi a partir de l'ESCA 2006

Conclusions

L'agrupació sindròmica depressió i ansietat té un impacte més elevat sobre la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) de les persones que altres malalties cròniques, excepte l'agrupació sindròmica mal de coll i esquena, que a més presenta una forta associació amb l'ansietat i la depressió.

Hi ha una clara associació entre depressió i ansietat, la probabilitat d'estar aturat i fer un ús més freqüent de serveis, i això pot associar-se a un cost més elevat.

Les dades oposades es troben en la mateixa línia d'altres estudis internacionals.

La càrrega de l'agrupació depressió i ansietat indica la importància dels trastorns afectius per a la població general i per a la planificació sanitària a Catalunya.

Aportacions addicionals

L'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) és una eina útil per al monitoratge de la càrrega de malaltia a Catalunya.

S'ha efectuat una nova aproximació a l'anàlisi del Qüestionari de salut general (General Health Questionnaire, GHQ-12) a l'ESCA.

Es plantegen canvis en l'avaluació de la salut mental en futures enquestes per millorar la potència de l'anàlisi de càrrega: cribratge centrat en l'ansietat i la depressió (HAD) i en el consum abusiu d'alcohol i de substàncies (CAGE).

PART I. Costos de la depressió a Catalunya (2006)

1. Introducció

Marc del problema

La depressió és una de les causes principals de discapacitat i costos per malaltia per al sistema sanitari i per a la societat en el seu conjunt; el seu tractament constitueix un dels objectius prioritaris a la Unió Europea (Wahlbeck i Mäkinen, 2008). Aquest alt cost s'explica per una combinació de diversos factors, com ara la seva alta prevalença, un increment de la incidència en països desenvolupats, l'elevat consum de recursos sanitaris, els efectes sobre el funcionament general, la pèrdua associada de productivitat i ocupació, i pel fet que té un impacte sobre la discapacitat proporcionalment més elevat que el derivat d'altres malalties mèdiques cròniques (World Health Organization, 2003a, Ayuso Mateos, 2004; López Bastida i Oliva Moreno, 2005; Moussavi *et al.*, 2007; Sobocki *et al.*, 2007; Ormel *et al.*, 2008; Pratt i Brody, 2008).

La depressió està estrictament associada amb variables sociodemogràfiques com el sexe, la classe social i l'atur: això comporta importants repercussions per a la política sociosanitària (Anseau *et al.*, 2008). La depressió és molt més freqüent en dones (World Health Organization, 2001; Pratt i Brody, 2008; Anseau *et al.*, 2008), i aquesta característica és més marcada en la depressió major que en quadres menors (Angst *et al.*, 2002), encara que s'ha constatat una disminució global de la diferència entre sexes, relacionada probablement amb el canvi de rol femení (Seedat *et al.*, 2009). La depressió es relaciona també amb la pobresa (Lorant *et al.*, 2007) i l'atur (Anseau *et al.*, 2008; Pratt i Brody, 2008), entre altres factors. Alguns estudis assenyalen que el sexe femení influeix en l'impacte d'aquests factors sobre la depressió (Van Praag *et al.*, 2009). L'associació de classe social baixa i depressió pot ser secundària a l'atur i les dificultats financeres (Zimmerman i Katon, 2005).

La depressió presenta també una alta variabilitat geogràfica, fins i tot entre països amb cultures similars (Anseau *et al.*, 2008), contràriament a altres trastorns mentals com

ara l'esquizofrènia, el trastorn bipolar o el trastorn obsessivocompulsiu, i fa que siguin necessaris estudis específics pel que fa a la planificació i l'assignació de recursos.

Tot i que tots aquests factors fan que la depressió sigui un dels objectius prioritaris per a la planificació en salut mental, l'avaluació de les necessitats cobertes i no cobertes d'aquest grup de trastorns presenta una sèrie de dificultats afegides. En primer lloc, hi ha problemes de codificació i de diagnòstic. No hi ha un consens global sobre els trastorns mentals que s'haurien d'agrupar sota el terme genèric de *depressió*. Pel que fa a l'extrem més greu, no queda clar si es podrien incloure en aquesta agrupació el trastorn bipolar en fase depressiva o la depressió psicòtica; tanmateix, la inclusió dels trastorns adaptatius amb símptomes depressius al grup menys greu és objecte de debat. Per exemple, cap dels trastorns anímics que s'esmenten més amunt s'inclouen en l'agrupació de *trastorns de l'estat d'ànim* de l'estudi ESEMeD, la principal font internacional de dades per a la planificació sanitària en salut mental (Gabilondo *et al.*, 2009). Un cop més, aquestes decisions influeixen en la utilitat de la informació sobre costos d'una malaltia per a la planificació. D'altra banda, la separació entre trastorns d'ansietat i de depressió no és clara en els casos no greus i fora de l'atenció especialitzada en salut mental (Das-Munshi *et al.*, 2008; van Rijswijk *et al.*, 2009; Spijker *et al.*, 2009; Roca *et al.*, 2009). A més, diversos estudis longitudinals indiquen que els quadres subsindròmics (depressió subllindar) també presenten una pèrdua de funcionament significativa a llarg termini i un risc més elevat de suïcidi (Andrews *et al.*, 2001; Spijker *et al.*, 2007). Independentment de les repercussions nosològiques i de classificació, aquesta situació comporta un problema rellevant a l'hora de determinar quins trastorns s'han de considerar en l'estimació de costos relacionats amb la depressió per a l'ús en la planificació sanitària.

En segon lloc, la depressió s'associa a un nivell molt alt de morbiditat oculta, tant en la població general com en l'assistència primària (Tylee i Walters, 2007). Els casos no detectats són encara més nombrosos en edats avançades (Olivera *et al.*, 2008), quan se solapen amb altres malalties (Salvador-Carulla *et al.*, 2000) o quan la depressió es manifesta mitjançant símptomes somàtics (Caballero *et al.*, 2008). Això comporta un increment de la incertesa amb l'ús de la informació de les bases de dades sanitàries. En tercer lloc, hi ha un problema d'interoperabilitat semàntica per a la transferència

d'informació entre diferents bases de dades sanitàries que presenta aspectes particulars en el cas espanyol, com s'exposarà més endavant.

Costos de la depressió

Hi ha diverses estimacions internacionals sobre la càrrega i els costos de la depressió a Europa. Els costos totals de la depressió per a l'any de referència 2004 s'han estimat en 117.851 milions d'euros (Sobocki *et al.*, 2006), és a dir, un 1% del PIB de la Unió Europea. El 35,4% d'aquests correspondria a costos directes. S'ha de tenir en compte que es tracta d'un estudi marc, que no permet comparacions efectives amb altres estudis.

La utilització de recursos assistencials, comparada amb altres malalties cròniques, és elevada (Saiz Ruiz i Montes Rodríguez, 2005; Ayuso-Mateos *et al.*, 2008), especialment en dones (Young *et al.*, 2001; Codony *et al.*, 2007). Diversos estudis transversals mostren un increment d'entre 1,5 i 2 vegades de l'ús dels serveis mèdics associats a la depressió, i una reducció del mateix consum de serveis associat a la millora de la depressió (Simon, 2003). L'estudi de Thomas i Morris al Regne Unit mostra uns costos totals atribuïbles a la depressió de 9.000 milions de lliures esterlines, dels quals el 96% correspon a costos indirectes per pèrdua de productivitat i mortalitat. La proporció entre costos directes i indirectes en aquest estudi és de 23 (Thomas i Morris, 2003). L'any 2007, els costos estimats a Anglaterra per McCrone i col·laboradors van ser de 9.200 milions de lliures esterlines (1.700 en costos directes i 7.500 milions en costos indirectes per pèrdua de feina) (McCrone *et al.*, 2008). La projecció per al 2026 és de 15.200 milions de lliures esterlines, fonamentalment a causa d'un augment de l'ús dels serveis. Un estudi recent indica que els costos de la depressió a Suècia s'han doblat entre 1997 i 2005 fins a arribar a 3.500 milions d'euros (Sobocki *et al.*, 2007).

Els **costos directes** anuals, incloent-hi els costos d'atenció sanitària i farmacèutics, són més elevats que els costos a causa del pacient típic del sistema sanitari. Aquests costos s'incrementen notablement en relació amb la gravetat del quadre clínic i la falta de resposta terapèutica (Sicras Mainar *et al.*, 2010).

L'**atenció primària** té un paper prioritari en la detecció, el tractament i la remissió a altres professionals de pacients amb depressió (Goldberg, 1995). Els centres d'atenció primària (CAP) constitueixen el primer punt de contacte amb el sistema de salut per als pacients depressius a Espanya (Aragonès Benaiges, 2005; Serna Arnaiz *et al.*, 2007). Estudis previs indiquen que al voltant d'un 10% dels pacients que acudeixen a un centre d'atenció primària poden patir un trastorn depressiu (Saiz Ruiz i Forests Rodríguez, 2005; Serrano-Blanco *et al.*, 2009). D'aquests, molts casos no són diagnosticats pel metge. La taxa de morbiditat oculta o no detectada en aquest medi és elevada (estudi DASMAP). Seguint un criteri estricte de reconeixement de la depressió major, els metges d'atenció primària només en detectarien el 22%, que s'incrementaria fins al 40% si es considera una categoria àmplia de trastorns depressius (que inclou distímia, simptomatologia depressiva i depressió major) (Fernández *et al.*, en premsa). D'altra banda, la percepció de necessitats d'atenció no cobertes és molt elevada en pacients amb ansietat o depressió, fins i tot en països amb el nivell més alt de provisió per a salut mental (Kovess-Masfety *et al.*, 2007), com per exemple els Països Baixos (Prins *et al.*, 2009). A més, un percentatge significatiu de casos no rep un tractament adequat (Fernández *et al.*, 2006).

L'ús de **serveis especialitzats en salut mental** mostra grans diferències en funció de la pràctica mèdica habitual i de l'organització del sistema de salut mental. Al Regne Unit l'atenció especialitzada s'ocupa fonamentalment de trastorns mentals greus (psicosis), mentre que a Espanya s'atenen bàsicament trastorns d'ansietat i depressió. No obstant això, en l'estudi de Thomas i Morris (2003), els serveis especialitzats (atenció de dia i ambulatòria) van representar el 6,1% dels costos directes, davant d'un 2,2% dels costos d'atenció primària.

L'any 2004, l'**hospitalització** va representar a Anglaterra el 7,7% dels costos directes (Thomas i Morris, 2003), o el 10% a l'estudi de McCrone i col·laboradors per a l'any 2007 (McCrone *et al.*, 2008). A Suècia, els costos de l'hospitalització l'any 2005 van correspondre al 6,9% dels costos directes (Sobocki *et al.*, 2007).

La **despesa en psicofàrmacs** constitueix una de les principals preocupacions per al sistema sanitari, atès el volum de prescripcions i els problemes d'adequació que afecten tant els criteris de selecció de fàrmacs antidepressius (nous enfront de

tricíclics) (Barrett *et al.*, 2005), com les prescripcions efectuades i la durada del tractament (Serna Arnáiz *et al.*, 2006; Fernández *et al.*, 2006; Sicras Mainar *et al.*, 2010). L'estudi de Sobocki i col·laboradors estima que el 21,6% dels costos directes a Europa són atribuïbles al consum de fàrmacs. No obstant això, l'estudi de Thomas i Morris a Anglaterra (2003) atribueix el 84% dels costos directes al consum de fàrmacs (310,4 sobre un total de 370 milions de lliures esterlines). Aquestes dades contrasten amb les assenyalades recentment per McCrone per a l'any 2007 (1% dels costos directes per al total de pacients amb depressió) (McCrone *et al.*, 2008). També contrasten amb les dades relatives a Suècia l'any 2005 (12,9% dels costos directes) (Sobocki *et al.*, 2007). Un estudi canadenc recent constata un increment progressiu dels costos associats al consum de psicofàrmacs per depressió o ansietat en la població general. La majoria dels costos associats al consum d'antidepressius es va donar en subjectes no diagnosticats (Patten *et al.*, 2008).

A aquests costos directes s'afegeixen els **costos indirectes** per pèrdua de productivitat atribuïble a morbiditat o a mort prematura per suïcidi i altres causes. El mesurament d'aquests costos és complex i és objecte de debat, ja que, per al càlcul dels costos de mortalitat, s'acostuma a seguir un enfocament d'incidència (defuncions durant l'any de referència, estimant el valor present del flux de producció laboral perdut), mentre que per a la incapacitat laboral se segueix un enfocament de prevalença (valor de la producció perduda en l'any base per a tots els casos d'incapacitat laboral existents en l'any de referència, amb independència de quan s'iniciessin) (Oliva Bru, 2008). A més, amb aquesta aproximació metodològica no queda clara la imputació dels casos d'incapacitats permanents i absolutes. L'estudi de Sobocki i col·laboradors (2006) assenyala una taxa de costos indirectes per al conjunt d'Europa d'un 64,5% respecte als costos totals, dels quals 72.189 milions d'euros correspondrien a costos per pèrdua de productivitat (un 94,7% del subtotal de costos indirectes). Aquesta proporció és similar a l'assenyalada per a Anglaterra (Thomas i Morris, 2003), on els costos indirectes estimats corresponien al 96% del total (un 6,9% en costos de mortalitat i un 93,1% per pèrdua de productivitat). A Suècia, l'estimació de costos indirectes per a l'any 2005 va ser de 3.000 milions d'euros (86%), davant de 500 milions d'euros de costos directes (14%) (Sobocki *et al.*, 2007).

Càrrega i costos de la depressió a Espanya

A Espanya la depressió constitueix el grup de trastorns mentals més comuns, amb una taxa d'entre el 2,2% i el 5,7% (Ayuso-Mateos *et al.*, 2001; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005; Haro *et al.*, 2006; Haro *et al.*, 2008; Gabilondo *et al.*, 2009). En tot cas la prevalença de depressió a Espanya és significativament inferior a la mitjana europea (14%) (Alonso *et al.*, 2004). Pel que fa a la proporció de casos segons el sexe (dones/homes), l'Enquesta nacional de salut del 2003 assenyalava una taxa de depressió en dones del 6,5% davant del 2,4% en homes (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). Segons l'estudi ESEMeD, la prevalença de depressió major va ser del 2,16% per als homes davant del 5,67% per a les dones (Haro *et al.*, 2008; Gabilondo *et al.*, 2009). L'estudi DEPRES indicava que la diferència de proporció de casos espanyola (2%) segons el sexe era la segona més gran a Europa després de França (2,1%), a molta distància de països com Anglaterra (1,4%) (Lepine *et al.*, 1997; Angst *et al.*, 2002). A Espanya la situació laboral femenina mostra diferències notables en comparació d'altres països d'Europa occidental (Montero *et al.*, 2004), i això pot influir en els costos indirectes si es comptabilitza la feina no remunerada o esporàdica.

Hi ha diferències notables en la pràctica mèdica en atenció primària i especialitzada respecte a altres països europeus. A l'estudi ESEMeD, la taxa de consultes efectuades per persones amb depressió (depressió major i distímia) era del 60,4%, en un punt mitjà-alt entre les taxes dels Països Baixos (71,0%) i Bèlgica (62,4%) que se situen per sobre, i les de França, Alemanya i Itàlia, que se situen per sota. Tot i així, la proporció entre visites al metge de capçalera i a psiquiatres era la més reduïda dels sis països d'Europa occidental analitzats, cosa que apuntaria un excés de visites a l'atenció especialitzada. A més a més, la proporció entre visites de psiquiatre i psicòleg mostra diferències importants entre els Països Baixos, on la majoria de consultes especialitzades són efectuades per psicòlegs (un 64,8%, davant d'un 25,5% de consultes efectuades per psiquiatres, respecte al total de consultes), i Espanya, on la majoria de consultes especialitzades són efectuades per psiquiatres (un 43,8% del total) (Kovess-Masfety *et al.*, 2007). Això no només es tradueix en un alt consum de recursos, sinó també en un possible ús inadequat d'aquests recursos a Espanya. Les variacions de la pràctica mèdica també es constaten entre diferents comunitats

autònomes d'Espanya pel que fa a l'hospitalització per trastorns depressius (Aizpuru *et al.*, 2008).

Les diferències entre l'ús dels serveis i les necessitats dels pacients amb depressió entre Espanya i altres països europeus repercuteixen en la planificació dels serveis sanitaris. En primer lloc, aquestes diferències indiquen que les dades sobre el cost de malaltia relatiu a la depressió a Europa no es poden extrapolar al cas espanyol. En segon lloc, les prioritats globals i les estratègies europees sobre prevenció de la depressió i del suïcidi poden tenir un impacte molt diferent en països amb taxes elevades de depressió i suïcidi en comparació de països en què aquestes taxes són de les més baixes de la UE, com és el cas d'Espanya. Això fa que les prioritats establertes a escala europea puguin ser diferents de les que serien realment rellevants en el conjunt de l'Estat o a les diferents comunitats autònomes, i els indicadors globals de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE) o la Unió Europea (per exemple Wahlbeck i Mäkinen, 2008) podrien no informar adequadament sobre la resposta del sistema sanitari a les necessitats d'aquest grup de població.

D'altra banda, a Espanya es registra un problema d'interoperabilitat semàntica que afecta la validesa dels registres de depressió. El sistema nacional de salut fa servir una codificació mitjançant el Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) dels centres assistencials que no es correspon amb la classificació internacional en vigor (CIM-10). El sistema de la CIM-9-MC (Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, 2008) presenta problemes d'interoperabilitat semàntica en el cas dels trastorns depressius. Més enllà de les diferències existents en les diverses versions de la CIM-9-MC des del 1989, l'edició vigent (sisena edició, 2008) inclou la depressió bipolar i unipolar en un sol codi (296) i separa la depressió unipolar i la "neuròtica" (300.4), mentre que aquesta no es pot diferenciar de la distímia. Per aquesta raó, la codificació CIM-9-MC no és directament transferible a la classificació vigent de l'OMS (CIM-10), que es fa servir en altres bases de dades a Catalunya. A això s'uneix el problema de la transferència d'informació dels registres d'atenció primària, especialitzada, hospitalària i farmacèutica, fins i tot en presència de sistemes comuns de classificació, atesa la diferent manifestació dels trastorns afectius en atenció primària i especialitzada.

Des del punt de vista de la política sanitària nacional, s'ha donat poca rellevància a la informació sobre els costos. L'Estratègia de salut mental del Sistema Nacional de Salut no inclou entre els seus indicadors els costos de la malaltia o de les intervencions sanitàries (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Això constitueix una barrera notable per al desenvolupament dels estudis de costos de salut mental a Espanya (Salvador-Carulla, 2008b).

Pel que fa al cost de la malaltia de la depressió a Espanya, Sobocki assenyala uns costos totals per depressió (exclòs el trastorn bipolar) de 5.005 milions d'euros l'any 2004, dels quals 985 milions correspondrien a costos mèdics, 449 milions al consum de fàrmacs, 3.385 milions als costos per pèrdua de productivitat i 187 milions als costos de la mortalitat atribuïda a depressió (Sobocki *et al.*, 2006). Tot i la seva baixa fiabilitat atès el mètode emprat per a l'obtenció dels resultats, aquesta estimació s'ha pres com a referent per a la descripció de la situació a Espanya (Valladares *et al.*, 2009). Oliva i col·laboradors van efectuar una estimació dels costos totals dels trastorns mentals a Espanya l'any 2002 (Oliva-Moreno *et al.*, 2008). Segons aquests autors, els trastorns afectius (depressió i trastorn bipolar) van representar uns costos de 2.332 milions d'euros l'any 2002. Els costos sanitaris directes van ser estimats en 648 milions d'euros (27,8% del cost total), i els costos indirectes es van estimar en 1.685 milions d'euros (72,2% del cost total). A Espanya, l'any 2002 els costos directes sanitaris dels trastorns afectius representaven un 1,8% de la despesa total sanitària pública. Aquests autors van estimar els costos dels trastorns mentals a Canàries el mateix any (López-Bastida *et al.*, 2004). També hi ha una estimació dels costos dels trastorns mentals a Aragó (Barbero Lahoz i Navarro Paniagua, 2005). D'altra banda, s'han publicat dades sobre la utilització i els costos d'atenció especialitzada en salut mental d'una àrea sanitària de Madrid (Baca-García *et al.*, 2008).

Costos de la depressió a Catalunya

En els últims anys s'ha fet un esforç notable per millorar l'atenció de salut mental a Catalunya. Aquest esforç ha anat acompanyat de la incentivació de la recerca de serveis i el desenvolupament d'una política de planificació de salut basada en evidències des de la Direcció General de Planificació i Avaluació Sanitària, que inclou

l'ús de sistemes d'informació geogràfica, l'elaboració del mapa sanitari de Catalunya (de la Puente i Fusté, 2008, Frigola *et al.*, 2008), els costos de programes d'atenció a Catalunya (Gisbert *et al.*, 2007) i els costos per pèrdua de productivitat deguts a malaltia (Oliva Bru, 2008; Oliva, 2008b), entre altres estudis comissionats.

D'altra banda, Catalunya disposa d'una notable base d'informació sobre la morbimortalitat i sobre la utilització de recursos contra la depressió. En gran mesura, aquesta base de coneixement ha estat realitzada o comissionada pel Departament de Salut mateix. L'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) aporta informació bàsica sobre trastorns mentals referits, distrès psíquic global (ansietat o depressió) detectat mitjançant el qüestionari GHQ-12 i ús de recursos per a problemes mentals (Mompert *et al.*, 2007a). L'estudi europeu ESEMeD/MHEDEA sobre epidemiologia dels trastorns mentals té una branca específica de l'estudi a Catalunya (SAMCAT) que inclou entrevistes a 1.619 persones, les dades de les quals apareixen recollides al Pla director de salut mental i addiccions (Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació, 2006). A més, a l'atenció primària s'ha efectuat un estudi amb una metodologia similar (DASMAP) (Serrano-Blanco *et al.*, 2009) i es disposa d'informació sobre l'ús de recursos en l'atenció especialitzada (CMBD-SM) i hospitalària (CMBD-H) (Frigola *et al.*, 2008). També hi ha una notable producció científica sobre l'ús de serveis per depressió i els seus factors relacionats, fonamentalment en atenció primària (Chisholm *et al.*, 2003; Serna Arnaiz *et al.*, 2006; Serna Arnaiz *et al.*, 2007; Rue *et al.*, 2008; Sicras Mainar *et al.*, 2007a; Aragonès *et al.*, 2009; Sicras Mainar *et al.*, 2010; Serrano-Blanco *et al.*, 2009), sobre la relació cost-efectivitat de les alternatives terapèutiques (Serrano-Blanco *et al.*, 2006), o sobre la seva coordinació amb l'atenció especialitzada (Luciano Devis *et al.*, 2009), i amb atenció farmacèutica (Rubio-Valera *et al.*, 2009). També es disposa d'informació sobre els patrons d'atenció especialitzada i l'ús en petites àrees sanitàries de Catalunya, comparades amb àrees d'altres comunitats autònomes (Salvador-Carulla *et al.*, 2005; Pezzimenti *et al.*, 2006).

En aquest context, la salut mental ha rebut una atenció especial per part del Departament de Salut, i això ha tingut un impacte sobre el conjunt del sistema sanitari (de la Puente, 2006). El Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya (Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació, 2006), indica

entre els seus objectius el desenvolupament de nous sistemes de gestió i finançament, així com d'una nova cartera de serveis amb un sistema de gestió integrada i reorganització dels serveis externs existents en funció de les necessitats estratègiques. A més, la promoció de l'avaluació de serveis constitueix un objectiu específic dins del pla. L'anàlisi dels costos i l'adequació del pla de salut mental als criteris indicats per les diferents directives europees sobre salut mental (de la Puente, 2006) també forma part de la política de salut mental actual.

No obstant això, i malgrat els esforços assenyalats, aplicar aquesta base de coneixement a la presa de decisions sanitàries comporta algunes dificultats. En primer lloc, la informació agregada disponible per al conjunt de l'Estat no és aplicable a la planificació a Catalunya, atesa la variabilitat territorial i les diferències entre comunitats autònomes pel que fa al model assistencial, de finançament i de provisió de recursos (Salvador-Carulla, 2008a). En segon lloc, la informació disponible sobre els costos directes dels programes de salut (Gisbert *et al.*, 2007) i sobre els costos indirectes per malaltia a Catalunya (Oliva, 2008b) no en permet l'ús per a la planificació de salut mental.

A l'estudi de costos dels programes d'atenció del Servei Català de la Salut (Gisbert *et al.*, 2007), s'aborden aspectes de despesa i finançament i aspectes de cost de malaltia, la qual cosa impedeix una anàlisi adequada d'ambdós components de l'economia sanitària. A més, l'agregació efectuada no permet l'anàlisi dels costos relacionats amb salut mental. Com a exemple, aquest informe agrupa sota l'epígraf "Salut mental" l'atenció sociosanitària de psicogeriatría per a malalties neurodegeneratives i no efectua una desagregació per grans grups de malalties mentals. D'altra banda, l'agrupació de costos efectuada per cada programa del Servei Català de la Salut tampoc permet una anàlisi per a la presa de decisions sanitàries. L'epígraf "atenció primària" engloba l'atenció especialitzada de salut mental, i el d'"atenció farmacològica" incorpora tota la despesa del grup farmacèutic de psicofàrmacs, la qual cosa impedeix conèixer la part destinada a malalties mentals. Això fa que les taxes de distribució de costos directes no es puguin fer servir com a indicadors fiables per al seguiment o el diagnòstic del sistema. Aquest aspecte és particularment rellevant perquè la despesa en psicofàrmacs o en salut mental respecte

a la despesa total de salut constitueixen indicadors de primer ordre per a l'avaluació del sistema de salut mental (Saxena *et al.*, 2007).

Pel que fa als costos indirectes, la situació és similar, perquè l'estudi efectuat (Oliva, 2008b) no ha permès desagregar els costos per incapacitat laboral en funció dels grups diagnòstics, la qual cosa impedeix extreure el coneixement necessari per aplicar-lo a la planificació de salut mental. Pel que fa a la informació sobre mortalitat, la situació no és gaire diferent: no és possible desagregar les causes de mort atribuïbles a salut mental.

D'altra banda, la informació generada pels diferents estudis parcials i locals assenyalats anteriorment requereix una anàlisi detallada per incorporar-los a una base de coneixement útil per a la presa de decisions sanitàries. Aquesta tasca s'ha efectuat durant l'elaboració del Pla de salut (Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació, 2006), però requereix la incorporació del notable corpus de coneixement publicat en els últims tres anys.

El present estudi es proposa contribuir a la presa de decisions i a la planificació en salut mental, generant una base de coneixements sobre els costos de la salut mental a Catalunya. Aquesta se centra en els costos de la depressió pels motius següents:

1. Es tracta de l'agrupació amb més costos i càrrega per al conjunt de la societat i per al sistema sanitari. Per això, la depressió constitueix un objectiu prioritari de salut a escala global.
2. Presenta repercussions importants tant pel que fa als costos indirectes per pèrdua de productivitat com als costos directes en els diferents epígrafs (assistència primària, assistència especialitzada, hospitalització i costos farmacèutics).
3. Permet establir comparacions de l'evolució del sistema general de salut en el temps i entre territoris.
4. Constitueix un model útil per avaluar costos d'altres trastorns mentals, abordant els costos de tots els epígrafs assenyalats anteriorment.

5. Forma part de les estratègies nacionals i europees per a la promoció de la salut mental.

1.1. Objectiu de l'estudi

La **finalitat** de l'estudi és contribuir a una política sanitària de salut mental basada en l'evidència mitjançant l'estimació del cost de la depressió a Catalunya, l'any 2006, per a la població adulta, basat en un enfocament de prevalença.

Els **objectius específics** són:

Estimació dels costos de la depressió a Catalunya des de la perspectiva de la societat.

- a) Costos directes per consum de recursos (atenció primària, especialitzada, hospitalària i farmacèutica).
- b) Costos indirectes per pèrdua de productivitat associada a la depressió (morbidity i mortalitat).

L'estudi té, a més, dos **objectius addicionals** relacionats amb el Pla director de salut mental i addiccions (PDSMiAd, 2006):

1. Valorar la utilitat del mètode i del coneixement generat per una política de salut mental basada en l'evidència (relacionat amb els objectius 7 i 9 del PDSMiAd).²
2. Estimular la cooperació amb organitzacions europees en l'àmbit de la salut mental (relacionat amb l'objectiu 9 del PDSMiAd).³

² Objectiu 7.2: Continuar amb el procés d'avaluació externa; objectiu 9: Promoció de la investigació d'avaluació de serveis.

³ Objectiu 9.3: Estimular la cooperació amb països europeus i organismes internacionals.

1.2. Estructura de l'informe

En l'apartat següent d'aquest informe s'explica la metodologia que s'ha seguit durant l'estudi per a l'estimació dels costos de la depressió, i es descriuen les fonts utilitzades per a cadascuna de les estimacions realitzades. L'apartat es divideix en quatre seccions, en què s'expliquen els mètodes utilitzats per als càlculs referents a l'ús dels recursos sanitaris directes i la pèrdua de productivitat laboral atribuïble a la depressió. A més s'explica, per cada categoria de costos, el procediment adoptat per fer les estimacions. També s'explica el model de simulació desenvolupat per realitzar una aproximació probabilística als costos sanitaris directes. Així mateix, es presenten els càlculs del cost de l'atenció primària i de l'atenció especialitzada utilitzant fonts de dades alternatives.

En l'apartat següent es presenten els resultats de les estimacions de costos realitzades. Primer es presenten els resultats de l'estimació de la prevalença de la depressió a Catalunya l'any 2006. Després s'exposen les estimacions per a cada categoria de costos, començant pels costos sanitaris directes i continuant amb les estimacions dels costos indirectes. A continuació, es mostra el cost total de la depressió a Catalunya. Finalment, en aquest apartat es presenten els resultats del model de simulació dels costos sanitaris directes, així com de l'anàlisi de sensibilitat del cost de l'atenció primària.

En l'apartat final es presenta una discussió dels resultats. En aquesta discussió es comenten alguns aspectes generals de l'estudi, així com els resultats de costos de la depressió a Catalunya, i es comparen amb estudis nacionals i internacionals. Així mateix, s'exposen algunes qüestions referents a la utilitat de la metodologia emprada en l'estudi.

2. Metodologia

Es tracta d'un estudi de prevalença-any del cost de la depressió l'any 2006 a Catalunya. Segueix una perspectiva de la societat en el seu conjunt. S'ha utilitzat un disseny mixt qualitatiu/quantitatiu (Baum, 1995) i una aproximació de síntesi encreuada (Mays *et al.*, 2005a; Mays *et al.*, 2005b; Mays *et al.*, 2006), que combina informació amb un enfocament de dalt a baix (*top-down*) de bases de dades autonòmiques d'ús de serveis sanitaris i de baixes laborals, i informació amb un enfocament de baix a dalt (*bottom-up*) mitjançant enquestes de salut i estudis observacionals publicats i en elaboració, així com l'anàlisi directa de bases de dades d'estudis i fonts de dades pròpies. L'anàlisi quantitativa ha inclòs grups nominals (MacPhail, 2001). En presència de diferents formes disponibles i en el cas de variables incertes, s'ha efectuat una triangulació de dades (Denzin, 2006).

Població estudiada

L'estudi fa referència a la població general adulta (de més de 18 anys) de Catalunya, d'ambdós sexes, afectada de depressió segons els criteris de la Classificació internacional de malalties (CIM). Atesa la coexistència de dos sistemes de codificació oficials en les bases de dades espanyoles, ha estat necessari elaborar la transferència de codificació entre CIM-9-MC i CIM-10. Aquesta equivalència i les categories específiques incloses en l'anàlisi han estat consensuades per l'equip de treball i el primer grup d'experts.

Les diferents fonts utilitzades en l'estudi fan servir tres classificacions diagnòstiques diferents per a les quals hi ha equivalències establertes: dues versions de la Classificació internacional de malalties (CIM-9-MC i CIM-10), i el manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals de l'Associació Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR). Aquest últim incorpora un doble sistema de codificació per adaptar-se als codis de les classificacions CIM-10 i CIM-9-MC. A la taula 1 es detallen les categories incloses en l'estudi i els codis segons els diferents sistemes de classificació.

Taula 1. Codis de la CIM-9-MC i CIM-10 associats a la depressió utilitzats en l'estudi

Categories diagnòstiques ⁽¹⁾	CIM-9-MC ⁽²⁾	CIM-10
Trastorn depressiu major d'episodi únic	296,2	F 32
Trastorn depressiu major d'episodis recurrents	296,3	F 33
Distímia	300,4	F34.1
Trastorn depressiu atípic	296,82	F38/F39
Psicosi depressiva	298,0	F33.3
Estat depressiu neuròtic	300,4	F32/F33
Trastorn depressiu no especificat (depressió NE)	311	F32.9
Trastorn mixt: ansietat i depressió		F41.2

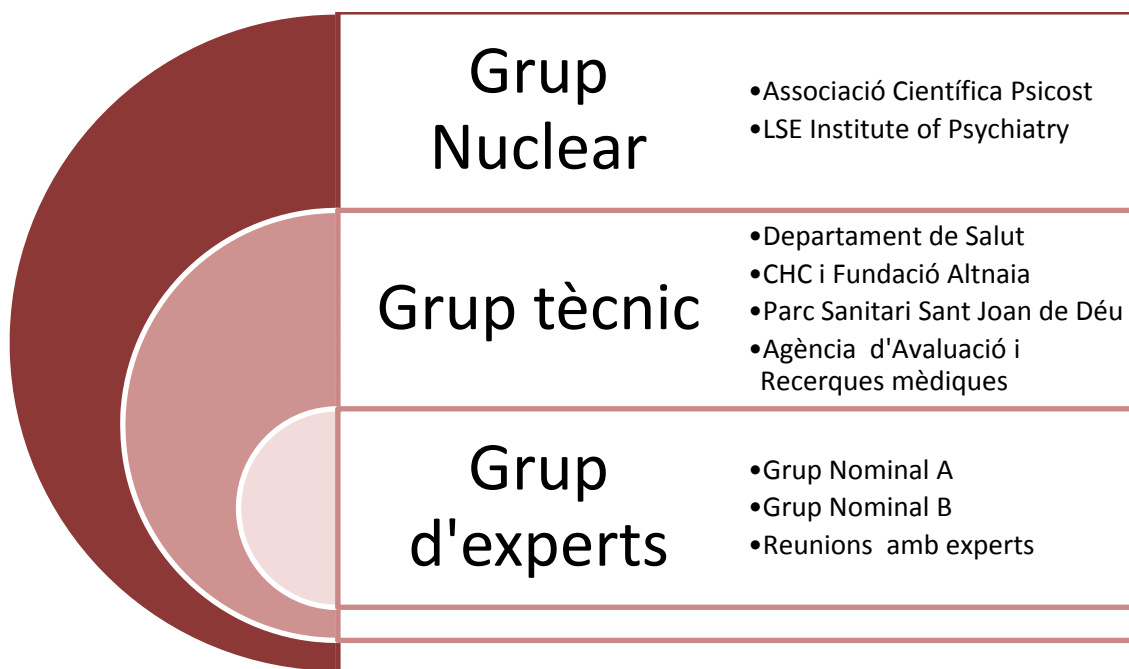
⁽¹⁾ DSM-IVTR: incorpora la conversió de codis CIM-9-MC i CIM-10 (Associació Americana de Psiquiatria, 2002).

⁽²⁾ 6a edició: <http://www.msc.es/ecie9mc-2008/html/index.htm>.

Grup de treball

L'estudi l'ha dut a terme l'Associació Científica Psicost, la NIHR School for Social Care Research de la London School of Economics and Political Science (LSE), en col·laboració amb l'Institut de Psiquiatria de Londres, i el PDSMiAd del Departament de Salut de Catalunya. També hi van participar el Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC), la Fundació Althaia, el Parc Sanitari Sant Joan de Déu i l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques. L'organigrama de l'equip de treball figura en el

Gràfic 1. Equip de treball



Procediment

En primer lloc, l'**anàlisi qualitativa** consta d'un cribatge efectuat mitjançant una revisió sistemàtica de la literatura sobre costos de la depressió a Catalunya, que inclou les publicacions científiques a Pubmed, Scopus i Google Scholar; els documents tècnics del Departament de Salut i del Ministeri de Sanitat i Polítiques Socials, informes preliminars d'investigacions en curs i altres documents rellevants. Les paraules clau per a la revisió a les bases de dades científiques van ser *depression, depressive disorder(s), affective disorder(s), mental disorder(s), mental health; costs; Health economics, Catalonia* i *Spain*.

Es van constituir dos grups d'experts seguint el mètode de grups nominals. El primer grup nominal (grup A) està format per nou experts en diferents temes relacionats amb l'estudi (epidemiologia, ús dels serveis, gestió de recursos, costos) i té l'objectiu d'establir les estimacions bàsiques per a l'anàlisi que no figuren en les bases de dades disponibles o que presenten resultats dispers (per exemple categories diagnòstiques

que s'han d'incloure en l'epígraf de *depressió*, unitats de costos, proporció de visites de psiquiatre o de psicòleg en centres de salut mental, suïcidi atribuïble a depressió), així com identificar noves bases de dades i avalar l'adequació de les bases seleccionades. Es van fer dues reunions (el 27 de maig i l'11 de juny de 2009). El segon grup nominal (grup B) està constituït per nou responsables i tècnics de les diferents unitats del Departament de Salut i altres organismes oficials, així com responsables de les bases de dades o d'estudis i programes específics que hi estan relacionats. Aquest segon grup va ajudar a seleccionar els ítems clau de les bases de dades per a la seva anàlisi i en l'avaluació de la validesa dels resultats de l'estudi. Es van realitzar tres sessions de treball (**annex I**).

A més, es van efectuar reunions amb diferents experts per a temes concrets relacionats amb aspectes específics de l'estudi. La llista completa de participants figura en l'**annex II**.

Atesa la diversitat i l'heterogeneïtat metodològica de les fonts disponibles, per a l'**anàlisi quantitativa** s'ha optat per un disseny de síntesi encreuada, que combinés diverses fonts de dades amb enfocaments de dalt a baix i de baix a dalt. Es fan servir diferents fonts estadístiques que tracten dades relacionades amb la depressió i s'encreuen algunes d'aquestes dades per avaluar-ne la validesa i la fiabilitat potencials. Es combinen, doncs, les dades procedents de diferents fonts i aproximacions (per exemple, estadístiques agregades d'utilització de recursos sanitaris, estadístiques de caràcter local o procedents d'un treball de camp específic, opinions d'experts, etc.) de manera que es puguin contrastar els resultats obtinguts i es puguin elaborar diferents opcions segons els supòsits establerts. En els casos en què no es disposava de dades precises, es van realitzar supòsits que s'expliquen al llarg de l'informe.

Quan les dades ho permeten, es presenten els resultats desagregats per grups diagnòstics, gènere i grup d'edat. Per a l'estudi es fan servir els grups d'edat de 18 a 39 anys, de 40 a 64 anys, i de 65 anys i més.

Fonts de dades

A la taula 2 figuren les fonts de dades utilitzades en aquest estudi. S'han utilitzat catorze fonts diferents per completar la informació de l'estudi.

Estimació de la prevalença

El nombre de casos de depressió a Catalunya de l'any 2006 es va estimar a partir de les dades de població de referència segons el Registre Central d'Assegurats (tall el desembre de 2005) i de la prevalença-any de l'estudi epidemiològic sobre la població general de Catalunya de l'European Study of Epidemiology of Mental Disorders-SAMCAT (ESEMeD-SAMCAT, 2002) (Alonso *et al.*, 2004; Haro *et al.*, 2008; Gabilondo *et al.*, 2009). Les dades d'aquest estudi es van recollir entre 2001 i 2003 i la mostra és de 1.619 casos. Aquest estudi ha estat utilitzat per a l'elaboració del Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya i es considera la font d'informació més fiable.

Taula 2. Fonts de dades per a l'estudi CostDep

Nom de la font	Acrònim	Any de referència	Característiques	Categoria de costos	Referència	Sistema de classificació
<i>Enquesta de salut de Catalunya</i>	ESCA	2006	Enquesta de salut		Mompart <i>et al.</i> , 2007a Mompart <i>et al.</i> , 2007b	No
Registre Central d'Assegurats	RCA	2006	Població de referència del CatSalut que identifica tots els assegurats amb targeta sanitària			
<i>Conjunt mínim bàsic de dades – hospital general d'aguts</i>	CMBD-HGA	2006	Base de dades d'altres hospitalàries (hospitals generals) (Pertany al registre nacional)	Atenció hospitalària aguda en hospitals generals		CIM-9-MC
<i>Conjunt mínim bàsic de dades – hospitals monogràfics psiquiàtrics</i>	CMBD-HMP		Base de dades d'altres hospitalàries (dades de Catalunya)	Atenció hospitalària en hospitals monogràfics psiquiàtrics		CIM-9-MC
<i>Conjunt mínim bàsic de dades – centres de salut mental d'adults</i>	CMBD-SMA	2006	Base de dades d'atenció especialitzada als centres de salut mental (dades de Catalunya)	Atenció especialitzada		CIM-9-MC
<i>Datamart de Farmàcia</i>	Datamart	2006	Dades de farmàcia (consum i cost)	Atenció farmacològica		No

<i>Intercontinental Marketing Services</i>	IMS	2006	Costos farmacològics a Catalunya	Atenció farmacològica		CIM-10
<i>Enquesta d'estructura salarial</i>	EES	2006	Enquesta sobre cost laboral (registre nacional)	Costos de morbiditat i mortalitat	Instituto Nacional de Estadística, 2006a	
<i>Enquesta de població activa</i>	EPA	2006	Enquesta laboral (registre nacional)	Costos de morbiditat i mortalitat	Instituto Nacional de Estadística, 2006b	
<i>Anàlisi de la incapacitat temporal i de la incapacitat permanent</i>	ICAM-IT	2007	ICAM (Institut Català d'Avaluacions Mèdiques) Dades d'incapacitat temporal (IT)	Pèrdua de productivitat per IT	Institut Català d'Avaluacions Mèdiques, 2008	CIM-9-MC
	ICAM-IP	2007	ICAM: dades d'incapacitat permanent (IP)	Pèrdua de productivitat per IP		CIM-10
<i>Butlletí d'estadístiques laborals</i>	MTAS-IP	2006	Dades d'incapacitat permanent Actualitzat el 30 de juny de 2009 (Ministeri de Treball)	Morbiditat	Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009	N/a
<i>Anàlisi de la mortalitat a Catalunya</i>	(Mort)	2006	Estudi que inclou dades de mortalitat a Catalunya per grups diagnòstics	Mortalitat (mort prematura)	Servei d'Informació i Estudis, 2008	N/a

<i>European Study of the Epidemiology of Mental Disorders-SAMCAT</i>	ESEMeD-SAMCAT	2002	Estudi de prevalença en la població general (prevalença - 12 mesos) (Catalunya)	Prevalença-any	Alonso <i>et al.</i> , 2004 Haro <i>et al.</i> , 2008	DSM-IV
<i>Diagnòstic i avaluació de salut mental a l'atenció primària</i>	DASMAP	2006	Estudi de prevalença assistida en assistència primària en 77 CAP de Catalunya	Prevalença-any	Serrano-Blanco <i>et al.</i> , 2009	DSM-IV
<i>Interventions for Depression Improvement</i>	INDI	2007	Assaig aleatoritzat amb branca de control representativa de tractament usual en 20 CAP de Tarragona	Prevalença-any	Aragonès <i>et al.</i> , 2007	DSM-IV
<i>Fonts diverses (vegeu la taula 10)</i>	Varis	Varis	Costos unitaris			
Centres de referència						
Fundació Althaia	Althaia	2006	Costos unitaris			
Sant Joan de Déu – Serveis de Salut Mental	SJD-SSM	2006	Costos unitaris			

N/a: no aplicable.

2.1. Utilització dels recursos sanitaris

Atesa la diversitat de fonts utilitzades en l'estudi (vegeu la taula 2), estimem convenient presentar les fonts d'acord amb l'ús de recursos. En aquest apartat presentem les fonts corresponents a l'atenció primària, a l'atenció especialitzada, a l'atenció hospitalària i a l'atenció farmacològica.

Atenció primària

Per a l'any 2006, la població de referència és la del Registre Central d'Assegurats (RCA) que fa servir el tall de població el 31 de desembre de 2005. Els assegurats són les persones que tenen una targeta sanitària que els dóna dret a rebre atenció en el sistema sanitari públic català. Cada assegurat del CatSalut té una identificació única mitjançant el codi d'identificació personal (CIP). L'aplicació RCA permet la gestió i la consulta de les dades dels assegurats i l'actualitzen les unitats proveïdores de serveis sanitaris. Aquesta aplicació també permet gestionar l'emissió de targetes sanitàries, la distribució dels assegurats per àrees bàsiques de salut i l'assignació de la unitat proveïdora d'atenció primària (Servei Català de la Salut, 2009).

L'ús de serveis en l'atenció primària per a pacients amb diagnòstic de depressió es basa en les dades de les fonts primàries que s'esmenten tot seguit. En primer lloc, l'estudi *Diagnòstic i avaluació de salut mental a l'atenció primària (DASMAP)*, realitzat entre l'octubre de 2005 i el març de 2006 (Serrano *et al.*, 2009). Aquest estudi es va fer a 77 centres que cobrien 10 comarques de Catalunya. La grandària de la mostra és de 3.815 pacients. Les dades es deriven de les entrevistes epidemiològiques (SCID-I) realitzades i de la història clínica informatitzada (HCI). L'SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*) és la versió de l'entrevista per a recerca que inclou els mòduls d'episodis de depressió major, distímia i trastorn d'ansietat, i que exclou el trastorn obsessivocompulsiu. També es va utilitzar l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2006 (Mompart *et al.*, 2007a; Mompart *et al.*, 2007b). Es van efectuar 18.126 entrevistes, de les quals 15.926 a població adulta (de 15 anys o més), i 2.200 a menors de 15 anys. Els resultats permeten analitzar aspectes

relacionats amb la percepció dels ciutadans enquestats sobre el seu estat de salut i malaltia, els estils de vida i la utilització, la valoració i les expectatives dels serveis assistencials i del sistema sanitari. De forma addicional, i per contrastar la informació obtinguda, es va utilitzar la base de dades de l'estudi *Interventions for Depression Improvement (INDI)* (Aragonès *et al.*, 2007), pel que fa a l'ús de serveis del grup de control a 20 CAP de Tarragona; també es van fer servir les dades publicades sobre l'ús de serveis en l'atenció primària per part de pacients amb depressió a les àrees d'atenció primària de Badalona (Sicras Mainar *et al.*, 2010) i Lleida (Serna Arnaiz *et al.*, 2007).

Estimació del nombre de visites al metge de capçalera dels pacients amb diagnòstic de depressió

Per l'any de referència, no és disponible cap registre de casos d'atenció primària a Catalunya. Les estimacions s'han efectuat de la manera següent:

1. Per estimar la població assegurada que es va atendre als CAP per qualsevol raó, la població de referència assegurada de Catalunya del RCA es va multiplicar pel percentatge de la població que havia declarat a l'ESCA haver anat al metge de capçalera en els últims dotze mesos. Amb aquest objectiu, s'ha utilitzat la pregunta de l'ESCA-102: "Als darrers dotze mesos, ha estat visitat per algun dels següents professionals sanitaris o sociosanitaris per motiu de la seva salut?". L'opció del professional és 01. *Metge/essa de medicina general i/o de capçalera*.

**Població assegurada que es va atendre als CAP per qualsevol motiu
= (població de referència assegurada de Catalunya del RCA)
× (població que va declarar a l'ESCA haver visitat el metge de capçalera en els darrers dotze mesos)**

2. De l'estudi DASMAP s'obté la prevalença-any dels trastorns de l'estat d'ànim, per gènere i per grup d'edat. Aquesta prevalença es multiplica per la població assegurada que es va visitar als CAP per qualsevol motiu (pas 1) per estimar la població amb diagnòstic de depressió atesa als CAP.

Població amb diagnòstic de depressió atesa als CAP
= (prevalença-any per a trastorns de l'estat d'ànim del DASMAP)
× (població assegurada que va visitar els CAP per qualsevol motiu)

3. Del DASMAP també obtenim el percentatge de població amb depressió segons l'entrevista realitzada que coincideix amb el diagnòstic de depressió del metge segons la història clínica informatitzada. Aquí assumim que el metge ha detectat la depressió i està tractant el pacient per a aquest problema. Aplicant el percentatge obtingut a la població amb diagnòstic de depressió atesa als CAP, obtenim el nombre total de persones amb depressió que el metge ha detectat i que està tractant. Utilitzant aquest criteri de coincidència, s'exclouen les persones amb depressió segons l'SCID que compleixen criteris per a depressió, però que el metge —suposem— no ha detectat. També estariem exclouent els casos amb depressió segons el metge que l'SCID no va detectar.

Nombre de persones que tenen depressió segons l'entrevista que el metge està tractant = (població amb diagnòstic de depressió atesa en CAP) × (percentatge de la població amb depressió segons l'entrevista que coincideix amb el diagnòstic del metge) ÷ 100

4. La mitjana de visites al CAP que realitzen les persones amb depressió per a les quals el diagnòstic coincideix en l'entrevista i en l'HCI s'obté del DASMAP. La mitjana de visites es multiplica pel nombre de persones que tenen depressió que el metge "està tractant" per estimar el nombre total de visites realitzades als CAP.

Nombre total de visites realitzades als CAP de pacients amb depressió = (nombre de persones que tenen depressió segons l'entrevista que el metge està tractant) × (mitjana de visites al metge de capçalera entre les quals coincideix el diagnòstic)

Atenció especialitzada

Les dades de l'atenció especialitzada ambulatoria provenen dels centres de salut mental d'adults (CSMA) de Catalunya, de l'any 2006. La font és la base de dades del Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD-SM). El CMBD-SM recull les dades de les visites als CSMA utilitzant per codificar-la la CIM-9-MC. Les dades de l'anàlisi inclouen els diagnòstics de depressió següents: trastorn depressiu major d'episodi únic i d'episodis recurrents, distímia, trastorn depressiu atípic, psicosi depressiva, trastorn depressiu neuròtic, trastorn depressiu no classificat, depressió no especificada i trastorn adaptatiu mixt d'ansietat i estat d'ànim deprimat.

Les activitats dels CSMA es classifiquen de la manera següent: primera visita, visita de seguiment, psicoteràpia individual, psicoteràpia de grup, tractament familiar, atenció d'infermeria, treball social, proves complementàries (psicològiques), visites a domicili i visites no programades. Les primeres visites poden ser més d'una si el pacient ha estat donat d'alta prèviament dins el mateix any. Es comptabilitzen totes les que recull el CMBD-SM.

Seguint aquesta classificació d'activitats es van obtenir les dades de tots els diagnòstics i de cadascun dels codis diagnòstics de depressió inclosos en l'estudi. A més a més, les dades estan agrupades per sexe i per grups d'edat. Únicament es van seleccionar els pacients dels CSMA. Només es van incloure els pacients amb diagnòstic "correcte" i els etiquetats com a "inespecífics" perquè faltava l'última xifra del codi CIM (ja que aquesta no és necessària per a l'estudi).

Els pacients amb més de 105 anys i menys de 18 anys es van considerar errors i es van incloure a la categoria "Sense dades". Els registres amb dades no especificades pel que feia a l'edat o al gènere es van distribuir proporcionalment entre els diferents grups d'edat i sexe.

Tot i que al principi es va distingir entre finançament públic i privat, la diferència era mínima i, per tant, es va assumir l'univers de les dades.

Les activitats dels CSMA poden ser realitzades per diferents professionals (psiquiatres, psicòlegs, infermers, treballadors socials). No obstant això, el CMBD-SM no recull dades que permetin identificar el professional que realitza cada activitat. Per aquesta

raó, es van fer estimacions basades en l'opinió d'experts sobre els pesos que cada professional té en cada activitat (vegeu la taula 3). En l'apartat de discussió comparem aquestes estimacions amb les d'altres estudis.

Taula 3. Estimació dels pesos de cada professional en cada activitat dels CSMA* (Catalunya, 2006)

Activitat	Psiquiatre	Psicòleg	Infermer	Treballador social
Primeres visites	95%	5%		
Visites següents	80%	20%		
Visites domiciliàries	5%		45%	50%
Visites no programades	10%	5%	40%	45%
Psicoteràpia individual	30%	55%	15%	
Psicoteràpia de grup	20%	45%	20%	15%
Tractament familiar	10%	30%	10%	50%
Proves complementàries	5%	60%	30%	5%

*Estimacions basades en l'opinió d'experts.

Atenció hospitalària

Les principals fonts de dades per calcular el nombre de pacients amb depressió que han estat hospitalitzats és la informació recollida en el CMBD pel que fa a hospitals generals d'aguts (HGA) i a hospitals monogràfics psiquiàtrics (HMP) per a l'any 2006. El CMBD-AH facilita el nombre d'altres hospitalàries, així com les estades mèdiques, segons la classificació de la CIM-9-MC. Per a l'anàlisi, es van seleccionar els mateixos diagnòstics de depressió ja escollits per a l'atenció especialitzada.

1. CMBD d'hospital general d'aguts

En el cas del CMBD-HGA, es van seleccionar els hospitals següents, que pertanyen a la xarxa de salut mental pública:

- Hospital Universitari de Bellvitge
- Hospital Universitari de la Vall d'Hebron
- Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
- Hospital Mútua Terrassa
- Corporació Sanitària Parc Taulí
- Consorci Sanitari de Terrassa
- Hospital del Mar, Consorci Parc de Salut Mar de Barcelona
- Hospital Santa Maria de Lleida
- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

Es van seleccionar únicament els pacients donats d'alta en serveis de psiquiatria.

2. CMBD d'hospital monogràfic psiquiàtric

En el cas del CMBD-HMP es van seleccionar els pacients dels hospitals següents amb serveis d'aguts de la xarxa de salut mental pública:

- Althaia, Manresa
- Hospital Psiquiàtric Martorell
- Centre Dr. Emili Mira, Consorci Parc de Salut Mar de Barcelona

- Benito Menni, complex assistencial de Sant Boi
- Hospital Mare de Déu de la Mercè
- Hospital de Sant Boi, Parc Sanitari Sant Joan de Déu
- Hospital Duran i Reynals, Fundació Sociosanitària de Barcelona
- Hospital Sant Rafael
- Hospital General de Vic, Consorci Hospitalari de Vic
- Institut Pere Mata de Reus
- Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme
- Centre Fòrum, Consorci Parc de Salut Mar de Barcelona
- Hospital General de Granollers
- Hospital Santa Caterina, Parc Hospitalari Martí i Julià
- Unitat Polivalent en Salut Mental d'Amposta

Els pacients amb més de 105 anys i menys de 18 anys s'han considerat errors i s'han inclòs a la categoria "Sense dades". Els pacients per als quals no estan especificats l'edat o el gènere es van distribuir proporcionalment entre els diferents grups d'edat i gènere.

Atenció farmacològica

En aquest apartat es descriu el tractament farmacèutic ambulatori de la depressió (el tractament farmacèutic hospitalari s'incorpora als costos del dia d'estada hospitalària). Els grups farmacèutics seleccionats per a l'anàlisi són els que es van considerar com els més rellevants per al tractament de la depressió dels pacients diagnosticats amb la malaltia. La selecció es va fer segons l'opinió dels membres del grup nominal A (vegeu l'annex I) i apareix a la taula 4.

Taula 4. Grups farmacèutics

Antiepilèptics	N03A	Antiepilèptics
Antiparkinsonians	N04A	Agents anticolinèrgics
Psicolèptics	N05A	Antipsicòtics
	N05B	Ansiolítics
	N05C	Hipnòtics i sedants
Psicoanalèptics	N06A	Antidepressius
	N06B	Psicoestimulants, agents utilitzats per al trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) i noòtrops
	N06D	Fàrmacs antidemència

Per a l'anàlisi i la presentació dels resultats, es va procedir a l'agrupació dels grups terapèutics següents:

- Antidepressius.
- Hipnòtics i sedants.
- Antipsicòtics.
- Ansiolítics.
- Antiepilèptics.
- Altres grups terapèutics que inclouen antiparkinsonians, psicoestimulants i noòtrops, i fàrmacs antidemència.

La font principal de dades sobre el consum de fàrmacs prové del Datamart de Farmàcia del CatSalut de l'any 2006. El Datamart recull dades sobre la prestació farmacèutica, i proporciona dades sobre receptes per gènere i edat que permeten construir indicadors com ara el cost per usuari (assegurat al qual s'ha prescrit, com a mínim, una recepta al llarg del període de referència), cost per recepta i receptes per usuari.

Per al nostre estudi disposem del nombre d'usuaris i del nombre de receptes dispensades per grup terapèutic i gènere de l'usuari. El gènere dels pacients als quals es va dispensar algun dels fàrmacs només és disponible per al 80% de les dades

registrades. En el cas dels registres sense dades referents al gènere de l'usuari es va fer una distribució proporcional.

Les dades del Datamart de Farmàcia són globals, i no es distingeix per diagnòstic. Per aquesta raó recorrem a les dades de l'International Marketing Service (IMS) de l'any 2006 per a Catalunya (dades proporcionades per Lundbeck España per a aquest estudi). L'IMS proporciona dades de prescripcions i de vendes dels grups terapèutics per als pacients amb diagnòstic de depressió. Els diagnòstics considerats són F32, F32.9, F33, F33.3, F34.1, F38, F39. Aquestes dades es basen en l'Estudi de prescripció mèdica (IMS EPM) i en l'Estudi Mercat Farmacèutic per Comunitats Autònomes (EMFCCAA).

Utilitzem la distribució per a cada grup diagnòstic estimada a les dades de l'IMS i apliquem aquesta distribució a les dades del Datamart per poder extrapolar-ne el consum i la despesa atribuïble a la depressió. Les receptes del Datamart es van distribuir proporcionalment entre els grups terapèutics segons la distribució de les prescripcions de l'IMS.

2.2. Pèrdua de productivitat laboral per depressió

La pèrdua de productivitat laboral associada a la depressió es deu a períodes de baixa laboral (incapacitat temporal), incapacitat permanent i mort prematura per suïcidi o lesions autoinfligides.

Pèrdua de productivitat per incapacitat temporal

La incapacitat temporal és la situació en què un treballador afiliat a qualsevol règim de la Seguretat Social (SS) no pot treballar temporalment per un problema de salut que requereix assistència sanitària. El comunicat mèdic de baixa laboral és el document que acredita que el problema de salut impedeix al treballador realitzar la seva feina habitual. El temps màxim que pot durar una incapacitat temporal (IT) és de dotze mesos, amb possibilitat d'una pròrroga de sis mesos més (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2008a).

La font principal utilitzada com a referència és una anàlisi específica per al nostre estudi realitzada per l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM). A partir d'aquesta anàlisi disposem del nombre de baixes laborals temporals per depressió i la seva durada. Les baixes laborals es van classificar per diagnòstic de depressió (F32, F33, F38, F39, F41.2), gènere i grups d'edat (18-39, 40-64). Les dades fan referència a l'any 2007, ja que al llarg d'aquell any es va produir una millora qualitativa de la base de dades i, consegüentment, es disposava d'informació fiable sobre els grups diagnòstics.

Per a aquest estudi es va assumir que el comportament de la IT per depressió és similar al de l'any 2006.

Una font complementària a l'anàlisi específica és l'informe realitzat per l'ICAM (Institut Català d'Avaluacions Mèdiques, 2008) sobre la situació de la incapacitat temporal per contingències comunes a Catalunya l'any 2007.

La metodologia que s'ha seguit per a les estimacions és la següent:

1. Per a l'anàlisi es consideren els casos en què el diagnòstic d'alta d'incapacitat temporal és la depressió, utilitzant els codis diagnòstics de depressió seleccionats. Es va fer servir el diagnòstic d'alta de la incapacitat temporal perquè se'l va considerar més precís que el diagnòstic registrat en el moment de donar-li la baixa al treballador.
2. El nombre total de dies d'incapacitat temporal es calcula multiplicant el nombre d'altres per la durada mitjana de la incapacitat temporal per cada diagnòstic de depressió, sexe i grups d'edat (18-39, 40-64). L'edat legal de jubilació (permanència en el mercat laboral) és de 65 anys.

Nombre total de dies d'IT = (nombre d'altres) × (durada mitjana de la IT)

3. L'any productiu perdut fa referència a l'any natural de 365 dies. Per obtenir el nombre total d'anys productius perduts es divideix el total de dies d'incapacitat temporal per 365 dies.

$$\text{Nombre total d'anys productius perduts} = (\text{nombre total de dies d'IT}) \div 365$$

Pèrdua de productivitat per incapacitat permanent

La incapacitat permanent (IP) indica la situació en què la capacitat laboral del treballador assalariat queda reduïda o anul·lada, possiblement de forma definitiva. S'identifiquen quatre graus d'incapacitat (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2008b):

- IP parcial: és aquella que, sense arribar al grau de total, ocasiona al treballador una disminució no inferior al 33% en el seu rendiment normal per a la professió habitual, sense impedir-li la realització de les tasques fonamentals d'aquesta.
- IP total: incapacitat que inhabilita el treballador per a la realització de les tasques fonamentals o de totes les tasques de la seva professió habitual, sempre que es pugui dedicar a una tasca diferent.
- IP absoluta: incapacitat que inhabilita completament el treballador per desenvolupar qualsevol professió o ofici.
- Gran invalidesa: com a conseqüència de pèrdues anatòmiques o funcionals, el treballador necessita l'assistència d'una altra persona per dur a terme les accions més essencials de la vida, com vestir-se, desplaçar-se o menjar.

La prestació econòmica relacionada amb la IP intenta cobrir la pèrdua de rendes salarials o professionals que pateix una persona quan està afectada per un procés patològic o traumàtic derivat d'una malaltia o un accident, i en què la seva capacitat laboral queda reduïda o anul·lada de manera important. Utilitzem les dades d'IP de l'any 2007 perquè són més precises i inclouen informació sobre grups diagnòstics obtinguda en un estudi efectuat específicament per a aquest estudi. Assumim el mateix comportament d'IP en tots dos anys.

La font principal és una anàlisi específica sobre la incidència de la IP a Catalunya l'any 2007, realitzada per a aquest estudi per l'ICAM i Psicost amb dades proporcionades per l'Institut Nacional de la Seguretat Social. Es van analitzar 4.271 registres d'IP

proposades pel grup de salut mental (grup 05) per a la província de Barcelona. Es va fer una revisió del diagnòstic literal, amb l'objectiu d'identificar els nous casos d'IP per diagnòstic de depressió. Els codis de depressió utilitzats en aquesta anàlisi són F32, F33, F38, F39, F41.2. L'anàlisi distingeix entre les IP proposades i les acceptades. Un 10,69% de les IP acceptades fan referència a diagnòstics de depressió. Podem assumir que les dades de la província de Barcelona són representatives de Catalunya, ja que la població d'aquesta província representa un 74% de la població total de Catalunya (Institut d'Estadística de Catalunya, 2009). També s'ha consultat el *Boletín de Estadísticas Laborales* del Ministeri de Treball (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009), en particular les taules de resum "Pensions d'incapacitat permanent per comunitat autònoma" (PEN-25) i "Import mitjà de pensions d'incapacitat permanent per comunitat autònoma" (PEN-26). El primer ens dona les dades de prevalença d'IP a Catalunya l'any 2007.

Percentatge de propostes d'IP per depressió acceptades
 = (nombre de propostes d'IP per depressió acceptades)
 ÷ (nombre total d'IP acceptades) × 100

Nombre total de casos d'IP per depressió
 = (nombre total d'IP a Catalunya)
 × (percentatge d'IP per depressió acceptades: província de Barcelona) ÷ 100

Es disposa de dades seriadades de prevalença sense desagregació per diagnòstics i de les dades d'incidència de l'any 2007 de l'estudi ja assenyalat. Per aquesta raó, es van considerar els supòsits següents:

- El comportament d'IP acceptades a la província de Barcelona és similar al de la resta de províncies de Catalunya.
- L'edat i la mortalitat de les IP de depressió són similars a les d'altres grups d'IP (tot i que, en principi, la mortalitat seria més baixa).
- És raonable considerar que el percentatge de noves IP acceptades amb diagnòstic de depressió és aplicable al total d'IP prevalents a Catalunya.

S'ha estimat que, de les 161.800 IP prevalents a Catalunya l'any 2007, un 10,69% (17.302) deriven d'un diagnòstic per depressió. La mitjana d'edat dels treballadors de la mostra afectats per IP és de 49,8 anys.

Pèrdua de productivitat laboral per mort prematura

S'han estimat els anys potencials de vida productiva perduda per mort prematura (suïcidi) dels pacients amb depressió. Estimem que el percentatge de suïcidis atribuïbles a la depressió és del 45%. Aquest valor es basa en resultats preliminars de l'estudi sobre suïcidi a Catalunya (Palao *et al.*, 2009, estudi en curs no publicat): 44% (2008) i 53% (2007) i de l'informe de consens (Ayuso-Mateos *et al.*, 2008) que estima el nombre de suïcidis per depressió a Espanya entre el 30% i el 45%. Assumim que la taxa de suïcidis és igual per a homes i dones i per a tots els grups d'edat.

Les dades de mort per suïcidi a Catalunya l'any 2006 es van obtenir de l'estudi publicat pel Departament de Salut "Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2006" (Servei d'Informació i Estudis, 2008). En l'estudi només es van incloure els casos de suïcidi consumats; els intents de suïcidi es van excloure.

Nombre de suïcidis atribuïbles a la depressió per sexe i grup d'edat
= (nombre de suïcidis per sexe i grup d'edat) × 45%

A partir de l'Enquesta de població activa (Instituto Nacional de Estadística, 2006b) es va obtenir la taxa d'ocupació a Catalunya l'any 2006. Amb els termes *població ocupada* i *població activa* sempre fem referència a individus de 16 anys o més i a un període de referència concret, que per als objectius d'aquest estudi és l'any 2006. Tot i que el grup d'edat més jove d'aquest estudi té com a interval inferior els 18 anys, es considera assumible l'error d'estimació causat pel fet d'emprar, per als càlculs, una dada que inclou les persones de 16 i 17 anys, ja que, atès el baix percentatge d'individus actius o ocupats de 16 i 17 anys en relació amb la resta de la població activa o ocupada, el supòsit no hauria de tenir un impacte significatiu en els resultats.

Nombre de suïcidis atribuïbles a la depressió de persones ocupades per sexe i grup d'edat
= (nombre de suïcidis de persones ocupades per sexe i grup d'edat)
× (taxa d'ocupació per sexe i grup d'edat)

La població econòmicament activa és el conjunt de persones que treballaven o feien gestions per fer-ho (buscaven feina) en el moment de l'entrevista, mentre que la

població ocupada és el conjunt de persones que tenien feina per compte propi o aliè. La taxa d'ocupació és el percentatge de les persones ocupades entre les persones actives, i es calcula dividint la població total ocupada entre la població activa. La taxa d'ocupació a Catalunya per sexe i grup d'edat es resumeix a la taula 5.

Taula 5. Taxa d'ocupació a Catalunya (2006)

Grup d'edat	Homes	Dones
Menors de 25 anys	53,67	44,86
25 anys i més	70,40	48,56

Font: Instituto Nacional de Estadística, 2006b.

Els anys de vida perduts (AVP) es van calcular a partir de la diferència entre els 65 anys (l'edat legal de jubilació a l'Estat espanyol) i l'edat mitjana de cada grup d'edat. Aquesta diferència es multiplica pel nombre de suïcidis registrat.

Anys de vida perduts

$$= \sum (65 \text{ anys} - \text{edat mitjana de cada grup d'edat}) \times (\text{nombre de suïcidis per depressió a cada grup d'edat})$$

Els anys potencials de vida productiva perduts (APVPP) constitueixen una estimació quantificable del nombre d'anys potencials de vida perduts o anys de vida productiva perduts. Es calcula multiplicant els AVP de cada grup d'edat per la taxa d'ocupació corresponent, ja que només s'han de considerar els individus que estarien treballant si no haguessin mort per suïcidi.

2.3. Anàlisi de costos

L'estudi considera dues grans categories de costos: els costos sanitaris directes i els costos indirectes. Per a les estimacions utilitzem els costos unitaris segons la comptabilitat analítica dels centres col·laboradors i, en cas que estiguin disponibles, les tarifes oficials. A més, es fa una anàlisi de sensibilitat a la qual s'apliquen els costos utilitzats en estudis publicats en un model de simulació segons el mètode de Montecarlo, que es descriu a l'apartat 2.4.2.

2.3.1 Costos sanitaris directes

Els costos sanitaris directes són els costos relacionats amb el consum de recursos del sistema d'atenció sanitària atribuïbles al tractament de la depressió. Aquests inclouen els costos associats a atenció primària, atenció especialitzada, atenció hospitalària i atenció farmacològica. Els costos derivats de l'ús de proves diagnòstiques i de laboratori s'han considerat, però no s'han comptabilitzat en l'anàlisi. Tampoc s'inclouen en l'estudi els costos directes no sanitaris suportats pel pacient i pels seus familiars, com ara els costos dels desplaçaments o del temps que els familiars dediquen al malalt durant les hospitalitzacions.

Els centres col·laboradors són la Fundació Althaia i el Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD). La Fundació Althaia té una àrea de cobertura de 238.000 persones. La població de referència del PSSJD l'any 2006 va ser d'1.158.871 persones. Les dades proporcionades pel PSSJD inclouen la distribució dels costos d'estructura i consums (relatius a l'estructura física: aigua, llum, manteniment, etc.) proporcionalment al percentatge que representa el grup professional del qual es mesura l'activitat. Per exemple, el cost unitari de la consulta amb el psiquiatre (la mitjana de tots els CSM) és:

$$\frac{\text{(Costos psiquiatre + percentatge d'estructura i consums)}}{\text{÷ (nombre de visites totals realitzades al psiquiatre)}}$$

Per calcular el cost de l'estada hospitalària es van fer servir les tarifes oficials publicades en el *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (així com la base de dades de referència de costos unitaris de Salut (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya,

2006; Gisbert i Brosa, 2006). En el cas del cost de la visita amb metge de capçalera, la dada aportada per la Fundació Althaia es va considerar una dada de referència més fiable. Les tarifes oficials i els costos unitaris utilitzats en les estimacions del cost de la depressió des de la perspectiva de la societat es resumeixen a la taula 6.

Taula 6. Tarifes oficials i costos unitaris (Catalunya, 2006)

Recurs	Tarifa del 2006 (en euros)	Font
Visita amb el metge de capçalera	20,50	Fundació Althaia ⁽¹⁾
Dia d'estada en una unitat de salut mental d'aguts (en un hospital general)	269,03	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 2006; Gisbert i Brosa, 2006 ⁽²⁾
Dia d'estada en una unitat d'aguts (en un hospital psiquiàtric)	133,57	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 2006; Gisbert i Brosa, 2006 ⁽²⁾
Consulta a un psiquiatre	45,58	PSSJD ⁽³⁾
Consulta a un psicòleg	61,03	PSSJD
Consulta a un infermer	29,37	PSSJD
Consulta a un treballador social	49,10	PSSJD

⁽¹⁾ Dada de referència més fiable; ⁽²⁾ tarifa oficial i base de dades eSalud; ⁽³⁾ càlculs realitzats mitjançant comptabilitat analítica.

Cost de l'atenció primària

El cost total de l'atenció primària per a la població amb diagnòstic de depressió es calcula multiplicant el cost de la visita al metge de capçalera pel nombre total de visites realitzades als CAP en aquesta població. Els resultats s'agrupen per gènere i per grup d'edat.

***Cost total de l'atenció primària per a la depressió
= (cost de la visita al metge de capçalera)
× (nombre total de visites realitzades a CAP per població amb depressió)***

Cost de l'atenció especialitzada

En l'apartat d'utilització de recursos, es van establir els pesos —el percentatge de cada activitat del CSMA que duu a terme cada professional. Així doncs, ha estat necessari utilitzar una mitjana ponderada del cost de cada activitat. Aquesta mitjana

ponderada es va calcular a partir de les estimacions realitzades per experts sobre els pesos que cada professional té per cada activitat. La taula 7 resumeix el cost mitjà ponderat per a cada activitat. Per a les visites a psiquiatres, psicòlegs, infermers i treballadors socials s'utilitzen els costos unitaris proporcionats pel PSSJD, exposats en el punt anterior.

Taula 7. Estimació del cost mitjà ponderat de cada activitat dels CSMA

Activitat del CSMA	Cost mitjà ponderat (en euros)
Primeres visites	46,2575
Visites següents	48,5900
Visites domiciliàries	40,0405
Visites no programades	41,4425
Psicoteràpia individual	51,6160
Psicoteràpia de grup	49,7985
Tractament familiar	50,3440
Proves complementàries	50,1580

El cost total de l'atenció especialitzada ambulatoria és la suma dels productes del nombre de visites de cada activitat per la mitjana ponderada del cost de cada activitat.

$$\begin{aligned} & \text{Cost total de l'atenció especialitzada ambulatoria per a la depressió} \\ & = \sum (\text{nombre de visites de cada activitat}) \\ & \times (\text{cost mitjà ponderat de cada activitat}) \end{aligned}$$

Cost de l'atenció hospitalària

Els costos unitaris que s'han utilitzat per dia d'estada hospitalària són els següents: hospital general d'aguts (269,03 euros) i hospital monogràfic (133,57 euros).

El cost unitari de l'estada hospitalària inclou tot el consum de recursos dels pacients durant l'hospitalització (fàrmacs, proves i procediments, així com els costos de caràcter hotel·ler prestats en aquests centres sanitaris).

El cost total de l'atenció hospitalària és el producte del nombre d'estades per la durada mitjana de l'estada pel cost del dia d'estada. Els resultats s'obtenen per a tots els diagnòstics d'alta i per als diagnòstics de depressió agrupats per grup d'edat i sexe.

Cost total de l'atenció hospitalària per a la depressió
= (nombre d'estades hospitalàries) × (nombre mitjà de dies d'estada)
× (cost del dia d'estada hospitalària)

Cost de l'atenció farmacològica

Pel que fa al Datamart de Farmàcia disposem de l'import líquid dispensat i de l'import total dispensat. En relació amb la perspectiva del sistema sanitari públic utilitzem l'import líquid, que és la quantitat que paga el CatSalut. L'import total és el cost del medicament a la farmàcia: és a dir, inclou allò que paga el sistema sanitari més el preu que paga el consumidor. Aquest és el valor que fem servir per calcular el cost de l'atenció farmacològica de la depressió des de la perspectiva de la societat.

Aquests imports es van distribuir proporcionalment entre els grups terapèutics segons la distribució de les vendes registrades a l'IMS.

2.3.2. Costos indirectes

Els costos indirectes estimats són els associats a la pèrdua de productivitat deguda a la morbiditat i a la mortalitat prematura. D'aquesta manera s'inclouen els costos de la incapacitat temporal i també els de la incapacitat permanent, així com el cost del suïcidi atribuïble a la depressió.

Els trastorns mentals afecten negativament l'activitat econòmica del pacient. Els costos indirectes fan referència a la pèrdua potencial de productivitat per malaltia. En aquest estudi ens centrem en la pèrdua de productivitat del pacient amb diagnòstic de depressió. Per manca de disponibilitat de dades, es van deixar de considerar entre els costos indirectes els relatius a la pèrdua de productivitat de cuidadors (família, amics) del pacient, productivitat no remunerada (domèstica) i temps d'oci, tant del pacient com dels seus cuidadors (Oliva, 2008b).

Partint de l'enfocament de capital humà (Walley i Strobl, 2004), quan es considera que una persona és productiva i que es pot valorar la producció que genera amb els guanys salarials en el mercat laboral, llavors es diu que el "valor" de la seva vida són els guanys futurs descomptats (*discounted future earnings*). Des d'aquesta perspectiva, la valoració monetària de la productivitat perduda s'estima utilitzant el cost laboral del període en què el treballador s'absenta de la feina a causa de la seva malaltia. Així, per exemple, els costos indirectes per morbiditat són els guanys mitjans diaris del treballador multiplicats pel nombre de dies perduts de treball remunerat. Els costos indirectes per morbiditat són el nombre de morts per malaltia multiplicat pel valor esperat dels guanys futurs de l'individu, ajustats, entre d'altres, per l'esperança de vida i el gènere i descomptats.

La perspectiva de costos de fricció es considera una alternativa millor que la del capital humà (Walley i Strobl, 2004; Birnbaum, 2005). Això es deu, entre altres raons, al fet que, en una societat amb una taxa d'ocupació inferior al 100%, la mort o la incapacitat d'un individu constitueixen una pèrdua d'ingressos temporal o parcial per a la societat, perquè el treballador perdut és substituït a curt termini per algú que estava a l'atur. En l'enfocament de costos de fricció, els costos reals de la malaltia per a la societat són de transició (pagament per baixa laboral, cost de contractació i formació, pèrdua transitòria de productivitat). Els costos indirectes, des d'aquesta perspectiva, són inferiors als que s'obtenen amb la perspectiva del capital humà, però reflecteixen millor la realitat.

Cost de productivitat perduda per incapacitat temporal

En aquesta secció es descriu el mètode que s'ha seguit per estimar els costos indirectes associats a la incapacitat temporal per diagnòstic de depressió.

L'Enquesta d'estructura salarial (EES) de l'Institut Nacional d'Estadística (Instituto Nacional de Estadística, 2006a) es va utilitzar com a font per als guanys mitjans anuals d'homes i dones desagregats i junts. Segons Oliva (2004), un dels avantatges d'aquesta enquesta en relació amb altres enquestes laborals realitzades per l'INE és que els salaris es recullen a través d'un qüestionari individual que aporta dades relacionades amb el treballador, com ara sexe, edat, i regió, a més d'ocupació, branca

d'activitat, antiguitat, tipus de contracte, mida de l'empresa. Un altre avantatge que presenta l'EES és que es realitza en el marc de la Unió Europea, seguint uns criteris comuns de metodologia i continguts. Els resultats obtinguts sobre l'estructura i la distribució dels salaris són comparables entre els estats membres. Aquesta enquesta es fa cada quatre anys. Per a més informació sobre la metodologia de l'EES, vegeu <http://www.ine.es/metodologia/t22/t223013306.pdf> (Instituto Nacional de Estadística, 2008).

El guany mitjà anual és l'import brut abans de les deduccions associades a la Seguretat Social per compte del treballador o a l'impost sobre la renda de les persones físiques (IRPF).

Així doncs, aquest guany fa referència a les remuneracions en metàl·lic o en espècie pagades als treballadors pel temps treballat o per les tasques realitzades, més la remuneració per a períodes de temps no treballats, com vacances o dies festius.

El guany mitjà anual l'any 2006 d'homes i dones segons l'EES es presenta a la taula 8. Es va fer una estimació de la mitjana de guany salarial per agrupar-la en funció dels grups d'edat de l'estudi, tal com es mostra a la taula 9. Per exemple, pel que fa al grup de 18 a 39 anys es va calcular la mitjana dels grups de menys de 25 anys, de 25 a 34 anys i de 35 a 44 anys.

Taula 8. Guany salarial a Catalunya per sexe i grup d'edat (2006)

Catalunya	2006		
	Ambdós sexes	Dones	Homes
Totes les edats	21.210,04	17.177,60	24.287,00
Menys de 25 anys	12.808,60	11.154,55	14.208,45
De 25 a 34 anys	18.754,80	17.072,53	20.222,20
De 35 a 44 anys	22.948,24	18.767,60	26.161,27
De 45 a 54 anys	24.539,40	18.201,61	29.004,49
55 anys i més	25.233,53	16.913,91	29.484,41

Font: Instituto Nacional de Estadística, 2006a.

Taula 9. Guany salarial mitjà a Catalunya per sexe i grup d'edat: reagrupació per a l'estudi (2006)

Reagrupació	Ambdós sexes	Dones	Homes
De 18 a 39 anys	18.170,55	15.664,89	20.197,31
De 40 a 64 anys	24.240,39	17.961,04	28.216,72

El cost total de la incapacitat temporal es calcula multiplicant el guany mitjà anual pel nombre d'anys productius perduts per cada codi diagnòstic, per sexe i per grup d'edat.

Cost total de la productivitat perduda per IT deguda a la depressió
= (guany salarial anual)
× (nombre d'anys productius perduts)

Cost de productivitat perduda per incapacitat permanent

Igual que en cas de la incapacitat temporal, es va fer servir l'Enquesta d'estructura salarial (INE, 2006a) per obtenir el guany mitjà anual total (ambdós sexes). L'any de referència (el 2006) el guany és de 21.210,04 euros.

En l'estimació de costos es calcula el cost de la pèrdua de productivitat laboral per tot l'any per als casos registrats abans del 2007 i per als nous casos (incidents) del 2007 —només es calcula per a la meitat de l'any. Se suposa una incidència constant durant tot l'any. Els casos d'abans del 2007 són la diferència entre casos existents i casos nous del 2007.

Cost total de la productivitat perduda per IP deguda a la depressió
= [(nombre de casos registrats abans del 2007) × (Guany salarial mitjà anual)]
× [(cost del dia d'estada hospitalària) × (guany salarial mitjà anual) ÷ 2]

Cost de la productivitat perduda per mort prematura

El cost de la mortalitat és el valor de la productivitat perduda per mort prematura. Es calcula com el producte del nombre de morts per suïcidi i el valor present de la producció futura. La pèrdua de productivitat inclou tant els costos de productivitat

pagada com de productivitat no pagada (per exemple, tasques de la llar i treball voluntari comunitari). En aquest estudi considerem únicament la producció pagada. Tampoc considerem els costos directes del suïcidi (per exemple: serveis d'ambulància, serveis hospitalaris, costos d'atenció mèdica, serveis autòptics, serveis funeraris, investigacions policials, etc.).

La productivitat pagada (guany durant la vida laboral) generalment es deriva del guany mitjà anual del treballador. Els guanys específics per edat i sexe s'apliquen al nombre d'anys de vida laboral com a guanys descomptats i ajustats per l'augment anual de la productivitat en el període rellevant, per calcular la producció perduda amb valors presents (fins a l'any 2006). A més, aquests valors s'ajusten per considerar les taxes d'ocupació de cada grup d'edat i sexe.

El guany mitjà anual total per sexe es va obtenir de l'Enquesta d'estructura salarial (Instituto Nacional de Estadística, 2006a). El guany mitjà anual l'any 2006 va ser, per als homes, de 24.287,00 euros, i per a les dones, de 17.177,60 euros.

El cost de la producció perduda (de la pèrdua de productivitat) es calcula multiplicant els anys perduts de participació en la població activa pel sou mitjà anual. Suposem que el sou futur s'incrementarà com a resultat d'un creixement anual d'un 1% per any.

$$\text{Guany salarial anual per sexe i grup d'edat aplicant un 1\% de creixement anual} \\ = \sum \text{Anys guany salarial anual} \times (1 + 1\%)$$

El valor present es refereix al valor d'alguna quantitat econòmica futura (un cost, un benefici, un ingrés, etc.) descomptada al valor present. Una aplicació important en economia de la salut consisteix a calcular els ingressos futurs descomptats com una manera d'estimar el valor present de la vida o el valor present de salvar una vida. En l'estimació del cost de la mortalitat es va aplicar també una taxa de descompte del 3%.

$$\text{Factor de descompte} = 1 \div (1 + \text{taxa de descompte})^{\text{Any}}$$

$$\sum \text{Anys (guany salarial anual amb creixement i descompte aplicat)} \times (\text{nombre de suïcidis})$$

$$\text{Cost total de la productivitat perduda per mort prematura per sexe i grup d'edat} \\ = \sum \text{Anys (nombre de suïcidis per depressió de persones ocupades per sexe i grup d'edat)} \\ \times (\text{cost anual descomptat})$$

2.4. Anàlisi de sensibilitat

En aquest apartat s'expliquen les anàlisis de sensibilitat realitzades en l'estudi. La primera es va dur a terme per analitzar l'impacte de les fonts de dades emprades per a les estimacions sobre la utilització dels serveis d'atenció primària en els resultats del cost de l'atenció primària. En la segona anàlisi es va desenvolupar un model de simulació segons el mètode de Montecarlo per fer aproximacions probabilístiques del cost sanitari directe (inclosa l'atenció primària, especialitzada i hospitalària), amb l'aplicació d'interval·ls de costos unitaris.

2.4.1 Utilització de l'atenció primària

En les estimacions preliminars es van fer servir les dades de la prevalença-any obtingudes de l'ESEMeD-SAMCAT per estimar la població assegurada atesa als CAP amb diagnòstic de depressió. En les aproximacions posteriors es va utilitzar la prevalença-any del DASMAR, ja que aquesta es basa en la població que empra els serveis i no en la població general, a diferència de l'ESEMeD.

Pel que fa a l'estimació de la població assegurada atesa pel metge de capçalera per qualsevol motiu, es va utilitzar la població de referència del RCA de l'any 2006 i es van multiplicar aquests valors pel percentatge de persones assegurades ateses pel metge de capçalera segons dades de l'ESCA.

Durant la fase d'anàlisi de dades, es va detectar un problema per poder identificar el percentatge de persones que havien anat al metge d'atenció primària per qualsevol

motiu. Disposàvem de tres fonts de dades: l'ESCA i els estudis ESEMeD i DASMMap. Amb les dades de l'ESEMeD i el DASMMap, el punt de partida era diferent. El DASMMap parteix de la base que les persones es visiten. D'aquestes persones, s'identifiquen les que tenen depressió. No obstant això, el motiu pel qual s'estan tractant pot ser qualsevol altre. En l'estudi DASMMap hi ha un biaix de disseny que afavoria els casos més greus, ja que els que es visitaven més (que en teoria poden ser els que estan pitjor) tenien més possibilitats d'entrar en l'estudi.

Les dades de l'ESEMeD ens indiquen quantes persones de la població general tenen depressió. Per identificar quantes d'aquestes persones acudeixen als serveis d'atenció primària, tenim dues opcions. La primera consisteix a multiplicar aquesta dada per les persones que, a l'entrevista, responen que s'han visitat amb motiu de la depressió (segons l'ESEMeD, al voltant d'un 40%). La segona consisteix a comptabilitzar les persones que es visiten per altres motius, però tenen depressió. Atesa aquesta font d'incertesa, es va fer una anàlisi de sensibilitat per valorar els resultats de l'ús i el cost de l'atenció primària utilitzant les dades de l'ESEMeD-SAMCAT.

Els passos que es van seguir van ser els següents:

1. Calcular les persones amb depressió en la població general.

$$\frac{\text{Població de referència del RCA}}{\text{Prevalença 1 any de l'estudi ESEMeD - SAMCAT}} \times 100\%$$

2. De les persones amb depressió en la població general, sabem que aproximadament un 40% d'elles indiquen haver acudit a la consulta els últims dotze mesos pels seus problemes emocionals. Assumim que van ser tractades per depressió.
3. Calcular el nombre de persones amb depressió que es tracten per aquest motiu.

$$\frac{\text{Persones en població general amb depressió}}{\% \text{ de persones amb depressió que diuen haver anat a consulta d'atenció primària per aquest tema}}$$

4. Calcular el nombre de visites al metge de capçalera per diagnòstic de depressió.⁴

**(Nombre de persones amb depressió que es tracten per aquest motiu)
× (mitjana de visites al metge de capçalera de l'estudi ESEMeD-SAMCAT)**

5. Calcular el cost total de les visites al metge de capçalera.

**(Nombre de visites al metge de capçalera per diagnòstic de depressió)
× (cost unitari de la visita al metge de capçalera)**

Nota: utilitzem el cost de 20,50 euros proporcionat pel centre col·laborador Fundació Althaia.

Cal destacar que, seguint aquest procés, estem exclouent tots els pacients que tenien depressió, però no s'estaven tractant per aquest problema. Si, en lloc de multiplicar pel percentatge de persones amb depressió que diuen haver-se visitat en atenció primària per aquest problema, multipliquem per la prevalença any, tindríem el total de persones amb depressió que —suposem— arribarien a l'atenció primària per qualsevol problema.

2.4.2 Costos unitaris

Per a l'estimació de costos sanitaris directes des de la perspectiva de la societat, es va fer una aproximació als costos amb una anàlisi probabilística de la incertesa utilitzant una simulació segons el mètode de Montecarlo. En aquest apartat s'explica en detall el model desenvolupat.

En el model de simulació de Montecarlo es fan servir tarifes i costos unitaris recollits en estudis publicats i proporcionats pels centres col·laboradors (vegeu la taula 10). S'assenyalen els valors que s'han emprat en el model. A més, s'utilitzen les dades d'utilització de recursos.

⁴ L'estudi ESEMeD-SAMCAT permet obtenir el nombre de visites que les persones amb depressió diuen haver efectuat els últims dotze mesos per aquest problema emocional. Aquesta dada és bastant baixa, per això és possible que hi hagi un biaix de memòria.

Taula 10. Costos unitaris de referència per a l'estimació dels costos sanitaris directes des de la perspectiva de la societat utilitzats en el model de simulació segons del mètode de Montecarlo

Recurs sanitari	Vázquez-Polo et al., 2004 (dades del 1997)	Salvador Carulla et al., 1999 Saldivia Bórquez et al., 2005	Moreno, 2007 Moreno et al., 2008	Oliva-Moreno et al., 2006	Gisbert i Brosa, 2006	Sicras Mainar et al., 2010	Serna Arnaiz et al., 2007	Centre A (2008) (ABC)	Centre B (2008) (ABC)	Grup d'experts		
										E1	E2	E3
Regió	Gavà	Andalusia (pacients esquiz.)	Navarra	Espanya (esquiz.)		Badalona (6 CAP)	Lleida – depressió en AP	BCN	BCN			
Estada en unitat de salut mental d'hospital general (aguts)	178,13 (133,93)	405,36 (315,7)	158,31	187,5	269,03	302,51				400	200	300
Estada en unitat d'aguts (hospital psiquiàtric)					137,83		136,50	133,57	125,80			
Visita al psiquiatre	97,68 (73,44)	65,23 (50,8/hora)	(20/ 30 min)			98,42		45,58 (CSM)	24,14	60	90	30
Primera visita al psiquiatre			39,00	58,00	66,37		97,60					

Següent visita al psiquiatre			19,50	35,00	39,82		42,00					
Visita al psicòleg	111,55 (83,87)	49,31 (38,4/hora)			58,14 (1a) 29,07 (2a)			61,03 (CSM)	35,45	60	80	30
Visita amb el metge de capçalera	116,73 (87,77)		(0,5/ 30 min)	15	33,40	21,87	32,00		20,50		90	20
Visita a la infermeria	116,04 (87,25)	32,36 (25,2/hora)		14	23,65			29,37 (CSM)	22,90	25	80	20
Visita al treballador social	94,98 (71,41)	(24,3/hora)	10,69 (10/30 min)		23,65			49,10 (CSM)	27,60	25	70	20

Anàlisi probabilística de la incertesa mitjançant la simulació segons el mètode de Montecarlo

Ateses la complexitat i la diversitat de les fonts d'informació utilitzades en els estudis de cost de la malaltia, ens trobem que les dades disponibles per avaluar alguns paràmetres o variables no tenen la fiabilitat deguda, són antiquades o contradictòries, i per tant reflecteixen una situació real d'alta incertesa. Aquesta situació es deu, entre altres factors, al procés de recol·lecció i registre de dades; a les extrapolacions imprescindibles, a la utilització de diferents fonts d'informació primària (bases de dades consultades) o secundària (articles científics publicats). La realitat és que, quan es tracta d'avaluar un sistema o una situació real, els científics i els que prenen decisions s'enfronten a paràmetres i variables amb una variabilitat intrínseca important. Això és especialment cert en els estudis en què es relacionen la utilització de recursos de qualsevol tipus (recursos assistencials, medicaments, etc.) i els seus costos unitaris corresponents (valor assignat, normalment a mitjà termini, a cada unitat del recurs consumit). Per abordar el problema de la variabilitat en les dades que descriuen un sistema o situació, una de les formes més comunes és determinar quina és la distribució probabilística que pot assumir millor el comportament dels seus paràmetres o variables. Aquest *modus operandi* permet avaluar situacions exposades a risc o incertesa d'una manera científica més adequada que una estimació puntual.

Una de les tècniques que permeten incorporar i, per tant, avaluar estadísticament els efectes de la incertesa sobre un sistema o una situació de decisió és el mètode de Montecarlo. Aquesta tècnica es basa en tres elements fonamentals: a) la selecció de les distribucions probabilístiques que representin millor el comportament dels *inputs* (paràmetres i variables); b) el disseny sistemàtic de mostres aleatòries sobre aquestes distribucions que representen escenaris concrets del sistema o la situació que s'ha d'anàlitzar i, finalment, c) l'anàlisi estadística dels *outputs*, generats analíticament a partir dels *inputs*, que permeti fonamentar amb un grau de significació adequat les decisions que cal prendre. Per tant, els models de simulació del mètode de Montecarlo incorporen l'atzar a qualsevol procés analític i requereixen un gran nombre de simulacions (diferents combinacions de valors dels *inputs*, escenaris, que produeixen *outputs*). L'objectiu és construir una distribució de probabilitat empírica per als *outputs* o resultats. Això significa que aquests s'expressen en termes de probabilitat (per

exemple, la probabilitat que el cost total de l'atenció d'una malaltia sigui inferior a un valor donat).

La simulació del mètode de Montecarlo serveix per avaluar els efectes de l'atzar en el nostre estudi. El model dissenyat considera que tant la utilització de recursos com els costos unitaris relacionats amb l'atenció primària, l'atenció especialitzada i l'atenció hospitalària són variables aleatòries que es poden representar formalment mitjançant una distribució probabilística.

El model consta de 33 unitats d'anàlisi (vegeu la figura 1). Cada unitat d'anàlisi està formada per dues variables: la utilització del recurs específic i el cost unitari que hi correspon. Els recursos analitzats inclouen les visites a professionals d'atenció primària i atenció especialitzada, així com les estades hospitalàries. En conseqüència, el model interpreta un total de 66 variables ajustades a les seves distribucions probabilístiques corresponents. Tenint en compte les característiques de la situació que s'ha de modelar, no es disposa de fonts secundàries suficients per seleccionar estadísticament (mètode de màxima versemblança, mètode dels moments, mètodes de bondat d'ajustament, etc.) la distribució probabilística més adequada a cada variable. En aquests casos, la selecció es fa sobre la base del criteri expert dels analistes i els que prenen decisions (coneixement expert). Per cada variable, s'assigna o bé una distribució triangular (valors: mínim, més probable i màxim) quan existeix un valor més probable (estimador central o modal de la distribució probabilística) o bé una distribució rectangular (valors: mínim i màxim) suposant una incertesa completa. El model de simulació es va dissenyar sobre un full de càlcul i cada vegada que s'executa fa un total de 1.000 simulacions.

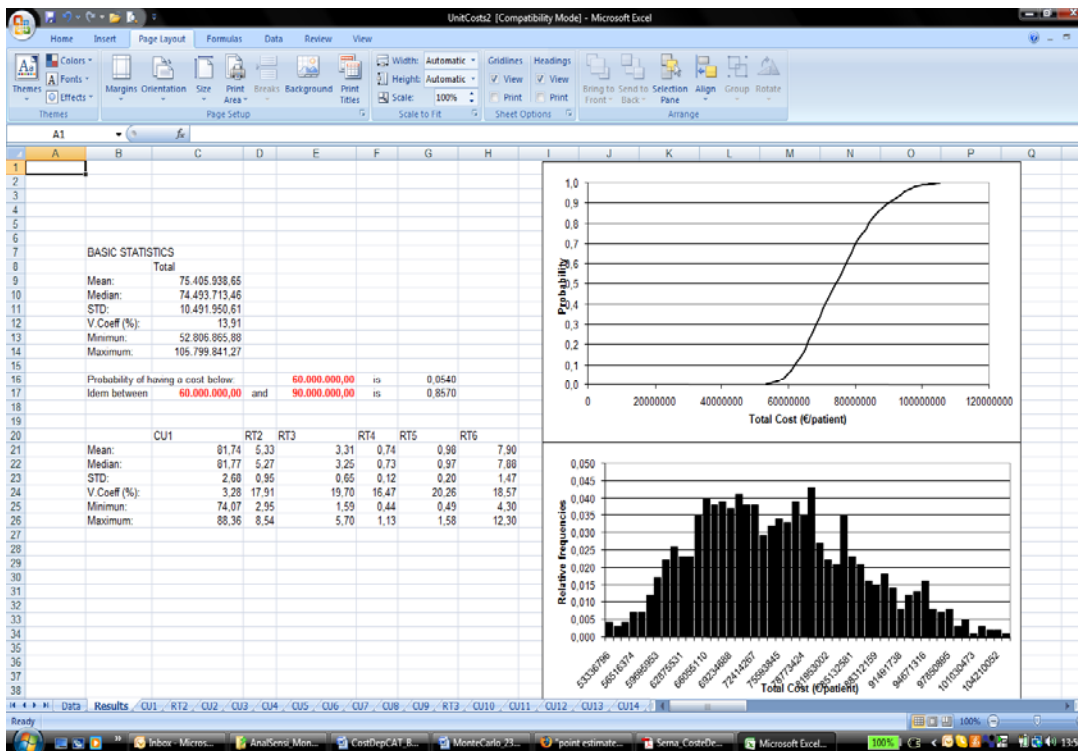
Tal com s'ha esmentat, els resultats del model de simulació del mètode de Montecarlo dissenyat es presenten en termes de probabilitat. Per cadascuna de les variables, s'avaluen tots els estadístics bàsics, així com les probabilitats que el cost total estigui per sota, entre dos valors o per sobre del valor estimat. Pel que fa al cost total, a més de la informació anterior, es determina l'error i l'interval de confiança en el 95%, suposant distribucions normals. A tall d'exemple, la probabilitat que el cost total de la unitat d'anàlisi d'atenció primària estigui per sota dels 50 milions d'euros és del 12,9%; que estigui entre 50 i 70 milions d'euros és del 66,2%, i que estigui per sobre dels 70

milions d'euros és del 20,9%. Es mostren, a més, dos gràfics: la probabilitat acumulada i la distribució del cost total de la unitat d'anàlisi. La figura 2 és un exemple de com es presenten de forma gràfica els resultats del model de simulació.

Figura 1. Model de simulació segons el mètode de Montecarlo: introducció de dades

	A	B	Unit cost			F	Use of the resource			K
			C	D	E		G	H	I	
			Minimum	Likely	Maximum	Units	Minimum	Likely	Maximum	Units
3	BASIC DATA									
4	CU1	Visita médico general	15,00	20,50	33,40	€/visita	2.500.000,00	2.759.728,00	2.900.000,00	visitas
5	CU2	Visita psiquiatra: primera vista	39,00	45,58	97,60	€/visita	10.029,60	10.586,80	10.809,68	visitas
6	CU3	Visita psiquiatra: visitas sucesivas	19,50	45,58	42,00	€/visita	73.990,50	78.923,20	83.855,90	visitas
7	CU4	Visita psiquiatra: visita domiciliaria	24,14	45,58	97,68	€/visita	0,00	7,60	15,20	visitas
8	CU5	Visita psiquiatra: visitas no programadas	24,14	45,58	97,68	€/visita	1.064,65	2.129,30	2.661,63	visitas
9	CU6	Visita psiquiatra: psicoterapia individual	24,14	45,58	97,68	€/visita	4.810,25	5.772,30	6.734,35	visitas
10	CU7	Visita psiquiatra: psicoterapia grupal	24,14	45,58	97,68	€/visita	814,50	1.086,00	1.357,50	visitas
11	CU8	Visita psiquiatra: tratamiento familiar	24,14	45,58	97,68	€/visita	88,80	177,60	266,40	visitas
12	CU9	Visita psiquiatra: pruebas complementarias	24,14	45,58	97,68	€/visita	33,60	67,20	100,80	visitas
13	CU10	Visita psicólogo: primera vista	35,45	61,03	111,55	€/visita	278,60	557,20	835,80	visitas
14	CU11	Visita psicólogo: visitas sucesivas	35,45	61,03	111,55	€/visita	14.798,10	19.730,80	24.663,50	visitas
15	CU12	Visita psicólogo: visita domiciliaria	35,45	61,03	111,55	€/visita	0,00	0,00	0,00	visitas
16	CU13	Visita psicólogo: visitas no programadas	35,45	61,03	111,55	€/visita	0,00	1.064,65	2.129,30	visitas
17	CU14	Visita psicólogo: psicoterapia individual	35,45	61,03	111,55	€/visita	9.620,50	10.582,55	11.544,60	visitas
18	CU15	Visita psicólogo: psicoterapia grupal	35,45	61,03	111,55	€/visita	2.172,00	2.443,50	2.715,00	visitas
19	CU16	Visita psicólogo: tratamiento familiar	35,45	61,03	111,55	€/visita	444,00	532,80	621,60	visitas
20	CU17	Visita psicólogo: pruebas complementarias	35,45	61,03	111,55	€/visita	739,20	806,40	873,60	visitas
21	CU18	Visita enfermería: visita domiciliaria	14,00	29,37	32,36	€/visita	60,80	68,40	76,00	visitas
22	CU19	Visita enfermería: visitas no programadas	14,00	29,37	32,36	€/visita	7.452,55	8.517,20	9.581,85	visitas
23	CU20	Visita enfermería: psicoterapia individual	14,00	29,37	32,36	€/visita	1.924,10	2.886,15	3.848,20	visitas
24	CU21	Visita enfermería: psicoterapia grupal	14,00	29,37	32,36	€/visita	814,50	1.086,00	1.357,50	visitas
25	CU22	Visita enfermería: tratamiento familiar	14,00	29,37	32,36	€/visita	88,80	177,60	266,40	visitas
26	CU23	Visita enfermería: pruebas complementarias	14,00	29,37	32,36	€/visita	336,00	403,20	470,40	visitas
27	CU24	Visita enfermería: atención enfermería	14,00	29,37	32,36	€/visita	8.300,00	8.516,00	8.800,00	visitas
28	CU25	Visita trabajador social: visita domiciliaria	20,00	49,10	70,00	€/visita	68,40	76,00	83,60	visitas
29	CU26	Visita trabajador social: visitas no programadas	20,00	49,10	70,00	€/visita	8.517,20	9.581,85	10.646,50	visitas
30	CU27	Visita trabajador social: psicoterapia individual	0,00	0,00	0,00	€/visita	0,00	0,00	0,00	visitas
31	CU28	Visita trabajador social: psicoterapia grupal	20,00	49,10	70,00	€/visita	543,00	814,50	1.086,00	visitas
32	CU29	Visita trabajador social: tratamiento familiar	20,00	49,10	70,00	€/visita	799,20	888,00	976,80	visitas
33	CU30	Visita trabajador social: pruebas complementarias	20,00	49,10	70,00	€/visita	33,60	67,20	100,80	visitas
34	CU31	Visita trabajador social: atención trabajador social	20,00	49,10	70,00	€/visita	3.900,00	4.130,00	4.300,00	visitas
35	CU32	Estancia hospital general público	158,31	269,03	405,36	€/día estancia	8.200,00	8.429,00	8.600,00	días estancia
36	CU33	Estancia hospital psiquiátrico público	83,60	137,83	210,58	€/día estancia	22.700,00	24.886,00	26.000,00	días estancia

Figura 2. Model de simulació segons el mètode de Montecarlo: exemple de presentació de resultats



3. Resultats

En aquest apartat es presenten els resultats del cost de la depressió a Catalunya corresponents al 2006 des de la perspectiva de la societat. Els resultats estan organitzats per categoria de costos.

3.1. Estimació de la prevalença de la depressió

S'estima que a Catalunya, l'any 2006, hi havia aproximadament 410.228 persones amb diagnòstic de depressió (vegeu la taula 11). D'aquests casos, al voltant del 68% són dones. De tots els grups d'edat, s'observa una prevalença més elevada en dones. Al voltant de 69 persones de cada 1.000 pateixen depressió.

Taula 11. Estimació de la prevalença de la depressió (Catalunya, 2006)

Sexe	Grup d'edat	Població de referència (2006) (RCA)	Prevalença 1 any (SAMCAT-ESEMeD)	Persones amb depressió a la població general	Casos per 1.000 persones
		(a)	(b)	(c) = (a*b)/100	(d) = (c)/(a)*1.000
Dona	18-39	1.190.325	7,70	91.655	77
	40-64	1.164.377	11,59	134.951	116
	65 o més	710.719	8,08	57.426	81
Subtotal		3.065.421	9,16	280.793	92
Home	18-39	1.269.971	4,08	51.815	41
	40-64	1.145.516	5,99	68.616	60
	65 o més	507.822	1,75	8.887	18
Subtotal		2.923.309	4,38	128.041	44
Total		5.988.730	6,85	410.228	69

3.2. Costos sanitaris directes

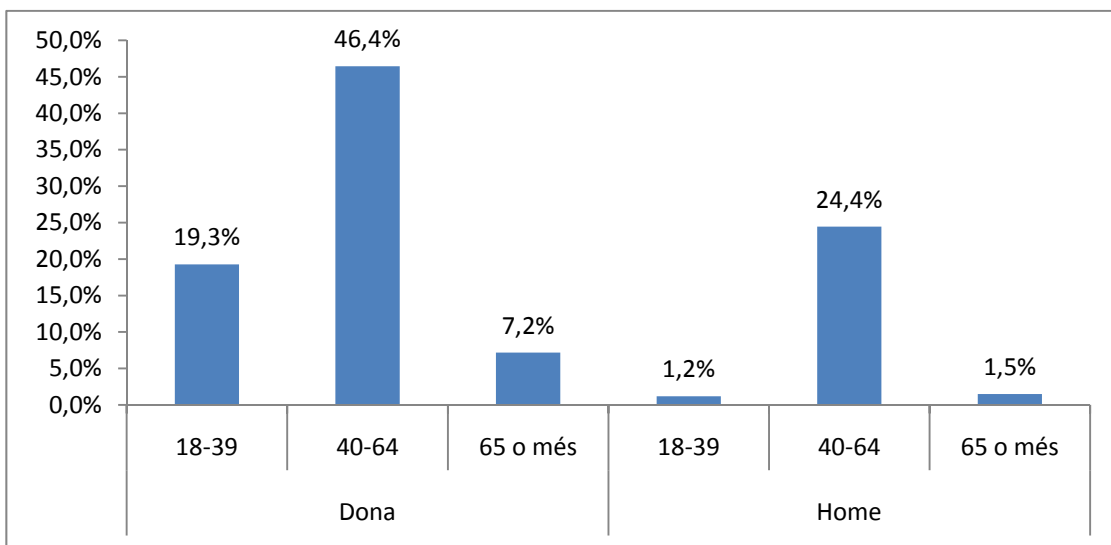
Quan les dades ho permeten, els resultats dels costos sanitaris directes es presenten desagregats per sexe i grup d'edat segons els grups diagnòstics següents:

- Depressió major (d'episodi únic i d'episodis recurrents), psicosi depressiva.
- Distímia i estat depressiu neuròtic.
- Altres trastorns depressius: inclou trastorn depressiu atípic, no especificat i trastorn adaptatiu mixt d'ansietat i estat d'ànim deprimit.

3.2.1. Cost de l'atenció primària

Les dades d'utilització provenen de les fonts identificades en l'apartat 2. S'estima que els pacients amb diagnòstic de depressió van realitzar un total de 1.992.562 visites al metge de capçalera (vegeu la taula 12). D'aquestes visites, la majoria (un 46,4%) les van realitzar dones de 40 a 64 anys, seguides per homes del mateix grup d'edat amb un 24,4%, tal com mostra el gràfic 2. Els pacients d'aquest grup d'edat van fer més de dos terços de les visites al metge de capçalera.

Gràfic 2. Distribució percentual de les visites al metge de capçalera en CAP, per sexe i grup d'edat (Catalunya, 2006)

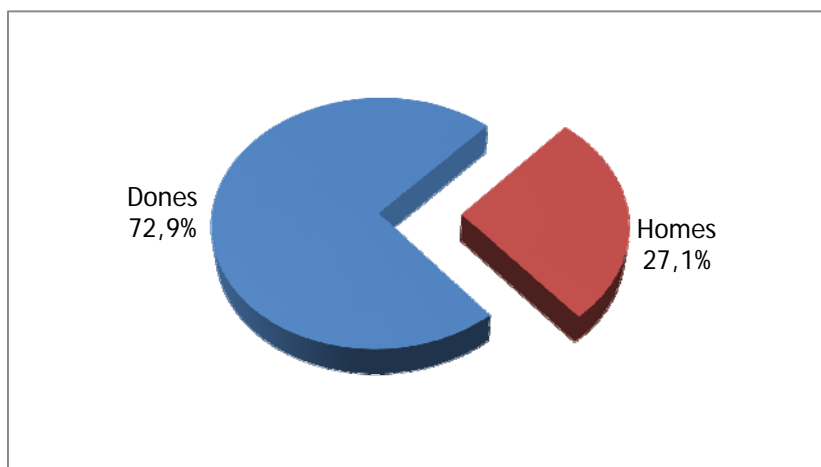


El procés que s'ha seguit per estimar el cost total de l'atenció primària per a pacients amb diagnòstic de depressió es mostra a la taula 12. El cost total de l'atenció ascendeix a 40.847.530 d'euros. El 72,9% d'aquest cost és atribuïble a les dones, en comparació del 27,1% atribuïble als homes (vegeu el gràfic 3). El cost mitjà estimat d'atenció primària per pacient amb depressió tractat i any és d'uns 219 euros (IC 95%: 155-284).

Taula 12. Estimació del cost total de l'atenció primària per al diagnòstic de depressió (Catalunya, 2006)

Sexe	Grup d'edat	Població de referència assegurada 2006 (RCA)	Població assegurada atesa pel metge de capçalera (ESCA)	Població assegurada atesa als CAP per qualsevol motiu	Prevalença 1 any - trastorns de l'estat d'ànim (DASMAP)	Població amb diagnòstic per depressió atesa en CAP	Percentatge de la població amb depressió segons entrevista que coincideix amb el diagnòstic del metge (depressió "àmplia") (DASMAP)	Nombre de persones amb depressió, segons entrevista, que el metge "està tractant"	Mitjana de visites al metge de capçalera entre els que tenen diagnòstic coincident (DASMAP)	Nombre de visites al metge de capçalera per grup diagnòstic	Cost total de les visites al metge de capçalera
		(a)	(b)	(c)	(d)	(e)=(c)*(d)	(f)	(g)=(e)*(f)/100	(h)	(i)=(g)*(h)	(j)=(i)*(20,5) ^a
Dona	18-39	1.190.325	71,40%	849.459	14,15%	120.198	30,22	36.324	10,57	383.943	7.870.830
	40-64	1.164.377	75,60%	879.769	20,41%	179.561	44,47	79.851	11,59	925.471	18.972.145
	65 o més	710.719	87,30%	620.385	10,15%	62.969	27,31	17.197	8,31	142.906	2.929.567
Subtotal		3.065.421		2.349.613		362.728		133.371		1.452.319	29.772.542
Home	18-39	1.269.971	61,50%	781.646	4,27%	33.376	18,70	6.241	3,75	23.405	479.801
	40-64	1.145.516	68,20%	781.192	12,52%	97.805	44,26	43.288	11,25	486.996	9.983.409
	65 o més	507.822	86,60%	439.740	3,08%	13.544	23,95	3.244	9,2	29.843	611.778
Subtotal		2.923.309		2.002.578		144.725		52.774		540.243	11.074.988
Total		5.988.730		4.352.191		507.453		186.145		1.992.562	40.847.530

^a Cost unitari de la visita al metge de capçalera (centre col·laborador: Althaia): 20,50 euros.

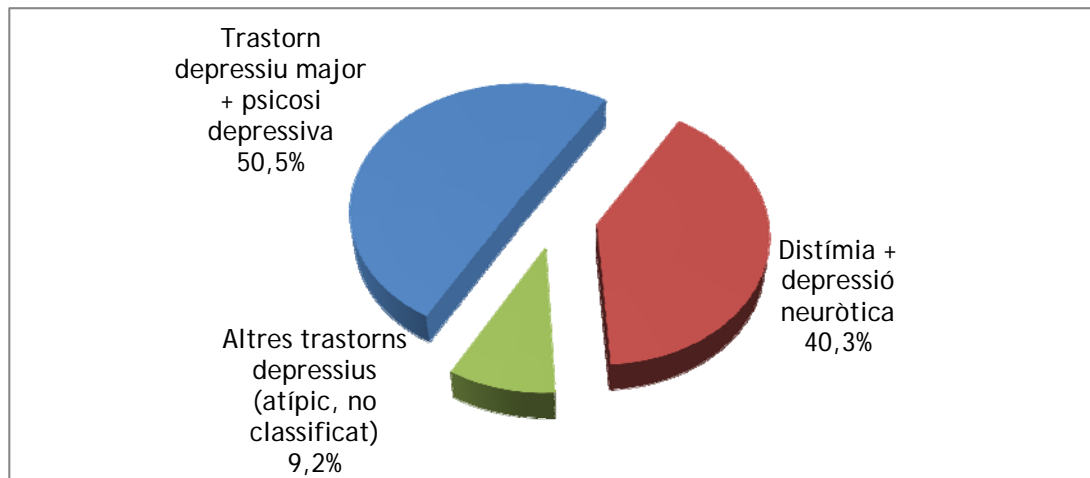
Gràfic 3. Distribució del cost total de l'atenció primària de la depressió (Catalunya, 2006)

3.2.2. Cost de l'atenció especialitzada

Segons les dades analitzades dels CSMA, 37.532 persones amb diagnòstic de depressió van realitzar un total de 171.680 visites (taula 13). D'aquestes visites, el grup de la depressió major va generar més de la meitat de les visites (un 50,5%), seguit pel grup de distímia i estat depressiu neuròtic, amb un 40,3%, i altres trastorns depressius, amb un 9,2% (vegeu la Taula 13).

Taula 13. Distribució de pacients i freqüència de visites a centres de salut mental d'adults segons els diagnòstics de depressió agrupats (Catalunya, 2006)

Codi diagnòstic	Pacients	Distribució percentual	Visites	Distribució percentual
Trastorn depressiu major + psicosi depressiva	17.355	46,2%	86.762	50,5%
Distímia + estat depressiu neuròtic	16.466	43,9%	69.143	40,3%
Altres trastorns depressius (atípics, no classificats)	3.711	9,9%	15.775	9,2%
Total	37.532	100,00%	171.680	100,00%

Gràfic 4. Distribució de les visites a centres de salut mental d'adults segons els diagnòstics de depressió (Catalunya, 2006)

Altres trastorns depressius" inclou el trastorn depressiu atípic i el trastorn depressiu no classificat.

Tal com mostren les dades de la taula 14, una quarta part dels pacients atesos en els CSMA corresponien a pacients amb diagnòstics de depressió. La mitjana de visites associades a aquests pacients és de 4,57 l'any, en comparació de 5,79 de tots els diagnòstics registrats. Aquesta taula també mostra el percentatge de visites per depressió en relació amb el total de visites realitzades en CSMA per a cada activitat.

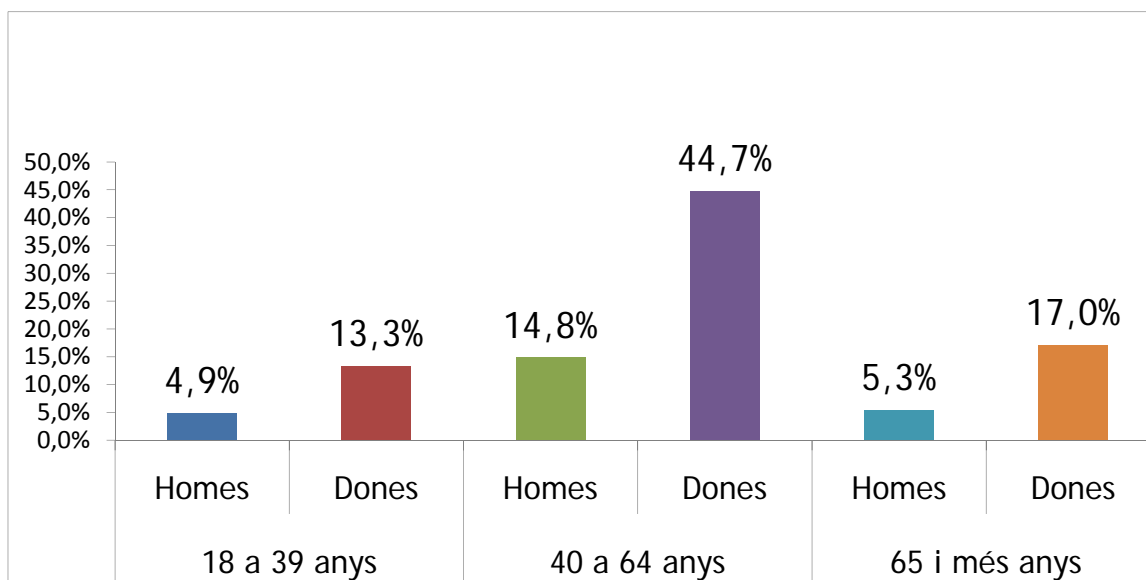
Taula 14. Activitat dels centres de salut mental: comparació de la utilització de recursos en tots els diagnòstics de depressió (Catalunya, 2006)

	Tots els diagnòstics	Diagnòstic per depressió	Percentatge de depressió del total
Pacients	147.588	37.532	25,43
Primeres visites	49.361	11.144	22,58
Visites següents	401.801	98.654	24,55
Atenció d'infermeria	117.258	8.516	7,26
Treball social	34.208	4.130	12,07
Psicoteràpia individual	85.021	19.241	22,63

Psicoteràpia de grup	26.648	5.430	20,38
Tractament familiar	12.999	1.776	13,66
Proves complementàries	6.792	1.344	19,79
Visites domiciliàries	3.781	152	4,02
Visites no programades	117.059	21.293	18,19
Total de visites	854.928	171.680	20,08
Mitjana de visites/pacient	5,79	4,57	

La taula 15 recull les dades d'utilització d'atenció especialitzada dels pacients amb depressió per sexe i grup d'edat. Al gràfic 5 podem observar que prop d'un 45% dels pacients amb depressió que visiten els CSMA són dones de 40 a 64 anys. A la taula 16 es mostra el cost de l'atenció especialitzada segons l'activitat del CSMA. El cost total estimat de l'atenció especialitzada és de 8.070.883 euros, aproximadament 215 euros per pacient i any (IC 95%: 163-267).

Gràfic 5. Distribució dels pacients atesos en CSMA per grup d'edat i sexe (Catalunya, 2006)



Taula 15. Total de visites a centres de salut mental d'adults per diagnòstic de depressió (Catalunya, 2006)

Grup d'edat	Sexe	Pacients	Distribució percentual de pacients	Primeres visites	Visites següents	Atenció d'infermeria	Treball social	Psicoteràpia individual	Psicoteràpia de grup	Tract. familiar	Proves complem.	Visites domic.	Visites no progr.	Total de visites	Mitjana de visites/pacient
De 18 a 39 anys	Homes	1.850	4,9%	760	4.658	670	295	1.253	328	144	116	5	1.339	9.568	5,17
	Dones	4.973	13,3%	2.066	12.280	1.103	545	4.196	923	211	347	14	3.391	25.078	5,04
	Subtotal	6.823		2.826	16.938	1.773	840	5.449	1.251	355	462	20	4.731	34.646	5,08
De 40 a 64 anys	Homes	5.556	14,8%	1.623	15.556	1.393	652	2.382	632	274	182	10	3.521	26.226	4,72
	Dones	16.781	44,7%	4.604	46.529	3.758	1.992	9.721	3.352	666	572	60	9.695	80.950	4,82
	Subtotal	22.336		6.227	62.085	5.151	2.645	12.103	3.984	940	755	70	13.216	107.176	4,80
65 anys i més	Homes	1.999	5,3%	492	4.637	403	114	290	12	122	20	26	775	6.891	3,45
	Dones	6.373	17,0%	1.600	14.994	1.188	531	1.400	183	358	107	36	2.571	22.967	3,60
	Subtotal	8.372		2.091	19.631	1.591	645	1.689	195	480	127	62	3.346	29.858	3,57
TOTAL		37.532	100,0%	11.144	98.654	8.516	4.130	19.241	5.430	1.776	1.344	152	21.293	171.680	4,57 (IC 95%: 3,49-5,66)

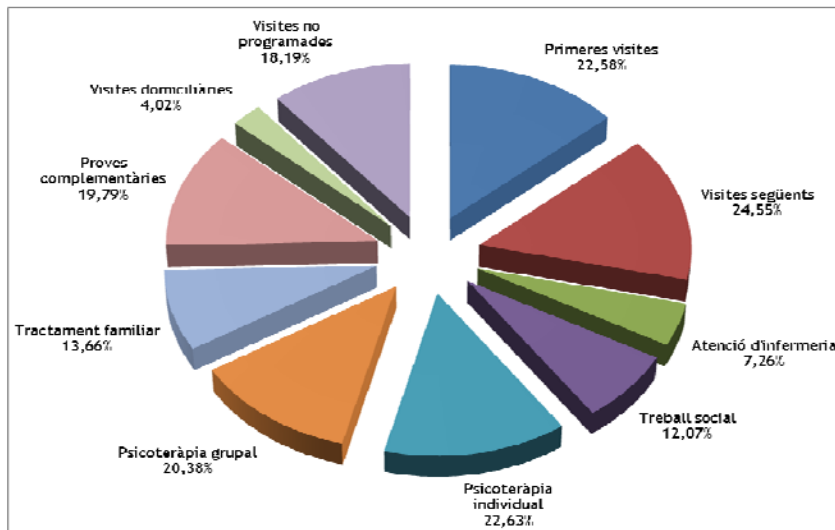
Taula 16. Cost de les visites d'atenció especialitzada dels pacients amb depressió (en euros) (Catalunya, 2006)

Grup d'edat	Sexe	Primeres visites	Visites següents	Atenció d'infermeria	Treball social	Psicoteràpia individual	Psicoteràpia de grup	Tractament familiar	Proves complem.	Visites domiciliàries	Visites no programades	Cost total de les visites	Cost per pacient
De 18 a 39 anys	Homes	35.151	226.325	19.676	14.474	64.661	16.343	7.256	5.811	207	55.506	445.411	241
	Dones	95.575	596.693	32.409	26.776	216.593	45.962	10.623	17.384	580	140.540	1.183.135	238
	Subtotal	130.727	823.018	52.085	41.249	281.254	62.305	17.879	23.195	787	196.046	1.628.546	239
De 40 a 64 anys	Homes	75.057	755.875	40.918	32.021	122.939	31.475	13.802	9.147	414	145.933	1.227.581	221
	Dones	212.970	2.260.839	110.374	97.830	501.755	166.929	33.546	28.703	2.401	401.787	3.817.136	227
	Subtotal	288.027	3.016.715	151.292	129.851	624.694	198.404	47.348	37.850	2.815	547.720	5.044.717	226
65 anys i més	Homes	22.750	225.293	11.847	5.601	14.946	605	6.140	1.011	1.035	32.129	321.357	161
	Dones	73.989	728.571	34.891	26.081	72.249	9.091	18.043	5.357	1.449	106.540	1.076.263	169
	Subtotal	96.740	953.864	46.738	31.683	87.195	9.697	24.184	6.367	2.484	138.669	1.397.620	167
TOTAL		515.494	4.793.597	250.115	202.783	993.143	270.406	89.411	67.412	6.086	882.435	8.070.883	215 (IC 95%: 163-267)

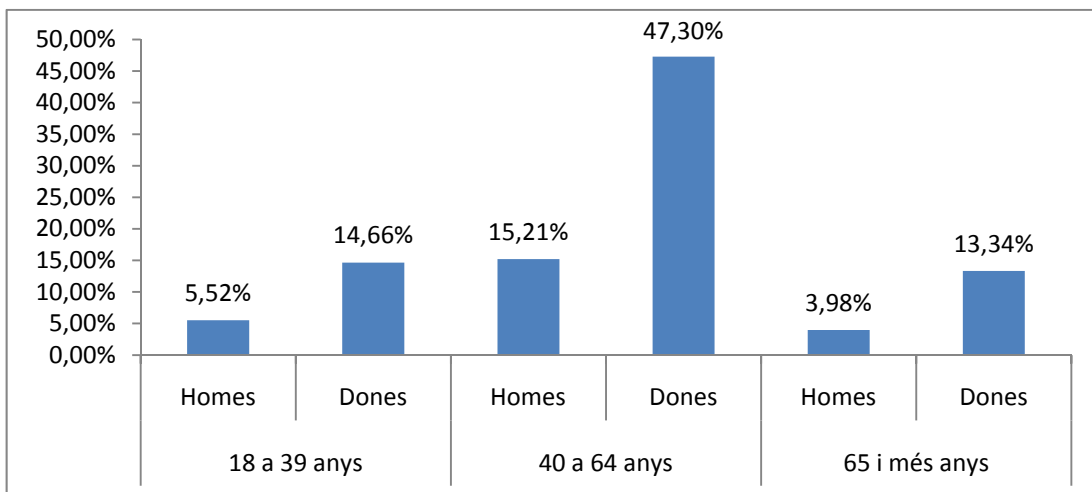
Tal com mostra el gràfic 6, les visites següents (24,55%), les primeres visites (22,58%) i la psicoteràpia individual (22,63%) són les activitats que més visites generen els pacients amb depressió en relació amb l'activitat del total de diagnòstics registrats.

El 47,30% del cost total de les visites a un CSMA és atribuïble a dones de 40 a 64 anys, com es pot observar en el gràfic 7.

Gràfic 6. Percentatge de visites dels pacients amb depressió del total de visites a un CSMA, segons activitat (Catalunya, 2006)



Gràfic 7. Distribució del cost de l'atenció especialitzada per grup d'edat i sexe (Catalunya, 2006)



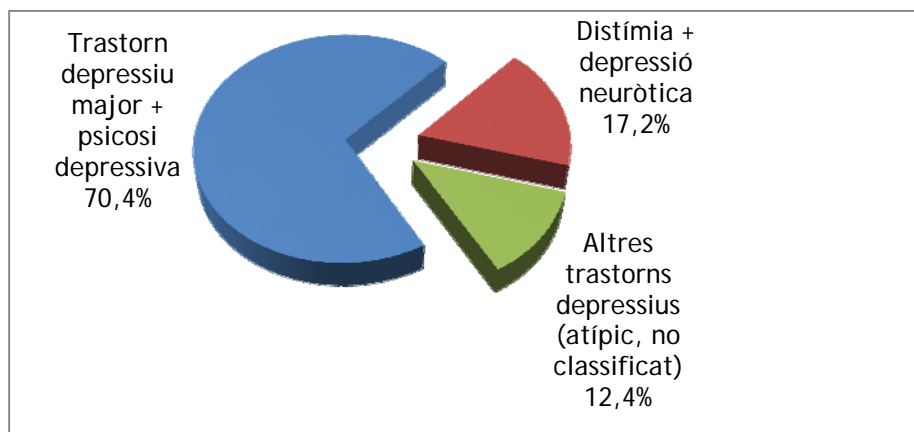
3.2.3. Cost de l'atenció hospitalària

Els pacients amb depressió van tenir 1.577 altes hospitalàries. La distribució per diagnòstic es mostra a la taula 17. El 70,4% d'aquestes altes es va deure al grup del trastorn depressiu major, tal com mostra el gràfic 8.

Taula 17. Freqüència d'altes hospitalàries d'aguts segons els diagnòstics de depressió (agrupats) (Catalunya, 2006)

Codi diagnòstic	Freqüència	Distribució percentual
Trastorn depressiu major + psicosi depressiva	1.110	70,4%
Distímia + estat depressiu neuròtic	271	17,2%
Altres trastorns depressius (atípics, no classificats)	196	12,4%
Total	1.577	100,00%

Gràfic 8. Distribució de les altes hospitalàries d'aguts per diagnòstic de depressió (Catalunya, 2006)



El cost total de l'atenció hospitalària per grups de depressió ascendeix a 5,6 milions d'euros, tal com es mostra a la taula 18. El grup diagnòstic de la depressió major és un 77,4% del cost total d'hospitalitzacions.

Taula 18. Cost total de l'atenció hospitalària per grup diagnòstic (euros) (Catalunya, 2006)

Grup diagnòstic	Cost total (euros)	Distribució percentual
Depressió major	4.329.813	77,4%
Distímia + estat depressiu neuròtic	743.642	13,3%
Altres trastorns depressius*	518.623	9,3%
Total	5.592.078	100%

* Diferències amb la taula 21 per arrodoniment.

L'atenció hospitalària es divideix entre atenció registrada a l'hospital general d'aguts (HGA) i a l'hospital psiquiàtric monogràfic (HPM). En el cas de l'HGA, del total d'altres registrades un 13,03% correspon a pacients amb diagnòstics de depressió, mentre que en el cas de l'HPM el percentatge és d'un 11,04%, tal com es mostra a la taula 19. En relació amb el total de dies d'estada hospitalària, el percentatge de pacients amb diagnòstics de depressió és d'un 15,54% en el cas de l'HGA i d'un 11,66% en el cas de l'HPM.

Taula 19. Estadades hospitalàries d'aguts per depressió en relació amb tots els diagnòstics d'hospitalització (Catalunya, 2006)

Estadades hospitalàries d'aguts: hospital general			
Aguts: hospital general	Altes	Mitjana de dies d'estada	Total de dies d'hospitalització
Tots els Dx	2.962	18,31	54.249
Dx de depressió	386	21,84	8.429
Percentatge de Dx de depressió	13,03%		15,54%

Estadades hospitalàries d'aguts: hospital psiquiàtric monogràfic			
Aguts: hospital psiquiàtric	Altes	Mitjana de dies d'estada	Total de dies d'hospitalització
Tots els Dx	10.784	19,80	213.470
Dx de depressió	1.191	20,89	24.886
Percentatge de Dx de depressió	11,04%		11,66%

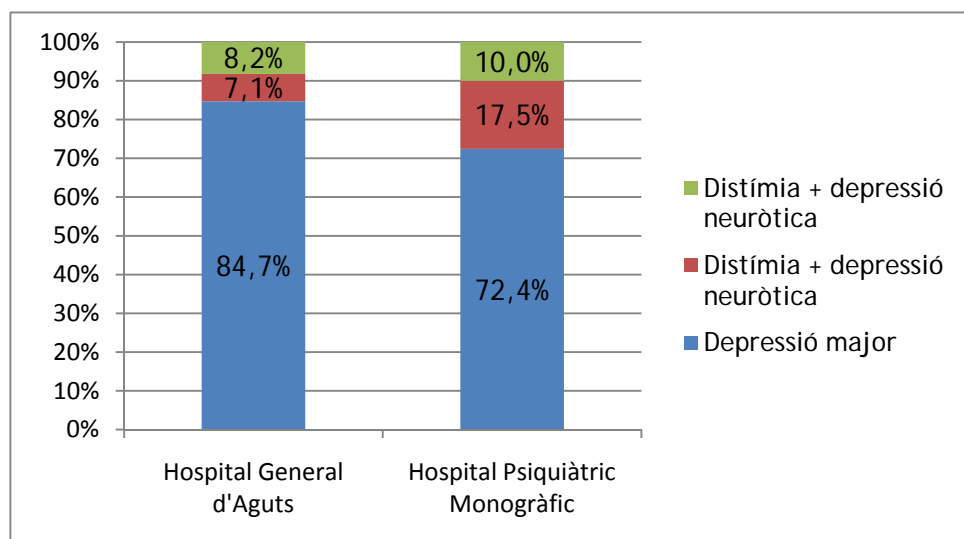
La taula 20 presenta el cost de l'atenció hospitalària per grup diagnòstic de depressió i tipus d'hospital. Com es pot observar, el nombre de dies d'estada i el cost d'hospitalització més elevats es deu, amb diferència, a la depressió major. En el cas dels hospitals generals d'aguts, la depressió major constitueix un 84,7% del cost total, mentre que en l'hospital psiquiàtric monogràfic és d'un 72,4%, tal com indica el gràfic 9.

Taula 20. Cost de l'atenció hospitalària per grup diagnòstic de depressió i tipus d'hospital (euros) (Catalunya, 2006)

Diagnòstic	Hospital general d'aguts		Hospital psiquiàtric monogràfic	
	Dies d'estada	Cost (euros)	Dies d'estada	Cost (euros)
Depressió major	7.142	1.921.412	18.031	2.408.401
Distímia + estat depressiu neuròtic	596	160.342	4.367	583.300
Altres trastorns depressius*	691	185.900	2.491	332.723
Total	8.429	2.267.654	24.889	3.324.424*

* Diferències amb la taula 21 per arrodoniment.

Gràfic 9. Distribució del cost total de l'atenció hospitalària per tipus d'hospital i grup diagnòstic (Catalunya, 2006)



* "Altres trastorns depressius" inclou el trastorn depressiu atípic i el trastorn depressiu no classificat.

A la taula 21 es presenta la distribució dels dies d'estada hospitalària i el cost relacionat, per tipus d'hospital, grup d'edat i sexe. El total de dies d'estada hospitalària va ser de 33.315 per als pacients amb depressió. Prop d'un 75% d'aquests dies d'hospitalització van ser en HPM, i només un 25% van ser en HGA. En ambdós tipus d'hospital, el nombre més elevat de dies d'estada hospitalària correspon a les dones de 40 a 64 anys.

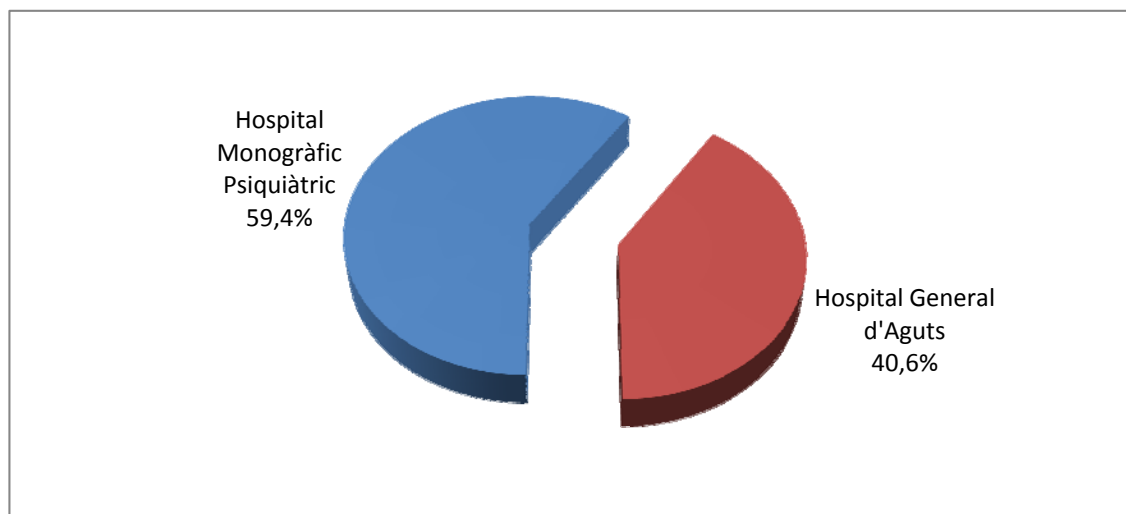
Del cost total de l'atenció hospitalària, el 59,4% correspon a estades en HPM i el 40,6% a estades en HGA (vegeu el gràfic 10). El cost mitjà anual per alta hospitalària per depressió és de 3.548 euros (IC 95%: 2.543-4.554).

Taula 21. Distribució dels dies d'estada hospitalària i cost relacionat, per tipus d'hospital, grup d'edat i sexe (Catalunya, 2006)

Grup d'edat	Sexe	Hospital general d'aguts		Hospital psiquiàtric monogràfic		Atenció hospitalària d'aguts	
		Total de dies d'estada	Cost total (€)	Total de dies d'estada	Cost total (€)	Total de dies d'estada	Cost total (€)
De 18 a 39 anys	Homes	401	107.881	1.473	196.795	1.874	304.676
	Dones	608	163.570	2.543	339.607	3.151	503.177
<i>Subtotal</i>		1.009	271.451	4.016	536.402	5.025	807.853
De 40 a 64 anys	Homes	1.517	408.119	3.800	507.632	5.317	915.750
	Dones	2.542	683.874	9.348	1.248.641	11.890	1.932.515
<i>Subtotal</i>		4.059	1.091.993	13.149	1.756.273	17.208	2.848.265
65 anys i més	Homes	1.442	387.941	2.112	282.123	3.554	670.064
	Dones	1.919	516.269	5.609	749.211	7.528	1.265.480
<i>Subtotal</i>		3.361	904.210	7.721	1.031.334	11.082	1.935.544
TOTAL		8.429 (25,3%)	2.267.654 (40,6%)	24.886 (74,7%)	3.324.009 (59,4%)	33.315	5.591.663

* Diferències amb les taules 18 i 20 per arrodoniment.

Gràfic 10. Distribució del cost de l'atenció hospitalària per tipus d'hospital per a pacients amb diagnòstics de depressió (Catalunya, 2006)



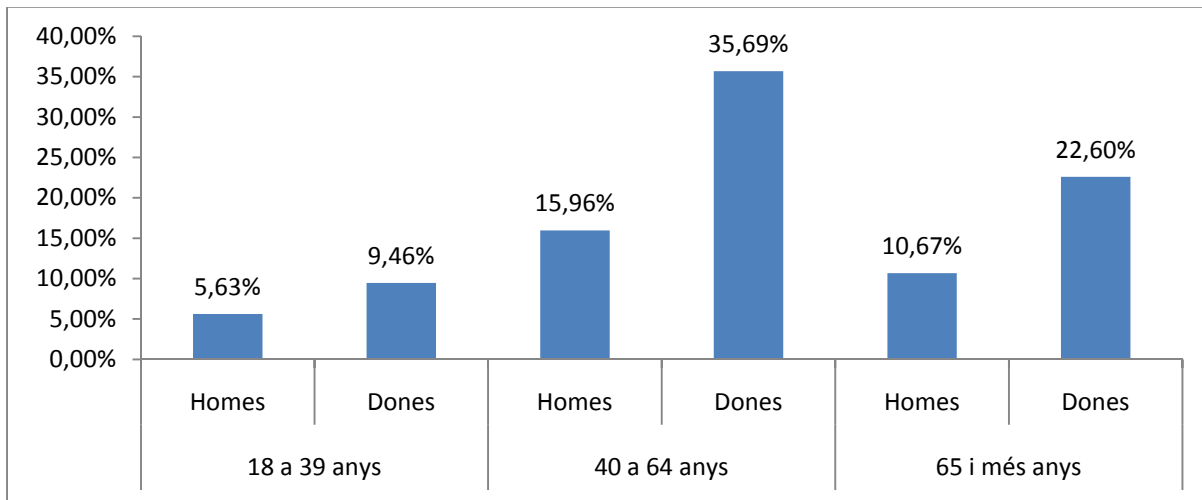
Aproximadament dues tercers parts tant dels dies d'estada (67,7%) com del cost total de l'atenció hospitalària (66,2%) corresponen a les dones, tal com es resumeix a la taula 22.

Taula 22. Atenció hospitalària per depressió, per sexe (Catalunya, 2006)

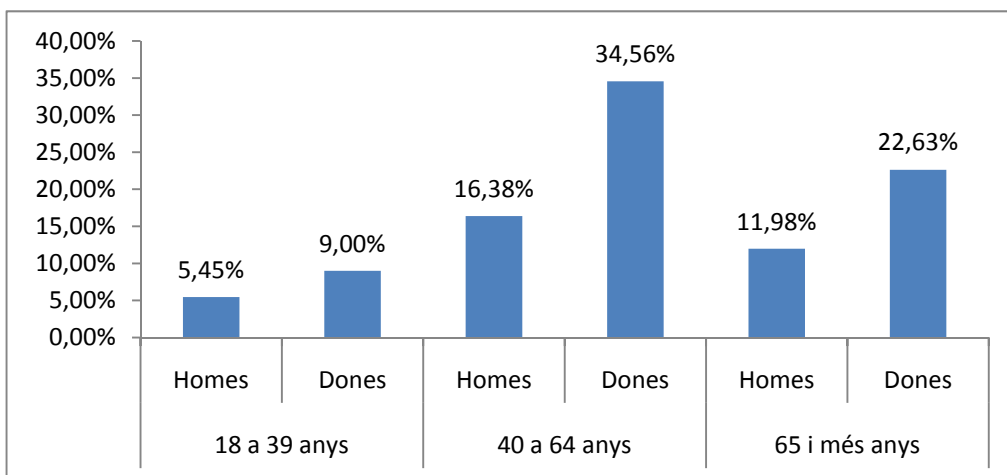
Sexe	Total de dies d'estada	Cost total (€) (%)
Homes	10.746 (32,3%)	1.890.491 (33,8%)
Dones	22.569 (67,7%)	3.701.172 (66,2%)
Total	33.315	5.591.663

En relació amb la distribució total de dies d'estada hospitalària per depressió, els grups de pacients que van representar el nombre més elevat de dies d'hospitalització són les dones de 40 a 64 anys (35,69%) i de 65 i més anys (22,6%), seguides dels homes de 40 a 64 anys (15,96%), com es mostra al gràfic 11. Al gràfic 12 es pot observar un comportament similar en la distribució del cost total de l'atenció hospitalària.

Gràfic 11. Distribució dels dies d'estada hospitalària per a pacients amb diagnòstic de depressió (Catalunya, 2006)



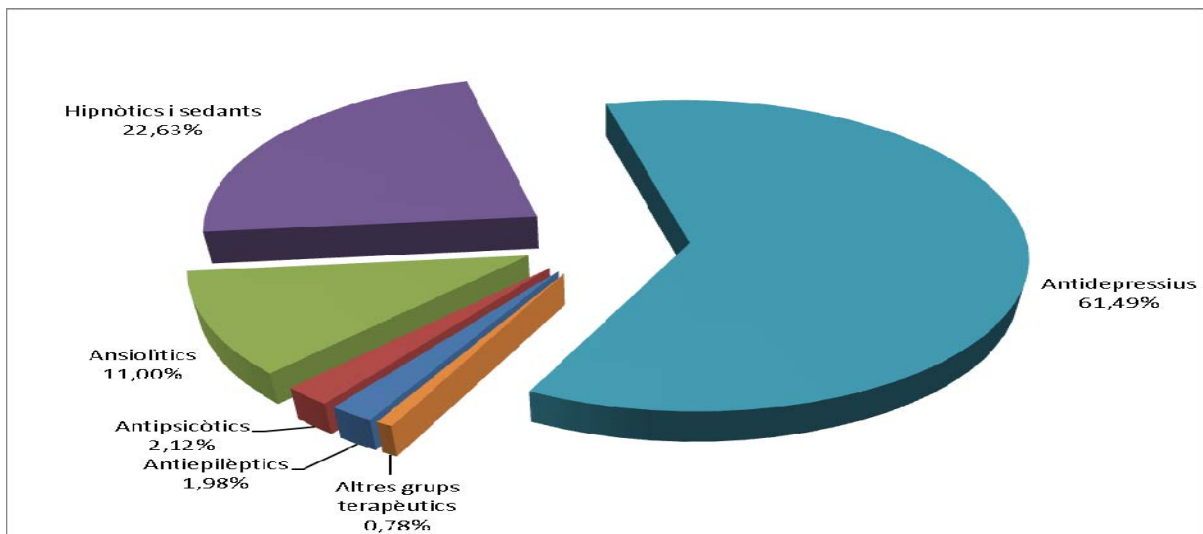
Gràfic 12. Distribució del cost total de l'atenció hospitalària per a pacients amb diagnòstic de depressió (Catalunya, 2006)



3.2.4. Cost de l'atenció farmacològica

S'estima que més de cinc milions de receptes es van dispensar a pacients amb depressió. Tal com era d'esperar, el nombre més elevat de receptes dispensades correspon als antidepressius (61,49%), seguits dels grups terapèutics d'hipnòtics i sedants (22,63%) i ansiolítics (11,00%) (vegeu el gràfic 13).

Gràfic 13. Distribució de les receptes per al diagnòstic de depressió, per grup terapèutic (Catalunya, 2006)



* "Altres" inclou antiparkinsonians (0,03%), psicoestimulants i noòtrots (0,40%), i fàrmacs antidemència (0,35%).

El cost total de l'atenció farmacològica per diagnòstic de depressió ascendeix a 101.065.278 euros, tal com es resumeix a la taula 23. Més del 83% d'aquest import correspon al cost dels antidepressius, seguit dels antipsicòtics (5,73%), els ansiolítics (4,74%) i els antiepilèptics (3,62%) (vegeu el gràfic 14).

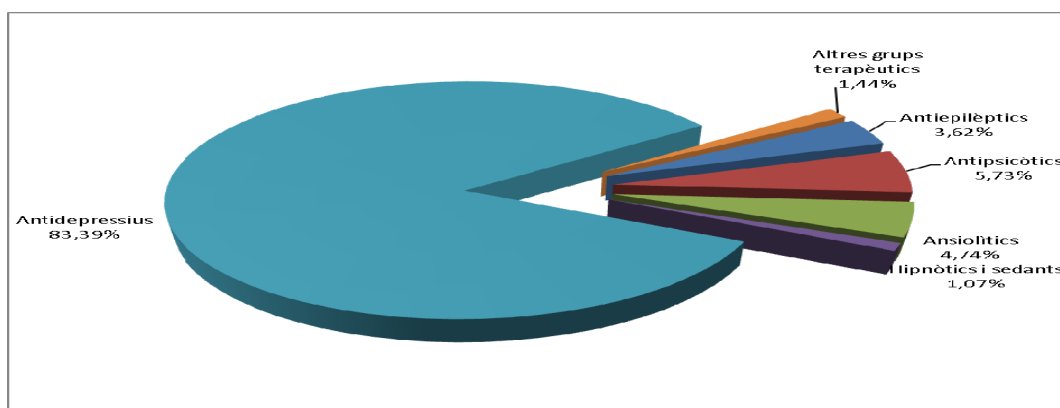
Tal com es pot observar al gràfic 15, l'import total de psicofàrmacs dispensats per grup terapèutic en tots els casos és més elevat en el cas de les dones que en el cas dels homes, amb excepció de la despesa en antipsicòtics i antiparkinsonians.

Taula 23. Consum de medicaments i cost total de l'atenció farmacològica per a pacients amb depressió (Catalunya, 2006)

Grup terapèutic	Nombre total de receptes – tots els diagnòstics	Distribució del nombre de receptes (Datamart) per diagnòstic de depressió*	Distribució percentual de les receptes (Datamart) per diagnòstic de depressió	Import total dispensat – tots els diagnòstics	Distribució de l'import total*	Distribució de l'import total dispensat per diagnòstic de depressió
Antiepilèptics	1.585.043	100.142	1,98%	57.980.317	6,32	3.663.161
Antiparkinsonians	136.396	1.532	0,03%	398.353	1,12	4.475
Antipsicòtics	1.630.619	107.621	2,12%	87.808.696	6,60	5.795.379
Ansiolítics	2.173.627	557.123	11,00%	18.701.111	25,63	4.793.287
Hipnòtics i sedants	6.987.038	1.146.635	22,63%	6.592.265	16,41	1.081.848
Antidepressius	4.921.050	3.115.720	61,49%	133.114.313	63,31	84.280.156
Psicoestimulants i noòtrops	523.380	20.210	0,40%	7.108.838	3,86	274.501
Fàrmacs antidemència	485.565	17.645	0,35%	32.266.610	3,63	1.172.471
Total	18.442.718	5.066.627	100,00%	343.970.505		101.065.278

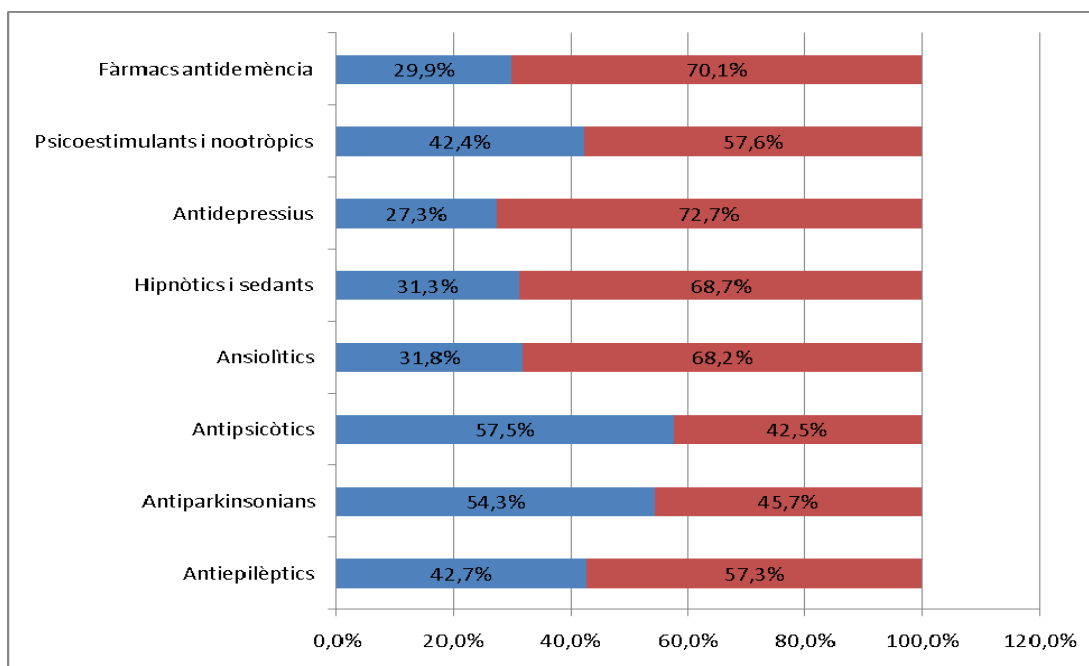
* Dades del Datamart de Farmàcia (CatSalut) aplicant distribució de les dades de l'IMS (Catalunya, 2006).

Gràfic 14. Distribució percentual de l'import total dispensat per grup terapèutic per als diagnòstics de depressió. Perspectiva de la societat (Catalunya, 2006)



* "Altres grups terapèutics" inclou antiparkinsonians (0,04%), psicoestimulants i noòtrops (0,272%), i fàrmacs antidemència (1,160%) (import total dispensat).

Gràfic 15. Distribució percentual de l'import total de psicofàrmacs dispensats per grup terapèutic i sexe per a depressió. Perspectiva de la societat (Catalunya, 2006)



3.3. Costos de la productivitat perduda

En aquest apartat es presenten els resultats del cost de la productivitat perduda per incapacitat temporal, incapacitat permanent i mort prematura per suïcidi. La pèrdua de productivitat laboral es va calcular des de la perspectiva de la societat.

3.3.1. Cost de la productivitat perduda per incapacitat temporal

S'estima que l'any 2006 va haver-hi un total de 33.196 individus en situació d'incapacitat temporal (IT) per diagnòstic de depressió, amb una mitjana d'1,08 processos per IT per individu. Tal com es mostra a la taula 24, aquestes persones van sumar un total de 3.708.651 dies en IT, és a dir, van perdre, només aquell any, 10.161 anys productius. La durada mitjana de les baixes laborals per als diagnòstics de depressió considerats és de 103,5 dies (DE: 125,7) i la mediana és de 50 dies. La durada mitjana de les baixes laborals oscil·la entre 78,7 (DE: 106,2) i 122,7 (DE: 138,7) dies entre els diferents grups d'edat i sexe. La durada mitjana més elevada

correspon a dones entre 40 i 64 anys. A més a més, la durada mitjana de la baixa d'aquest grup d'edat és un 38% més elevada que la del grup de 18 a 39 anys.

Si analitzem la durada mitjana de dies de baixa per IT per diferents grups diagnòstics podem observar, tal com es mostra a la taula 25, que aquesta és més elevada per a diagnòstics de tumors seguits de trastorns mentals i de conducta i de malalties del sistema respiratori.

En termes monetaris, el cost total per IT ascendeix a 199.615.938 euros (vegeu la taula 24). El cost mitjà de la productivitat perduda per individu amb depressió en IT és de 6.013 euros (IC 95%: 2.234-9.793).

Taula 24. Dades d'incapacitat temporal (IT) per depressió (Catalunya, 2006*)

Sexe	Grup d'edat	Nombre d'individus	Altes 2006*						Cost total (euros)
			Nombre d'altes	Durada mitjana d'altes	Desv. típica	Mediana	Dies en IT	Anys productius perduts	
Home	18-39	5.565	6.116	78,7	106,2	33	481.252	1.318	26.630.121
	40-64	5.913	6.445	114,4	133,8	57	737.404	2.020	57.005.821
	Total	11.478	12.561	97,0	122,2	44	1.218.656	3.339	83.635.942
Dona	18-39	10.649	11.466	90,8	112,5	43	1.040.962	2.852	44.675.503
	40-64	11.069	11.810	122,7	138,7	66	1.449.033	3.970	71.304.492
	Total	21.718	23.276	107,0	127,3	53	2.489.995	6.822	115.979.996
Total	18-39	16.214	17.582	86,6	110,5	39	1.522.214	4.170	71.305.624
	40-64	16.982	18.255	119,8	137,0	62	2.186.437	5.990	128.310.313
	Total	33.196	35.837	103,5	125,7	50	3.708.651	10.161	199.615.938

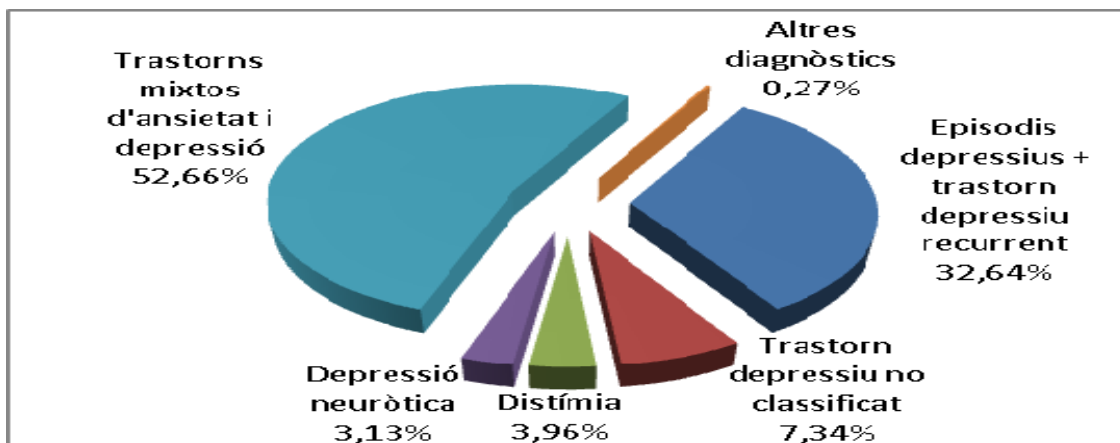
* Dades corresponents al 2007. S'assumeix el mateix comportament per a l'any 2006.

Taula 25. Durada mitjana i mediana de la incapacitat temporal (IT) per grup diagnòstic (Catalunya, 2006*)

Grups diagnòstics de l'IT	Durada mitjana (dies)	Mediana de durada (dies)
Tumors	129,8	50
Trastorns mentals i de la conducta	85,1	33
-Depressió	103,5	50
Malalties del sistema circulatori	82,7	31
Malalties de la sang i immunitària	69,5	33
Malalties congènites	65,4	24
Malalties del sistema nerviós	56,8	13
Malalties endocrines	55,5	22
Malalties de gestació, part i puerperi	52,3	26
Malalties osteomusculars	51,6	17
Traumes i causes externes	46,7	19
Altres traumes i causes externes	45,6	20
Altres exposicions i proves	43,5	19
Altres situacions especials	42,4	26
Malalties perinatals	33,4	8
Malalties oftalmològiques i annexos	30,4	10
Malalties genitourinàries	27,5	10
Malalties del sistema digestiu	27,3	8
Síntomes no classificats	27,1	7
Malalties de la pell	26,2	11
Malalties de l'oïda	23,3	8
Malalties del sistema respiratori	9,3	5
Malalties infeccioses	8,1	4
Total	36,1	9

Amb diferència, el nombre més elevat d'anys productius perduts es deu, en primer lloc, als trastorns adaptatius mixtos d'ansietat i estat d'ànim deprimit (52,66%), seguits dels episodis de depressió major i del trastorn depressiu d'episodis recurrents (32,64%) (vegeu el gràfic 16).

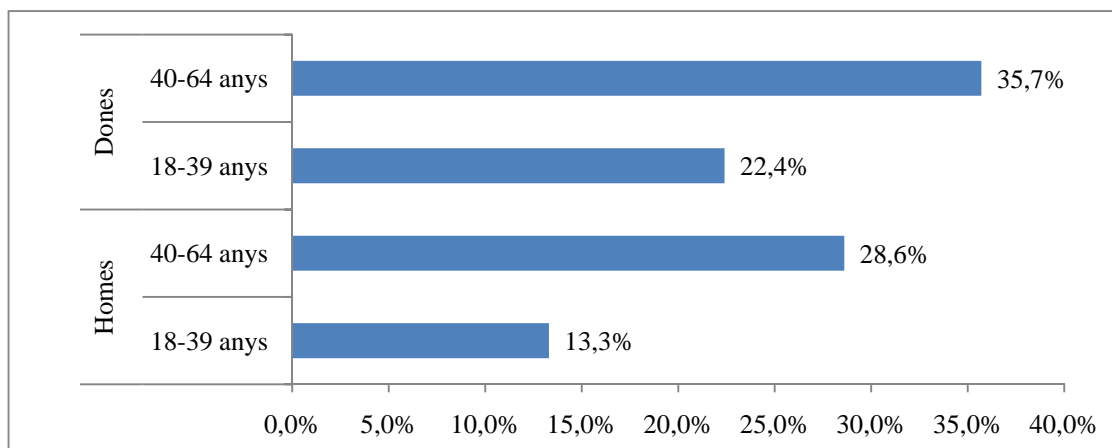
Gràfic 16. Distribució percentual dels anys productius perduts a causa de la incapacitat laboral (IT) per diagnòstic de depressió (Catalunya, 2006*)



* Dades corresponents al 2007. S'assumeix el mateix comportament per a l'any 2006.

** "Altres diagnòstics" inclouen la psicosi depressiva (0,12%), el trastorn depressiu atípic (0,01%) i altres trastorns de l'estat d'ànim (0,14%).

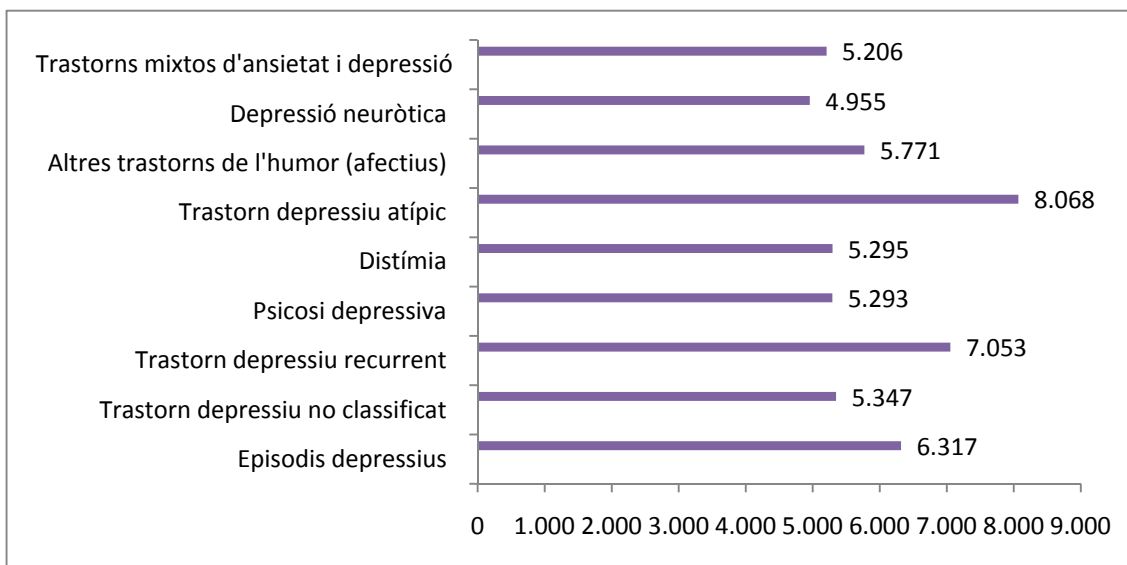
Gràfic 17. Distribució percentual del cost total de la pèrdua de productivitat per incapacitat laboral (IT), per sexe i grup d'edat (Catalunya, 2006*)



* Dades corresponents al 2007. S'assumeix el mateix comportament per a l'any 2006.

El cost mitjà per procés d'IT per a tots els diagnòstics de depressió inclosos és de 5.570 euros (IC 95%: 2.092-9.049). El trastorn depressiu atípic, el trastorn depressiu d'episodis recurrents i els episodis depressius són els diagnòstics amb cost mitjà per procés més alts, com es pot observar al gràfic 18.

Gràfic 18. Cost mitjà per incapacitat temporal (IT) segons el diagnòstic de depressió (en euros) (Catalunya, 2006*)



* Dades corresponents al 2007. S'assumeix el mateix comportament per a l'any 2006.

Les dades sobre la incapacitat temporal per diagnòstic de depressió a Catalunya es resumeixen a la taula 26.

Taula 26. Dades d'incapacitat temporal per diagnòstic de depressió, sexe i grup d'edat (Catalunya, 2006*)

Diagnòstic de depressió	Sexe	Grup d'edat	Nombre d'individus	Altes 2006						Cost total (euros)
				Nombre d'altres	Durada mitjana d'altres	Desv. típica	Mediana	Dies en IT	APP	
F32 a F32.8: Episodis depressius (296.2)	Home	18-39	1.203	1.368	85,4	113,5	37,5	116.822	320	6.464.356
		40-64	1.480	1.628	127,9	145,9	65	208.294	571	16.102.395
		Total	2.683	2.996	108,5	133,7	51	325.116	891	22.566.750

	Dona	18-39	2.261	2.444	101,8	120,5	52	248.786	682	10.677.277
		40-64	2.658	2.861	136,4	147,1	79	390.117	1.069	19.197.006
		Total	4.919	5.305	120,4	136,6	66	638.903	1.750	29.874.283
	Total	18-39	3.464	3.812	95,9	118,3	48	365.608	1.002	17.141.633
		40-64	4.138	4.489	133,3	146,7	74	598.411	1.639	35.299.401
		Total	7.602	8.301	116,1	135,7	60	964.019	2.641	52.441.033
F32.9: Trastorn depressiu no classificat (311)	Home	18-39	402	431	74,7	105,9	29	32.211	88	1.782.398
		40-64	494	550	109,0	132,4	52,5	59.924	164	4.632.490
		Total	896	981	93,9	122,6	39	92.135	252	6.414.889
	Dona	18-39	756	811	81,0	106,0	34	65.681	180	2.818.865
		40-64	931	987	115,8	141,7	54	114.335	313	5.626.234
		Total	1.687	1.798	100,1	128,0	45,5	180.016	493	8.445.100
	Total	18-39	1.158	1.242	78,8	106,0	32	97.892	268	4.601.264
		40-64	1.425	1.537	113,4	138,4	53	174.259	477	10.258.724
		Total	2.583	2.779	97,9	126,1	44	272.151	746	14.859.988
F33 a F33.4: Trastorn depressiu d'episodis recurrents (296.3)	Home	18-39	234	279	85,1	110,2	36	23.749	65	1.314.153
		40-64	393	447	136,7	148,4	71	61.111	167	4.724.253
		Total	627	726	116,9	137,2	54	84.860	232	6.038.406
	Dona	18-39	426	496	109,8	139,7	43	54.470	149	2.337.717
		40-64	642	714	150,2	159,2	84	107.267	294	5.278.430
		Total	1.068	1.210	133,7	152,8	68	161.737	443	7.616.147
	Total	18-39	660	775	100,9	130,3	41	78.219	214	3.651.870
		40-64	1.035	1.161	145,0	155,2	79	168.378	461	10.002.682

		Total	1.695	1.936	127,4	147,3	61	246.597	676	13.654.552
F41.2: Trastorns adaptatius mixtos d'ansietat i estat d'ànim deprimit	Home	18-39	3.325	3.595	76,1	104,0	33	273.675	750	15.143.830
		40-64	3.104	3.330	108,2	127,5	55,5	360.308	987	27.854.003
		Total	6.429	6.925	91,5	117,0	43	633.983	1.737	42.997.833
	Dona	18-39	6.429	6.866	87,9	110,4	42	603.301	1.653	25.892.180
		40-64	5.868	6.207	115,3	133,1	61	715.762	1.961	35.221.452
		Total	12.297	13.073	100,9	122,5	50	1.319.063	3.614	61.113.632
	Tota	18-39	9.754	10.461	83,8	108,4	39	876.976	2.403	41.036.010
		40-64	8.972	9.537	112,8	131,2	59	1.076.070	2.948	63.075.455
		Total	18.726	19.998	97,7	120,7	47	1.953.046	5.351	104.111.465

* Dades corresponents al 2007. S'assumeix el mateix comportament per a l'any 2006.

* APP: anys productius perduts

3.3.2. Cost de la productivitat perduda per incapacitat permanent

Tal com hem explicat en l'apartat de metodologia, les estimacions associades a la pèrdua de productivitat per incapacitat permanent (IP) van ser realitzades, a partir de les dades disponibles sobre nous casos d'IP per a la província de Barcelona l'any 2007, per Constança Alberti (ICAM) i Mencía Ruiz i Luis Salvador (Psicost). Com es mostra a la taula 27, un 57,2% de totes les IP proposades van ser acceptades. Del grup de salut mental, es van acceptar el 58,6% (2.502) de les propostes presentades. Específicament per als diagnòstics de depressió analitzats, es van acceptar 1.288 de les 2.005 propostes presentades, és a dir, un 64,2%. Aproximadament 2 de cada 3 propostes d'IP per depressió van ser acceptades.

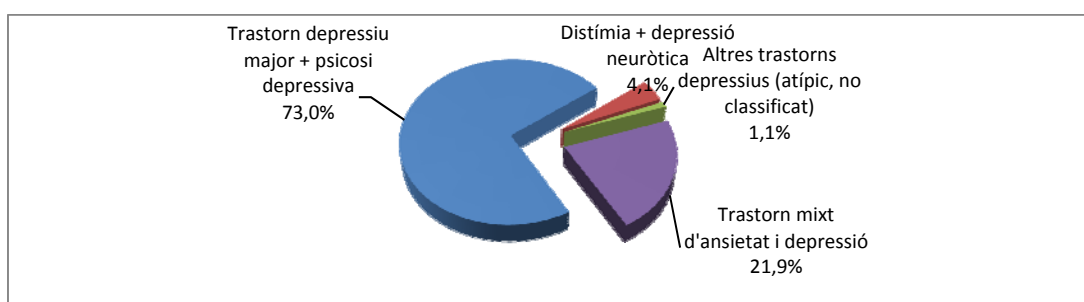
S'estima que un 10,69% del total d'IP acceptades el 2007 correspon a diagnòstics de depressió.

Taula 27. Anàlisi de dades de la província de Barcelona: casos d'incapacitat permanent l'any 2007

	IP proposades	IP acceptades	Percentatge d'IP acceptades en relació amb les proposades
Totes	21.070	12.046	57,2%
Grup de salut mental (05)	4.271	2.502	58,6%
Diagnòstic de depressió	2.005	1.288	64,2%
Percentatge d'IP de depressió del total	9,52	10,69	
Percentatge d'IP de depressió del grup de salut mental	46,94	51,49	

La distribució de les propostes acceptades d'IP per grups diagnòstics de depressió es mostra al gràfic 19. Tal com es pot observar, el 73% d'aquestes propostes es va deure al grup de trastorn depressiu major i psicosi depressiva, i prop d'un 22% al de trastorn adaptatiu mixt d'ansietat i estat d'ànim deprimat. La distímia i l'estat depressiu neuròtic van representar un 4,1%, mentre que altres trastorns depressius, com l'atípic i el no classificat, només representen l'1,1%.

Gràfic 19. Distribució percentual de les propostes d'incapacitat permanent acceptades per grups diagnòstics de depressió (Catalunya, 2006*)



* Dades corresponents al 2007. S'assumeix el mateix comportament per a l'any 2006. Altres trastorns depressius inclouen el trastorn depressiu atípic i el trastorn depressiu no classificat.

L'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS) registra 161.800 casos d'IP per a Catalunya l'any 2007. Basant-nos en les nostres estimacions, 17.302 (10,69%) d'aquestes corresponen a diagnòstics de depressió (vegeu la taula 28). El cost total de la pèrdua de productivitat per IP atribuïble a la depressió ascendeix a 353.311.007 euros. El cost mitjà per pacient amb IP és de 20.420 euros.

Taula 28. Estimació del cost de la incapacitat permanent (IP) per diagnòstic de depressió (Catalunya, 2006*)

	Prevalença (total de casos el 2006) (a)	Incidència (casos nous 2006 - Dx de depressió) (b)	Casos abans del 2006 (c)	Guany mitjà anual (d)	Estimació de costos durant un any sencer - casos abans del 2006 (e) = (c)*(d)	Estimació dels costos mitjans per any - casos nous del 2006 (f) = (b)*(d)/2	Cost total d'IP per diagnòstic de depressió a Catalunya (2006) (g) = (e)+(f)
IP total a Catalunya el 2007	161.800						
Estimació d'IP per depressió	17.302 (10,69%)	1.288	16.014	21.210,04	339.650.504	13.660.503	353.311.007

* Per al càlcul s'utilitza l'estimació de la província de Barcelona per al 2007.

3.3.3. Cost de la productivitat perduda per mort prematura

En aquest apartat presentem els resultats de la pèrdua de productivitat per mort prematura deguda a suïcidi. Estimem que un 45% dels suïcidis duts a terme són atribuïbles a la depressió. A la taula 29 es presenta l'estimació de suïcidi per depressió, classificada per grup d'edat i sexe. Un total de 110,3 suïcidis es deuen a la depressió: d'aquests, un 77% corresponen a suïcidis d'homes.

Taula 29. Estimació del nombre de suïcidis atribuïbles a la depressió a Catalunya (2006)

Grup d'edat	Suïcidis a Catalunya*			Suïcidis atribuïbles a depressió			Suïcidis d'individus ocupats atribuïbles a depressió		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
15-24	16	6	22	7,2	2,7	9,9	3,9	1,2	5,1
25-34	43	13	56	19,4	5,9	25,2	13,6	2,8	16,5
35-44	52	13	65	23,4	5,9	29,3	16,5	2,8	19,3
45-54	29	12	41	13,1	5,4	18,5	9,2	2,6	11,8
55-64	49	12	61	22,1	5,4	27,5	15,5	2,6	18,1
Total	189	56	245	85,1	25,2	110,3	58,7	12,1	70,8

Fonts: Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2006; Registre de casos de suïcidi a Sabadell l'any 2008 (Palao et al., 2009).

El nombre total d'APV per sexe i edat, així com d'APVPP, es mostra a la taula 30. El nombre més elevat d'APVPP ocorre en el grup d'edat de 25 a 34 anys. El total per al cas dels homes és de 484 i per al cas de les dones, de 101. La segona pèrdua més important és per al grup de 35 a 44 anys (420 i 72 per a homes i dones, respectivament).

Taula 30. Anys de vida perduts (AVP) i anys potencials de vida productiva perduts (APVPP) per suïcidi per depressió (Catalunya, 2006)

Grup d'edat	Anys de vida perduts (AVP)			Anys potencials de vida productiva perduts (APVPP)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
15-24	328	123	450	176	55	231
25-34	687	208	895	484	101	584
35-44	597	149	746	420	72	493
45-54	202	84	286	142	41	183
55-64	121	30	151	85	14	100
Total	1.935	593	2.528	1.307	283	1.591

Fonts: Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2006; Registre de casos de suïcidi a Sabadell l'any 2008 (Palao et al., 2009).

Si calculem el cost de la mortalitat per depressió multiplicant els APVPP pel guany salarial anual per grup d'edat i sexe, aquest ascendeix a 36,6 milions d'euros, tal com es mostra a la taula 31. Comparativament, si realitzem el càlcul del cost total de la pèrdua de productivitat per suïcidi atribuïble a la depressió, desagregat per grup d'edat i sexe i aplicant una taxa de creixement anual de l'1% i una taxa de descompte del 3%, aquest valor és de 26,9 milions d'euros (vegeu la taula 32). D'aquesta quantitat, un 86,8% correspon a homes i un 13,2% a dones, tal com es mostra al gràfic 20. El 35,4% del cost total correspon al grup de 25 a 34 anys, seguit del de 35 a 44 anys, amb un 32,5% (vegeu el gràfic 21). El cost mitjà de la productivitat perduda per suïcidi atribuïble a la depressió és de 384.708 euros (IC 95%: 0-770.340).

Taula 31. Cost de la mortalitat de la depressió. Estimació del cost dels APVPP (Catalunya, 2006)

Grup d'edat	Homes	Dones	Total
15-24	4.270.211	946.666	5.216.878
25-34	11.745.077	1.732.309	13.477.386
35-44	10.202.405	1.244.335	11.446.740
45-54	3.458.508	698.179	4.156.686
55-64	2.073.566	247.741	2.321.307
Total	31.749.767	4.869.230	36.618.996

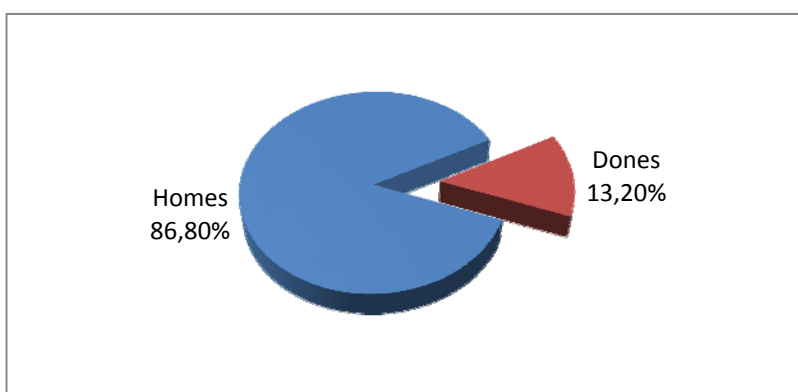
* Sense creixement anual ni taxa de descompte.

Taula 32. Cost total de la pèrdua de productivitat per suïcidi atribuïble a la depressió a Catalunya (en euros) (Catalunya, 2006)

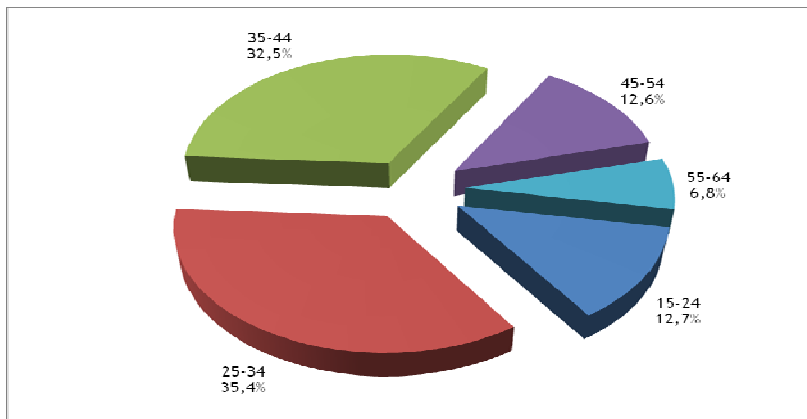
Grup d'edat	Cost total (€)		
	Homes	Dones	Total
15-24	2.786.382 (10,38%)	617.715 (2,30%)	3.404.097 (12,68%)
25-34	8.295.329 (30,89%)	1.223.498 (4,56%)	9.518.827 (35,44%)
35-44	7.784.404 (28,99%)	949.424 (3,54%)	8.733.827 (32,52%)
45-54	2.816.595 (10,49%)	563.408 (2,10%)	3.380.002 (12,59%)
55-64	1.624.755 (6,05%)	194.119 (0,72%)	1.818.874 (6,77%)
<i>Total</i>	23.307.465 (86,8%)	3.548.163 (13,2%)	26.855.628

* Estimació amb creixement anual de l'1% del guany salarial i aplicació de la taxa de descompte del 3%.

Gràfic 20. Distribució percentual del cost total de productivitat perduda per mort prematura, per sexe (Catalunya, 2006)

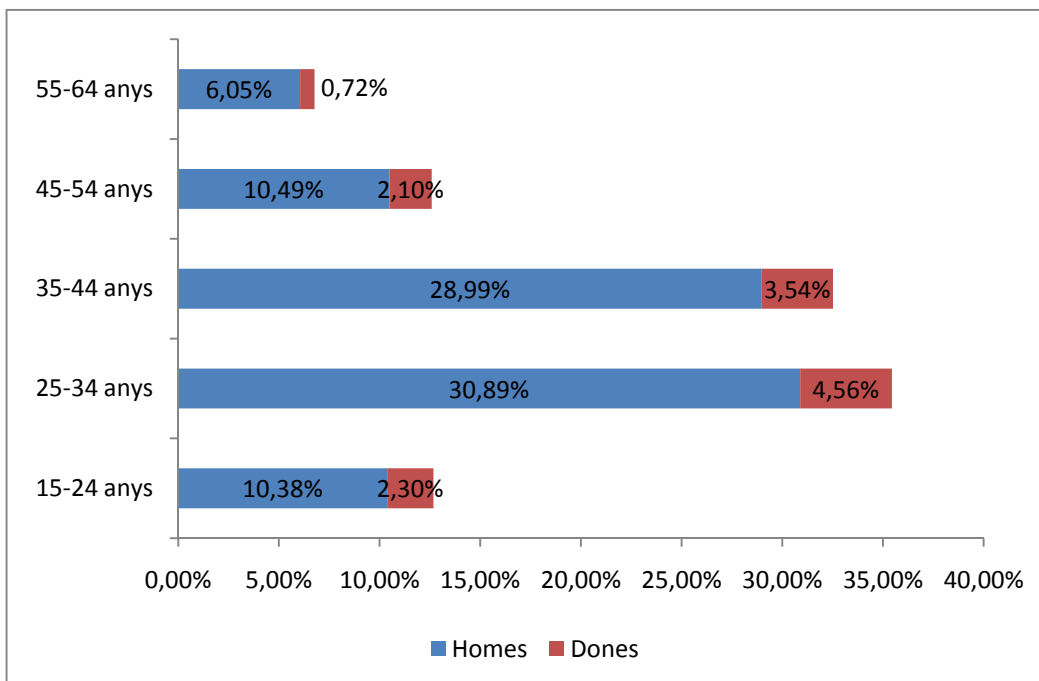


Gràfic 21. Distribució del cost total de la productivitat perduda per mort prematura deguda a la depressió, per grup d'edat (Catalunya, 2006)



El grup d'edat amb més contribució a la pèrdua de productivitat per mort prematura és el de 25 a 34 anys per a ambdós sexes, tal com es mostra al gràfic 22.

Gràfic 22. Distribució del cost total de la productivitat perduda per mort prematura deguda a la depressió, per grup d'edat i sexe (Catalunya, 2006)



3.4. Cost total de la depressió

En aquest apartat es resumeixen els resultats del cost de la depressió descrit en les seccions anteriors. Els resultats es presenten separats per costos sanitaris directes i indirectes (vegeu la taula 33).

El cost total anual de la depressió estimat en la població catalana el 2006 va ser de 735,4 milions d'euros. Els costos sanitaris directes constitueixen un 21,2% del cost total i els costos indirectes un 78,8%. La distribució dels costos totals de la depressió es presenta al gràfic 23 i al gràfic 24. Al primer es mostra la distribució del cost total en euros, i al segon la distribució percentual per categoria de costos. La proporció de costos indirectes en relació amb els costos sanitaris directes és de 3,7.

L'atenció farmacològica ascendeix a 101,1 milions d'euros, és a dir, un 65% dels costos sanitaris directes (gràfic 25). El cost total de l'atenció primària representa un 26,2% dels costos directes, mentre que l'atenció especialitzada en representa un 5,2% i l'atenció hospitalària un 3,6%. La proporció dels costos d'atenció primària en relació amb l'atenció especialitzada és de 5,1. La proporció dels costos d'atenció farmacològica en relació amb altres costos directes és d'1,9.

Els costos indirectes per depressió ascendeixen a 580 milions d'euros. El cost de la productivitat perduda per incapacitat permanent suposa prop del 61% dels costos indirectes. El cost de la productivitat perduda per incapacitat temporal constitueix el 34,4% dels costos indirectes, mentre que és d'un 4,6% per mort prematura, tal com es pot observar al gràfic 26. Així doncs, el cost total de la morbiditat representa un 95,4% dels costos indirectes. La proporció dels costos de pèrdua de productivitat per morbiditat en relació amb la mortalitat és de 20,6.

Els costos mitjans per individu amb depressió es resumeixen a la taula 34. Pel que fa a l'atenció farmacològica, el cost mitjà per prescripció dispensada és de 19,83 euros. Aquests resultats es comenten en l'apartat de discussió.

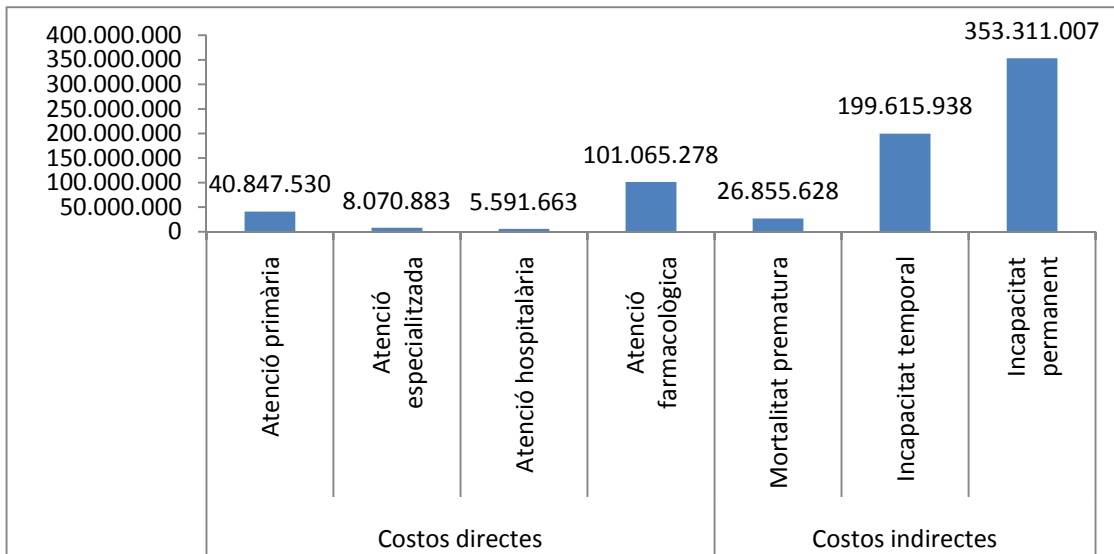
Els costos totals de la depressió es resumeixen per sexe i grup d'edat. Els costos sanitaris directes es presenten a la taula 35 i els costos indirectes a la taula 36. En tots els grups d'edat el cost sanitari directe és més elevat en el cas de les dones que en el cas dels homes. El cost de morbiditat atribuïble a la depressió és més elevat en el cas

dels homes que en el cas de les dones. En el cas de la incapacitat temporal, les dones tenen un cost més elevat que els homes.

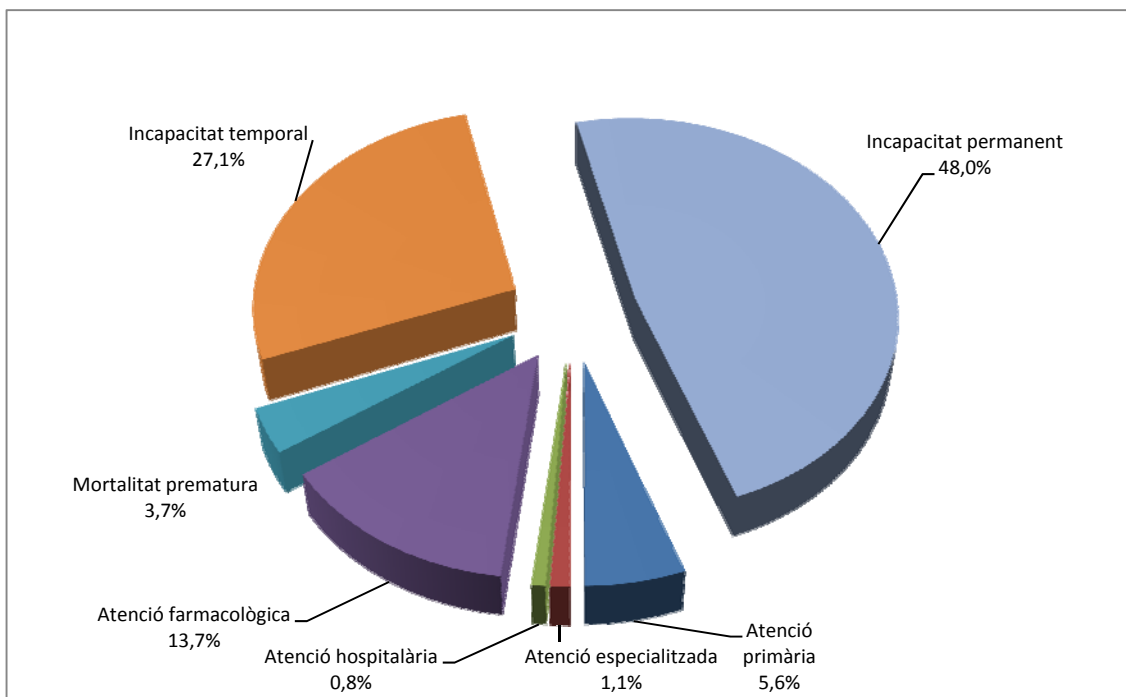
Taula 33. Cost total de la depressió a Catalunya (2006)

Categoria de costos	Euros	Percentatge de costos directes	Percentatge del cost total
Costos directes			
Atenció primària	40.847.530	26,2%	5,6%
Atenció especialitzada	8.070.883	5,2%	1,1%
Atenció hospitalària	5.591.663	3,6%	0,8%
Atenció farmacològica	101.065.278	65,0%	13,7%
<i>Subtotal costos directes</i>	155.575.354	100%	21,2%
Costos indirectes		Percentatge de costos indirectes	
Productivitat perduda per morbiditat			
- Incapacitat temporal	199.615.938	34,4%	27,1%
- Incapacitat permanent	353.311.007	60,9%	48,0%
Productivitat perduda per mortalitat	26.855.628	4,6%	3,7%
<i>Subtotal costos indirectes</i>	579.782.572	100%	78,8%
Cost total de la depressió	735.357.926		100%

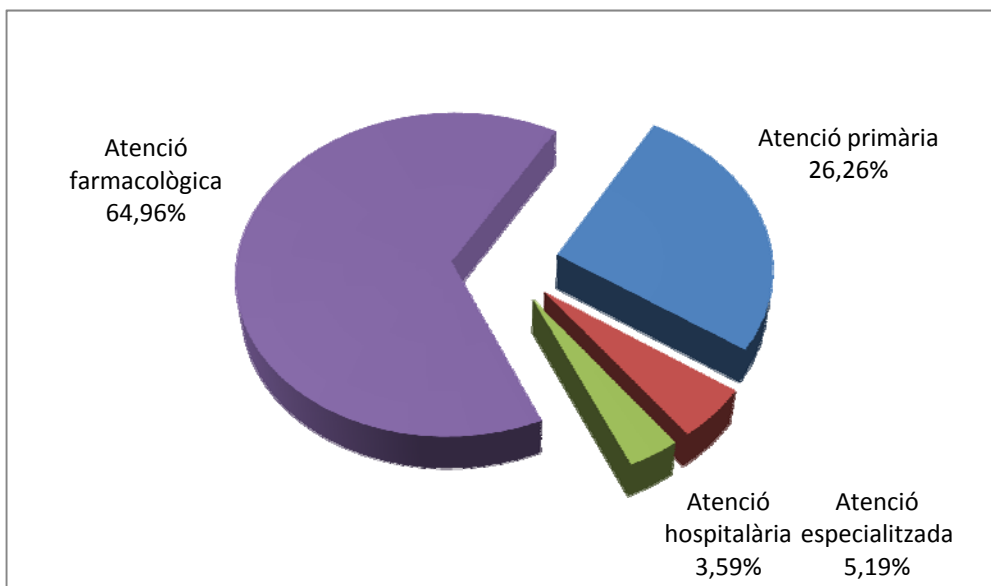
Gràfic 23. Distribució dels costos sanitaris directes i indirectes de la depressió a Catalunya (2006) (en euros)



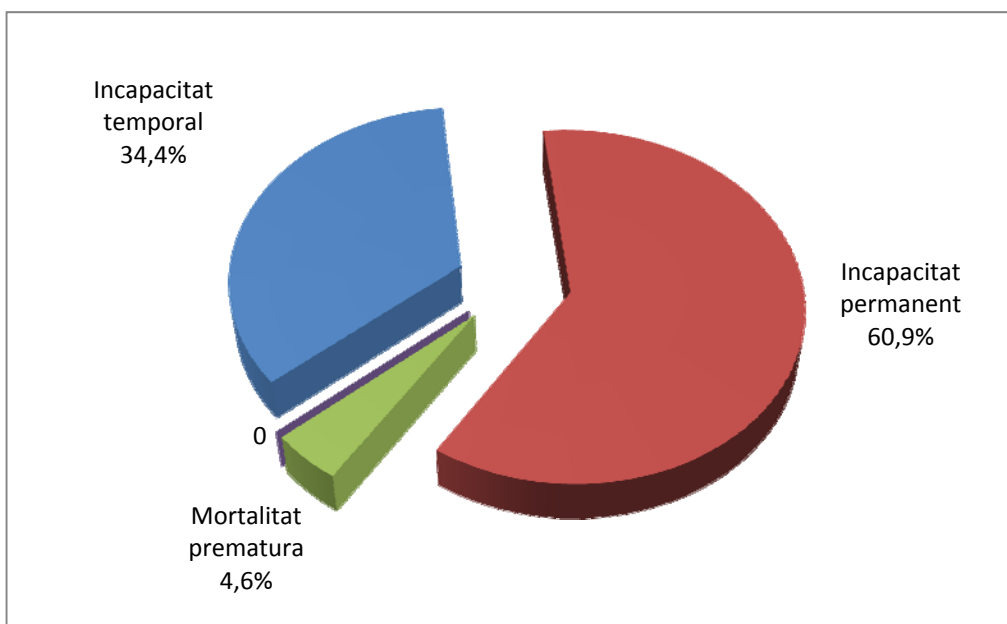
Gràfic 24. Distribució percentual dels costos sanitaris directes i indirectes de la depressió a Catalunya (2006)



Gràfic 25. Distribució dels costos sanitaris directes de la depressió (Catalunya, 2006)



Gràfic 26. Distribució dels costos indirectes de la depressió a Catalunya (2006)



Taula 34. Cost mitjà per individu amb depressió segons la categoria de costos (euros) (Catalunya, 2006)

Categoria de costos	Euros (2006)	IC 95%
Cost mitjà per pacient amb depressió atès pel metge de capçalera a l'atenció primària	219	155-284
Cost mitjà per pacient amb depressió atès a l'atenció especialitzada	215	163-267
Cost mitjà per alta hospitalària per depressió	3.548	2.543-4.554
Cost mitjà del tractament farmacològic (per prescripció dispensada)	19,83	—
Cost mitjà de la productivitat perduda per suïcidi atribuïble a la depressió	384.708	0-770.340
Cost mitjà de la productivitat perduda per individu amb incapacitat temporal	6.013	2.234–9.793
Cost mitjà de la productivitat perduda per procés d'incapacitat temporal	5.570	2.092-9.049
Cost mitjà de la productivitat perduda per incapacitat permanent	20.420	—

Taula 35. Costos sanitaris directes atribuïbles a la depressió, per sexe i grup d'edat (euros) (Catalunya, 2006)

Categoria de costos directes	Homes				Dones				Total
	18-39	40-64	65 i més	Total	18-39	40-64	65 i més	Total	
Atenció primària	479.801	9.983.409	611.778	11.074.988	7.870.830	18.972.145	2.929.567	29.772.542	40.847.530
Atenció especialitzada	445.411	1.227.581	321.357	1.994.349	1.183.135	3.817.136	1.076.263	6.076.533	8.070.883
Atenció hospitalària	304.676	915.750	670.064	1.890.491	503.177	1.932.515	1.265.480	3.701.172	5.591.663
Atenció farmacològica	ND	ND	ND	30.272.624	ND	ND	ND	70.792.654	101.065.278
<i>Total costos directes</i>				45.232.453				110.342.901	155.575.354

ND: falta informació suficient per presentar els resultats per grup d'edat.

Taula 36. Costos indirectes atribuïbles a la depressió, per sexe i grup d'edat (euros) (Catalunya, 2006)

Categoria de costos indirectes	Homes				Dones				Total
	18-39	40-64	65 i més	Total	18-39	40-64	65 i més	Total	
Mortalitat	ND	ND	ND	23.307.465	ND	ND	ND	3.548.163	26.855.628
Incapacitat laboral									
Incapacitat temporal	26.630.121	57.005.821	NA	83.635.942	44.675.503	71.304.492		115.979.996	199.615.938
Incapacitat permanent	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	353.311.007
<i>Total costos indirectes</i>									579.782.573

NA: No aplicable donada l'edat de jubilació als 65 anys.

ND: Falta informació suficient per presentar els resultats per grup d'edat i/o sexe.

3.5. Anàlisi de sensibilitat

En aquest apartat es presenten els resultats del model de simulació segons el mètode de Montecarlo per als costos de l'atenció primària, especialitzada i hospitalària. L'atenció farmacològica no es va incloure en el model de simulació, tot i la incertesa sobre el percentatge del consum farmacèutic dels pacients amb depressió.

També es presenten els resultats del cost de l'atenció primària utilitzant les dades de prevalença i el nombre mitjà de visites per pacient de l'ESEMeD.

A més, s'ha fet una anàlisi de sensibilitat sobre el cost de l'atenció especialitzada, aplicant dades dels dos centres col·laboradors (Althaia i Sant Joan de Déu) sobre la distribució percentual de cada activitat dels CSMA que realitza cada professional (psiquiatre, psicòleg, infermer i treballador social).

3.5.1. Resultats del model de simulació segons el mètode de Montecarlo: costos sanitaris directes

En el model de simulació segons el mètode de Montecarlo, descrit a l'apartat 2.4.2, es va realitzar l'estimació del cost sanitari directe de la depressió, incloses l'atenció primària, l'especialitzada i l'hospitalària. Els resultats del model es presenten en termes de probabilitat. El cost sanitari directe a mitjà termini ascendeix a 76,2 milions d'euros (IC: 75,3-77,0 milions d'euros), amb un coeficient de variació del 13,77% (vegeu la taula 37 i la taula 38). S'estima un valor mínim de 52,8 milions d'euros i un valor màxim de 106,3 milions d'euros. La probabilitat que el cost sanitari directe total (exclosos els fàrmacs) estigui per sota dels 70 milions d'euros és del 34,7%; que estigui entre 70 i 100 milions d'euros és del 64,3%, i que estigui per sobre de 100 milions d'euros és de l'1,0%. A la figura 3 es mostra la probabilitat acumulada, mentre que la distribució del cost sanitari directe (exclosos els fàrmacs) de la depressió es presenta al gràfic 27.

Taula 37. Anàlisi de sensibilitat probabilística sobre el cost sanitari directe (exclosa l'atenció farmacològica): estadístics bàsics calculats sobre 1.000 simulacions (Catalunya, 2006)

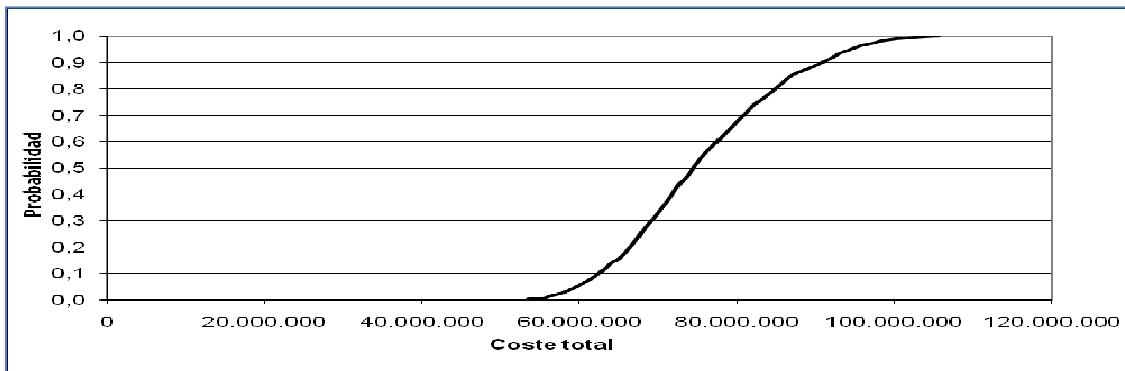
	Valors	Unitats
Mitjà termini	76.152.030,72	€
Mediana	74.985.253,97	€
Desviació estàndard	10.487.810,67	€
Coeficient de variació	13,77	%
Mínim	52.831.296,31	€
Màxim	106.263.627,81	€

Anàlisi principal del CostDep - Cost sanitari directe exclosa l'atenció farmacològica: 54.510.076 euros.

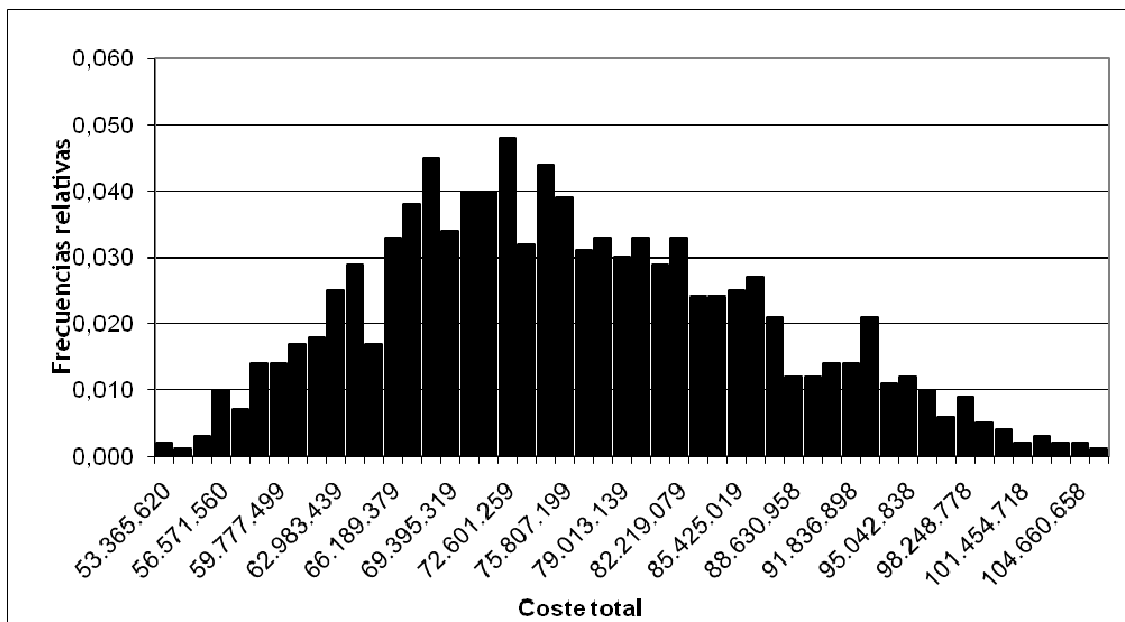
Taula 38. Interval de confiança i error al 95% sobre 1.000 simulacions – cost sanitari directe (exclosos els fàrmacs) (Catalunya, 2006)

			Unitats
Gran mitjana (5 lots)	76.152.030,72		€
Desviació estàndard	705.124,34		€
Interval de confiança	75.275.382,20	77.028.679,24	€
Error	876.648,52		€
Error sobre la gran mitjana (%)	1,15		%

Gràfic 25. Probabilitat acumulada del cost sanitari directe (exclosos els fàrmacs) de la depressió: resultat de la simulació



Gràfic 26. Distribució del cost sanitari directe (exclosos els fàrmacs) de la depressió: resultats del model de simulació



3.5.2. Cost de l'atenció primària, especialitzada i hospitalària

Tal com es resumeix a la taula 39, el cost a mitjà termini de l'atenció primària s'estima en 62,5 milions d'euros, amb un coeficient de variació del 17,2%. El cost de l'atenció hospitalària ascendeix a 5,9 milions d'euros, amb un 13% de variabilitat.

Taula 39. Resultats de l'anàlisi probabilística dels costos sanitaris directes (exclosos els fàrmacs) de la depressió (Catalunya, 2006)

Categoria de costos (Cost total anàlisi principal CostDep)	Cost total (en euros, 2006)					
	Mitjà termini	Mediana	Desv. estàndard	Coef. de variació (%)	Mínim	Màxim
Atenció primària (40.847.530 euros)	62.515.714,76	61.265.747,99	10.732.400,05	17,17	39.626.454,46	93.280.319,78
Atenció especialitzada (8.070.883 euros)						
- Psiquiatre	3.859.922,77	3.896.587,26	443.158,77	11,48	2.639.932,08	4.848.762,07
- Psicòleg	2.471.433,72	2.441.678,58	376.882,94	15,25	1.615.521,57	3.937.695,80
- Infermer	548.352,84	549.557,85	51.213,25	9,34	391.539,77	697.347,48
- Treballador social	721.223,11	726.754,73	112.270,32	15,57	410.005,18	992.154,68
Atenció hospitalària (5.591.663 euros)	5.899.314,35	5.889.474,88	767.917,91	13,02	3.633.474,69	7.873.458,43

Segons els resultats del model de simulació, el 81,95% del cost sanitari directe total és atribuïble al cost de l'atenció primària, seguit pel cost de l'atenció hospitalària, amb un 7,89%. Dels professionals de l'atenció especialitzada, el cost de l'atenció del psiquiatre representa un 5,15% del cost sanitari total. Els pesos relatius de cada categoria de costos es resumeixen a la taula 40.

Taula 40. Pesos relatius de cada categoria de costos sobre el cost sanitari directe total (exclosos els fàrmacs) (%) (Catalunya, 2006)

	Atenció primària	Atenció especialitzada				Atenció hospitalària
		Psiquiatre	Psicòleg	Infermer	Treballador social	
Mitjà termini	81,95	5,16	3,30	0,73	0,97	7,89
Mediana	82,06	5,13	3,23	0,73	0,95	7,76
Desv. est.	2,67	0,88	0,66	0,12	0,21	1,47
Coefficient de variació (%)	3,26	17,10	20,11	16,42	21,48	18,58
Mínim	74,02	2,92	1,82	0,42	0,47	4,36
Màxim	87,94	8,63	5,95	1,18	1,68	13,55

3.5.3. Atenció primària

El cost total de l'atenció primària, utilitzant com a font de dades principal l'estudi ESEMeD-SAMCAT, ascendeix a 10 milions d'euros, tal com es mostra a la taula 41. El cost mitjà per pacient amb depressió és de 56,75 euros (CI 95%: 14,28-99,22).

Taula 41. Resultats de l'anàlisi de sensibilitat per a l'atenció primària: utilitzant dades de l'ESEMeD-SAMCAT (Catalunya, 2006)

Sexe	Grup d'edat	Població 2006	Prevalença 1 any (SAMCAT-ESEMED)	Persones amb depressió a la població general	Percentatge de persones amb depressió que diuen haver rebut atenció primària per aquest problema (%)	Persones amb depressió que es visiten per aquest motiu	Mitjana de visites a metge de capçalera (ESEMeD)	Nombre de visites al metge de capçalera per grup diagnòstic	Cost unitari de la visita al metge de capçalera (Centre B)	Cost total de les visites al metge de capçalera
		(RCA)								
Dona	18-39	1.190.325	7,70	91.655,03	41,51	38.046	1,30	49.460	20,5	1.013.926
	40-64	1.164.377	11,59	13.4951,29	45,38	61.241	3,80	232.715		4.770.666
	65 o més	710.719	8,08	57.426,10	59,60	34.226	3,23	110.550		2.266.271
Subtotal		3.065.421	9,16	28.0792,56		133.513				8.050.863
Home	18-39	1.269.971	4,08	51.814,82	25,12	13.016	1,00	13.016		266.826
	40-64	1.145.516	5,99	68.616,41	36,99	25.381	2,88	73.098		1.498.507
	65 o més	507.822	1,75	8.886,89	53,53	4.757	2,15	10.228	209.671	
Subtotal		2.923.309	4,38	12.8040,93		43.154			1.975.004	
Total		5.988.730				176.667			10.025.867	

Cost total de l'atenció primària en l'anàlisi principal del CostDep: 40.847.530 euros.

3.5.4. Costos de l'atenció especialitzada

Un dels problemes que es van identificar per estimar el cost de l'atenció especialitzada va ser distribuir les activitats entre els professionals dels CSMA que les realitzen. Conèixer aquesta distribució era important per poder aplicar els costos unitaris de les visites de manera adequada. L'estimació que es va utilitzar en l'estudi es va basar en la consulta realitzada al grup de consens. No obstant això, també es van obtenir dades de cadascun dels centres col·laboradors relatives al percentatge de l'activitat que realitza cada professional (vegeu la taula 42). A partir d'aquestes dades, es va estimar el cost de l'atenció especialitzada per comparar els resultats amb els que es basaven en estimacions obtingudes mitjançant la consulta amb el grup de consens.

Taula 42. Centre de salut mental d'adults: percentatge de l'activitat que realitza cada professional (dades del 2006)

Activitat	Font de dades	Psiquiatre	Psicòleg	Infermer	Treballador social	Notes
Primeres visites	Grup de consens	95%	5%	0	0	
	Althaia	95%	5%	0	0	
	PSSJD	90,44%	9,27%	0,19%	0,09%	Incloues primeres visites i reobertes
Visites següents	Grup de consens	80%	20%	0	0	
	Althaia	40%	5%	55%	0	
	PSSJD	64,78%	25,09%	5,28%	4,85%	Totes les visites excepte primeres visites i reobertes
Visites domiciliàries	Grup de consens	10%	10%	20%	60%	
	Althaia	2%	0	98%	98%	Les realitzen el treballador social i l'infermer conjuntament, mai sols
	PSSJD	0	0	66,67%	33,33%	Incloues les visites domiciliàries i les realitzades en altres centres

Visites no programades	Grup de consens	10%	10%	20%	60%	
	Althaia	55%	5%	20%	20%	
	PSSJD	69,54%	20,47%	5,36%	4,63%	Forçades immediates, urgents i preferents
Psicoteràpia individual	Grup de consens	40%	45%	15%	0	
	Althaia	5%	95%	0	0	
	PSSJD	8,34%	91,66%	0	0	
Psicoteràpia de grup	Grup de consens	15%	40%	30%	15%	
	Althaia	0	90%	0	5%	
	PSSJD	7,51%	92,49%	0	0	Inclou la psicoteràpia de grup familiar
Tractament familiar	Grup de consens	10%	30%	25%	35%	
	Althaia	5%	30%	20%	45%	
	PSSJD	39,50%	29,56%	1,93%	29,01%	
Proves complementàries	Grup de consens	5%	80%	10%	5%	
	Althaia	10%	70%	20%	0	Inclou les analítiques
	PSSJD	14,23%	84,93%	0	0,84%	Inclou les exploracions

El 100% de l'activitat d'atenció d'infermeria i treball social és realitzada per professionals d'infermeria i treball social, respectivament.

Tal com podem observar a la taula 43, l'estimació del cost de l'atenció especialitzada obtinguda aplicant les dades del grup de consens se situa entre els valors de les estimacions realitzades amb les dades dels dos centres col·laboradors.

Taula 43. Comparació de les estimacions del cost de l'atenció especialitzada segons les fonts de dades per a la distribució de l'activitat per professional (en euros, 2006)

Activitat Centres de salut mental d'adults	Cost total de l'atenció especialitzada (€)		
	Anàlisi principal – opinió d'experts	Anàlisi de sensibilitat	
		Fundació Althaia	SJD-SSM
Primeres visites	515.494	515.494	522.590
Visites següents	4.793.597	3.689.363	4.805.086
Atenció d'infermeria	250.115	250.115	250.115
Treball social	202.783	202.783	202.783
Psicoteràpia individual	993.143	1.159.318	1.149.325
Psicoteràpia de grup	270.406	327.983	325.052
Tractament familiar	89.411	86.228	90.249
Proves complementàries	67.412	71.424	78.916
Visites domiciliàries	6.086	5.973	5.464
Visites no programades	882.435	931.771	1.021.365
Total	8.070.883	7.240.453	8.450.945

Nota: els resultats d'atenció d'infermeria i treball social no varien segons les fonts de dades, ja que en totes s'atribueix el 100% de l'activitat a un professional d'infermeria i treball social, respectivament.

4. Resultats

En aquest apartat s'analitzen aspectes generals de l'estudi i de la metodologia que s'ha seguit. Així mateix, s'analitzen els resultats dels costos sanitaris directes. Aquesta anàlisi inclou comparacions amb resultats d'estudis nacionals i internacionals.

4.1. Aspectes generals

Hi ha diversos estudis que analitzen els costos dels trastorns mentals i de la depressió a Espanya. Es tracta d'un conjunt heterogeni d'estudis de qualitat dispar, la qual cosa dificulta la possibilitat de comparació. Aquest conjunt inclou un informe que, malgrat que s'ha esmentat en el Pla estratègic del sistema nacional de salut, manca de validesa i de rigor metodològic (López, 1998); uns altres són revisions de la literatura (Valladares *et al.*, 2009), alguns es basen en informació genèrica que inclou extrapolacions d'altres països europeus, dades locals no generalitzables i un alt nombre d'hipòtesis no contrastades (Sobocki *et al.*, 2006). Altres fonts són estudis no publicats (López Bastida i Oliva Moreno, 2005; Bendeck *et al.*, 2005), anàlisis en una comunitat autònoma (per exemple, Canàries) (López-Bastida *et al.*, 2004) o anàlisis basades en bases de dades insuficients, no representatives o no generalitzables al conjunt del territori (Oliva Bru *et al.*, 2009).

En la comparació de dades sobre costos directes, les dificultats s'incrementen en referir-se als costos indirectes. Un estudi recent a Catalunya assenyalava la impossibilitat d'una desagregació dels costos per pèrdua de productivitat per grups diagnòstics (Oliva Bru, 2008): això és indicatiu de fins a quin punt la informació prèvia s'ha fundat en hipòtesis que no han estat suficientment contrastades.

Aquesta situació és un reflex de la falta d'estàndards metodològics en els estudis de cost de malaltia, i ha dut l'Organització Mundial de la Salut a desaconsellar aquest tipus d'estudi en la seva forma actual per a la identificació de les conseqüències per a la salut i per a la planificació sanitària (World Health Organization, 2009). En el futur pròxim serà necessari establir uns estàndards mínims de qualitat dels estudis de cost de malaltia, amb una clara diferenciació entre els estudis de "marc" (*framing*), basats en estimacions globals de baixa fiabilitat (per exemple, Sobocki *et al.*, 2005); i autèntics estudis de cost de malaltia, basats en informació procedent de bases de

dades de salut i amb un nivell de desagregació suficient per efectuar comparacions en el temps i en diferents territoris.

Des d'aquest punt de vista, la major part dels estudis disponibles s'haurien de considerar mers estudis de marc general o de situació, que permeten una aproximació molt general als costos dels trastorns depressius a Espanya o a Catalunya, però que no poden ser utilitzats per a l'elaboració d'indicadors que permetin el monitoratge de l'evolució del sistema o la seva comparació amb altres territoris. Aquesta situació pot ser atribuïda en part al fet que, en la seva immensa majoria, els estudis de cost de malaltia han estat elaborats per instituts acadèmics i d'investigació, i no per ser utilitzats com a eina de planificació per l'Administració sanitària.

En qualsevol cas, la informació dels estudis de cost de malaltia pot ser molt útil quan es disposa d'un nombre suficient de bases de dades sobre l'ús de recursos i la pèrdua de productivitat. Les dades es presenten de forma que puguin ser analitzades per grups independents amb diferents nivells de desagregació, les hipòtesis es contrasten amb grups d'experts, i l'anàlisi de sensibilitat permet modelar nous escenaris quan la incorporació d'informació i dades addicionals permet substituir les hipòtesis prèvies.

Aquests factors s'han tingut en compte en el disseny i en l'elaboració del present informe, que no s'ha limitat al càlcul dels costos amb la informació disponible i mitjançant el consens d'experts, sinó que ha incorporat l'elaboració de noves taules d'unitats de costos, anàlisis de fonts de dades primàries i secundàries, incorporació de fonts d'informació no considerada prèviament, subestudis propis com l'anàlisi de la incapacitat permanent atribuïble a depressió a Catalunya, i el disseny de noves eines per a l'anàlisi de sensibilitat. Aquesta experiència indica l'enorme potencial dels estudis de costos de malaltia en la planificació sanitària, i ensenya que la informació recopilada en aquest tipus d'anàlisi no queda fixada després de la seva publicació, sinó que continua com una base de coneixement dinàmica, que pot ser reinterpretada i analitzada segons noves dades i mètodes de valoració.

4.2. Costos de la depressió a Catalunya

L'avaluació efectuada confirma l'elevat cost de la depressió a Catalunya, que arriba als 735,4 milions d'euros i equival al 0,38 del PIB del 2006 (el PIB total d'aquest any va ser de 195.857 milions d'euros) (Institut d'Estadística de Catalunya, 2008). Sobocki estima un cost de 1,07 bilions d'euros en el conjunt de la Unió Europea l'any 2004 (aproximadament un 1% del PIB de la regió), encara que assenyala una gran variabilitat en els costos entre diferents països europeus.

L'any 2006, el cost total per càpita de la depressió a la població adulta de referència a Catalunya va ser de 122,79 euros. Com a referència s'han estimat costos per càpita de 253 euros en el conjunt de la Unió Europea i de 249 euros als EUA l'any 2004 (Sobocki *et al.*, 2006), davant d'una estimació del cost per càpita de 55,7 euros a Espanya el 2002 (62,83 euros el 2006) (López-Bastida i Oliva Moreno, 2005). El cost total mitjà anual per pacient tractat (cas) en aquest estudi ha estat de 1.798,68 euros, davant d'una estimació de cost mitjà per cas tractat de 590,57 euros a Lleida el 2004 (Serna Arnaiz *et al.*, 2007).

Ha de tenir-se en compte que en la present anàlisi s'ha optat per un enfocament conservador i s'han exclòs els trastorns d'adaptació i el trastorn bipolar. Les dades assenyalades corroboren que la depressió ha de constituir, tant per la seva freqüència com pel seu impacte sobre la discapacitat i pels seus costos, un objectiu prioritari per al sistema de salut i per a la societat en el seu conjunt.

Pel que fa a la distribució entre costos directes i indirectes, aquest estudi confirma la importància relativa dels costos per pèrdua de productivitat relacionada amb incapacitat, absentisme laboral i per mortalitat atribuïda a depressió. Només un 21,2% dels costos recauen sobre el sistema sanitari, mentre que el 78,8% dels costos es relacionen amb la productivitat perduda.

Malgrat les diferències metodològiques ja assenyalades, les nostres dades apunten en la mateixa direcció que estudis anteriors a Espanya o a Europa (Thomas i Morris, 2003; Bendeck *et al.*, 2005; López-Bastida i Oliva Moreno, 2005; Sobocki *et al.*, 2006; Valladares *et al.*, 2009). A la taula 44 es descriuen els costos referits pels principals estudis de referència.

Sobocki assenyalava que l'any 2004, a Espanya, el cost total de la depressió era de 5.005 milions d'euros, amb una proporció de costos indirectes sobre el total del 71% (Sobocki *et al.*, 2006). D'altra banda, López-Bastida i Oliva-Moreno (2005) indicaven un cost total de 2.332 milions d'euros per a depressió i trastorn bipolar, l'any 2002, amb una estimació de costos directes sanitaris de 648 milions d'euros (27,8% del cost total) davant de 1.685 milions d'euros de costos indirectes (72,2% del cost total). Sicras-Mainar i col·laboradors, en un estudi sobre població atesa en assistència primària, fan referència a una proporció de costos directes i indirectes del 32,9% i el 67,1%, respectivament.

En l'estudi de SOIKOS referit a l'any 2002, els costos per depressió major van ser significativament inferiors a l'estimació actual (taula 44) (Bendeck *et al.*, 2005). En el present estudi, el cost total de la depressió és superior al que es podria estimar per a Catalunya en funció de les dades nacionals d'estudis anteriors. Això pot dependre de problemes en les estimacions prèvies efectuades. De fet, en l'estudi de SOIKOS abans esmentat l'estimació de costos indirectes es va basar en informació de Navarra i en l'opinió d'experts, amb una clara infravaloració d'aquests costos pel que fa a les fonts consultades per al present estudi. Així, doncs, és possible que els estudis previs hagin subestimat els costos de la depressió a Espanya, en part pels costos indirectes de la malaltia. De totes maneres, algunes dades parcials apuntarien un augment progressiu dels costos directes i indirectes relacionats amb la depressió. Encara que existeixen dades contrastades pel que fa a un increment d'alguns costos directes (atenció especialitzada ambulatoria i hospitalària) pel que fa a l'any 2002 (Bendeck *et al.*, 2005), l'anàlisi de l'evolució dels costos exigeix un seguiment a mitjà termini.

La proporció dels costos indirectes respecte al total reflecteix el perfil de transversalitat sectorial de l'abordatge de la depressió i el seu caràcter diferencial respecte a altres patologies mentals: de fet, la interacció més rellevant no es produeix en aquest cas entre el sector sanitari i el sector social, sinó entre els serveis sanitaris i el sector laboral. D'altra banda, les inversions sanitàries i els plans de salut sobre depressió poden tenir un impacte marcat sobre altres sectors econòmics, com ara el treball.

Taula 44. Comparació d'estudis de costos de depressió a diferents nivells territorials (milions d'euros)

Font	País/any (referència)	Costos totals [valor 2006] (mitjans: - Pob. <i>gral.</i> - Pob. <i>casos</i>)	Costos directes [valor 2006] (%) <i>mitjans</i>	Costos indirectes [valor 2006] (%)	Percentatge de costos directes per categoria (%)				Percentatge de costos indirectes per categoria (%)	
					At. primària [valor 2006]	At. especialitz. [valor 2006]	At. hospit. [valor 2006]	Fàrmacs [valor 2006]	Incapacitat temporal/total [valor 2006]	Mortalitat [valor 2006]
Sicras Mainar <i>et al.</i> , 2007b Sicras Mainar <i>et al.</i> , 2010	DS Badalona 2006	12,3 2.698,1	888,5 (32,9%)	1.809,6 (67,1%)	280,6	360,3	—	218,1	—	—
Serna Arnaiz <i>et al.</i> , 2007	RS Lleida 2004	21 [22,4] 590,57	11,3 [12,0] (53,94%)	9,7 [10,3] (46,06%)	3,75 [3,98] 17,77% (del total)	0,57 [0,61] 2,7% (del total)	0,61 [0,64] 2,88% (del total)	6,4 [6,82] 30,59% (del total)	9 [9,59] 43,02% (del total)	0,64 [0,68] 3,05% (del total)
CostDep 2009	Catalunya 2006 (CostDep)	735,4 122,79 1.798,68	155,6 (21,2%)	579,8 (78,8%)	40,8 26,2% 219	8,1 5,2% 215	5,6 3,6% 3.548	101,1 65%	552,9 95,4%	26,9 3,7%

ESTUDI COSTOS I CÀRREGA DE LA DEPRESSIÓ A CATALUNYA (COSTDEP-2006)

Gisbert <i>et al.</i> , 2007 <i>Pressupost programa SM</i>	Catalunya 2005 ^a	—	625,9 [642,8]	—	144,3 [148,2] 23%	228,3 [234,5] 36,5%	253,4 [260,2] 40,5%	—	—	
Bendeck <i>et al.</i> , 2005	Catalunya 2002 ¹	226,3 [255,3]	36,4 [41,1] (16,1%)	189,9 [214,2] (83,9%)	1,67 [1,9]	1,7 [1,9]	3,4 [3,8]	29,5 [33,3]	79,7 [89,9]	110,1 [124,2]
Bendeck <i>et al.</i> , 2005	Espanya 2002	1.429,78 [1.612,79]	280,44 [316,44] (19,6%)	1.149,34 [1.296,46] (80,4%)	4,8%	4,8%	6,0%	84,4%	44,9%	56,1%
López-Bastida i Oliva Moreno, 2005	Espanya 2002 ²	2.332 [2.630]	648 [731] (27,8%)	1.685 [1.901] (72,2%)						
Sobocki <i>et al.</i> , 2006	Espanya 2004	5.005 [5.330]	1.434 [1.527] (28,7%)	3.572 [3.804] (71,4%)	985 [1.049] 19,7% de total		449 [478] 9% de total	3.385 [3.605] 67,6% de total	187 [199] 3,7% de total	
Thomas i Morris, 2003	Anglaterra 2000 ³	9.055 £ [15.451 €]	369,86 £ [630 €] (4,1%)	8.685,41 £ [14.819 €] (95,9%)	2,2%	6,0%	7,7%	84%	93,5%	6,5%

ESTUDI COSTOS I CÀRREGA DE LA DEPRESSIÓ A CATALUNYA (COSTDEP-2006)

McCrone <i>et al.</i> , 2008	Anglaterra 2007 ³	7.500 £ [10.549 €]	1.700 £ [2.391 €] (22,7%)	5.800 £ [8.158 €] (77,3%)	9%	33%	10% ⁴	1%		
Sobocki <i>et al.</i> , 2007	Suècia 2005 ⁵	3.500 [3.595]	500 [514] (14%)	3.000 [3.081] (86%)				3%		

^a Estudi de finançament sobre pressupost i despesa en salut mental en general, inclosos els serveis per a demència i sense desagregar per grups diagnòstics. L'atenció primària incorpora salut mental, mentre que l'atenció especialitzada fa referència a l'atenció hospitalària.

¹ Només es refereix a depressió major.

² Inclou el trastorn bipolar.

³ Originalment en lliures esterlines.⁴ Es refereix exclusivament a l'hospitalització psiquiàtrica. Hospitalització no psiquiàtrica, 17%, i atenció domiciliària, 10%.

RS: regió sanitària.

Valors actualitzats segons l'IPC. Institut Nacional d'Estadística. Actualització de rendes amb l'IPC general (sistema IPC base 2006) per a períodes anuals complets (<http://www.ine.es/calcula/calcula.do>). Taxes de variació aplicades: del 2002 al 2006: 12,8%; del 2004 al 2006: 6,5%; del 2005 a 2006: 2,7%.

Actualització dels valors en lliures esterlines el 2000 i el 2007 a valors del 2006.

Font: Lawrence H. Officer i Samuel H. "Williamson Measuring Worth. Purchasing Power of British Pounds from 1264 to Present" (<http://www.measuringworth.com/ppoweruk/>).

Canvis aplicats segons ECB Statistical Data Warehouse (<http://sdw.ecb.europa.eu/>).

Any 2006: 1 euro = 0,68173 lliures esterlines (http://sdw.ecb.europa.eu/quickview.do?SERIES_KEY=120.EXR.A.GBP.EUR.SP00.A).

Pel que fa a la distribució per sexes i edat, existeix un clar predomini de la depressió en el cas de les dones (un 72,9% del total de costos), sobretot entre els 40 i els 64 anys, tant en prevalença com en ús de serveis i costos associats al trastorn. Aquest patró s'ha de tenir en compte per a la planificació de campanyes de promoció i prevenció i en l'elaboració d'indicadors de salut mental. Pel que fa a Anglaterra, aquestes dades contrasten amb les assenyalades per McCrone i col·laboradors per al mateix any de referència (McCrone *et al.*, 2008), que indiquen un consum de recursos i costos directes molt similar en els tres rangs d'edat (15-44; 45-64, 65 i més), i una proporció decreixent de costos totals (inclosos els indirectes) en els tres grups d'edat.

Costos sanitaris (directes)

Els costos sanitaris directes de l'any 2006 s'han estimat en 155,6 milions d'euros, davant dels 648 milions d'euros assenyalats per López-Bastida i Oliva-Moreno per a Espanya l'any 2002 (López-Bastida i Oliva Moreno, 2005) o els 36,4 milions assenyalats per l'estudi de SOIKOS per a depressió major a Catalunya l'any 2002 (280,4 milions de costos directes al conjunt d'Espanya) (Bendeck *et al.*, 2005). Segons la perspectiva del pagador públic, els costos directes de la depressió corresponents al 2006 són una mica inferiors, i ascendirien a 152,6 milions d'euros, és a dir, l'1,9% del pressupost públic de salut de Catalunya per a aquest any (7.952,78 milions d'euros) (Saniline, 2007). Aquestes dades coincideixen amb l'anàlisi anterior, que estimava que els costos directes sanitaris dels trastorns afectius van representar un 1,8% de la despesa total sanitària pública de l'any 2002 a Espanya (Bendeck *et al.*, 2005). El 2002, el cost directe per càpita de la depressió a Catalunya va ser de 22 euros, i el cost directe mitjà anual per cas en aquest estudi va ser de 383 euros.

Gisbert i col·laboradors van analitzar la distribució del pressupost públic de l'any 2005 en els diferents programes del Departament de Salut (línies de serveis). Segons aquests autors, 207,4 milions es destinaven a salut mental (2,9% del pressupost sanitari consolidat de l'any 2005; i un 9,4% del pressupost desagregat per grups diagnòstics de la CIM-9-MC). Desafortunadament, aquest estudi no permet una desagregació per diferents trastorns de salut mental, incorpora els costos de l'atenció especialitzada de nivell secundari (centres de salut mental) a l'atenció primària, considera l'atenció hospitalària sota l'epígraf "atenció especialitzada", incorpora una part de les despeses del programa sociosanitari per a persones grans (programa Vida als anys) a les despeses de salut mental, i assigna tota la despesa farmacèutica en

psicofàrmacs al grup diagnòstic de trastorns mentals (Gisbert *et al.*, 2007). A manera d'exemple, l'any 2005 la despesa imputada a salut mental del programa Vida als anys va ser de 61,5 milions d'euros.

Encara que la informació que s'aporta en el present estudi difereix notablement de l'assenyalada en l'estudi de Gisbert i col·laboradors, es va prendre aquest estudi com referència, ja que era la principal font d'informació sobre costos directes de salut mental per al sistema sanitari públic de Catalunya.

Atenció primària (AP)

L'estudi *bottom-up* sobre petites àrees sanitàries de Sicras Mainar *et al.* (2007b) confirma l'elevat ús de serveis d'AP de la població de referència en aquestes àrees, que també apareix en l'enquesta de salut ESCA. Segons aquest estudi, la causa d'assistència més freqüent de consulta a Badalona (10,3%) és la depressió o els problemes depressius.

La intensitat d'ús de serveis —la taxa de freqüentació dels pacients registrats en els centres de l'estudi— va ser d'un 71,2%. En la seva anàlisi posterior dels costos de la depressió en cinc centres d'AP de l'àrea de Badalona (Sicras Mainar *et al.*, 2010) fa referència a una mitjana de 12,8 visites a l'any, i una despesa directa mitjana anual de $888,5 \pm 1.144,3$ euros, dels quals 582,2 euros corresponen a despeses d'assistència primària, incloses les visites mèdiques i les proves diagnòstiques i de laboratori. Les visites mèdiques en assistència primària representen, segons aquest estudi, una mitjana de 280,6 euros (31,5% del total de costos directes en l'estudi esmentat). Aquests costos mitjans són una mica inferiors als assenyalats pels autors en un estudi previ (Sicras Mainar *et al.*, 2007b), i superiors als del nostre estudi, basats en les dades de DASMAP per a Catalunya (Serrano-Blanco *et al.*, 2009) i que assenyalen un cost mitjà anual de les visites en atenció primària de 219 euros per al mateix any de referència. No obstant això, si es pren com a referència l'estudi ESEMeD-SAMCAT, el cost total de les visites al metge de capçalera disminueix a 10.025.867 euros (taula 41), amb un cost mitjà anual de 56,75 euros. Aquesta xifra és molt inferior a l'assenyalada per estudis epidemiològics en petites àrees de Catalunya (Sicras Mainar *et al.*, 2010).

S'ha de tenir en compte la variabilitat de la pràctica mèdica pel que fa a les dades de freqüentació en altres estudis de població assistida a Lleida (Serna Arnaiz *et al.*, 2007;

Soler-González *et al.*, 2008) o a Reus (Aragonès *et al.*, 2007), així com la manca, l'any 2006, d'una base de dades sobre utilització de serveis d'assistència primària amb un nivell de fiabilitat i desagregació suficient per analitzar els costos de la depressió; finalment, s'ha de tenir en compte la dificultat de destriar entre consultes efectuades per depressió o per altres malalties comòrbides. En el present estudi no s'han comptabilitzat els costos de les proves de laboratori, de radiologia i complementàries, que en l'estudi de Sicras i Mainar representen el 3,2% dels costos directes per depressió.

L'anàlisi del pressupost sanitari públic del 2005 (Gisbert *et al.*, 2007) assenyala una despesa en assistència primària per al conjunt de trastorns mentals de 79,1 milions d'euros (després d'haver desagregat d'aquest apartat l'assistència ambulatoria en salut mental). En el nostre estudi, la despesa per depressió el 2006 es va estimar en 40,8 milions. Encara que seria necessari efectuar una estimació dels altres grans grups de trastorns mentals, sembla que l'estimació global de Gisbert referent a assistència primària es troba dins del rang de les conclusions del nostre grup. S'ha de tenir en compte que les proves de laboratori i complementàries, encara que s'hagin registrat, no s'han comptabilitzat per a l'anàlisi de costos en el nostre estudi.

La distribució de costos per grups d'edat i sexe segueix en aquest cas el patró esperat en funció dels estudis previs.

Un factor de gran rellevància és el del cost del tractament inadequat o no tractament de la depressió no diagnosticada en l'AP. L'estudi DASMAP va detectar una morbiditat oculta de depressió en general en l'AP del 60% (superior a la taxa indicada per la literatura). Això significa que els metges d'AP reconeixien més d'una tercera part dels casos que cursen amb simptomatologia depressiva. Pel que fa a la depressió major, els metges d'AP reconeixen el 22% dels casos de depressió major (aproximadament un 78% queda ocult) (Fernández *et al.*, publicació en curs). Les taxes de morbiditat oculta i els problemes d'adequació de tractament, associats als costos elevats de la depressió en atenció primària, indiquen que l'eficiència de l'atenció pel que fa als trastorns depressius a l'AP té un ampli marge de millora.

Atenció especialitzada ambulatoria de salut mental (AE)

Al nostre estudi, els costos directes de l'atenció especialitzada en depressió van ser de 8,1 milions d'euros (5,2% dels costos directes), davant dels 40,8 milions de l'atenció primària. Serna-Arnaiz i col·laboradors (2007) fan referència a un cost de 568.379,55 euros d'assistència especialitzada a Lleida l'any 2004 sobre una població de casos detectats de 33.906 persones, però aquest estudi no permet efectuar una estimació del cost mitjà en aquest entorn i, a més, inclou població infantil i juvenil. La proporció entre els costos en atenció primària i especialitzada a la Regió Sanitària Lleida va ser de 6,6; una proporció similar a la que es va identificar al nostre estudi (5,1). A diferència d'aquesta proporció, la relació entre els costos de l'atenció primària i de l'atenció especialitzada per al conjunt dels trastorns mentals en l'anàlisi del pressupost del CatSalut del 2005 va ser d'1,2 (65,1 milions d'euros en atenció especialitzada ambulatoria davant de 79,1 milions de l'assistència en atenció primària) (Gisbert *et al.*, 2007). És important subratllar que Anglaterra segueix un patró invers: 0,37 l'any 2000 (Thomas i Morris, 2003) i 0,27 el 2006 (McCrone *et al.*, 2008), tot i que els dos estudis segueixen mètodes molt diferents.

Aquests resultats requereixen una anàlisi detallada, ja que, si es confirmessin, posarien en dubte la utilitat de la versió anglesa del model de tres nivells (Thornicroft i Tansella, 2009) i els indicadors que se'n poguessin derivar per monitorar l'evolució del sistema de salut mental de Catalunya. D'altra banda, aquestes dades deixen oberta la possibilitat que el model d'atenció català tingui una eficiència tècnica superior, tot i que el perfil dels pacients atesos en atenció especialitzada és menys "greu" que en el model anglès. Aquestes dades, unides a la informació de l'estudi DASMAP sobre morbiditat oculta, posen en evidència la necessitat de dur a terme estudis específics de l'atenció ambulatoria a la depressió, i de millorar la prevenció secundària d'aquests trastorns en AP.

La diferència entre el cost mitjà de l'atenció especialitzada (215 euros) i el de l'atenció primària (219 euros) no és estadísticament significativa. Això pot dependre de la presència de cotractament, atès que molts pacients segueixen sotmetent-se a controls en atenció primària tot i efectuar un nombre reduït de visites a l'atenció especialitzada. Necessita una avaluació més detallada. A més, Sicras-Mainar i col·laboradors (2009) indiquen un cost mitjà de 360,3 euros a l'assistència especialitzada a Badalona, superior als 215 euros de cost anual mitjà identificats en aquest estudi. El motiu

d'aquesta discrepància pot ser la variació en la pràctica mèdica, que en el cas de l'atenció especialitzada és més pronunciada que en l'assistència primària. Els patrons d'atenció (visites psiquiàtriques, psicoteràpia individual o de grup, treball social, infermeria, etc.) varien substancialment d'un centre a un altre, tal com indiquen les dades obtingudes dels dos centres de referència escollits per a aquest estudi (Hospital de Sant Boi, Parc Sanitari Sant Joan de Déu i Althaia, a Manresa) i els diferents estudis publicats (Sicras Mainar *et al.*, 2007b) o amb publicació en curs (Aragonès *et al.*, 2007). El gràfic 6 indica la distribució percentual de les visites als CSMA, segons les dades del CMBD-CSMA. Les taxes d'atenció per tipus de professional a les dues entitats de salut mental de referència indicades, en estudis consultats i segons l'opinió del panel d'experts, mostren una variabilitat important, tal com es mostra a la taula 42. Aquesta variabilitat hauria de plantejar una anàlisi detallada i potser l'elaboració d'estàndards i paquets d'atenció especialitzada en salut mental a Catalunya.

Cal assenyalar que el present estudi no inclou l'ús de serveis intermedis, com ara hospitals de dia o centres de rehabilitació, ja que el grup de consens va considerar que la utilització d'aquests serveis pels pacients amb depressió com a diagnòstic principal era poc rellevant en relació amb l'esforç de localitzar aquesta informació, que no figura en el registre del CMBD-CSM. En aquest sentit, l'estudi de Serna-Arnaiz atribueix un 0,9% dels costos de la depressió a l'atenció en hospitals de dia. L'estudi de Thomas i Morris per a Anglaterra atribueix un 0,1% dels costos directes de depressió a l'atenció de dia (Thomas i Morris, 2003), mentre que McCrone indica que un 15% dels costos directes són atribuïbles a l'atenció per part dels serveis socials i la discapacitat (McCrone *et al.*, 2008). Aquestes dades, sumades a la inesperada taxa d'incapacitat laboral permanent per depressió no major, posen en evidència la necessitat d'una futura estimació dels casos amb diagnòstic primari de depressió a l'atenció intermèdia.

A més, l'anàlisi ha seguit un enfocament restrictiu, ja que a la base de dades del CMBD no figuren les dades de l'ús de serveis ambulatoris a les unitats de salut mental dels hospitals generals.

Atenció hospitalària (AH)

El cost brut de l'atenció hospitalària per a trastorns depressius va ser de 5.591.663 euros, mentre que el cost mitjà per cada alta va ser de 3.548 euros. Tot i que el conjunt dels costos de l'hospitalització per trastorns depressius no supera el 3,6% dels costos directes i un 0,8% dels totals, el patró observat en aquest apartat mereix una

atenció específica. Dels costos d'hospitalització, un 77,4% corresponien a altes per depressió major, i un 22,6% a altes per altres quadres depressius (13,3% per distímia i l'estat depressiu neuròtic). El percentatge del cost de l'hospitalització per categories "lleus" ha de dur a un replantejament de la relació d'aquests quadres menors amb l'ús de serveis; o bé a una anàlisi detallada de l'eficiència tècnica d'aquests ingressos.

A aquest factor s'afegeixen les característiques específiques del sistema d'atenció hospitalària de salut mental a Catalunya, atès el paper de l'atenció aguda en hospitals psiquiàtrics que no es produeix en altres comunitats autònomes, en les quals aquests dispositius o bé es van tancar (Navarra, Andalusia, Astúries), o bé no tenen un paper rellevant en l'atenció aguda (Madrid, Cantàbria). De fet, a Catalunya el 59,4% dels costos hospitalaris es van efectuar en hospitals psiquiàtrics, davant del 40,6% dels hospitals generals. La diferència en els perfils diagnòstics dels pacients depressius (més casos de depressions no majors als hospitals psiquiàtrics), així com en les estades per episodis, posa en evidència la necessitat d'un estudi particularitzat d'ambdós sistemes d'atenció hospitalària a Catalunya.

Un factor rellevant que distingeix l'atenció per depressió respecte a altres trastorns de referència en salut mental, com l'esquizofrènia (Salize *et al.*, 2009), és el baix pes relatiu de l'atenció hospitalària respecte a l'atenció ambulatoria. Tot i així, l'estudi de McCrone i col·laboradors per a Anglaterra (2008) assenyala que un 37% dels costos directes de la depressió es deuen a atenció residencial. Aquest apartat inclou un 10% dels costos per hospitalització psiquiàtrica, un 17% per hospitalització no psiquiàtrica i un 10% d'atenció residencial no hospitalària. L'alta proporció de costos associats a l'atenció residencial a Anglaterra requereix una anàlisi detallada i és l'altre indicador de les diferències substancials en el patró d'atenció a la depressió a Anglaterra, no només respecte a Catalunya, sinó també respecte a altres països, com Suècia, on l'hospitalització representa el 7,8% dels costos directes (Sobocki, 2006).

Anàlisi de sensibilitat dels costos directes de l'atenció sanitària no farmacològica

Al model de simulació segons el mètode de Montecarlo, l'estimació del cost sanitari directe no farmacològic per depressió (atenció primària, especialitzada i hospitalària) és de 76,2 milions d'euros (IC: 75,3-77,0 milions d'euros), amb un coeficient de variació del 13,77%. L'estimació efectuada en aquest estudi (54 milions d'euros) se situa, doncs, en el valor mínim de la probabilitat acumulada per a aquests costos.

Atenció farmacològica (AF)

L'atenció farmacològica constitueix un dels indicadors més rellevants de l'evolució del sistema de salut mental, atès el bon monitoratge de les prescripcions i la despesa farmacèutica des de diferents fonts (Datamart, IMS). En principi, ambdues fonts haurien de ser complementàries i haver permès una anàlisi precisa d'aquest apartat, ja que la informació de Datamart no permet la desagregació de la despesa farmacèutica per agrupacions diagnòstiques, mentre que les enquestes seriadades d'IMS sí que permeten obtenir aquesta informació. Això és rellevant, atès que els pacients amb depressió consumeixen altres fàrmacs psicòtrops. A més a més, els antidepressius es prescriuen per a altres patologies, com ara dolor, insomni o trastorns d'ansietat. No obstant això, hem detectat una discrepància marcada pel que fa a les taxes de prescripció i el cost associat entre les dues fonts. Es tracta d'un problema que en un futur requerirà un estudi detallat, i que reforça la necessitat d'incorporar codis de diagnòstics al registre de prescripcions. Aquests aspectes s'han tingut en compte per a l'anàlisi de sensibilitat.

El cost farmacològic ha estat de 101,1 milions d'euros (un 13,7% del cost total i un 65% dels costos directes). Si fem una comparació, la proporció va ser del 30,6% dels costos totals i del 56,7% dels costos directes a la Regió Sanitària Lleida (Serna Arnaiz *et al.*, 2007) i d'un 8% dels costos bruts totals, davant d'un 24% dels costos bruts directes a les àrees sanitàries de Badalona l'any 2006 (Sicras Mainar *et al.*, 2010).

A Suècia la proporció dels costos de l'atenció farmacèutica va ser del 3% dels costos totals i del 14% dels costos directes l'any 2005. Aquesta xifra computa únicament el cost per ús d'antidepressius (Sobocki, 2006). La baixa proporció dels costos de l'ús de fàrmacs sobre el cost total ha estat corroborada per un estudi *bottom-up* sobre casos de depressió major atesos a l'atenció primària (von Knorring *et al.*, 2006). De totes maneres, si només considerem el cost per ús d'antidepressius a Catalunya i obviem la resta de grups farmacèutics, aquesta proporció encara equivaldria al 60,7% dels costos directes. A Anglaterra, l'anàlisi del 2000 estimava una proporció de costos per ús d'antidepressius del 84% dels costos directes. Tot i així, l'estudi de McCrone fa referència a una proporció de costos de només l'1% dels costos directes el 2006. McCrone atribueix aquesta diferència a la diversa base poblacional de l'estudi de Thomas i Morris, a la transició als genèrics dels nous antidepressius a partir del 2000, i a noves pautes de tractament centrades en psicoteràpia. En tot cas, aquestes dades

requereixen una anàlisi més exhaustiva. Les dades del present estudi permeten una aproximació més precisa que la presentada per l'estudi del pressupost de CatSalut del 2005, que atribuïa un 40,5% de la despesa sanitària en salut mental a l'ús de psicofàrmacs (Gisbert *et al.*, 2007). El problema d'un increment dels costos per l'ús d'antidepressius i de la seva proporció en els costos directes ha estat assenyalat també al Canadà (Patten *et al.*, 2008).

Com es podia esperar, el 83,4% de l'import total dispensat correspon a antidepressius. Dels altres psicofàrmacs prescrits per a depressió destaca l'import dels antipsicòtics (5,73%). Aquests patrons reforcen la necessitat de registrar els codis diagnòstics a la base de dades Datamart per fer-ne un ús efectiu en planificació, o de buscar vies alternatives per estimar aquesta informació de manera més precisa.

No obstant els problemes assenyalats, la comparació de sèries històriques de dades combinades de Datamart i IMS pot permetre una estimació dels costos directes per l'ús de fàrmacs per a la depressió a Catalunya.

Costos per pèrdua de productivitat (indirectes)

En l'avaluació dels costos indirectes atribuïbles a la depressió s'ha adoptat una perspectiva social conservadora, considerant únicament la productivitat perduda remunerada (baixes laborals, incapacitat laboral i mortalitat per suïcidi atribuïble a depressió). No s'han tingut en compte els costos per productivitat perduda al lloc de treball (presentisme) (Sanderson *et al.*, 2007), dies perduts sense baixa laboral oficial, ni els costos d'activitats no remunerades o de les cures informals. Tal com es podia preveure en relació amb els estudis previs efectuats, els costos indirectes per productivitat perduda (78,8% del total de costos) excedeixen significativament els costos directes de tipus sanitari en el cas de la depressió. Tampoc s'han comptabilitzat les pensions d'incapacitat laboral o altres beneficis relacionats amb la malaltia, per tal d'evitar una doble comptabilitat de costos. En l'estudi de Sicras-Mainar a Badalona, els costos indirectes van representar un 67,1% dels costos totals, tot i tenir en compte que només es van computar costos per incapacitat temporal (Sicras Mainar *et al.*, 2010).

A Europa, l'estudi de Sobocki a Suècia indica una taxa de costos indirectes del 85%, inclosos els costos de baixes laborals i jubilació prematura (incapacitat permanent) (Sobocki *et al.*, 2007). Aquesta taxa ha estat confirmada per un estudi naturalista a l'atenció primària (87%) (von Knorring *et al.*, 2006), i és superior a la seva estimació

per al conjunt d'Europa (65% del total dels costos) (Sobocki *et al.*, 2005) i propera a l'estimació efectuada al nostre estudi per a Catalunya. A Anglaterra, Thomas i Morris (2003) assenyalen que el 95,9% dels costos totals eren costos indirectes l'any 2000, bàsicament per baixes laborals.

En tot cas, els costos indirectes per pèrdua de productivitat atribuïbles a depressió reforcen el caràcter transversal del trastorn i la necessitat d'establir programes conjunts amb treball per desenvolupar polítiques més efectives de promoció, prevenció i atenció a llarg termini.

Costos per incapacitat laboral temporal (IT)

A Catalunya, la pèrdua de dies de treball per depressió és molt elevada. Tal com s'ha indicat, l'any 2006 es van sumar un total de 3.708.651 dies en IT, és a dir, es van perdre, només aquell any, 10.161 anys productius. Segons un estudi efectuat a l'assistència primària a Lleida, la mitjana de dies de durada de les baixes laborals per qualsevol malaltia va ser de 33,5 dies (Soler-González *et al.*, 2008), mentre que la durada mitjana de les baixes per depressió del mateix període va ser de 88 dies (2,9 mesos) (Serna Arnaiz *et al.*, 2007). En el nostre estudi, la mitjana de dies laborals perduts és de 103,5 dies (DE: 125,7).

Els costos associats a baixes laborals per depressió a Catalunya van correspondre al 27,1% dels costos totals i al 34,4% dels costos indirectes computats, amb un cost mitjà per pacient de 6.013 euros. Altres estudis indiquen una proporció del 43% dels costos totals, tot i que no tenen en compte els costos per incapacitat permanent (Serna Arnaiz *et al.*, 2007). Amb diferència, el nombre més elevat d'anys productius perduts es deu als trastorns mixtos d'ansietat i depressió (52,66%), amb un cost mitjà de 5.206 euros, davant d'un cost de 8.068 euros per a la depressió atípica, de 7.053 euros per al trastorn depressiu major d'episodis recurrents i de 4.955 euros per a l'estat depressiu neuròtic. L'alta taxa de trastorns mixtos d'ansietat i depressió es relaciona amb el perfil diagnòstic d'aquests quadres a l'assistència primària, però, atesa la seva enorme contribució als costos totals de la depressió, requereix una anàlisi més particularitzada. D'altra banda, aquesta dada reforça la importància d'estimar els costos de la depressió des d'una perspectiva àmplia, ja que aquests costos no haurien aparegut si només ens haguéssim centrat en els costos de la depressió major.

Les dones constitueixen un 58,1% del cost total de la pèrdua de productivitat per IT. Això indica, una vegada més, la importància del factor de sexe en l'anàlisi dels costos d'aquest grup diagnòstic i la necessitat d'establir polítiques específiques per a aquest grup de població.

Costos per incapacitat laboral permanent (IP)

Els costos associats a la incapacitat laboral permanent o definitiva van constituir el capítol principal de costos de depressió a Catalunya, i van representar quasi la meitat dels costos totals computats corresponents al 2006 (48%), i la majoria dels costos indirectes per aquest motiu (60,9%). El cost mitjà per pacient va ser de 20.420 euros, sense considerar les pensions. Hem d'assenyalar que en el nostre medi, el cost per incapacitat laboral no s'ha computat en estudis previs, atesa la dificultat d'obtenir informació desagregada per patologies sobre aquests costos a Espanya o a Catalunya (Oliva Moreno, 2008). Aquest autor assenyala la important limitació que representa el fet de no disposar d'informació sobre les causes (malalties i accidents) de les quals es deriva la condició d'IP, malgrat la rellevància pressupostària i social de la incapacitat laboral.

En el nostre cas, ha estat necessari efectuar un estudi addicional de les dades disponibles sobre casos d'incapacitat laboral tramitats a la província de Barcelona al llarg del 2006, inclosa una anàlisi del diagnòstic en cada cas i l'assignació de codis CIM-10 a aquests. L'estudi detallat dut a terme per Constança Alberti (ICAM), Mèrcia Ruiz i Luis Salvador (Psicost) de la base de dades d'incapacitat laboral es publicarà de manera independent: aquí ens limitarem a assenyalar les dades rellevants per a l'estimació dels costos indirectes per incapacitat permanent. Cal recalcar la presència de casos d'incapacitat laboral amb diagnòstics de depressió no major com, per exemple, el trastorn distímic o la depressió no especificada.

El present estudi no inclou la pèrdua de treball atribuïble a depressió. L'estudi de McCrone a Anglaterra realitza una estimació basada en la "probabilitat d'excés" d'atur atribuïble a depressió per a l'any de referència 2006, que equival al 78% dels costos totals per a aquell període (McCrone *et al.*, 2008).

Costos per mortalitat prematura

L'estudi CostDep estima uns costos de mortalitat prematura relativament baixos (3,6% dels costos totals i un 4,6% dels costos indirectes). Aquesta taxa coincideix amb l'assenyalada en altres estudis propers (Serna Arnaiz *et al.*, 2007) que indiquen una taxa del 3,05% dels costos totals (malgrat que aquest estudi no inclou els costos per incapacitat permanent). El cost mitjà per mortalitat prematura l'any 2006 va ser de 384.708 euros. Tal com era previsible, les taxes de suïcidi i els seus costos associats són més elevades en el cas dels homes (86,8%) que en el cas de les dones. Aquests costos es presenten sobretot en el rang dels 25 als 34 anys. Aquesta dada coincideix amb els estudis que indiquen un augment de suïcidis en grups d'edat més joves (Hawton i van Heeringen, 2009).

La reduïda proporció de costos atribuïbles a mortalitat prematura es relaciona amb la baixa taxa de suïcidis registrats a Catalunya i amb l'estimació conservadora efectuada pels experts sobre els suïcidis atribuïbles a depressió a Catalunya, que s'ha contrastat amb les escasses dades existents d'autòpsies psicològiques al nostre medi i amb la literatura existent, que també assenyala una taxa de suïcidis atribuïbles a depressió del 50% (Hawton i van Heeringen, 2009). És possible que la taxa de suïcidis sigui molt superior a la registrada, i que els casos amb un diagnòstic de depressió arribin al 70%. Fins i tot en aquest cas, els costos de la mortalitat prematura no superarien el 10% dels costos indirectes atribuïbles a la depressió. L'estudi de Thomas i Morris (2003) a Anglaterra assenyala una proporció semblant dels costos indirectes per mortalitat prematura, estimant una proporció de casos atribuïbles a depressió del 70%.

El present estudi no considera el cost addicional associat al suïcidi (per exemple els costos legals). Tampoc es consideren dins dels costos directes el cost no sanitari addicional de les temptatives de suïcidi. Un estudi recent dut a terme als Països Baixos assenyala que el 3,2% dels pacients amb depressió major efectuen temptatives de suïcidi en un seguiment a dos anys (Spijker *et al.*, 2009). Al llarg de la vida aquesta taxa s'eleva al 17%, segons un estudi efectuat a l'atenció primària de Finlàndia (Vuorilehto *et al.*, 2006).

La proporció del cost de mortalitat atribuïble a malaltia mental assenyala per Oliva (2008) corresponent a l'any de referència 2004 és baixa en relació amb el total de les causes de mortalitat, i en tot cas inferior al 4%, tant en la població major com en la població menor de 65 anys. Aquestes dades i el baix impacte dels costos de mortalitat

per depressió plantegen un dilema de cost d'oportunitat pel que fa a les campanyes de promoció i prevenció de la depressió a Catalunya. Fins ara, aquestes s'han centrat en la prevenció del suïcidi, posant menys atenció a la promoció i a la prevenció a l'entorn laboral, en relació tant amb la incapacitat temporal com amb la permanent. Les dades del present estudi indiquen la necessitat d'ampliar la política sanitària de promoció i prevenció de la depressió a l'entorn laboral, desenvolupant una col·laboració amb el sector laboral.

4.3. Utilitat de la metodologia utilitzada a l'estudi

L'avaluació, en economia de la salut, pot seguir metodologies molt diferents, i això influeix en l'obtenció de resultats i en la capacitat de generalitzar i d'efectuar comparacions entre diferents estudis (Blomqvist *et al.*, 2006). Malgrat el seu potencial per l'ús en planificació sanitària, aquesta variabilitat metodològica limita l'impacte real d'aquestes tecnologies en la presa de decisions (World Health Organization, 2009). Les característiques principals dels estudis de costos en salut mental i dels estudis de cost de malaltia ja van ser revisats anteriorment (Berto *et al.*, 2000; Evers *et al.*, 2007).

Els estudis de cost de la malaltia poden seguir una aproximació de prevalença o d'incidència. En el primer cas, s'examinen els costos en què s'ha incorregut durant un període de temps específic, generalment un any, amb independència de l'inici de la malaltia. Els que es basen en la incidència estimen els costos pels nous casos de malaltia al període de referència. Els costos futurs i les pèrdues de productivitat s'estimen per a tota la vida dels pacients i es calculen en termes de valor present. Un dels avantatges del mètode de la prevalença és que les estimacions de costos anuals per a una malaltia i per a un any determinat són comparables amb els costos anuals d'altres malalties. Identificar la composició de la despesa i la pèrdua de recursos aporta informació útil per al control de les despeses.

El disseny de síntesi creuada combina estudis amb dissenys diferents, però complementaris, i inclou tant estudis *top-down* com *bottom-up*, així com dades secundàries i primàries. L'enfocament *top-down* utilitza dades nacionals o regionals sobre malalties per dividir-les després entre diferents agrupacions diagnòstiques (Hodgson i Meiners, 1982). Aquests estudis utilitzen grans bases de dades per obtenir la informació necessària per a l'anàlisi: això comporta problemes de validesa i fiabilitat, i un alt nivell d'hipòtesis. Normalment, s'intenta reduir la incertesa d'aquests estudis mitjançant anàlisis de sensibilitat.

Els estudis *bottom-up* utilitzen mostres de pacients amb malalties ben definides. En aquest cas, les dades s'extrapolen a la població general utilitzant la informació disponible sobre prevalença o incidència. Aquests estudis són més fiables i vàlids, però presenten problemes de generalització. En realitat, la millor manera d'estimar els costos d'una malaltia consisteix a utilitzar ambdues fonts, sobretot quan la informació *bottom-up* inclou dades primàries. Dos dissenys es consideren complementaris si els punts de força del primer es corresponen amb les febleses del segon, i a la inversa. Aquest enfocament permet aprofitar al màxim la riquesa de tota la informació, a canvi de la renúncia a una unitat metodològica més elevada, que hauria impossibilitat l'explotació de gran part de la informació primària disponible. En tot cas, els mètodes i els criteris de comptabilització aplicats s'han descrit de manera exhaustiva, perquè siguin totalment transparents i permetin reproduir i, si és el cas, modificar, els resultats en funció de criteris i supòsits diferents.

La perspectiva del pagador es basa fonamentalment en costos directes sanitaris i no sanitaris. Entre els costos directes sanitaris es consideren el cost de l'atenció hospitalària, l'atenció ambulatoria, les proves i els serveis (atenció domiciliària). Els costos no relacionats amb l'atenció sanitària (costos directes no sanitaris) inclouen cost de transport, adaptacions al domicili, serveis com l'assistència social i cures de familiars. En aquest cas, s'han comptabilitzat els costos directes sanitaris en el sistema públic o concertat. La perspectiva de la societat requereix incloure els costos directes no pagats des del sistema públic i els indirectes derivats de la pèrdua de productivitat. Entre ells es troben el cost de la baixa per incapacitat temporal i incapacitat permanent. També s'hi inclou la pèrdua de productivitat deguda a mort prematura. Malgrat que en aquest estudi s'han tingut en compte ambdues perspectives, per evitar una excessiva complexitat en la presentació i la interpretació de la informació no s'ha inclòs aquí l'anàlisi de la perspectiva del pagador públic. Ateses les característiques del sistema d'atenció, la diferència entre ambdues perspectives pel que fa als costos sanitaris directes és reduïda (156,1 milions d'euros des de la perspectiva de la societat davant de 152,2 milions des de la perspectiva del pagador públic). De totes maneres, l'anàlisi dels costos des de la perspectiva del pagador públic és consultable per part dels autors.

Aquest estudi proporciona, a més, una nova taula d'unitats de costos per a la salut mental que millora les disponibles per a estudis d'economia de la salut en aquest àmbit

(Moreno *et al.*, 2008), i una nova aproximació a l'anàlisi basada en models de simulació segons el mètode de Montecarlo.

5. Conclusions

De les dades anteriors, és possible extreure una sèrie de conclusions i recomanacions rellevants per a la planificació de l'atenció a la depressió a Catalunya, així com alguns aspectes rellevants pel que fa a salut mental i per al conjunt del sistema sanitari.

Conclusions

1. L'avaluació efectuada confirma que la depressió a Catalunya té un cost elevat. El cost total va ser de 735.357.926 euros, equivalent al 0,38% del PIB de l'any de referència 2006. La depressió és un problema prioritari per al sistema de salut.

2. Els costos sanitaris directes van ser de 155,6 milions d'euros. Des de la perspectiva del pagador públic, aquests costos són de 152,2 milions d'euros (1,9% del pressupost públic de Salut de Catalunya per a l'any 2006).

a) El cost de les visites d'atenció primària va ser de 40.847.530 euros; un 26,2% dels costos sanitaris directes. El cost mitjà anual de les visites d'atenció primària va ser de 219 euros (IC 95%: 155-284). Aquestes dades indiquen la rellevància de l'atenció primària en el cas de la depressió. La morbiditat oculta, l'impacte de la ineficiència en l'ús dels recursos i en tractaments erronis s'ha d'analitzar en detall. Aquestes dades reforcen la política de millores d'atenció a la SM en l'AP com a tema prioritari en el sistema. Es requeriria una comparació amb dades internacionals.

b) El cost de les visites a l'atenció especialitzada va ser de 8.070.883 euros (un 5,2% dels costos indirectes). El cost mitjà va ser de 215 euros (IC 95%: 163-267). Es constata una important variabilitat en els patrons assistencials a l'atenció especialitzada: això indica la necessitat de plantejar paquets d'atenció i trajectòries clíniques estandarditzades. Estadísticament, la diferència entre el cost mitjà de l'atenció especialitzada i el de l'atenció primària no és significativa. No obstant això, es recomana una anàlisi detallada, ja que aquest resultat es pot atribuir a la presència del cotractament. Es requereix incorporar l'ús de dispositius de dia i atenció intermèdia, així com els serveis socials en l'anàlisi dels costos d'atenció especialitzada. La proporció entre atenció primària i atenció especialitzada pot apuntar una bona eficiència tècnica de l'atenció a la depressió a Catalunya.

c) El cost de l'hospitalització per depressió va ser de 5.591.663 euros, un 3,6% dels costos directes. El cost mitjà de l'atenció hospitalària per depressió va ser de 3.548 euros (IC 95%: 2.543-4.554). La baixa proporció de costos d'atenció hospitalària i la proporció entre costos d'atenció ambulatoria i hospitalària poden apuntar un bon funcionament del sistema. Tot i així, la taxa d'altres hospitalàries per quadres depressius no majors (20%) requereix una avaluació específica d'aquest apartat. L'estudi reflecteix les característiques específiques del sistema d'atenció hospitalària de salut mental a Catalunya en relació amb altres comunitats autònomes, ja que el 59,4% dels costos hospitalaris es van produir als hospitals psiquiàtrics, davant un 40,6% dels registrats als hospitals generals. La diferència en els perfils diagnòstics dels pacients depressius (més casos de depressions no majors als hospitals psiquiàtrics) i en les estades per episodis posa en evidència la necessitat d'un estudi particularitzat d'ambdós sistemes d'atenció hospitalària a Catalunya. És necessari incloure els costos de la depressió a l'entorn residencial no hospitalari.

d) El cost de l'atenció farmacològica per a depressió va ser de 101.065.278 euros, un 65% dels costos directes i un 13,7% del cost total. El cost mitjà del tractament farmacològic va ser de 19,83 euros. Aquestes dades són, des del punt de vista de l'eficiència tècnica del sistema, millors de les esperades en estimacions prèvies. El marge de millora i l'elaboració d'indicadors de seguiment de prescripció i despesa de psicofàrmacs, la seva relació amb la psicoteràpia i altres aspectes rellevants per a la planificació requereixen una anàlisi detallada, així com la disparitat econòmica registrada entre diferents fonts de dades (Datamart i IMS).

3. Els costos indirectes constitueixen la principal causa de costos atribuïbles a la depressió, tal com assenyalen els estudis internacionals anteriors.

a) Els costos per incapacitat laboral van ascendir a 552.926.945 euros, un 95,4% dels costos indirectes. D'aquests, els costos per incapacitat temporal van ser de 199.615.938 euros, mentre que els costos per incapacitat permanent van ascendir a 353.311.007 euros (un 27,1% i un 48% dels costos totals, respectivament). Aquesta informació constitueix una contribució rellevant a l'anàlisi dels costos de productivitat de la malaltia a Catalunya, atesa la dificultat per a l'anàlisi de dades desagregades per grups diagnòstics experimentada en estudis anteriors. Aquestes dades coincideixen amb els estudis internacionals. L'impacte d'aquests costos i la seva rellevància per a la

planificació sanitària requereixen una anàlisi detallada amb altres sectors de l'Administració.

b) Els costos indirectes per mortalitat (suïcidi atribuït a la depressió), l'any 2006 van ascendir a 26.855.628 euros (un 4,6% dels costos indirectes i un 3,7% del cost total). Aquestes dades poden ser rellevants per als programes de promoció i prevenció de la depressió a Catalunya.

c) La proporció dels costos indirectes respecte al total reflecteix el perfil de transversalitat sectorial de la depressió, i el seu caràcter diferencial respecte a altres patologies mentals: de fet, la interacció més rellevant no es produeix en aquest cas entre el sector sanitari i el sector social, sinó entre serveis sanitaris i laborals. Les inversions sanitàries i els plans de salut sobre depressió poden tenir un marcat impacte sobre altres sectors econòmics.

4. Algunes dades, com la proporció dels costos hospitalaris davant els costos d'atenció especialitzada, i la proporció d'aquests davant l'atenció primària, apuntarien una possible eficiència tècnica de l'atenció sanitària a la depressió a Catalunya en relació a indicadors de costos directes. Aquesta dada mereix una atenció especial i una anàlisi detallada per categories i diferents nivells d'atenció.

- Rellevància de projectar:

a) Comparació internacional (per exemple amb Vèneto, Anglaterra, Suècia).

b) Comparació amb altres grups diagnòstics de salut mental i malalties cròniques.

c) Estudi d'eficiència tècnica.

Aportacions addicionals

Aquest estudi constitueix una nova aproximació a l'anàlisi del cost de malaltia i a la seva utilitat per a la planificació sanitària en l'àmbit de la salut mental.

a) Permet disposar d'una base d'informació oberta per a l'anàlisi posterior de la base de dades per a la planificació.

b) Aporta una metodologia que pot aplicar-se al cost dels trastorns mentals en general i d'altres agrupacions diagnòstiques. Aquestes aportacions inclouen una nova taula

d'unitats de cost per a salut mental i un nou sistema d'anàlisi de sensibilitat basat en mètodes probabilístics.

c) Ha identificat indicadors que permetran un seguiment de l'evolució del sistema de salut mental aplicat a grups diagnòstics de referència (per exemple, depressió i psicosis no afectiva):

- Cost total de depressió
 - o Cost de depressió major
 - o Cost de distímia
- Cost per càpita sobre població total
- Cost per càpita sobre població tractada
- Costos directes vers indirectes
- Costos directes desagregats
 - o Primària (AP)
 - o Especialitzada (AE)
 - o Hospitalària (AH)
 - o Fàrmacs (AF)
- Proporció costos AP/AE
- Proporció AE/AH
- Proporció AP+AE+AH/AF

d) L'estudi ha identificat una sèrie d'àrees sanitàries clau per al seguiment del sistema, que permetrien posteriors desenvolupaments d'un sistema de monitoratge de salut mental amb base territorial.

e) S'han identificat problemes crítics en les bases de dades que constitueixen barreres per a una planificació basada en l'evidència:

- Problema en la codificació dels casos a les bases de dades: la classificació utilitzada està desfasada a escala internacional i no és la que accepta l'OMS (CIM-9-MC).
- Manca de dades conjuntes d'ús d'atenció primària, especialitzada (ambulatoria i atenció de dia) i hospitalària.
- Necessitat de bases de dades conjuntes "pseudonimitzades" que generin evidències útils per a la planificació (per exemple, generació de trajectòries clíniques a llarg termini). La "pseudonimització" consisteix a atribuir un pseudònim als pacients de les

bases de dades, per poder estudiar els patrons d'atenció sense necessitat ni possibilitat d'identificar-los.

- Necessitat d'incorporar informació al Datamart per grups diagnòstics principals.

PART II. Càrrega de la depressió i de l'ansietat a Catalunya. Una anàlisi a partir de l'ESCA 2006

6. Càrrega de la malaltia i depressió

Les malalties mentals representen una càrrega important en la vida dels individus que les pateixen, afecten la seva qualitat de vida i limiten les possibilitats de desenvolupar plenament les seves capacitats. En l'àmbit poblacional, l'efecte dels trastorns depressius sobre la salut de la població és especialment rellevant en termes de morbiditat i mortalitat. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) va realitzar un estudi per a l'any 1990 (Murray i López, 1996), analitzant l'impacte de diferents malalties i factors de risc en la salut de la població. Els resultats van mostrar que, l'any 1990, els trastorns depressius eren la quarta causa de càrrega de la malaltia a escala global, i la segona en països desenvolupats. L'actualització d'aquest treball per a l'any 2004 (World Health Organization, 2008) ja situava la depressió com a tercera causa de càrrega de la malaltia, i predeia que, l'any 2030, constituïria el principal factor de pèrdua de salut de la població i representaria el 6,2% del total de la càrrega, una taxa superior a la de les malalties isquèmiques i dels accidents de trànsit.

Els estudis i els treballs de l'OMS han demostrat l'impacte dels trastorns depressius en la discapacitat que pateixen les poblacions utilitzant un enfocament global, basant-se en dades epidemiològiques i mitjançant estimacions de l'impacte dels diferents estats de salut sobre la salut o la qualitat de vida dels individus que els pateixen.

Aquest informe adopta un enfocament diferent per analitzar l'impacte de la depressió i l'ansietat⁵ sobre els individus, utilitzant dades individuals d'enquesta de salut (micro) per avaluar aquesta relació en la població de Catalunya.

Els objectius plantejats són:

1. L'anàlisi descriptiva de la prevalença estimada de trastorns d'ansietat i depressió a Catalunya respecte a factors socioeconòmics.
2. L'anàlisi de la càrrega que els trastorns d'ansietat i depressió representen per a la població catalana.

⁵ El motiu d'analitzar conjuntament l'impacte d'aquestes dues condicions es detallarà més endavant.

7. Mètode

L'estimació de la càrrega de malaltia per ansietat o depressió s'ha efectuat mitjançant l'anàlisi secundària de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA).

7.1. Dades

Com a font de dades s'ha utilitzat l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) corresponent a l'any 2006. L'ESCA és una enquesta poblacional de salut que té com a objectiu principal quantificar la percepció de l'estat de salut i els problemes de salut de la població a Catalunya, factors de risc, hàbits no saludables i la relació que aquests indicadors tenen amb variables demogràfiques i socioeconòmiques (Mompert *et al.*, 2007a). L'ESCA 2006 és la tercera enquesta poblacional de salut que es fa a Catalunya, després de les dels anys 1994 i 2002. La grandària de la mostra és de 18.126 entrevistes, 15.926 de les quals s'han efectuat a persones adultes, majors de 15 anys, i 2.200 a menors de 15 anys, incloent només població no institucionalitzada. La tria de l'ESCA com a font de dades per a l'anàlisi es deu a la seva representativitat, a la grandària mostral i a la qualitat de les dades. En particular, és de gran utilitat per als objectius d'estudi la inclusió en l'ESCA de dos instruments: el Qüestionari de salut general (General Health Questionnaire, GHQ-12) i el Qüestionari de salut EuroQoL-5D.

Qüestionari de salut EuroQoL-5D: aquest instrument té per objectiu l'avaluació de la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) dels individus. Es tracta d'un qüestionari (autoadministrat o mitjançant entrevista) que consta d'una descripció de l'estat de salut en cinc dimensions (mobilitat, cura personal, activitats diàries, dolor/malestar i ansietat/depressió) que els individus valoren en tres possibles nivells ("sense problemes", "alguns problemes o problemes moderats" i "molts problemes"). La combinació de les dimensions i dels seus nivells dóna com a resultat 241 estats de salut possibles. Cadascun d'ells té assignada una tarifa en una escala en què el valor 1 representa la salut perfecta i l'estat de mort té un valor igual a zero (hi ha estats de salut amb tarifa negativa, per tant valorats pitjor que la mort). Aquestes tarifes es van obtenir prèviament mitjançant mètodes basats en les preferències de l'individu, i el qüestionari ha estat validat per al cas d'Espanya, ja que hi ha valors específics per a la població espanyola (Badia *et al.*, 1999). Aquesta escala, doncs, permet obtenir un únic valor dins del rang 1-0 per a cada individu de la mostra, que quantifica la seva qualitat de vida relacionada amb la salut.

Qüestionari de salut general (GHQ-12): és una eina dissenyada per quantificar símptomes emocionals en diferents contextos (Goldberg i Williams, 1988). La versió amb dotze preguntes inclosa a l'ESCA és una versió reduïda del qüestionari general de Goldberg (Goldberg i Blackwell, 1970), que conté un nombre superior de preguntes. Es tracta d'un dels millors instruments de cribratge per a estudis epidemiològics psiquiàtrics, amb l'objectiu de detectar, en el moment de l'enquesta, casos probables de trastorn mental, distrès mental o malestar psicològic, més concretament símptomes neuròtics i d'ansietat, comparant l'estat actual (de l'últim mes) amb l'habitual. Per tant, aquest qüestionari pot ser utilitzat per a la determinació de la prevalença poblacional⁶ de trastorns d'ansietat o depressió,⁷ trastorns que s'han agrupat recentment sota la definició de "trastorns internalitzants" (Bech *et al.*, 2006). Aquesta versió del qüestionari, en espanyol, ha estat validada en la població espanyola (Lobo i Muñoz, 2006).

El GHQ-12 consta de 12 preguntes amb 4 respostes possibles. A partir de les respostes, i fent servir una escala Likert (0-3), es pot obtenir una puntuació per a cada individu amb un valor màxim de 36. No obstant això, quan l'objectiu és la detecció de casos probables de trastorns mentals, s'utilitza una puntuació 0-0-1-1 per a cada element: per tant, la puntuació màxima és igual a 12. Amb aquest sistema de puntuació, la validació per a Espanya estableix com a punt de tall el valor 2: per tant, els individus amb puntuació igual o superior a 3 es consideren casos probables de trastorn mental o distrès psíquic en una població. Tanmateix, la utilització d'aquest punt de tall sol pressuposar que l'instrument pertany a un estudi de cribratge de doble fase, en el qual s'administra un qüestionari o una entrevista psiquiàtrica als individus qualificats com a casos pel GHQ-12, amb l'objectiu de determinar de manera més ajustada la prevalença de les diferents malalties psiquiàtriques. Tot i així, en aquest estudi es proposa com a objectiu l'estimació dels individus de la mostra ESCA que pateixen trastorns depressius o d'ansietat, i per tant la prevalença poblacional d'aquests trastorns, únicament a partir del GHQ-12. Amb aquesta finalitat, es va decidir fer servir un punt de tall superior, igual a 3/4, com a criteri més conservador per establir si un individu patia un dels trastorns esmentats. Aquesta modificació del punt de tall establert té l'objectiu de reduir els possibles casos de falsos positius, és a dir, reduir les situacions en les quals la prova determina que un individu pateix un trastorn

⁶ Ateses les característiques de l'instrument, la que es determina és la prevalença dels trastorns esmentats durant el mes anterior, també denominada prevalença-mes.

⁷ Aquest instrument ofereix informació no desagregada sobre trastorns d'ansietat i de depressió: aquesta és la raó per la qual els dos tipus de trastorn es van analitzar segons el seu impacte conjunt.

afectiu quan en realitat no és així. Tot i utilitzar aquest criteri conservador, és cert que l'instrument GHQ-12 és inferior a altres eines més específiques (i més difícils d'incloure en una enquesta poblacional) per diagnosticar trastorns psiquiàtrics.

Cal esmentar l'existència d'un altre mètode per determinar la prevalença poblacional dels trastorns afectius a partir dels resultats del GHQ-12. Consisteix a assignar una probabilitat de patir ansietat o depressió a cada puntuació de l'instrument, des d'una probabilitat molt baixa si la puntuació és zero fins a una probabilitat propera a 1 si la puntuació és 12. El mètode per obtenir la prevalença és molt simple: consisteix a multiplicar el nombre de subjectes de cada puntuació per la probabilitat corresponent, i després sumar (Rajmil *et al.*, 1998). Malgrat això, aquest mètode no permet determinar si un individu és un cas o no ho és, una informació que és necessària per fer una anàlisi basada en dades individuals com la que es presenta aquí.

Per tant, i no obstant les limitacions esmentades, aquest estudi utilitza el GHQ-12 per establir quins individus a l'ESCA pateixen trastorns d'ansietat o depressió. En altres paraules, la prevalença d'aquests trastorns es determina com la proporció d'individus de la mostra que han obtingut una puntuació de 4 o superior en el qüestionari.

7.2. Anàlisi

7.2.1 Anàlisi descriptiva de la prevalença de trastorns d'ansietat o depressió a Catalunya respecte a factors socioeconòmics

Utilitzant el criteri esmentat per determinar quins individus pateixen trastorns d'ansietat o depressió, s'analitza la prevalença dels problemes de salut mental ja esmentats respecte a una sèrie de característiques socioeconòmiques i demogràfiques a la població catalana.

7.2.2. Càrrega dels trastorns d'ansietat o depressió a Catalunya

La càrrega que aquests trastorns imposen als individus a Catalunya s'analitza des de diferents perspectives.

a) *Càlcul de la pèrdua d'anys de vida ajustats per qualitat (AVAQ) associada a trastorns d'ansietat o depressió.* L'objectiu d'aquesta anàlisi és determinar quin és l'impacte que els trastorns d'ansietat o depressió produeixen sobre la qualitat de vida relacionada amb la salut dels individus que els pateixen i, de manera global,

sobre la societat catalana en el seu conjunt. Aquesta anàlisi es fa seguint la metodologia emprada per Saarni *et al.* (2007) en un estudi semblant, en el qual s'avaluava l'impacte dels trastorns psiquiàtrics a Finlàndia utilitzant com a font de dades una enquesta de salut. Per analitzar l'impacte esmentat, i considerant al mateix temps la possible influència d'altres característiques dels individus sobre la QVRS, s'aplica un model estadístic de regressió múltiple. Atès que una proporció considerable de la població declara tenir una salut perfecta al qüestionari EQ-5D, amb la qual cosa s'obté un 1 com a valor de QVRS, es fa servir un model Tobit de regressió, adequat en presència de dades censurades, com és el cas aquí. En el model, la qualitat de vida relacionada amb la salut declarada pels individus és la variable dependent, i s'avalua l'impacte que els trastorns d'ansietat o depressió (avaluats segons el GHQ-12, com ja hem dit anteriorment) tenen sobre ella controlant per factors demogràfics, socioeconòmics i per la incidència d'altres malalties cròniques. Aquest model permet quantificar l'efecte individual dels trastorns d'ansietat o depressió sobre la QVRS, que és igual a l'efecte marginal en el model de la variable trastorns d'ansietat o depressió sobre la puntuació de la variable dependent (QVRS). Aquest efecte s'avalua en els valors mitjans de les variables explicatives (Cong, 2000). Una vegada s'hagi determinat l'impacte mitjà sobre els individus amb trastorns d'ansietat o depressió, la càrrega poblacional generada per aquests trastorns s'obté multiplicant l'impacte mitjà per la prevalença dels trastorns esmentats. Atès que l'efecte de les condicions analitzades sobre la mortalitat no s'hi inclou, l'anàlisi proporciona informació únicament sobre la reducció de qualitat de vida provocada per la morbiditat generada pels trastorns esmentats.

b) *Anàlisi de la influència dels trastorns d'ansietat o depressió sobre la situació laboral i l'ús dels serveis sanitaris dels individus.* En aquestes anàlisis, les variables que recullen la informació sobre la situació laboral i l'ús dels serveis són les variables dependents en models de regressió logística. La variable que reflecteix els trastorns d'ansietat o depressió s'introdueix com a variable explicativa per tal d'avaluar el seu efecte sobre les situacions que cal estudiar, controlant per factors demogràfics i socioeconòmics, amb l'objectiu de determinar si el fet de patir un trastorn d'aquest tipus augmenta la probabilitat d'estar a l'atur i d'utilitzar els serveis sanitaris.

c) *Comparació dels AVAQ perduts per ansietat o depressió en relació amb altres agrupacions de malalties.* Utilitzant únicament informació autodeclarada pels individus per estimar la prevalença actual i passada de diferents malalties cròniques,⁸ es compara la càrrega que els trastorns d'ansietat o depressió produeixen respecte a la càrrega provocada (només morbiditat) per altres malalties cròniques.

8. Resultats

En totes les anàlisis realitzades s'han ponderat els individus inclosos en l'ESCA pels pesos disponibles corresponents, perquè els resultats reflecteixin de manera adequada la situació a Catalunya.

8.1. Qualitat de vida relacionada amb la salut i prevalença de trastorns d'ansietat o depressió

QVRS. L'anàlisi de les dades ESCA del qüestionari sobre qualitat de vida relacionada amb la salut (EQ-5D), aplicant les tarifes obtingudes per a la població espanyola, dona com a resultat una puntuació mitjana de 0,864. Desglossant els resultats per grups d'edat i segons el sexe, s'obté la taula 45.

Taula 45. Qualitat de vida relacionada amb la salut per sexe i grups d'edat a la població catalana (EQ-5D). Any 2006

Grups d'edat	Dones	Desv. estàndard	Homes	Desv. estàndard
15-24	0,956	0,117	0,963	0,140
25-34	0,933	0,155	0,961	0,106
35-44	0,894	0,200	0,939	0,145
45-54	0,844	0,253	0,907	0,206
55-64	0,756	0,296	0,857	0,237
65-74	0,662	0,335	0,829	0,276
75 anys i més	0,490	0,437	0,703	0,365

⁸ Perquè l'anàlisi sigui coherent, en aquest apartat la prevalença dels trastorns d'ansietat o depressió també s'obté de la prevalença directament autodeclarada, i no pas de l'instrument GHQ-12.

Els resultats mostren el declivi esperat de la QVRS dels individus en grups de més edat, mentre que els valors per al cas de les dones són inferiors per a tots els grups d'edat.

Trastorns d'ansietat o depressió. L'anàlisi de les respostes al qüestionari GHQ-12 permet obtenir una puntuació (rang 0-12) per a cada individu. Com s'ha establert amb anterioritat, un mètode per obtenir la prevalença de trastorns d'ansietat o depressió consisteix en la utilització d'aquestes puntuacions conjuntament amb les probabilitats associades de patir un trastorn afectiu. Utilitzant els resultats de l'ESCA i les probabilitats esmentades, la prevalença de trastorns d'ansietat o depressió a Catalunya seria del 17% per al total de la població adulta, amb valors del 14,8% i el 19,2% per al cas dels homes i de les dones, respectivament. Com ja s'ha indicat, un altre enfocament consisteix a determinar la prevalença segons punts de tall, determinant com a casos probables tots els individus que en el qüestionari obtinguin una puntuació superior al punt de tall. Utilitzant aquest enfocament, i considerant el punt de tall validat per al cas d'Espanya (puntuació superior a 2), la prevalença a Catalunya seria de l'11,6%, amb un resultat del 7,6% per als homes i del 15,5% per a les dones. Malgrat això, per determinar l'efecte dels trastorns d'ansietat o depressió sobre la QVRS, s'ha decidit adoptar un criteri més conservador, utilitzant el punt de tall 3/4. En aquest cas, la prevalença de trastorns d'ansietat o depressió a Catalunya seria del 7,8%, amb un resultat del 4,7% en el cas dels homes i del 10,9% en el cas de les dones. La taula 46 mostra el percentatge de població amb cada puntuació en el qüestionari GHQ-12.

Taula 46. Puntuació (%) de la població catalana en el qüestionari de salut general (GHQ-12). Any 2006

Valor	Dones	Homes
0	66,39	77,00
1	12,25	10,17
2	5,85	5,27
3	4,63	2,81
4	2,93	1,26
5	2,18	0,98
6	1,84	0,85
7	1,29	0,65
8	0,87	0,25
9	0,58	0,20
10	0,41	0,22
11	0,42	0,16
12	0,37	0,18

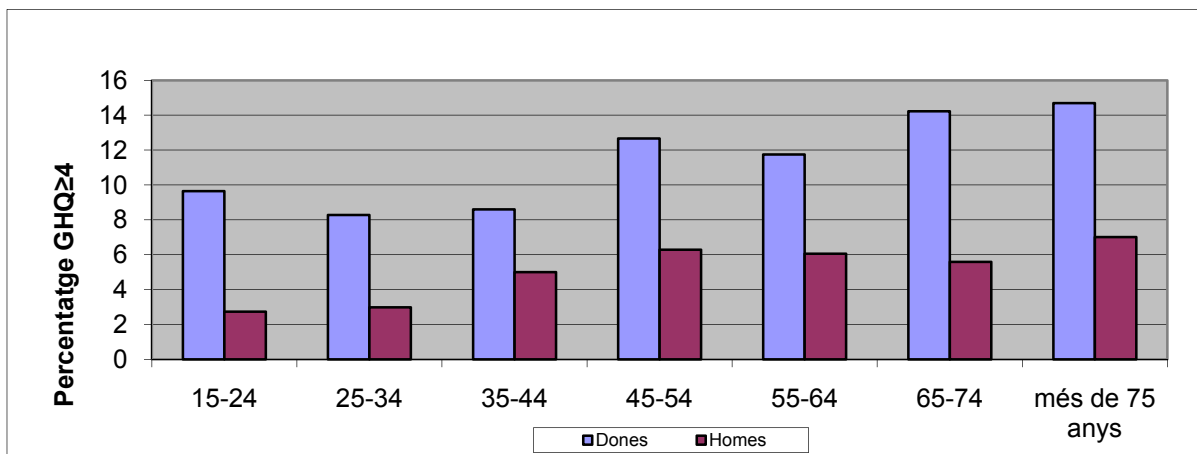
8.2. Anàlisi descriptiva de la prevalença de trastorns d'ansietat o depressió a Catalunya respecte a factors socioeconòmics

En aquest apartat es fa una anàlisi de la distribució de la prevalença de trastorns d'ansietat o depressió en la població catalana segons les diferents característiques demogràfiques i socioeconòmiques dels individus. L'objectiu és presentar una imatge descriptiva que il·lustri la distribució de la càrrega d'aquests trastorns, segons les seves característiques, en la població. Els resultats es presenten estandarditzats per grups d'edat i desglossats per sexe. No obstant això, aquest és l'únic ajustament realitzat, i per tant no s'ha considerat la influència conjunta de més d'una característica de la població. En l'apartat següent es considerarà aquesta influència conjunta.

Edat i trastorns d'ansietat o depressió. El gràfic 29 mostra la distribució per grups d'edat de la prevalença d'aquests trastorns. El gràfic mostra que la considerable diferència a escala global entre dones i homes es manté per a cadascun dels grups

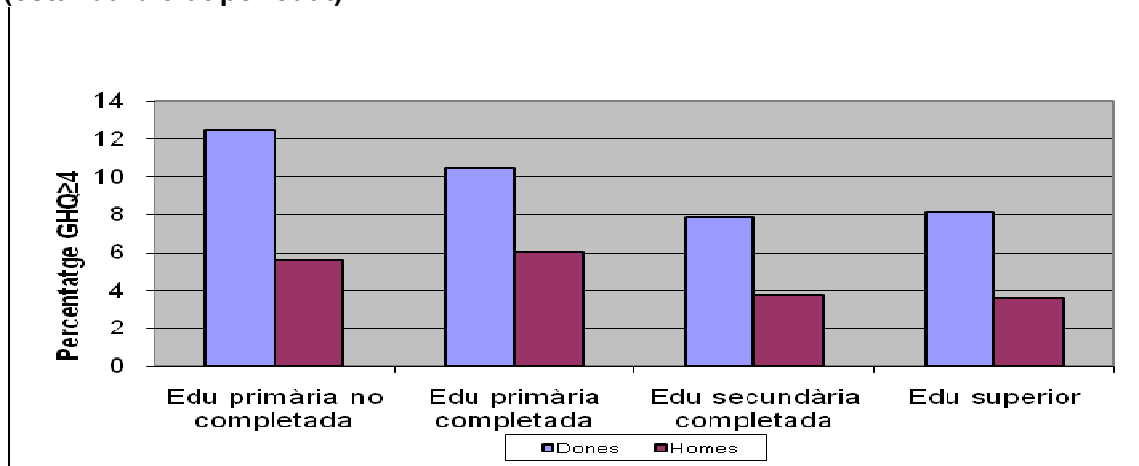
d'edat analitzats. En termes generals, la proporció de població amb trastorns d'ansietat o depressió augmenta amb l'edat, sobretot en el cas de les dones, mentre que en el cas dels homes la prevalença a partir dels 45 anys es manté estable. És remarcable l'alta proporció d'adolescents i adults joves de sexe femení (15-24 anys) amb trastorns d'ansietat i depressió, tant en comparació dels del sexe masculí com dels seus consexes d'edat lleugerament superior.

Gràfic 29. Edat, sexe i prevalença de trastorns d'ansietat o depressió



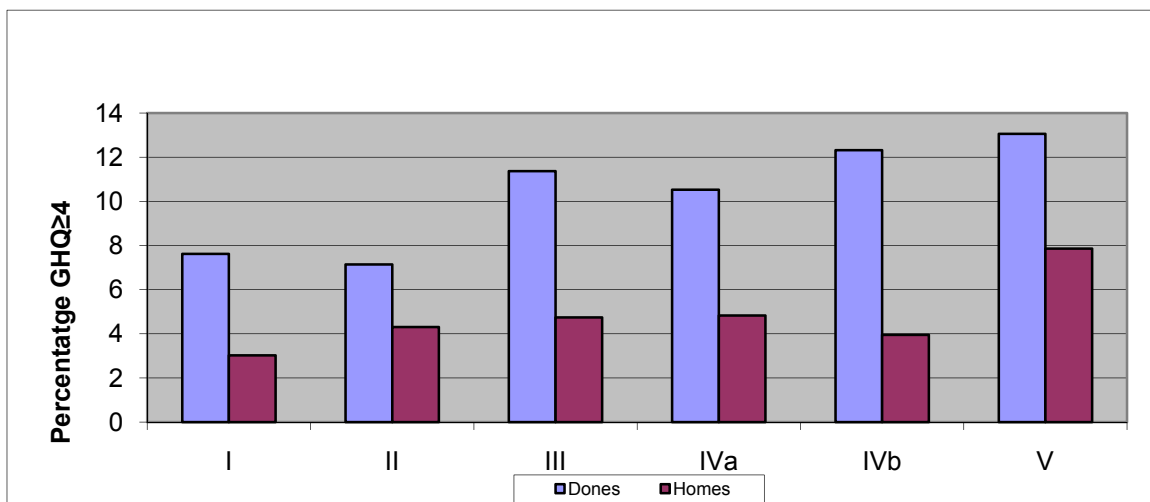
Nivell educatiu i trastorns d'ansietat o depressió. El gràfic 30 mostra la distribució per grups d'edat de la prevalença d'aquests trastorns segons el nivell d'estudis assolit autodeclarat pels individus. S'observa una relació positiva entre un nivell d'estudis més baix i una prevalença més alta de trastorns d'ansietat o depressió, especialment acusat en el cas de les dones. Malgrat això, aquesta relació no es manté entre els dos nivells educatius més alts (estudis secundaris i superiors). No es pot descartar que l'associació que es mostra sigui conseqüència de l'estreta relació entre el nivell educatiu i la renda dels individus.

Gràfic 30. Nivell educatiu, sexe i prevalença de trastorns d'ansietat o depressió (estandarditzat per edat)



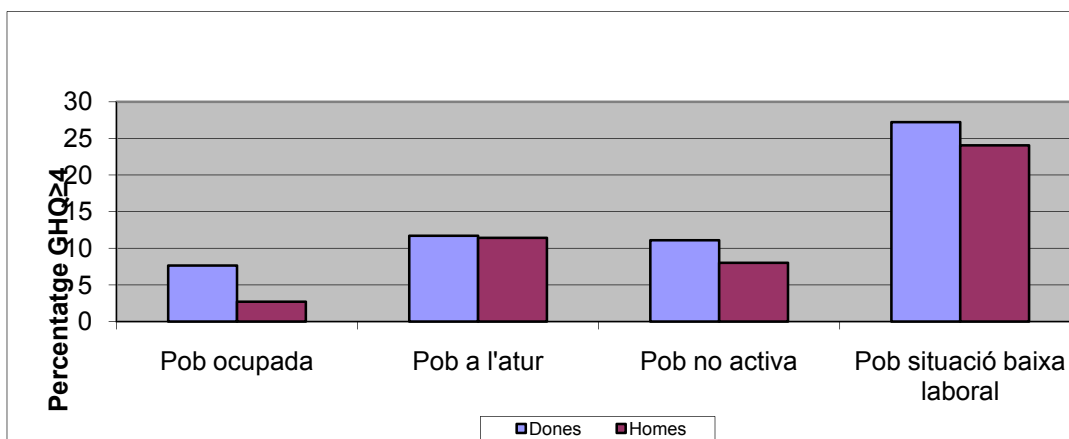
Classe social i trastorns d'ansietat o depressió. Una altra variable que descriu el nivell socioeconòmic dels individus és la variable de classe social. Aquesta variable es construeix basant-se en informació sobre l'última professió o categoria laboral dels individus (Domingo Salvany i Marcos Alonso, 1989), i per tant està relacionada amb el seu nivell educatiu. Per aquesta raó, no és sorprenent que la relació entre el nivell educatiu i els trastorns d'ansietat o depressió descrita més amunt es repeteixi a l'hora d'avaluar la incidència d'aquests trastorns entre classes socials. Aquesta anàlisi es mostra al gràfic 31, que indica que la classe social I (directius de l'Administració i d'empreses amb més de 10 treballadors i ocupacions associades a titulacions de segon i tercer cicle universitari) és la més avantatjada, mentre que la classe V, formada per treballadors no qualificats, és la més desfavorida.

Gràfic 31. Classe social, sexe i prevalença de trastorns d'ansietat o depressió (estandarditzat per edat)



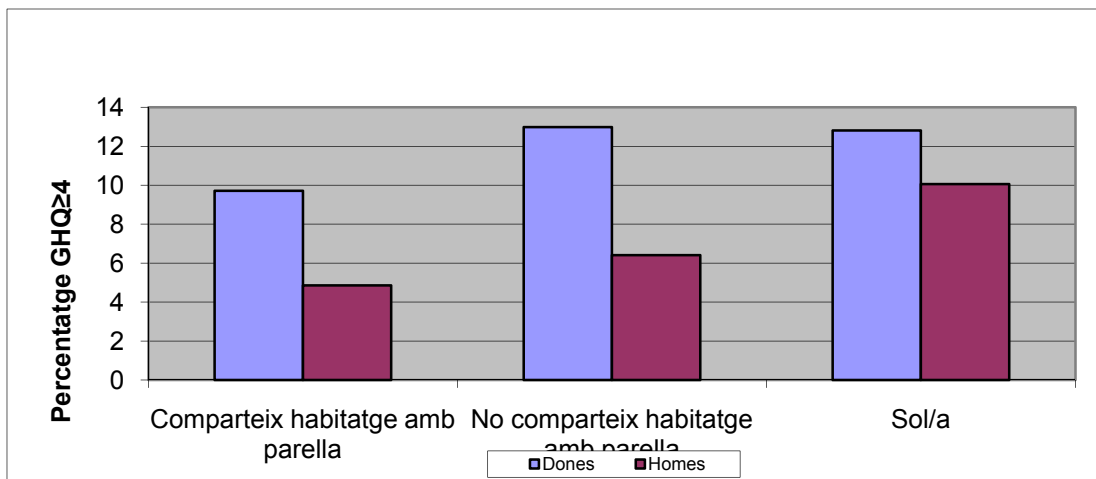
Situació laboral i trastorns d'ansietat o depressió. És previsible una prevalença més elevada de problemes psiquiàtrics entre individus amb una situació laboral més precària o en situació d'atur. El fet de patir problemes econòmics i l'estrès que aquestes situacions laborals provoquen influeixen en la salut mental dels individus. En aquest estudi, aquesta influència només s'ha analitzat avaluant si els individus estaven ocupats, aturats, sense participar en el mercat de treball o bé en situació de baixa per malaltia (gràfic 32). Per tant, no s'han considerat nivells de precarietat laboral entre la població que declara estar ocupada. El gràfic mostra que la població aturada presenta unes taxes de prevalença de trastorns d'ansietat o depressió superiors a les de la població ocupada. És remarcable que les taxes de prevalença entre la població aturada no presenten cap diferència significativa entre sexes. Això pot atribuir-se a la repercussió econòmica més elevada en les famílies amb membres masculins en situació d'atur o al fet que la situació d'atur afecta de manera més greu la salut mental dels individus de sexe masculí. L'alta taxa de prevalença de trastorns d'ansietat o depressió entre individus que declaren trobar-se en situació de baixa laboral té dues possibles explicacions. La primera és que una part de les baixes laborals es deguin als trastorns mateixos. La segona és que els trastorns d'ansietat i depressió hagin aparegut com a comorbiditat en individus que ja patien altres tipus de problemes de salut.

Gràfic 32. Situació laboral, sexe i prevalença de trastorns d'ansietat o depressió (estandarditzat per edat)



Situació residencial i trastorns d'ansietat o depressió. Finalment, en aquest apartat es descriu la incidència dels trastorns esmentats en funció de la situació residencial dels individus. Amb aquest objectiu, els individus s'han classificat en tres grups: els que viuen sols; els que, tot i no viure sols, no comparteixen el seu habitatge amb una parella afectiva; i, finalment, els que sí ho fan, independentment del fet que a l'habitatge hi visquin més persones. El gràfic 33 mostra que el fet de viure en parella, i per tant de tenir-ne, representa un factor protector pel que fa als trastorns avaluats. Aquest factor no es dona, especialment en el cas de les dones, quan es comparteix la residència amb altres membres de la família.

Gràfic 33. Situació residencial, sexe i prevalença de trastorns d'ansietat o depressió (estandarditzat per edat)

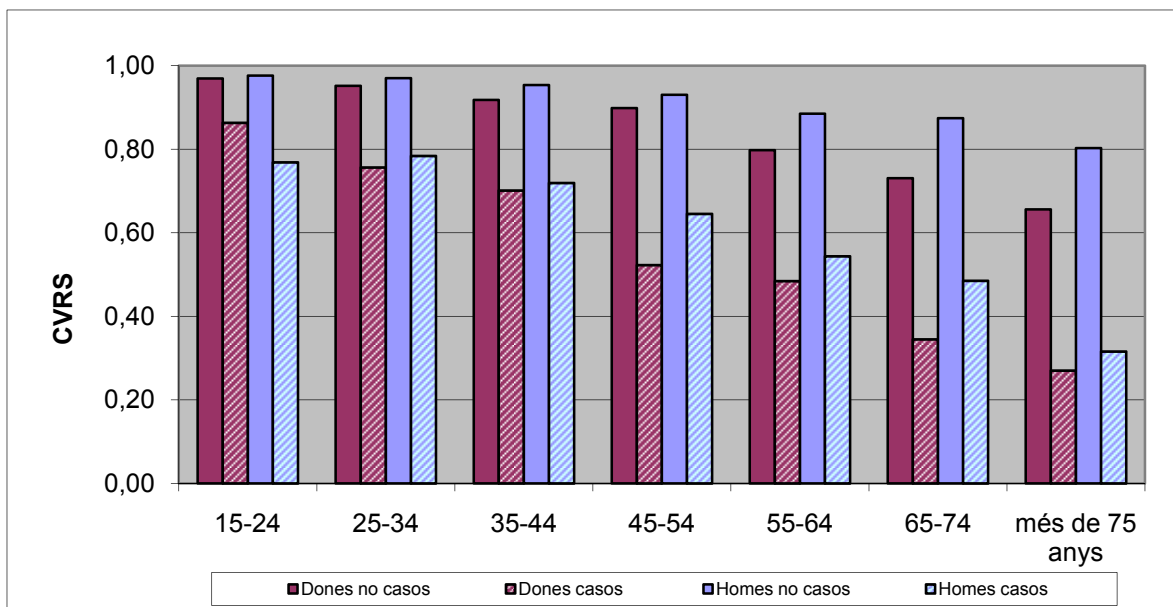


8.3. Càrrega dels trastorns d'ansietat o depressió a Catalunya

A) Càlcul de la pèrdua d'anys de vida ajustats per qualitat (AVAQ) associada amb trastorns d'ansietat o depressió

Tal com s'ha descrit anteriorment, per calcular i aïllar l'impacte dels trastorns d'ansietat o depressió sobre la QVRS mesurada segons l'EQ-5D s'utilitza un model en el qual, com a primer pas, es controlen les característiques socioeconòmiques i demogràfiques que puguin tenir un efecte sobre la QVRS. En una fase posterior de l'anàlisi, també es controla l'efecte d'altres malalties. Dura a terme una anàlisi sense tenir en compte aquests efectes comporta comparar directament la QVRS dels individus amb trastorns d'ansietat o depressió amb la dels individus que no pateixen aquests trastorns. Realitzant aquesta anàlisi, la mitjana de la QVRS dels individus sense trastorns d'ansietat o depressió és de 0,901, mentre que per al cas dels individus amb un GHQ-12 igual o superior a 4, aquest valor és de 0,580. Aquestes diferències s'observen també al gràfic 34, en el qual es compara la QVRS entre individus amb (casos) i sense trastorns d'ansietat o depressió (no casos) segons el sexe i el grups d'edat.

Gràfic 34. QVRS segons l'existència de trastorns d'ansietat o depressió per sexe i grups d'edat



Aquestes diferències en la QVRS entre individus amb trastorns d'ansietat o depressió i sense també poden estar causades per l'impacte en aquesta variable d'altres característiques dels individus: per aquesta raó, és necessari realitzar l'anàlisi dels trastorns d'ansietat o depressió a la QVRS, controlant altres variables. Les variables incloses en la primera fase de l'anàlisi van ser edat, sexe, nivell d'estudis, situació residencial i classe social. Es va decidir no incloure la situació laboral per dues raons. En primer lloc, perquè el nivell socioeconòmic ja es reflecteix en les variables de nivell d'estudis i classe social. En segon lloc, per la possibilitat que una proporció significativa dels individus que declaren trobar-se en situació de baixa laboral ho estiguin per problemes depressius o d'ansietat. Aquesta anàlisi va donar com a resultat un impacte negatiu sobre la QVRS pel fet de patir trastorns d'ansietat o depressió de 0,261. En altres paraules, després d'haver controlat les variables esmentades, els individus amb aquest tipus de trastorns pateixen una disminució mitjana de la seva qualitat de vida equivalent a quasi una tercera part de la QVRS mitjana de la població catalana (0,86). Tot i així, la disminució de la qualitat de vida d'aquests individus també pot dependre de l'impacte d'altres malalties o estats de salut. Per poder controlar aquest factor, és necessari incloure en el model l'estat de salut (física) dels individus. Idealment, això comportaria la realització de proves mèdiques. Ara bé, aquest tipus d'informació no està disponible en el cas dels individus inclosos en l'ESCA. La informació que l'ESCA sí recull és la resposta que han proporcionat els individus a la pregunta de si pateixen o van patir una sèrie de malalties cròniques. Com que es tracta de l'única informació disponible, i tot i reconeixent els problemes i limitacions que té, aquesta és la que es va fer servir en el model com a control per a l'estat de salut dels individus. Després d'haver controlat aquest factor, l'impacte dels trastorns d'ansietat o depressió sobre la QVRS és de 0,167: això significa una disminució del 20% respecte a la qualitat de vida mitjana de la població catalana.

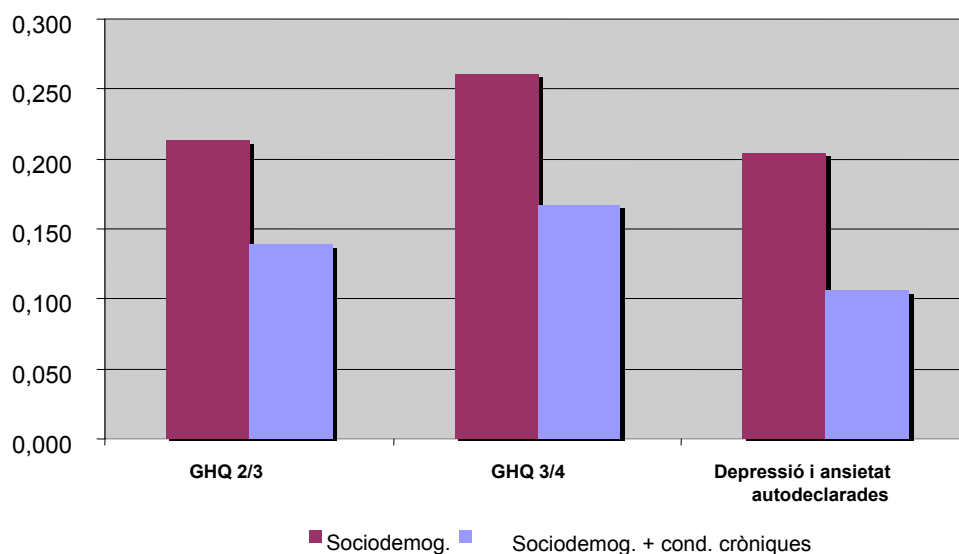
Un element important d'aquesta anàlisi, tal com s'explica en apartats anteriors, és l'elecció del criteri per determinar quins individus pateixen trastorns d'ansietat o depressió. En altres paraules, per establir quins individus són casos i quins no ho són. Com a criteri, es va escollir la puntuació superior a 3 en el GHQ-12. Per complementar l'enfocament utilitzat, l'anàlisi es va fer també amb dos criteris alternatius. El primer va consistir a definir com a persones amb un trastorn afectiu totes les que tinguessin una puntuació superior a 2 en el GHQ-12. Pel que fa al segon criteri, es van fer servir les respostes que van proporcionar els individus a la pregunta, inclosa a l'ESCA, que

demanava si “pateix o ha patit ansietat o depressió” dins de la bateria de preguntes sobre malalties cròniques. Els resultats d’aquesta anàlisi, juntament amb els del cas base, es presenten a la taula 47 i al gràfic 35.

Taula 47. Càrrega dels trastorns d’ansietat o depressió a Catalunya. Impacte individual sobre la QVRS

Criteri	Prevalença	Reducció de la QVRS	Interval de confiança (95%)
GHQ 2/3	0,116	0,138	0,152-0,125
GHQ 3/4	0,078	0,167	0,184-0,150
Depressió i ansietat autodeclarades	0,175	0,106	0,127-0,105

Gràfic 35. Influència dels trastorns d’ansietat o depressió en la qualitat de vida (individual) relacionada amb la salut. Variació entre criteris



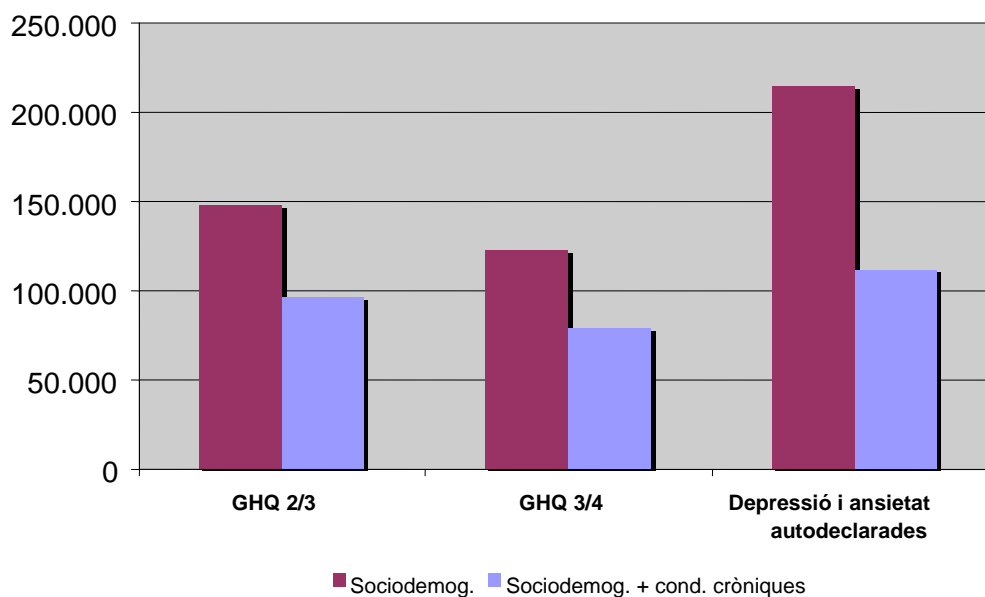
Aquest impacte individual es pot transformar en impacte poblacional quan es considera la prevalença dels trastorns d’ansietat o depressió en la població catalana. Per tant, la càrrega dels trastorns d’ansietat o depressió a Catalunya es calcula multiplicant l’efecte marginal mitjà d’aquests trastorns en la QVRS dels individus que els pateixen pel nombre d’individus que els pateixen. Clarament, aquest resultat variarà segons quin criteri es faci servir per determinar si un individu pateix un trastorn

afectiu. La **taula 48** i el **gràfic 36** presenten els resultats per al criteri base utilitzat (GHQ-12 > 3), així com per als criteris alternatius esmentats anteriorment.

Taula 48. Càrrega dels trastorns d'ansietat o depressió a Catalunya. Impacte poblacional en pèrdua d'AVAQ. Variació entre criteris

Criteri	Càrrega total	Interval de confiança (95%)-	Càrrega per 100.000 hab.
GHQ 3/4	78.742	86.665-70.819	1.312
GHQ 2/3	96.157	105.302-87.011	1.602
Depressió i ansietat autodeclarades	111.569	133.558-110.671	1.859

Gràfic 36. Pèrdua d'AVAQ a Catalunya (any 2006) per trastorns d'ansietat o depressió. Variació entre criteris



Els resultats obtinguts mostren que la càrrega total mesurada d'anys de vida ajustats per qualitats perduts a causa de trastorns d'ansietat o depressió a Catalunya quasi arriba a la xifra de 80.000 AVAQ l'any 2006. Aquesta xifra és inferior a la que s'obté utilitzant els criteris alternatius de determinació de casos, tot i que l'impacte individual

és menys important. Això es pot atribuir a la prevalença més elevada de trastorns d'ansietat o depressió en la població catalana si s'utilitzen els criteris esmentats. De totes formes, el rang de variació no és gaire elevat: la càrrega és un 22% superior si s'utilitza el punt de tall 2/3, i un 42% superior si es fa servir la informació sobre depressió i ansietat autodeclarada.

B) Anàlisi de la influència dels trastorns d'ansietat o depressió sobre la situació laboral i l'ús dels serveis sanitaris dels individus

Aquesta és una opció alternativa per analitzar l'impacte que els trastorns d'ansietat o depressió tenen sobre algunes malalties i activitats dels individus amb l'objectiu d'avaluar si afecta la probabilitat d'aquests esdeveniments. Amb aquest objectiu, s'ha analitzat la influència dels trastorns d'ansietat o depressió sobre dues situacions o esdeveniments que poden patir els individus mitjançant models de regressió logística. En primer lloc, s'ha avaluat si el fet de patir un trastorn afectiu tenia influència sobre la situació laboral dels individus. Específicament, s'ha estudiat l'impacte sobre la probabilitat de trobar-se a l'atur. Per fer-ho, només s'ha fet servir la submostra d'individus que havien declarat estar ocupats o en situació d'atur: això significa que no s'han inclòs els individus en situació de baixa mèdica laboral, ni els que no pertanyen a la població activa (estudiants, jubilats, etc.). Per poder controlar altres factors que poguessin influir sobre el fet de trobar-se a l'atur, s'ha inclòs al model una sèrie de variables: edat, sexe, nivell d'estudis, situació residencial i les variables que reflecteixen la prevalença de malalties cròniques. Aquesta anàlisi s'ha realitzat en relació amb els tres criteris utilitzats anteriorment per determinar la prevalença de trastorns d'ansietat o depressió a la població catalana. Els resultats es mostren a la taula 49, que conté únicament les oportunitats relatives per a les variables d'interès que reflecteixen els trastorns d'ansietat o depressió. Atès que la variable dependent és igual a 0 si l'individu té feina i igual a 1 si es troba en situació d'atur, les oportunitats relatives superiors a 1 indiquen una probabilitat més alta de trobar-se en situació d'atur per a les persones amb trastorns d'ansietat o depressió.

Taula 49. Influència dels trastorns d'ansietat o depressió en la situació laboral

Criteri	Oportunitats relatives	Interval de confiança (95%)	
GHQ 3/4	1.786	1.293	2.465
GHQ 2/3	1.768	1.336	2.339
Depressió i ansietat autodeclarades	1.615	1.240	2.103

Els resultats mostren que els trastorns d'ansietat o depressió tenen un impacte sobre la situació laboral dels individus, tal com indica l'oportunitat relativa per al criteri GHQ-12 3/4: aquest coeficient és estadísticament significatiu. Els resultats per als altres dos criteris són molt semblants i confirmen allò que mostren els resultats dels models, és a dir, que el fet de patir un trastorn afectiu incrementa la probabilitat de trobar-se a l'atur. Tot i això, és necessari recalcar que la causalitat assumida pel model —la influència dels trastorns d'ansietat o depressió sobre la situació laboral— pot ser errònia o no certa en la totalitat dels casos, ja que la relació entre aquestes dues variables també podria anar en direcció contrària, és a dir, que la situació laboral podria afectar la condició dels individus respecte als seus trastorns d'ansietat o depressió.

Realitzant una anàlisi semblant a l'anterior, també s'ha avaluat l'impacte dels trastorns d'ansietat o depressió sobre la probabilitat d'haver utilitzat qualsevol tipus de servei sanitari en els quinze dies previs a la realització de l'enquesta. La taula 50 mostra els resultats, l'oportunitat relativa per a la variable que indica la incidència de trastorns d'ansietat o depressió, de les regressions logístiques per a les quals aquest ús de serveis sanitaris és la variable dependent.

Taula 50. Influència dels trastorns d'ansietat o depressió en la utilització dels serveis sanitaris en els últims quinze dies

Criteri	Oportunitats relatives	Interval de confiança (95%)	
GHQ 3/4	2.104	1.786	2.478
GHQ 2/3	1.910	1.661	2.195
Depressió i ansietat autodeclarades	1.590	1.400	1.806

Després d'haver controlat altres factors, el fet de patir un trastorn afectiu augmenta considerablement la probabilitat d'haver utilitzat els serveis sanitaris en els últims 15 dies, amb una oportunitat relativa superior a 2 en el cas del criteri base (GHQ-12 3/4).

C) Comparació dels AVAQ perduts per ansietat o depressió referida en relació amb altres agrupacions de malalties

Idealment, els resultats obtinguts sobre l'impacte individual dels trastorns d'ansietat o depressió sobre la QVRS dels individus i de manera agregada s'haurien de poder comparar amb estudis amb metodologia similar sobre altres malalties cròniques, per determinar la importància que la càrrega dels trastorns d'ansietat o depressió representa en la població catalana. Si les variables utilitzades com a control per a l'estat de salut en l'anàlisi reflectissin adequadament la prevalença actual de les malalties, els resultats de l'anàlisi realitzada per calcular la càrrega creada pels trastorns d'ansietat o depressió oferirien la informació per determinar la càrrega creada per altres malalties cròniques. Només caldria utilitzar els coeficients corresponents a les variables que reflecteixen la prevalença d'aquestes malalties en el model de regressió i que es fan servir per controlar l'estat de salut dels individus. Remarquem que aquests coeficients només recullen l'efecte de les malalties sobre la qualitat de vida dels individus (morbidity) i no pas el seu efecte sobre la quantitat de vida (mortality): per això, els resultats de càrrega de la malaltia en AVAQ de les diferents malalties a escala poblacional no inclouen l'efecte de la mortalitat.

Com ja hem comentat pel que fa a les limitacions de l'anàlisi, l'ESCA no proporciona informació ajustada sobre la prevalença actual d'altres malalties, ja que les variables esmentades recullen informació sobre prevalença (autodeclarada) actual i passada de les diferents malalties cròniques. No obstant això, tot i reconeixent les seves limitacions i els seus problemes, si fem servir els coeficients obtinguts per a les variables utilitzades com a indicadors de la prevalença de malalties, es pot obtenir una estimació de l'impacte d'altres malalties sobre la QVRS dels individus que les pateixen. Per poder oferir uns resultats comparables, es va decidir oferir els resultats de l'anàlisi quan el criteri per determinar si un individu pateix un trastorn afectiu és el de depressió i ansietat autodeclarada.

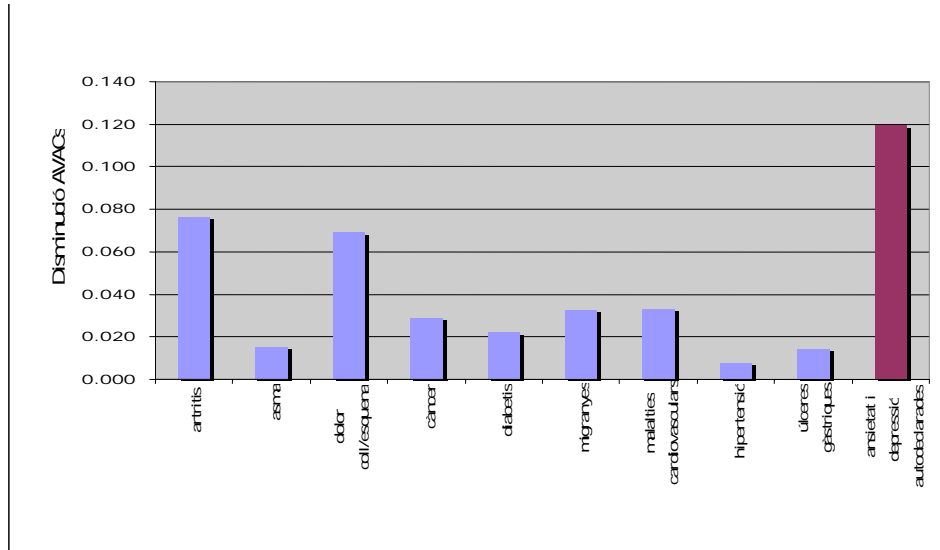
La taula 51 i els gràfics 37 i 38 mostren els resultats, inclosos els obtinguts per a determinades malalties cròniques.⁹ Aquests resultats es comparen amb la càrrega generada pels trastorns d'ansietat o depressió, segons el criteri esmentat. Cal insistir en el fet que la qualitat de la informació disponible sobre la prevalença de les malalties requereix considerar les xifres obtingudes amb molta cautela.

Taula 51. Influència de diferents malalties cròniques en la qualitat de vida relacionada amb la salut (AVAQ considerant únicament morbiditat)

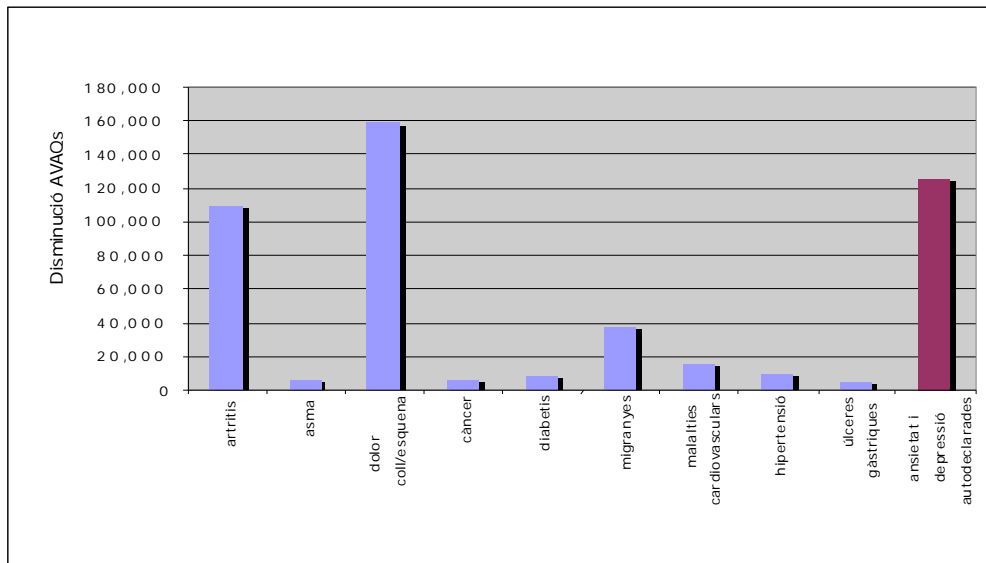
Afecció de salut	Prevalença	Reducció QVRS	Càrrega total	Càrrega per 100.000 hab.
Artritis	0,238	0,076	108.783	1.812
Asma	0,061	0,015	5.567	93
Mal de coll/esquena	0,382	0,069	158.215	2.636
Càncer	0,030	0,029	5.266	88
Diabetis	0,059	0,022	7.769	129
Migranyes	0,189	0,033	37.153	619
Malalties cardiovasculars	0,077	0,033	15.190	253
Hipertensió	0,197	0,008	9.105	152
Úlceres gàstriques	0,058	0,015	5.079	85
Ansietat i depressió autodeclarades	0,175	0,119	125.321	2.088

⁹ Els grups de malalties cròniques segueixen els criteris utilitzats prèviament per comparar discapacitats en diferents trastorns físics i mentals (Ormel *et al.*, 2008).

Gràfic 27. Influència de diferents malalties cròniques en la qualitat de vida (individual) relacionada amb la salut



Gràfic 28. Pèrdua dels anys de vida ajustats per qualitat (AVAQ) (any 2006) a Catalunya segons les diferents malalties cròniques (considerant únicament l'efecte de la morbiditat)



Els trastorns depressius i la reducció del seu impacte sobre les poblacions són dos dels problemes més importants per als sistemes sanitaris. La quantificació d'aquest impacte és un exercici que aporta una informació rellevant per als decisors. Els estudis de l'OMS sobre càrrega de les diferents malalties (Murray i López, 1996) van mostrar la importància en termes absoluts i relatius de la discapacitat generada pels trastorns

depressius. En aquests estudis, la unitat utilitzada per mesurar la discapacitat són els anys de vida ajustats per invalidesa (AVAI). No obstant això, el present estudi utilitza una altra unitat per mesurar la discapacitat generada per la malaltia: els anys de vida ajustats per qualitat (AVAQ). Els AVAQ s'utilitzen principalment en estudis de cost-efectivitat de les intervencions sanitàries. Ara bé, atès que reflecteixen la qualitat (i la quantitat) de vida relacionada amb la salut dels individus, s'ha suggerit que es poden emprar per estimar la càrrega de les malalties (Ayuso Mateos *et al.*, 2006). En el present estudi, els resultats en AVAQ només reflecteixen la reducció de la qualitat de vida, i no de la quantitat, ja que l'efecte de la mortalitat no s'hi ha inclòs.

Un problema previ a tot estudi que es proposi avaluar l'impacte d'una malaltia sobre els individus i la població consisteix a saber com identificar o definir quins individus pateixen la malaltia que és objecte de l'estudi, per poder associar a escala individual el trastorn i el seu efecte sobre la QVRS dels individus. En el cas dels trastorns mentals, el criteri estàndard són entrevistes clíniques dutes a terme per professionals sanitaris qualificats que permeten diagnosticar als individus. Actualment, no es disposa d'aquest tipus d'informació per al cas de la població catalana a l'ESCA, tot i que sí per al cas dels d'usuaris d'atenció primària (Serrano-Blanco *et al.*, 2009), així com per al cas d'una mostra representativa de la població espanyola (Haro *et al.*, 2006). Per això, una opció alternativa per quantificar la càrrega de la depressió i d'altres trastorns consisteix a emprar dades de prevalença de població i calcular la discapacitat provocada pel trastorn. Aquest és l'enfocament dels estudis de l'OMS i d'un estudi realitzat per calcular la càrrega de la depressió en la població espanyola (Ayuso-Mateos *et al.*, 2008).

En el present estudi s'aplica un enfocament diferent, amb l'objectiu d'explotar al màxim la riquesa de les dades ofertes per l'ESCA: una mostra representativa de la població catalana amb informació de gairebé 16.000 individus adults no institucionalitzats. L'ESCA proporciona informació relativa al QVRS de cada individu i també inclou una escala que n'indica la morbiditat psiquiàtrica, que s'anomena GHQ-12. No obstant això, s'han de reconèixer les limitacions d'aquest instrument per a la seva utilització com a criteri diagnòstic en un estudi de càrrega de la depressió:

- No ofereix informació només sobre l'estat dels individus respecte als trastorns depressius, sinó també sobre l'existència de trastorns internalitzants o d'ansietat o depressió, sense possibilitat de distingir entre aquests dos tipus de trastorn.

- No es tracta d'una entrevista clínica, sinó d'un test de cribratge basat en informació proporcionada exclusivament pels individus i generalment utilitzat en estudis de doble fase, al llarg dels quals els individus amb una puntuació superior a un punt de tall determinat se sotmeten a una entrevista clínica.

Malgrat aquestes limitacions, el GHQ-12 permet determinar si un individu és un cas probable de trastorn d'ansietat o depressió. El punt de tall validat per a la població espanyola per fer aquesta classificació és igual a 2 (Lobo i Muñoz, 1996). No obstant això, i seguint un criteri conservador, el present estudi utilitza un punt de tall igual a 3 en el GHQ-12, i classifica els individus amb una puntuació superior en el GHQ-12 de l'ESCA com a casos de trastorns d'ansietat o depressió. D'aquesta manera, és possible analitzar la prevalença d'aquests trastorns respecte a una sèrie de variables sociodemogràfiques i també determinar-ne l'impacte sobre la QVRS dels individus, i per tant la càrrega que aquestes afeccions comporten per a la població catalana. És necessari subratllar que, ateses les característiques de les dades utilitzades, la xifra de càrrega obtinguda no inclou l'impacte de la mortalitat generada per aquests trastorns. Tampoc recull informació sobre individus institucionalitzats.

Pel que fa als resultats, l'anàlisi descriptiva de la prevalença de trastorns d'ansietat o depressió mostra que la situació socioeconòmica té una influència important en la distribució d'aquests trastorns en la població catalana. Es registra una variació significativa entre grups d'edat, i la prevalença és molt superior entre la població femenina. Aquests resultats són semblants als obtinguts en una anàlisi similar de l'ESCA del 1994, malgrat que en aquell estudi es va fer servir el punt de tall de GHQ>2 (Gispert *et al.*, 2003). Aquesta influència dels factors socioeconòmics també s'observa en un altre estudi semblant, en el qual s'analitza l'enquesta de salut de la ciutat de Barcelona (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2003).

Els resultats de l'impacte dels trastorns d'ansietat o depressió en la QVRS mostren que, fins i tot després d'ajustar per variables sociodemogràfiques i per l'estat de salut (aproximat per l'existència de malalties cròniques), el fet de patir un trastorn afectiu influeix considerablement en la QVRS dels individus. Quan s'agrega aquest impacte per al conjunt de la població catalana, la discapacitat, provocada per la depressió i l'ansietat i mesurada en AVAQ, s'aproxima a la xifra de 80.000 AVAQ l'any 2006.

Aquests resultats són difícils de comparar respecte a altres estudis que analitzen la càrrega de la depressió o l'impacte d'aquests trastorns sobre els individus. Això es deu

a l'ús de diferents metodologies (amb diferents unitats o models de mesura de la discapacitat), o bé al tipus de dades en les quals es basen els estudis. En vista d'aquestes consideracions, els resultats obtinguts en el present estudi es comparen amb resultats similars.

L'impacte individual sobre la QVRS obtingut en l'estudi, 0,167, és més baix que l'obtingut en l'estudi per a la població finlandesa (Saarni *et al.*, 2007) agregant l'impacte dels trastorns depressius majors i dels trastorns d'ansietat general. Malgrat això, en aquest estudi és probable que els individus analitzats presentessin trastorns més greus, ja que la prevalença d'aquest tipus de trastorns va ser més baixa. Per la mateixa raó, pel que fa a una anàlisi de dades de pacients més greus, se'n pot concloure que l'estudi DASMAR, en pacients d'atenció primària, ofereix un impacte més important sobre la QVRS en trastorns emocionals (0,196) i d'ansietat (0,043) (Fernández *et al.*, 2006).

Tal com ja s'ha indicat, els resultats de la comparació amb l'impacte d'altres malalties cròniques s'han admetre amb prudència. Malgrat això, la conclusió que se'n pot derivar és similar a l'obtinguda per un estudi de l'OMS (Moussavi *et al.*, 2007) amb una mostra de més de 25.000 individus de 60 països. Aquest estudi mostra que la depressió té un impacte més important sobre la QVRS dels individus respecte a altres malalties cròniques.

L'anàlisi mitjançant models de regressió logístics mostra una clara influència dels trastorns d'ansietat o depressió sobre la probabilitat de trobar-se a l'atur. Tot i així, el fet que només es tracti d'una anàlisi de dades de tall transversal no permet descartar l'explicació inversa, és a dir, que l'atur constitueixi un factor que augmenta el risc de patir trastorns d'ansietat o depressió. La probabilitat més elevada d'ús de serveis sanitaris en individus amb trastorns d'ansietat o depressió és un resultat esperat, però que al mateix temps reforça la idea que aquests trastorns representen una càrrega per a la societat, que en aquest cas es reflecteix en un ús més elevat de serveis i, per tant, genera un cost per al sistema sanitari.

10. Conclusions

Aquest estudi confirma conclusions anteriors, que destacaven que el nivell socioeconòmic dels individus té una importància especial a l'hora d'explicar la variació en la prevalença de les malalties d'ansietat i depressió en la població catalana. La novetat d'aquest estudi és que permet avaluar l'impacte directe d'aquests trastorns sobre la qualitat de vida dels individus, i d'aquesta manera quantificar la pèrdua o la càrrega individual i de manera agregada en la població catalana. La magnitud d'aquest impacte és considerable, tant individualment com de manera agregada, i mostra numèricament un fet ja conegut: els trastorns mentals tenen un efecte negatiu molt significatiu sobre la vida dels individus que els pateixen. El resultat de la comparació amb altres malalties cròniques no fa més que subratllar la rellevància de la depressió i l'ansietat en termes de salut de la població catalana. Aquests dos factors es troben entre les condicions cròniques que comporten una pèrdua més important de qualitat de vida relacionada amb la salut en la població catalana, tant individualment com de manera agregada.

REFERÈNCIES

1. Agència de Salut Pública de Barcelona (2003). La salut mental a Barcelona. Barcelona, Ajuntament de Barcelona.
2. Aizpuru F, Latorre K, Ibáñez B, Pérez de Arriba J, Mosquera F, Bernal-Delgado E, Grupo Atlas-VPM. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. Atlas de Variaciones de la Práctica Médica 2008; **3** (1).
3. Alonso J, Angermeyer MC, Lépine JP. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. Acta Psychiatr Scand 2004; **109** suppl. 420: 5-7.
4. Andrews G, Issakidis C, Carter G. Shortfall in mental health service utilisation. British Journal of Psychiatry 2001; **179**: 417-425.
5. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Depression Research in European Society Study. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002; **252** (5): 201-209.
6. Anseau M, Fischler B, Dierick M, Albert A, Leyman S, Mignon A. Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: the GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II). Depress Anxiety 2008; **25** (6): 506-513.
7. Aragonès E. Estudio de los trastornos depresivos en la atención primaria de salud. Resúmenes de tesis. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2005; **32** (1): 30-37.
8. Aragonès E, Caballero A, Piñol JL, López-Cortacans G, Badia W, Hernández JM, Casaus P, Folch S, Basora J, Labad A, INDI research group. Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement). BMC Public Health 2007; **7** (253).
9. Aragonès E, Piñol JL, Labad A. Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. Aten Primaria 2009; **8**, maig [Publicació electrònica prèvia a impressió].
10. Ayuso-Mateos JL, Gutierrez-Recacha P, Haro JM, Salvador-Carulla L, Vazquez-Polo FJ, Negrin MA, Chisholm D. Reducing the burden of mental illness in Spain: Population-level impact and cost-effectiveness of treatments in depression and schizophrenia. Bilbao: Fundación BBVA. Economía y Sociedad, 2008.
11. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, Wilkinson C, Lasa L, Page H, Dunn G, Wilkinson G, ODIN Group. Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. British Journal of Psychiatry 2001; **19**: 308-316.
12. Ayuso Mateos JL. Depresión: una prioridad en salud pública. Med Clin (Barc) 2004; **123** (5): 181-186.
13. Ayuso Mateos JL, Salvador-Carulla L, Chisholm D. Use of quality of life measures in mental health economics and care planning. Actas Esp Psiquiatr 2006; **34** (1): 1-6.
14. Baca-Garcia E, Rodríguez MM, Basurte-Villamor I, Quintero-Gutierrez FJ, Sevilla-Vicente J, Martínez-Vigo M, Artes-Rodríguez A, Fernández del Moral AL, Jiménez-Arriero MA, González de Rivera JL. Patterns of mental health service utilization in a general hospital and outpatient mental health facilities: analysis of 365,262 psychiatric consultations. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008; **258** (2): 117-123.
15. Barbero Laho E, Navarro Paniagua M. Extensión e impacto económico de los trastornos de salud mental en Aragón. Economía Aragonesa 2005; **26**: 134-158.

16. Barrett B, Byford S, Knapp M. Evidence of cost-effective treatments for depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2005; **84** (1): 1-13.
17. Baum F. Researching public health: Behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine* 1995; **40**: 459-468.
18. Bech P, Hansen HV, Kessing LV. The internalising and externalising dimensions of affective symptoms in depressed (unipolar) and bipolar patients. *Psychother Psychosom* 2006; **75** (6): 362-369.
19. Bendeck M, Salvador Carulla L, Rovira J, Velasco M. Cálculo de los costes de la depresión mayor en España. Informe final. Barcelona: Soikos, 2005.
20. Berto P, D'Ilario D, Ruffo P, Virgilio RD, Rizzo F. Depression: Cost-of-illness studies in the international literature, a review. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 2000; **3**: 3-10.
21. Birnbaum H. Friction-cost method as an alternative to the human-capital approach in calculating indirect costs. *Pharmaeconomics* 2005; **23** (2): 103-104.
22. Blomqvist, AG, Léger PT, Hoch JS. The cost of schizophrenia: lessons from an international comparison. *J Ment Health Policy Econ* 2006; **9** (4): 177-183.
23. Caballero L, Aragonès E, García-Campayo J, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL, Polavieja P, Gómez-Utrero E, Romera I, Gilaberte I. Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics* 2008; **49** (6): 520-529.
24. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, Fernández A, Usall J, Dolz M, Haro JM. [Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; **35** (Suppl 2): 21-28.
25. Cong R. Marginal effects for the tobit model. *Stata Technical Bulletin* 2000; 27-34.
26. Chisholm D, Diehr P, Knapp M, Patrick D, Treglia M, Simon G, en representació de LIDO Group. Depression status, medical comorbidity and resource costs. Evidence from an international study of major depression in primary care (LIDO). *British Journal of Psychiatry* 2003; **183**: 121-131.
27. Das-Munshi J, Goldberg D, Bebbington PE, Bhugra DK, Brugha TS, Dewey ME, Jenkins R, Stewart R, Prince M. Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification. *Br J Psychiatry* 2008; **192** (3): 171-177.
28. De la Puente ML. Preface. *Acta Psychiatr Scand* 2006; **114** supl. 432: 4.
29. De la Puente ML, Fusté J. Mapa Sanitario: una visión dinámica de la planificación de servicios en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2008; **131** supl. 4: 3-8.
30. Denzin N. *Sociological methods: a sourcebook*. Picataway (US): Aldine Transaction, 2006.
31. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla director de salut mental i adiccions. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006.
32. Ordre SLT/185/2006, de 17 de març, per la qual s'estableixen, per a l'any 2006, les tarifes corresponents als serveis d'hospitalització i rehabilitació d'atenció psiquiàtrica i salut mental que presten els centres i els establiments sanitaris amb conveni o contracte amb el Servei Català de Salut. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* 2006 (4617).
33. Domingo Salvany A, Marcos Alonso J. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gaceta Sanitaria* 1989; **3**: 320-326.
34. Evers S, Salvador Carulla L, Halsteinli V, McDaid D, MHEEN group. Implementing mental health economic evaluation evidence: building a bridge between theory and practice. *Journal of Mental Health* 2007; **16** (2): 223-241.
35. Fernández A, Bellón Saameño JS, Pinto-Meza A, Luciano JV, Autonell J, Palao D, Salvador Carulla L, García Campayo J, Haro, JM, Serrano A, DASMAR

- investigators. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in Primary Care. Results from the DASMMap study. [En procés de publicació].
36. Fernández A, Haro JM, Codony M, Vilagut G, Martínez-Alonso M, Autonell J, Salvador-Carulla L, Ayuso-Mateos JL, Fullana MA, Alonso J. Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders* 2006; **96**: 9-20.
 37. Fernández A, Pinto-Meza A, Bellón JA, Roura-Poch P, Haro JM, Autonell J, Palao D, Peñarrubia MT, Fernández R, Blanco E, Luciano JV, Serrano Blanco A. Is major depression adequately diagnosed and treated by the general practitioner? Results from an epidemiological study. *Hospital General Psychiatry* En premsa.
 38. Frigola D, Illa C, Elorza JM. Utilización de servicios de salud y flujos asistenciales. *Med Clin (Barc)* 2008; **131** supl. 4: 23-30.
 39. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, Alonso J. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of Affective Disorders* 2009; doi:10.1016/j.jad.2009.04.016.
 40. Gisbert R, Brosa M. Base de Datos de Costes Sanitarios eSalud. Barcelona: Oblique Consulting, 2006.
 41. Gisbert R, Brosa M, Bohigas L. Distribución del presupuesto sanitario público de Cataluña del año 2005 entre las 17 categorías CIE-9-MC. *Gaceta Sanitaria* 2007; **21** (2): 124-131.
 42. Gispert R, Rajmil L, Schiaffino A, Herdman M. Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2003; **38** (12): 677-683.
 43. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiol Rev* 1995; **17** (1): 182-190.
 44. Goldberg D, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor (Regne Unit): NFER-Nelson 1988.
 45. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric Illness in General Practice. A detailed study using new method of case identification. *Brit Med J* 1970; **2**: 439-443.
 46. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)* 2006; **126** (12): 445-451.
 47. Haro JM, Pinto-Meza A, Fernández A, Ochoa S, Serrano A, Autonell J, Codony M, Vilagut G, Alonso J. Necesidades de atención en salud mental 1: Frecuencia y distribución. *Trastornos mentales comunes en España. Monografías de Psiquiatría* 2008; **20** (1): 15-21.
 48. Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009; **373**: 1372-1381.
 49. Hodgson TA, Meiners MR. Cost-of-illness methodology: a guide to current practices and procedures. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1982; **60** (3): 429-462.
 50. Institut Català d'Avaluacions Mèdiques. La incapacitat laboral per contingències comunes a Catalunya 2007. Informe 0. Situació General i Acord Estratègic (Mesura 78). Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2008.
 51. Institut d'Estadística de Catalunya. Indicadors d'estructura econòmica. Producte interior brut (PIB pm) a preus corrents. Base 2000. Oferta. Catalunya 2008; 2008 [consultat el 30 d'agost de 2009]. Disponible a <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=5115>.
 52. Institut d'Estadística de Catalunya. Anuari Estadístic de Catalunya. Població. Províncies. Dades 2007; 2009. Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec>.
 53. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Estructura Salarial, 2006; 2006a [consultat el 2008]. Disponible a: www.ine.es.
 54. Instituto Nacional de Estadística Encuesta de Población Activa, 2006; 2006b [consultat el 2008]. Disponible a: www.ine.es.

55. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Estructura Salarial 2006. Metodología; 2008 [consultat el 2008]. Disponible a: <http://www.ine.es/metodologia/t22/t223013306.pdf>.
56. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Incapacidad temporal. Prestaciones. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2008a.
57. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Incapacidad permanente. Prestaciones. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2008b.
58. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C, ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services* 2007; **58** (2): 213-220.
59. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997; **12** (1): 19-29.
60. Lobo A, Muñoz PE. Versiones en lengua española validadas. Cuestionario de salud general. GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. A: Goldberg D, Williams P. Barcelona: Editorial Masson, 1996: 115.
61. López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-González B. Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002. *Aten Primaria* 2004; **34** (1): 32-37.
62. López Bastida J, Oliva Moreno J. Los costes socioeconómicos de los trastornos afectivos (depresión y trastorno bipolar) en España. *Economía de la Salud ¿Dónde estamos 25 años después? XXV Jornadas de Economía de la Salud*; 2005 jul. 13-15; Barcelona.
63. López JJ, editor. Libro blanco. Estudio socioeconómico sobre el coste social de los trastornos de salud mental en España. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief, 1998.
64. Lorant V, Croux C, Weich S, Delière D, Mackenbach J, Anseau M. Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *Br J Psychiatry* 2007; **190**: 293-298.
65. Luciano Devis JV, Fernández Sánchez A, Serrano Blanco A, Pinto-Meza A, Palao Vidal DJ, Mercader M, Haro JM. Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. *Aten Primaria* 2009; **41** (3): 131-140.
66. MacPhail A. Nominal Group Technique: a useful method for working with young people. *British Educational Research Journal* 2001; **27** (2): 161-170.
67. Mays N, Pope C, Popay J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy making in the health field. *Journal of Health Services Research & Policy* 2005a; **10** supl. 1: 6-20.
68. Mays N, Pope C, Popay J. Details of approaches to synthesis. A methodological appendix to the paper: Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy making in the health field, 2005b.
69. Mays N; Pope C, Popay J. Synthesising qualitative and quantitative evidence for policy and management. Fifth National SDO Conference Delivering better health services, 2006.
70. McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S. Paying the price. The cost of mental health care in England to 2026. London: King's Fund, 2008.
71. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
72. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

73. Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. eCIE9MC. Edición electrónica de la CIE-9-MC 6ª Edición; 2008. Disponible a: <http://www.msc.es/ecie9mc-2008/html/index.htm>.
74. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Boletín de estadísticas laborales. Actualitzat el 30 de junio de 2009. Cuadro resumen de variables básicas. Sección III. Protección Social. Pensiones Contributivas del Sistema de la Seguridad Social; 2009 [consultat el 5 de juliol de 2009]. Disponible a: <http://www.mtin.es/estadisticas/bel/welcome.htm>.
75. Mompert A, Medina A, Brugulat P, Tresserras R. Encuesta de Salud de Catalunya 2006. Un instrumento de planificación sanitaria. Índice. Revista de estadística y sociedad 2007a, gener; (20): 19-22.
76. Mompert A, Medina A, Colls C, Brugulat P. La identificación de riesgos en la población: la Encuesta de salud de Catalunya como fuente de información. Índice. Revista de estadística y sociedad 2007b, noviembre: 20-21.
77. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J, Vázquez-Barquero JL. Género y salud mental en un mundo cambiante. Gaceta Sanitaria 2004; **18** supl. 1: 175-181.
78. Moreno K. Adaptation of Activity-Based Costing (ABC) to calculate unit costs in mental health care in Spain. European Journal of Psychiatry 2007; **21** (2): 117-123.
79. Moreno K; Sánchez E, Salvador-Carulla L. Methodological advances in unit cost calculation of psychiatric residential care in Spain. The Journal of Mental Health Policy and Economics 2008; **11**: 79-88.
80. 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**: 851-858.
81. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1996; **349** (9063): 1436-1442.
82. Oliva-Moreno J, López-Bastida J, Montejo-González AL, Osuna-Guerrero R, Duque-González B. The socioeconomic costs of mental illness in Spain. Eur J Health Econ 2008; 25 de novembre [Publicació electrònica prèvia a impressió].
83. Oliva-Moreno J, López-Bastida J, Osuna-Guerrero R, Montejo-González AL, Duque-González B. The costs of schizophrenia in Spain. Eur J Health Econ 2006; **7** (3): 182-188.
84. Oliva, J. Informe sobre les pèrdues per a l'economia catalana degudes a la malaltia. Estudis d'Economia de la Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General Planificació i Avaluació, 2008b.
85. Oliva Moreno J. Pérdidas de producción laboral ocasionadas por las enfermedades y problemas de salud en Cataluña. Presupuesto y Gasto Público 2008; **53** (4): 119-147.
86. Oliva Moreno J, López Bastida J, Montejo-González AL, Osuna-Guerrero a, Duque-González B. The socioeconomic costs of mental illness in Spain. Eur J Health Econ 2009; **10** (4): 361-369.
87. Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodríguez M, Pelegrín C, Calvo JM, Leris JM, Idáñez D, Arnal S. Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: Preliminary findings. Int J Geriatr Psychiatry 2008; **23**: 915-921.
88. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet EJ, Burger H, Demyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Hwang I, Karam E, Kawakami N, Lépine JP, Medina-Mora ME, Posada-Villa J, Sampson N, Scott K, Üstün TB, Von Korff M, Williams DR, Zhang M, Kessler RC. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. The British Journal of Psychiatry 2008; **192**: 368-375.

89. Palao DJ, Parra I, Martínez L. Proyecto Europeo Contra la Depresión (EAAD) en Sabadell: análisis de suicidios consumados. Informe al Comité de Mortalidad del CSMPT (Julio), 2009.
90. Patten SB, Williams JV, Mitton C. Costs associated with mood and anxiety disorders, as evaluated by telephone survey. *Chronic Dis Can* 2008; **28** (4): 155-162.
91. Pezzimenti M, Haro JM, Ochoa S, González JL, Almenara J, Alonso J, Moreno B, Muñoz PE, Jáuregui VM, Salvador-Carulla L. Assessment of service use patterns in out-patients with schizophrenia: a Spanish study. *Acta Psychiatr Scand* 2006; **432** supl.: 12-18.
92. Pratt LA, Brody DJ. Depression in the United States household population, 2005-2006. *NCHS Data Brief* 2008; **7**: 1-8.
93. Prins MA, Verhaak PF, van der Meer K, Penninx BW, Bensing JM. Primary care patients with anxiety and depression: Need for care from the patient's perspective. *Journal of Affective Disorders* 2009; 4 de maig [Publicació electrònica prèvia a impressió].
94. Rajmil L, Gispert R, Roset M, Muñoz PE, Segura A. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Cataluña. *Gaceta Sanitaria* 1998; **12** (4).
95. Roca M et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders* 2009, 9, abril.
96. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Trave P, Penarrubia-Maria MT, Ruiz M, March Pujol M. Community pharmacist intervention in depressed primary care patients (PRODEFAR study): randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health* 2009; **9** (284) [Publicació electrònica prèvia a impressió].
97. Rue M, Serna MC, Soler-Gonzalez J, Bosch A, Ruiz-Magaz MC, Galvan L. Differences in pharmaceutical consumption and expenses between immigrant and Spanish-born populations in Lleida, (Spain): a 6-months prospective observational study. *BMC Health Serv Res* 2008; **8**: 35.
98. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Pirkola S, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist J. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry* 2007; **190**: 326-332.
99. Saiz Ruiz J, Montes Rodríguez JM. Tratamiento farmacológico de la depresión. *Rev Clin Esp* 2005; **205** (5): 233-240.
100. Saldivia Bórquez S, Torres González F, Cabasés Hita JM. Estimación de unidades de costes de atención sanitaria a pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; **33** (5): 280-285.
101. Salize HJ, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, Reinhard I, Rössler W, Svensson B, Torres-Gonzalez F, van den Brink R, Wiersma D, Priebe S. Cost of treatment of schizophrenia in six European countries. *Schizophr Res* 2009; **111** (1-3): 70-77.
102. Salvador-Carulla L. Financiación de la salud mental en España: Identificación de necesidades. *Monografías de Psiquiatría* 2008a; **20** (1): 51-73.
103. Salvador-Carulla L. Bridging experience and evidence in mental health care reform. *World Psychiatry* 2008b; **7** (2): 99-100.
104. Salvador-Carulla L, Rodríguez-Blázquez C, Rodríguez de Molina M, Pérez-Marín J, Velázquez R. Hidden psychiatric morbidity in a vocational programme for people with intellectual disability. *Disabil Res* 2000; **44** (Pt 2): 147-154.
105. Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, Munizza C, CSRP group, RIRAG group. Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain – an investigation using the European Service Mapping Schedule. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; **40** (2): 149-159.
106. Salvador Carulla L, Haro JM, Cabasés J, Madoz V, Sacristán JA, Vázquez-Barquero JL, PSICOST Group. Service utilization and costs of first-onset

- schizophrenia in two widely diferring health service areas in North-East Spain. *Acta Psychiatr Scand* 1999; **100**: 335-343.
107. Sanderson K; Tilse E, Nicholson J, Oldenburg B, Graves N. Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety? *Journal of Affective Disorders* 2007; **101** (1-3): 65-74.
 108. Saniline. Estudio Saniline del gasto sanitario en España 2003-2006. Informe técnico, 2007.
 109. Saxena S, Lora A, van Ommeren M, Barrett T, Morris J, Saraceno B. WHO's Assessment Instrument for Mental Health Systems: collecting essential information for policy and service delivery. *Psychiatr Serv* 2007; **58** (6): 816-821.
 110. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, Demyttenaere K, de Girolamo G, Haro JM, Jin R, Karam EG, Kovess-Masfety V, Levinson D, Medina Mora ME, Ono Y, Ormel J, Pennell BE, Posada-Villa J, Sampson NA, Williams D, Kessler RC. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry* 2009; **66** (7): 785-795.
 111. Serna Arnáiz C, Galván Santiago L, Gascó Eguíluz E, Santafé Soler P, Martín Gracia E, Vila Parrot T. Evolución en el consumo de antidepresivos durante los años 2002 a 2004. *Aten Primaria* 2006; **38** (8): 456-460.
 112. Serna Arnaiz MC, Torres Altisent A, Cruz Esteve I, Gascó Eguíluz E, RuéMonné E, Pifarré Paredero J. Peso económico de la depresión en atención primaria. *Rev Esp Econ Salud* 2007; **6** (7): 395-399.
 113. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, Roura P, Bertsch J, Mercader M, Haro JM. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiat Epidemiol* 2009; 19, maig [Publicació electrònica prèvia a impressió].
 114. Serrano-Blanco A, Pinto-Meza A, Suárez D, Peñarrubia MT, Haro JM, ETAPS Group. Cost-utility of selective serotonin reuptake inhibitors for depression in primary care in Catalonia. *Acta Psychiatr Scand* 2006; **432** supl.: 39-47.
 115. Servei Català de la Salut. Llistat d'aplicacions del Pla de sistemes. Portal d'aplicacions. 2009; 2009. Disponible a: http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/prov_aplicacions.htm.
 116. Servei d'Informació i Estudis. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2006. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2008.
 117. Sicras Mainar A, Blanca Tamayo M, Gutiérrez-Nicuesa L, Salvatella-Pasant J, Navarro Artieda R. Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión mayor en España: estudio longitudinal de ámbito poblacional. *Gaceta Sanitaria* 2010; **24** (1): 13-19.
 118. Sicras Mainar A, Navarro Artieda R, Rejas Gutiérrez J, Blanca Tamayo M, Serrat Tarrés J, Llopart López JR. Comorbidity and related costs as a burden in the treatment of outpatients with depressive disorders in a primary care setting. *Farmacia Hospitalaria* 2007a; **31** (2): 101-105.
 119. Sicras Mainar A, Rejas Gutiérrez J, Navarro Artieda R, Serrat Tarrés J, Blanca Tamayo M, Díaz Cerezo S. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gaceta Sanitaria* 2007b; **21** (4): 306-319.
 120. Simon GE. Social and economic burden of mood disorders. *Society of Biological Psychiatry* 2003; **54**: 208-215.
 121. Sobocki P. Health economics of depression. Estocolm: Karolinska Institutet. Medical Management Centre. Department of Learning, Informatics, Management and Ethics, 2006.

122. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 2006; **9** (2): 87-98.
123. Sobocki P, Lekander I, Borgstrom F, Ström O, Runeson B. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *Eur Psychiatry* 2007; **22** (3): 146-152.
124. Sobocki PA, Jönsson B, Wittchen HU, Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology* 2005; **12** supl. 1).
125. Soler-González J, Serna Arnáiz C, Rué Monné M, Bosch Gaya A, Ruiz Magaz MC, Gervilla Caño J. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Aten Primaria* 2008; **40** (5): 225-233.
126. Spijker J, Batelaan N, de Graaf R, Cuijpers P. Who is MADD? Mixed anxiety depressive disorder in the general population. *Journal of Affective Disorders* 2009; **3**, juliol.
127. Spijker SpijkerJ, Graaf R, Oldehinkel AJ, Nolen WA, Ormel J. Are the vulnerability effects of personality and psychosocial functioning on depression accounted for by subthreshold symptoms? *Depress Anxiety* 2007; **24** (7): 472-478.
128. Thomas CM, Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000. *British Journal of Psychiatry* 2003; **183**: 514-519.
129. Thornicroft G, Tansella M. *Better mental health care*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
130. Tylee A, Walters P. Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done? *J Clin Psychiatry* 2007; **68** supl. 2: 27-30.
131. Valladares A, Dilla T, Sacristán JA. Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease. *Actas Esp Psiquiatr* 2009; **37** (1): 49-53.
132. Van Praag L, Bracke P, Christiaens W, Levecque K, Pattyn E. Mental health in a gendered context: Gendered community effect on depression and problem drinking. *Health Place* 2009; **3**, maig [Publicació electrònica prèvia a impressió].
133. Van Rijswijk E, van Hout H, van de Lisdonk E, Zitman F, van Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. *BMC Family Practice* 2009; **10** (1): 52.
134. Vázquez-Polo FJ, Negrín MA, Cabasés JM, Sánchez E, Grupo RIRAG. Una aproximación al análisis de los costes de la esquizofrenia en España: Los modelos jerárquicos bayesianos. Documento de trabajo 190/2004, Fundación de las Cajas de Ahorros, 2004.
135. Von Knorring L, Akerblad AC, Bengtsson F, Carlsson A, Ekselius L. Cost of depression: effect of adherence and treatment response. *Eur Psychiatry* 2006; **21** (6): 349-354.
136. Vuorilehto MS, Merlartin TK, Isometsä ET. Suicidal behaviour among primary-care patients with depressive disorders. *Psychological Medicine* 2006; **36** (2): 203-210.
137. Wahlbeck K, Mäkinen M, editors. *Prevention of depression and suicide. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities, 2008.
138. Walley T, Strobl J. *Cost of illness studies. A: Walley T, Haycox A, Boland A. Pharmaeconomics*. Edimburg; Nova York: Churchill Livingstone 2004.
139. World Health Organization. *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Ginebra: World Health Organization, 2001.
140. World Health Organization. *Investing in Mental Health*. Ginebra: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization, 2003a.
141. World Health Organization. *The Global Burden of Disease, 2004 update*. Ginebra: WHO, 2008.

142. World Health Organization. WHO Guide to Identifying the Economic Consequences of Disease and Injury. Ginebra: Department of Health Systems Financing Health Systems and Services, WHO, 2009.
143. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 2001; **58**: 55-61.
144. Zimmerman FJ, Katon W. Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship? Health Economics 2005; **14**: 1197-1215.

Annexos

Annex I. Membres dels grups de treball

Per a l'estudi es van formar tres grups de treball: el grup de treball principal (*core group*) i dos grups nominals. El **grup nominal A** està format per nou experts en els diferents temes relacionats amb l'estudi (epidemiologia, ús de serveis, gestió de recursos, costos) i el seu objectiu és establir les estimacions bàsiques per a l'anàlisi que no figuren en les bases de dades disponibles o que presenten resultats dispers (per exemple, categories diagnòstiques que s'han d'incloure en l'epígraf de "depressió", unitats de costos, proporció de visites psiquiatre/psicòleg en centres de salut mental, suïcidi atribuïble a depressió), així com identificar noves bases de dades, i avaluar l'adequació de les bases seleccionades.

El **grup nominal B** està constituït per nou responsables i tècnics de les diferents unitats dels departaments de salut i altres organismes oficials, així com per responsables de les bases de dades o d'estudis i programes específics relacionats amb el tema.

Grup de treball principal (*core group*)

Institució	Membre de l'equip
Departament de Salut. Pla director de salut mental i addiccions	Cristina Molina Esther Jordà
London School of Economics and Political Science, Personal Social Services Research Unit (LSE PSSRU) King's College London, Institute of Psychiatry (KCL-IOP)	Martin Knapp Ramon Sabés Figuera Jennifer Beecham
Associació Científica Psicost	Luis Salvador-Carulla Murielle Bendeck José Alberto Salinas Mencía Ruiz Carlos García Karina Gibert
Consorci Hospitalari de Catalunya i Fundació Althaia	Pere Bonet
Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental	Josep Ramos Antoni Serrano Ana Fernández
Institut Català d'Avaluacions Mèdiques	Constança Alberti

Grup nominal A

Expert	Institució
Pere Bonet	CHC i Fundació Althaia
Antoni Bulbena	Institut d'Atenció Psiquiàtrica, Salut Mental i Toxicomanies. Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS)
Miquel Casas	Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut i Hospital Vall d'Hebron
Josep M. Haro	Fundació Sant Joan de Déu
Josefina Jardí	Institut Català d'Avaluacions Mèdiques
Diego Palao	Servei de Psiquiatria de l'Hospital Parc Taulí
Víctor Pérez	Servei de Psiquiatria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Josep Ramos	Parc Sanitari Sant Joan de Déu
Antoni Serrano	Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Grup nominal B

	Àrea	Organisme
Constança Alberti	Anàlisi de les dades d'incapacitat temporal i permanent	Institut Català d'Avaluacions Mèdiques
Pilar Brugulat	Enquesta de Salut de Catalunya	Responsable del Servei del Pla de Salut Departament de Salut
Elena Calvo		Secretària d'Estratègia i Coordinació Departament de Salut
Mercè Mercader	Estudi DASMÀP	Direcció General de Planificació i

		Avaluació Departament de Salut
Anna Mompart	Enquesta de Salut de Catalunya	Responsable de Coordinació d'Informació i Metodologia per a la Planificació i Avaluació Departament de Salut
Anna Moral	Responsable del Datamart de Farmàcia	Servei Català de la Salut
Alba Prat	Responsable del Datamart de Farmàcia	Servei Català de la Salut
María J. Pueyo		Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor Departament de Salut
Roser Vicente	Responsable del CMBD (atenció hospitalària i especialitzada)	Servei Català de la Salut

Annex II. Reunions amb experts

Durant l'elaboració de l'estudi es van realitzar diverses reunions de treball (presencials) amb els responsables de les bases de dades i amb experts de diferents àrees d'interès per a l'estudi. A més, es va mantenir una comunicació contínua, per correu electrònic o telefònicament.

- Reunions de treball (L. Salvador, M. Bendeck): 2008: 10 de març, 16 de juny, 18 de juny, 31 d'agost, 3 de setembre i 11 d'octubre; 2009: 10 de juny.

- Informes de la situació actual de l'estudi (petició de dades): 8 d'abril, 10 d'abril, 15 de maig, 25 de juny, 7 d'octubre.

Data	Tema	Participants
2008		
8 d'abril	Informe de situació	C. Molina, E. Jordà, M. Bendeck
9 d'abril	Datamart de Farmàcia	A. Prat, E. Jordà, M. Bendeck
16 d'abril	Incapacitat laboral	ICAM: J. Jardí, R. Manzanera, X. Gomila, C. Alberti, E. Calvo Departament de Salut, CHC, Psicost: L. Bohigas, C. Molina, E. Jordà, P. Bonet, M. Nadal, M Bendeck
28 d'abril	ESCA	P. Brugulat, A. Mompert, A. Medina, E. Jordà, M. Bendeck
28 d'abril	Reunió de treball	LSE-IOP, CHC-Psicost, Departament de Salut
18 de maig	DASMAP i ESEMeD-SAMCAT	A. Serrano, M. Bendeck
19 de maig	DASMAP i ESEMeD-SAMCAT	A. Serrano, M. Bendeck
19 de maig	Situació de l'estudi	E. Jordà, M. Bendeck
27 de maig	Grup d'experts - Presentació de l'estudi - Consultes de disseny i metodologia	- Departament de Salut: C. Molina, L. Bohigas, E. Jordà, M. Mercader - ICAM: C. Alberti (en representació de J. Jardí) - LSE-IOP: R. Sabés - Psicost: L. Salvador, M. Nadal, M. Bendeck - CHC i Fundació Althaia: P. Bonet - Fundació Sant Joan de Déu: J.M. Haro - IMAS: A. Bulbena - Hospital Vall d'Hebron: M. Casas - Hospital Parc Taulí: D. Palao - Hospital de la Santa Creu i Sant Pau: V. Pérez S. - Parc Sanitari Sant Joan de Déu: J. Ramos, A. Serrano

27 de maig	Reunió de treball	R. Sabes, P. Bonet, L. Salvador, M. Nadal, M. Bendeck
19 de juny	Costos unitaris i models de simulació	C. García, M.A. Negrín, L. Salvador, M. Nadal, M. Bendeck
25 de juny	DASMAP i ESEMeD-SAMCAT	A. Serrano, M. Bendeck
25 de juny	Situació de petició de dades	L. Salvador, M. Bendeck
19 de setembre	Situació de petició de dades	L. Salvador, M. Bendeck
7 d'octubre	Situació de l'estudi	E. Jordà, M. Bendeck
9 d'octubre (Londres)	Metodologia (costos i càrrega)	LSE-IOP: M. Knapp, R. Sabés Psicost: L. Salvador
17 d'octubre	DASMAP i ESEMeD-SAMCAT	A. Serrano, L. Salvador, P. Bonet, J. Ramos, A. Fernández, M. Bendeck
27 d'octubre	Incapacitat temporal	C. Alberti, M. Bendeck
18 de novembre	DASMAP i ESEMeD-SAMCAT	A. Serrano, A. Fernández, L. Salvador, M. Bendeck
19 de novembre	Incapacitat temporal i permanent	E. Jordà, C. Alberti, L. Salvador, M. Bendeck
11 de desembre	Reunió amb grup de treball	M. Knapp, J. Beecham, R. Sabés, A. Serrano, A. Fernández, P. Bonet, C. Alberti, E. Jordà, C. García, L. Salvador, M. Nadal, M. Bendeck
2009		
16 d'abril	Reunió de situació de l'estudi	L. Salvador, M. Bendeck
29 d'abril	Revisió de resultats preliminars	L. Salvador, M. Bendeck
30 d'abril	Dades CMBD-CSM	J.A. Salinas, M. Bendeck
11 de maig		L. Salvador, M. Bendeck
2 de juny	Revisió de resultats i presentació grup de consens	L. Salvador, M. Bendeck
3 de juny	Revisió de resultats i presentació Consellera i grup de consens	L. Salvador, M. Bendeck
10 de juny	Revisió de presentació amb	L. Salvador, M. Bendeck

	resultats preliminars	
11 de juny	Reunió de treball: presentació de resultats i informes	L. Salvador, R. Sabés-Figuera, M. Bendeck
11 de juny	Reunió amb el grup de consens (grups nominals A i B)	E. Jordà, E. Calvo, M.J. Pueyo, M. Mercader, A. Mompert, V. Pérez, A. Serrano, D. Palao, C. Alberti, K. Gibert, R. Sabés-Figuera, L. Salvador, M. Bendeck
30 de juny	Revisió de model de simulació segons el mètode de Montecarlo - costos i utilització d'atenció primària, hospitalària i especialitzada	L. Salvador, C. García, M. Bendeck
8 de juliol	Revisió de resultats i resolució de dubtes	E. Jordà, M. Bendeck
12 de juliol	Revisió de resultats	L. Salvador, M. Bendeck
14 de juliol	Revisió de resultats	L. Salvador, M. Bendeck
24 de juliol	Revisió de resultats sobre incapacitat temporal i permanent	C. Alberti, M. Bendeck
30 de juliol	Revisió de l'esborrany de l'informe de l'estudi	L. Salvador, M. Bendeck
5 d'agost (Londres)	Revisió de l'esborrany de l'informe de l'estudi	M. Knapp, R. Sabés-Figuera
12 d'agost	Revisió de l'esborrany de l'informe de l'estudi	L. Salvador, M. Bendeck
24 d'agost	Revisió de l'esborrany de l'informe de l'estudi	L. Salvador, M. Bendeck
30 d'agost	Revisió de l'esborrany de l'informe de l'estudi	L. Salvador, M. Bendeck
31 d'agost	Revisió de l'esborrany de l'informe de l'estudi	L. Salvador, M. Bendeck
1 de setembre	Revisió de l'esborrany de l'informe de l'estudi	L. Salvador, M. Bendeck

Índex de taules

Taula 1. Codis de la CIM-9-MC i CIM-10 associats a la depressió utilitzats a l'estudi .	25
Taula 2. Fonts de dades per a l'estudi COSTDEP	29
Taula 3 Estimació dels pesos de cada professional en cada activitat dels CSMA (Catalunya, 2006)	36
Taula 4. Grups farmacèutics.....	39
Taula 5. Taxa d'ocupació per Catalunya (2006).....	45
Taula 6. Tarifes oficials i costos unitaris (Catalunya, 2006)	47
Taula 7 Estimació del cost mitjà ponderat de cada activitat dels CSMA	48
Taula 8 Guany salarial a Catalunya per sexe i grup d'edat (2006)	51
Taula 9. Guany salarial mitjà a Catalunya per sexe i grup d'edat: reagrupació estudi (2006)	52
Taula 10. Costos unitaris de referència per a l'estimació dels costos sanitaris directes des de la perspectiva de la societat utilitzats al model de simulació Monte Carlo	57
Taula 11 Estimació de la prevalença de la depressió (Catalunya, 2006).....	63
Taula 12. Estimació del cost total de l'atenció primària per a diagnòstic de depressió (Catalunya, 2006)	66
Taula 13. Distribució de pacients i freqüència de visites a Centres de Salut Mental Adults segons diagnòstics de depressió agrupats (Catalunya, 2006).....	67
Taula 14. Activitat Centres de Salut Mental: Comparació utilització de recursos tots els diagnòstics de depressió (Catalunya, 2006).....	68
Taula 15. Total de visites a Centres de Salut Mental Adults per diagnòstic de depressió (Catalunya, 2006)	70
Taula 16. Cost de les visites d'atenció especialitzada dels pacients amb depressió (en Euros) (Catalunya, 2006).....	71
Taula 17. Freqüència d'altres hospitalàries aguts segons diagnòstics de depressió (agrupats) (Catalunya, 2006).....	73
Taula 18. Cost total de l'atenció hospitalària per grup diagnòstic (Euros) (Catalunya, 2006).....	74
Taula 19. Estadades hospitalàries aguts per depressió en relació a tots els diagnòstics d'hospitalització (Catalunya, 2006).....	74
Taula 20. Cost de l'atenció hospitalària per grup diagnòstic de depressió i tipus d'hospital (euros) (Catalunya, 2006).....	75
Taula 21. Distribució dels dies d'estada hospitalària i cost relacionat, per tipus d'hospital, grup d'edat i sexe (Catalunya, 2006).....	76
Taula 22. Atenció hospitalària deguda a la depressió, per sexe (Catalunya, 2006).....	77
Taula 23. Consum de medicaments i cost total de l'atenció farmacològica per a pacients amb depressió (Catalunya, 2006)	80
Taula 24. Dades d'incapacitat temporal (IT) per depressió (Catalunya, 2006*)	82
Taula 25. Durada mitjana i mediana de la incapacitat temporal (IT) per grup diagnòstic (Catalunya, 2006*).....	82

Taula 26. Dades d'incapacitat temporal per diagnòstic de depressió, sexe i grup d'edat (Catalunya, 2006*).....	85
Taula 27. Anàlisi de dades de la província de Barcelona: casos d'incapacitat permanent per a l'any 2007	88
Taula 28. Estimació del cost de la incapacitat permanent (IP) per diagnòstic de depressió (Catalunya, 2006*)	89
Taula 29. Estimació del nombre de suïcidis atribuïbles a la depressió a Catalunya (2006)	90
Taula 30. Anys de vida perduts (AVP) i anys potencials de vida productiva perduts (AVPP) degut a suïcidis per depressió (Catalunya, 2006)	90
Taula 31. Cost de la mortalitat de la depressió. Estimació del cost dels APVPP (Catalunya, 2006)	91
Taula 32. Cost total de la pèrdua de productivitat per suïcidis atribuïbles a la depressió a Catalunya (euros) (Catalunya, 2006).....	92
Taula 33. Cost total de la depressió a Catalunya (2006).....	95
Taula 34. Cost mitjà per individu amb depressió segons categoria de costos (euros) (Catalunya, 2006)	98
Taula 35. Costos sanitaris directes atribuïbles a la depressió, per sexe i grup d'edat (euros) (Catalunya, 2006).....	99
Taula 36. Costos indirectes atribuïbles a la depressió, per sexe i grup d'edat (euros) (Catalunya, 2006)	100
Taula 37. Anàlisi de sensibilitat probabilística sobre el cost sanitari directe (excloent atenció farmacològica): estadístics bàsics calculats sobre 1.000 simulacions (Catalunya, 2006)	102
Taula 38. Interval de confiança i error al 95% sobre 1.000 simulacions – cost sanitari directe (excloent fàrmacs) (Catalunya, 2006).....	102
Taula 39. Resultats de l'anàlisi probabilística dels costos sanitaris directes (excloent fàrmacs) de la depressió (Catalunya, 2006).....	104
Taula 40. Pesos relatius de cada categoria de costos sobre el cost sanitari directe total (excloent fàrmacs) (%) (Catalunya, 2006)	105
Taula 41. Resultats de l'anàlisi de sensibilitat per a l'atenció primària: Utilitzant dades de l'ESEMeD-SAMCAT (Catalunya, 2006).....	106
Taula 42. Centre de Salut Mental-Adults: percentatge de l'activitat que realitza cada professional (dades 2006)	107
Taula 43. Comparança de les estimacions del cost de l'atenció especialitzada segons font de dades per a la distribució de l'activitat per professional (euros, 2006).....	109
Taula 44. Comparació d'estudis de costos de depressió a diferents nivells territorials (milions d'euros)	114
Taula 45. Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut per sexe i grups d'edat a la població catalana (EQ-5D). Any 2006	140
Taula 46. Puntuació (%) de la població catalana en el qüestionari de salut general (GHQ-12). Any 2006.....	142
Taula 47. Càrrega dels trastorns d'ansietat/depressió a Catalunya. Impacte individual sobre CVRS.....	149

Taula 48. Càrrega dels trastorns d'ansietat/depressió a Catalunya. Impacte poblacional en pèrdua d'AVAQs. Variació entre criteris	150
Taula 49. Influència dels trastorns d'ansietat/depressió en la situació laboral	152
Taula 50. Influència dels trastorns d'ansietat/depressió en la utilització de serveis sanitaris en els últims 15 dies.....	152
Taula 51. Influència de diferents malalties cròniques en la qualitat de vida relacionada amb la salut (AVAQs considerant únicament morbiditat	154

Índex de gràfics

Gràfic 1. Equip de treball	26
Gràfic 2 Distribució percentual de les visites al metge general en CAPs, per sexe i grup d'edat (Catalunya, 2006)	64
Gràfic 3 Distribució del cost total de l'atenció primària de la depressió,.....	67
Gràfic 4 Distribució de les visites a Centres de Salut Mental Adults segons diagnòstics de depressió (Catalunya, 2006).....	68
Gràfic 5. Distribució dels pacients atesos en CSMA per grup d'edat i sexe (Catalunya, 2006).....	69
Gràfic 6. Percentatge de visites dels pacients amb depressió del total de visites a CSMA, segons activitat (Catalunya, 2006)	72
Gràfic 7. Distribució del cost de l'atenció especialitzada per grup d'edat i sexe (Catalunya, 2006)	72
Gràfic 8 Distribució de les altes hospitalàries d'aguts per diagnòstic de depressió (Catalunya, 2006)	73
Gràfic 9. Distribució del cost total de l'atenció hospitalària per tipus d'hospital i grup diagnòstic (Catalunya, 2006)	75
Gràfic 10. Distribució del cost de l'atenció hospitalària per tipus d'hospital per a pacients amb diagnòstics de depressió (Catalunya, 2006)	77
Gràfic 11. Distribució dels dies d'estada hospitalària per a pacients amb diagnòstic de depressió (Catalunya, 2006).....	78
Gràfic 12. Distribució del cost total de l'atenció hospitalària per a pacients amb diagnòstic de depressió (Catalunya, 2006)	78
Gràfic 13. Distribució de les receptes per al diagnòstic de depressió, per grup terapèutic (Catalunya, 2006)	79
Gràfic 14. Distribució percentual de l'import total dispensat per grup terapèutic per als diagnòstics de depressió. Perspectiva de la societat (Catalunya, 2006).....	80
Gràfic 15. Distribució percentual de l'import total de psicofàrmacs dispensat per grup terapèutic i sexe per a depressió. Perspectiva de la societat (Catalunya, 2006)	81
Gràfic 16. Distribució percentual dels anys productius perduts a causa de la incapacitat laboral (IT) per diagnòstic de depressió (Catalunya, 2006*)	84
Gràfic 17. Distribució percentual del cost total de la pèrdua de productivitat per Incapacitat Laboral (IT), per sexe i grup d'edat (Catalunya, 2006*)	84
Gràfic 18. Cost mitjà per Incapacitat Temporal (IT) segons diagnòstic de depressió (euros) (Catalunya, 2006*)	85
Gràfic 19. Distribució percentual de les propostes d'incapacitat permanent acceptades per grups diagnòstics de depressió (Catalunya, 2006*)	88
Gràfic 20. Distribució percentual del cost total de productivitat perduda per mort prematura, per sexe (Catalunya, 2006)	92
Gràfic 21. Distribució del cost total de la productivitat perduda per mort prematura degut a la depressió, per grup d'edat (Catalunya, 2006).....	93

Gràfic 22. Distribució del cost total de la productivitat perduda per mort prematura deguda a la depressió, per grup d'edat i sexe (Catalunya, 2006)	93
Gràfic 23. Distribució dels costos sanitaris directes i indirectes de la depressió a Catalunya (2006) (en euros).....	96
Gràfic 24. Distribució percentual dels costos sanitaris directes i indirectes de la depressió a Catalunya (2006).....	96
Gràfic 25. Probabilitat acumulada del cost sanitari directe (excloent fàrmacs) de la depressió: resultat de la simulació.....	103
Gràfic 26. Distribució del cost sanitari directe (excloent fàrmacs) de la depressió: Resultats del model de simulació	103
Gràfic 27. Edat, sexe i prevalença de trastorns d'ansietat/depressió	143
Gràfic 28. Nivell educatiu, sexe i prevalença de trastorns d'ansietat/depressió (estandarditzat per edat).....	144
Gràfic 29. Classe social, sexe i prevalença de trastorns d'ansietat/depressió (estandarditzat per edat).....	144
Gràfic 30. Situació laboral, sexe i prevalença de trastorns d'ansietat/depressió (estandarditzat per edat).....	145
Gràfic 31. Situació residencial, sexe i prevalença de trastorns d'ansietat/depressió (estandarditzat per edat).....	146
Gràfic 32. CVRS segons existència de trastorns d'ansietat/depressió per sexe i grups d'edat.....	147
Gràfic 33. Influència dels trastorns d'ansietat/depressió en la qualitat de vida (nivell individual) relacionada amb la salut. Variació entre criteris.....	149
Gràfic 34. Influència de diferents malalties cròniques en la qualitat de vida (nivell individual) relacionada amb la salut.....	155
Gràfic 35. Pèrdua dels Anys de Vida Ajustats per Qualitat (AVAQs) (any 2006) a Catalunya donat les diferents malalties cròniques (considerant únicament l'efecte de la morbiditat).....	155

Índex de figures

Figura 1. Model de simulació Monte Carlo: Introducció de dades.....	61
Figura 2. Model de simulació Monte Carlo: Exemple de presentació de resultats	62

Llista d'abreviacions

APV	Anys de vida perduts
APVPP	Anys potencials de vida productiva perduts
CA	Comunitats autònomes
CIM	Classificació internacional de malalties
CMBD	Conjunt mínim bàsic de dades
CMBD-HGA	Conjunt mínim bàsic de dades – hospital general d'aguts
CMBD-HPM	Conjunt mínim bàsic de dades – hospital psiquiàtric monogràfic
CSMA	Centre de salut mental d'adults
DASMAP	Diagnòstic i avaluació de salut mental a l'atenció primària
DE	Desviació estàndard
DOGC	<i>Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya</i>
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – American Psychiatric Association
EES	Enquesta d'estructura salarial
EPA	Enquesta de població activa
ESCA	Enquesta de salut de Catalunya
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
ESEMeD-MHEDEA	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders - Mental Health Disability: a European Assessment in the year 2000
ESEMeD-SAMCAT	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders - SAMCAT (branca específica de l'estudi a Catalunya)
IC	Interval de confiança
ICD	International Classification of Diseases
ICAM	Institut Català d'Avaluacions Mèdiques
IDESCAT	Institut d'Estadística de Catalunya
IMS	International Marketing Service
INDI	Interventions for Depression Improvement
INE	Institut Nacional d'Estadística (Espanya)

LSE	London School of Economics and Political Science
Mort	Anàlisi de la mortalitat a Catalunya
MSC	Ministeri de Sanitat i Consum (actual Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat)
MTAS	Ministeri de Treball i Afers Socials (actualment, Ministeri de Treball i Immigració)
OMS	Organització Mundial de la Salut
RCA	Registre Central d'Assegurats
SCS	Servei Català de la Salut
SIGIT	Sistema Integrat de Gestió de les Incapacitats de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques
WHO	World Health Organization