
Estudio de costes y carga de la depresión en Cataluña (CostDep-2006)



© 2011 Generalitat de Catalunya
Travessera de les Corts, 131-159
Pavellón Ave Maria, 08028 Barcelona
www.gencat.cat/salut
<http://canalsalut.gencat.cat/>

Edición: Departamento de Salud
Coordinación editorial: Plan director de salud mental y adicciones, Dirección General de Regulación, Planificación y Recursos Sanitarios, Departamento de Salud
Asesoramiento y corrección lingüística: Sección de Planificación Lingüística del Departament de Salut
Primera edición en catalan: Barcelona, agosto de 2011
Traducción al castellano: Barcelona, noviembre de 2011
Con la colaboración de:



Índice

Agradecimientos.....	5
Resumen Ejecutivo.....	6
PARTE I. Costes de la depresión en Cataluña (2006)	9
1. Introducción.....	9
Marco del problema	9
Costes de la depresión	11
Carga y costes de depresión en España	13
Costes de la depresión en Cataluña.....	16
1.1 Objetivos del estudio	18
1.2. Estructura del informe.....	19
2. Metodología.....	21
Población de estudio.....	21
Procedimiento	23
Fuentes de datos.....	24
Estimación de la prevalencia	25
2.1. Utilización de recursos sanitarios	29
Atención primaria	29
Atención especializada	31
2.2. Pérdida de productividad laboral por depresión	36
2.3. Análisis de costes	41
2.3.1 Costes sanitarios directos	41
2.3.2. Costes indirectos.....	44
2.4. Análisis de sensibilidad.....	48
2.4.1. Utilización atención primaria	48
2.4.2. Costes unitarios	50
3. Resultados	55
3.1. Estimación de prevalencia de la depresión	55
3.2. Costes sanitarios directos.....	56
3.2.1. Coste de la atención primaria	56
3.2.2. Coste de la atención especializada	59
3.2.3 Coste de la atención hospitalaria.....	65
3.2.4. Coste de la atención farmacológica.....	71
3.3. Costes de la productividad perdida	73
3.3.1. Coste de la productividad perdida por incapacidad temporal.....	73
3.3.2. Coste de la productividad perdida por incapacidad permanente	80
3.3.3. Coste de la productividad perdida por muerte prematura	82

3.4. Coste total de la depresión	87
3.5. Análisis de sensibilidad.....	93
3.5.1. Resultados del modelo de simulación Montecarlo: Costes sanitarios directos	93
3.5.2. Coste de la atención primaria, especializada y hospitalaria	96
3.5.3. Atención primaria	97
3.5.4. Costes de la atención especializada.....	99
4. Resultados	102
4.1. Aspectos generales	102
4.2. Costes de la depresión en Cataluña	104
4.3. Utilidad de la metodología utilizada en el estudio	119
5. CONCLUSIONES.....	122
PARTE II. Carga de la depresión y ansiedad en Cataluña. Un análisis a partir de la ESCA 2006	126
6. Carga de la enfermedad y depresión.....	126
7. Método	127
7.1. Datos.....	127
7.2. Análisis.....	129
8. Resultados	131
8.1. Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión ..	131
8.2. Análisis descriptivo de la prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña respecto a factores socioeconómicos	133
8.3. Carga de los trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña	138
9. Discusión.....	147
10. CONCLUSIONES	151
REFERENCIAS	152
ANEXOS.....	159
Anexo I. Grupos de trabajo	159
Anexo II. Reuniones de trabajo realizadas	161
Lista de Tablas	163
Lista de Gráficos.....	165
Lista de Imágenes	166
Lista de abreviaturas	166

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de las personas, las empresas y los organismos siguientes:

Los responsables y equipos técnicos de las diferentes unidades del Departamento de Salud.

Los equipos de trabajo de los centros colaboradores de referencia: Fundación *Althaia* y Parque Sanitario *Sant Joan de Déu*.

Los Doctores Antoni Serrano, Pere Bonet, Josep Ramos, Diego Palao y Enric Aragonès y sus equipos de trabajo.

M^a Adela Vidal Aiguavives, Secretaria Servicios Comunitarios, Parque Sanitario *Sant Joan de Déu*.

El Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas y de la Dra. Constança Alberti.

Oblikue Consulting.

Lundbeck España.

ETEA (Córdoba).

Delphine Capdevielle (Departamento Universitario de Psiquiatría Adulta en el CHU de Montpellier).

Eduardo Sánchez (Universidad Pública de Navarra).

Pedro E. Muñoz (PSICOST).

Pilar García-Gómez (*Erasmus University Rotterdam*).

Todos los miembros del Grupo de Consenso y de los Grupos de Trabajo.

Resumen Ejecutivo

PARTE I . Costes de la depresión en Cataluña (2006)

Conclusiones

La evaluación efectuada confirma el elevado coste de la depresión en Cataluña: 735,4 millones de euros. Los costes directos sanitarios son de 155,6 millones de euros. Desde la perspectiva del pagador público estos costes son de 152,2 millones de euros (1,9% del presupuesto público de salud de Cataluña para 2006)¹. Los costes indirectos ascienden a 579,8 millones de euros.

El coste de las visitas en atención primaria fue de 40.847.530 euros (un 26,2% de los costes directos sanitarios). El coste medio anual de las visitas en atención primaria fue de 219 euros (IC 95%: 155-284). Estos datos indican la relevancia de la atención de depresión en atención primaria. Su comparación con datos internacionales merece un análisis detallado.

El coste de las visitas en atención especializada fue de 8.070.883 euros (un 5,2% de los costes directos). El coste medio fue de 215 euros (IC 95%: 163-267). Se constata una importante variabilidad en los patrones asistenciales en atención especializada. La proporción entre atención primaria y atención especializada puede apuntar a una buena eficiencia técnica de la atención a la depresión en Cataluña.

El coste de la hospitalización por depresión fue de 5.591.663 euros, un 3,6% de los costes directos. El coste medio de la atención hospitalaria por depresión fue de 3.548 euros (IC 95%: 2.543-4.554). Este dato y la proporción entre costes de atención ambulatoria y hospitalaria pueden apuntar a una buena eficiencia técnica de la atención de la depresión en Cataluña.

El coste de la atención farmacológica para depresión fue de 101.065.278 euros, un 65% de los costes directos. El coste medio del tratamiento farmacológico fue de 19,83 euros. Estos datos son, desde el punto de vista de la eficiencia técnica del sistema, mejores de lo esperado en estimaciones previas. El margen de mejora y la elaboración de indicadores de seguimiento de la prescripción y el gasto de psicofármacos, su relación con psicoterapia y otros aspectos relevantes para planificación requieren un análisis detallado.

¹Datos 2006: 7.835,2 millones de euros

Los costes indirectos por incapacidad laboral ascendieron a 552.926.945 euros (95,4% de los costes indirectos). De estos, los costes por incapacidad temporal fueron de 199.615.938 euros mientras que los costes por incapacidad permanente ascendieron a 353.311.007 (27,1% y 48% de los costes totales, respectivamente). Esta información constituye una contribución relevante al análisis de los costes de productividad de la enfermedad en Cataluña, dada la dificultad encontrada en estudios previos para el análisis de datos desagregados por grupos diagnósticos. Estos datos coinciden con los estudios internacionales. El impacto de estos costes y su relevancia para la planificación sanitaria requiere un análisis detallado con otros sectores y áreas de la administración.

Los costes indirectos por mortalidad (suicidio atribuido a depresión) ascendieron 26.855.628 euros en 2006 y, representan el 4,6% de los costes indirectos y el 3,7% de los costes totales de la depresión. Estos datos pueden ser relevantes para los programas de promoción y prevención de la depresión en Cataluña.

La proporción de costes indirectos con respecto al total (78,8%) refleja el perfil transectorial de la depresión, y su carácter diferencial con respecto a otras patologías mentales, ya que la interacción más relevante no se produce en este caso entre el sector sanitario y el sector social, sino entre servicios sanitarios y empleo. Las inversiones sanitarias y los planes de salud sobre depresión pueden tener un marcado impacto sobre otros sectores económicos.

Aportaciones adicionales

Este estudio constituye una nueva aproximación al análisis del coste de enfermedad y su utilidad en la planificación sanitaria en salud mental.

Permite disponer de una base de información abierta para análisis posteriores de la base de datos para planificación.

Aporta una metodología que permite su aplicación al coste de los trastornos mentales en general y de otras agrupaciones diagnósticas. Estas aportaciones incluyen una nueva tabla de unidades de coste para salud mental y un nuevo sistema de análisis de sensibilidad basado en métodos probabilísticos.

Ha identificado datos que apuntarían a una eficiencia técnica de la atención sanitaria para depresión en Cataluña en relación a indicadores de costes directos. Este dato merece una atención especial y un análisis detallado por categorías y diferentes niveles de atención.

Ha identificado áreas sanitarias claves para seguimiento del sistema que permiten desarrollos ulteriores de un sistema de monitorización de salud mental de base territorial.

PARTE II. Carga de la Depresión y Ansiedad en Cataluña. Un análisis a partir de la ESCA 2006

Conclusiones

La agrupación sindrómica Depresión/Ansiedad tiene un impacto mayor sobre la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los individuos que otras condiciones crónicas, salvo la agrupación sindrómica “dolor de cuello y espalda” que además presenta una fuerte asociación con ansiedad/depresión.

Existe una clara asociación entre Depresión/Ansiedad y la probabilidad de estar desempleado y un mayor uso de servicios, lo que puede asociarse a un mayor coste.

Los datos encontrados están en consonancia con otros estudios internacionales.

La carga de la agrupación Depresión/Ansiedad indica la importancia de los trastornos afectivos para la población general y para la planificación sanitaria en Cataluña.

Aportaciones adicionales

La ESCA es una herramienta útil para la monitorización de la carga de enfermedad en Cataluña.

Se ha efectuado una nueva aproximación al análisis del Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire - GHQ-12) en la ESCA.

Se plantean cambios en la evaluación de salud mental en futuras encuestas para mejorar la potencia del análisis de carga: screening centrado en Ansiedad/Depresión (HAD) y en abuso de alcohol y sustancias (CAGE).

PARTE I. Costes de la depresión en Cataluña (2006)

1. Introducción

Marco del problema

La depresión es una de las causas principales de discapacidad y costes por enfermedad para el sistema sanitario y para la sociedad en su conjunto y su abordaje constituye uno de los objetivos prioritarios en la Unión Europea (Wahlbeck y Mäkinen, 2008). Este alto coste se explica por una combinación de diversos factores como su alta prevalencia, el incremento de la incidencia en países desarrollados, el elevado consumo de recursos sanitarios, los efectos sobre el funcionamiento general, la pérdida asociada de productividad y empleo, y porque su impacto sobre la discapacidad es proporcionalmente mayor que el derivado de otras enfermedades médicas crónicas (World Health Organization, 2003a, Ayuso Mateos, 2004; López Bastida y Oliva Moreno, 2005; Moussavi et al., 2007; Sobocki et al., 2007; Ormel et al., 2008; Pratt y Brody, 2008).

La depresión presenta una fuerte asociación a variables sociodemográficas como el género, la clase social y el desempleo, lo que tiene una importantes implicaciones para la política sociosanitaria (Ansseau et al., 2008). La depresión es mucho más frecuente en mujeres (World Health Organization, 2001; Pratt y Brody, 2008; Anseau et al., 2008), y esta característica es más marcada en la depresión mayor que en cuadros menores (Angst et al., 2002), aunque se ha constatado un estrechamiento global de la diferencia entre géneros relacionada probablemente con el cambio de rol femenino (Seedat et al., 2009). La depresión se relaciona también con la pobreza (Lorant et al., 2007) y el desempleo (Anseau et al., 2008; Pratt y Brody, 2008) entre otros factores. Algunos estudios señalan que el género femenino influye en el impacto de estos factores sobre la depresión (van Praag et al., 2009). La asociación de clase social baja y depresión puede ser secundaria al desempleo y las dificultades financieras (Zimmerman y Katon, 2005).

La depresión presenta también una elevada variabilidad geográfica, aun entre países con culturas similares (Anseau et al., 2008), lo que contrasta con otros trastornos mentales como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o el trastorno obsesivo-compulsivo; y hace necesario estudios específicos con respecto a la planificación y asignación de recursos.

Aunque todos estos factores hacen de la depresión un objetivo prioritario para la planificación en salud mental, la evaluación de las necesidades cubiertas y no cubiertas de este grupo de trastornos presenta una serie de dificultades adicionales. En primer lugar, existen problemas de codificación y de diagnóstico. No existe un consenso global sobre los trastornos mentales que deben agruparse bajo el término genérico de “depresión”. En el extremo más grave no está claro si en dicha agrupación se podría considerar el trastorno bipolar en fase depresiva o la depresión psicótica, y en menos severo existe un debate sobre si deben incluirse o no los trastornos adaptativos con síntomas depresivos. Por ejemplo, ninguno de los trastornos del ánimo antes mencionados se incluyen en la agrupación de “trastornos del ánimo” del estudio ESEMeD, la principal fuente internacional de datos para planificación sanitaria en salud mental (Gabilondo et al., 2009). Otra vez, estas decisiones tienen una influencia en la utilidad de la información sobre coste de enfermedad para planificación. Por otro lado la separación entre trastornos de ansiedad y de depresión no está clara en los casos no graves y fuera de la atención especializada en salud mental (Das-Munshi et al., 2008; van Rijswijk et al., 2009; Spijker et al., 2009; Roca y et al, 2009). Por otro lado, diversos estudios longitudinales indican que los cuadros sub-sindrómicos (depresión sub-umbral) también presentan una pérdida de funcionamiento significativa a largo plazo y un mayor riesgo de suicidio (Andrews et al., 2001; Spijker Spijker et al., 2007). Independientemente de las implicaciones nosológicas y de clasificación, esta situación implica un notable problema sobre los trastornos a considerar en la estimación de costes de depresión para su uso en planificación sanitaria.

En segundo lugar, la depresión se asocia a un nivel muy elevado de morbilidad oculta, tanto en población general como en asistencia primaria (Tylee y Walters, 2007). Los casos no detectados son aun mayores en edades extremas (Olivera et al., 2008); cuando se solapan a otras condiciones de salud (Salvador-Carulla et al., 2000) o cuando la depresión se manifiesta mediante síntomas somáticos (Caballero et al., 2008). Esto conlleva un incremento de la incerteza en el uso de información de bases de datos sanitarias. En tercer lugar, existe un problema de interoperabilidad semántica para la transferencia de información entre diferentes bases de datos sanitarias que presenta aspectos particulares en el caso español, como se discutirá más adelante.

Costes de la depresión

Existen diversas estimaciones internacionales sobre la carga y costes de la depresión. En Europa se han estimado los costes de la depresión totales para el año de referencia de 2004 en 117.851 millones de euros (Sobocki et al., 2006) lo que equivale al 1% del PNB en la Unión Europea. De estos, un 35,4% correspondería a costes directos. Debe tenerse en cuenta que se trata de un estudio de marco, que no permite comparaciones efectivas con otros estudios.

La utilización de recursos asistenciales es elevada en comparación con otras enfermedades crónicas (Saiz Ruiz y Montes Rodríguez, 2005; Ayuso-Mateos et al., 2008), sobre todo en mujeres (Young et al., 2001; Codony et al., 2007). Diversos estudios transversales refieren un incremento de uso de servicios médicos de 1,5 a 2 veces asociado a depresión, y una reducción de dicho consumo de servicios asociado a la mejoría de la depresión (Simon, 2003). El estudio de Thomas y Morris en el Reino Unido refiere unos costes totales atribuibles a depresión de 9.000 millones de libras, de los cuales un 96% corresponden a costes indirectos por pérdida de productividad y mortalidad. La proporción costes indirectos/directos en dicho estudio es de 23 (Thomas y Morris, 2003). En 2007, los costes estimados por McCrone y colaboradores para Inglaterra son de 9.200 millones de libras (1.700 en costes directos y 7.500 millones en costes indirectos por pérdida de empleo (McCrone et al., 2008). La proyección para 2026 es de 15.200 millones de libras, fundamentalmente por un aumento del uso de servicios. Un reciente estudio indica que los costes de depresión en Suecia se han doblado entre 1997 y 2005 hasta alcanzar los 3.500 millones de euros (Sobocki et al., 2007).

Los **costes directos** anuales incluyendo coste de atención sanitaria y farmacéutica son más elevados que aquéllos sufridos por el paciente típico del sistema sanitario. Estos costes se incrementan de forma notable en relación a la gravedad del cuadro y la falta de respuesta terapéutica (Sicras Mainar et al., 2010).

La **atención primaria** tiene un papel prioritario en la detección, el tratamiento y la remisión a otros profesionales de pacientes con depresión (Goldberg, 1995). Los centros de atención primaria (CAP) constituyen el primer punto de contacto con el sistema de salud para los pacientes depresivos en España (Aragonès Benaiges, 2005; Serna Arnaiz et al., 2007). Estudios previos indican que alrededor de un 10% de los pacientes que acuden a un centro de Atención Primaria pueden sufrir un trastorno depresivo (Saiz Ruiz y Montes Rodríguez, 2005; Serrano-Blanco et al., 2009). De éstos, muchos casos no son diagnosticados por el médico. La tasa de morbilidad oculta o no detectada en este medio es elevada (estudio DASMMap). Siguiendo un criterio estricto de reconocimiento de la depresión mayor, los médicos de

Atención Primaria tan sólo detectarían el 22% incrementándose al 40% cuando se considera una categoría amplia de trastornos depresivos (que incluye distimia, sintomatología depresiva y depresión mayor) (Fernández et al., in press). Por otro lado la percepción de necesidad de atención no cubiertas es muy elevada en pacientes con ansiedad/depresión, incluso en países con el mayor nivel de provisión para salud mental (Kovess-Masfety et al., 2007), como Holanda (Prins et al., 2009). Además, un porcentaje significativo de casos no recibe un tratamiento adecuado (Fernández et al., 2006).

El uso de **servicios especializados de salud mental** muestra grandes diferencias según sea la práctica médica habitual y la organización del sistema de salud mental. En el Reino Unido la atención especializada se ocupa fundamentalmente de trastornos mentales graves (psicosis) mientras que en España se atienden fundamentalmente trastornos de ansiedad y depresión. Sin embargo, en el estudio de Thomas y Morris (2003), los servicios especializados (atención de día y ambulatoria) supusieron el 6,1% de los costes directos, frente a un 2,2% de los costes de atención primaria.

La **hospitalización** supone en Inglaterra el 7,7% de los costes directos en 2004 (Thomas y Morris, 2003), o el 10% en el estudio de McCrone y colaboradores para 2007 (McCrone et al., 2008). En Suecia los costes de la hospitalización en 2005 correspondían al 6,9% de los costes directos (Sobocki et al., 2007).

El **gasto en psicofármacos** constituye una de las principales preocupaciones para el sistema sanitario, dado el volumen de prescripciones y los problemas en la adecuación que afectan tanto a los criterios de selección de fármacos antidepresivos (nuevos versus tricíclicos) (Barrett et al., 2005), como a las prescripciones efectuadas y duración del tratamiento (Serna Arnáiz et al., 2006; Fernández et al., 2006; Sicras Mainar et al., 2010). El estudio de Sobocki y colaboradores estima que el 21,6% de los costes directos en Europa son atribuibles al consumo de fármacos. Sin embargo, el estudio de Thomas y Morris (2003) atribuye el 84% de los costes directos al consumo de fármacos en Inglaterra (310,4 de un total de 370 millones de libras). Estos datos contrastan con los señalados recientemente por McCrone para 2007 (1% de los costes directos para el total de pacientes con depresión) (McCrone et al., 2008). También contrastan con los referidos para Suecia en 2005 (12,9% de los costes directos) (Sobocki et al., 2007). Un reciente estudio en Canadá constata el incremento progresivo de los costes asociados al consumo de psicofármacos por depresión/ansiedad en población general. La mayoría de los costes asociados al consumo de antidepresivos se daba en sujetos no diagnosticados (Patten et al., 2008).

A estos costes directos se añaden los **costes indirectos** por pérdida de productividad atribuible a morbilidad o a muerte prematura por suicidio y otras causas. La medición de estos costes es compleja y está sujeta a debate, ya que se suele seguir un enfoque de incidencia para el cálculo de los costes de mortalidad (fallecimientos acaecidos en el año de referencia, estimando el valor presente del flujo de producción laboral perdido), mientras que para la incapacidad laboral se sigue un enfoque de prevalencia (valor de la producción perdida en el año base por todos los casos de incapacidad laboral existentes en el año de referencia, con independencia de cuando se iniciaran) (Oliva Moreno, 2008). Además no queda clara la imputación de los casos de incapacidades permanentes/absolutas en esta aproximación metodológica. El estudio de Sobocki y colaboradores (2006) señala una tasa de costes indirectos para el conjunto de Europa del 64,5% con respecto a los costes totales, de los cuales, 72.189 millones euros corresponderían a costes por pérdida de productividad (94,7% del subtotal de costes indirectos). Esta proporción es similar a la señalada para Inglaterra (Thomas y Morris, 2003) donde los costes indirectos estimados correspondían al 96% del total, siendo el 6,9 por costes de mortalidad y el 93,1 por pérdida de productividad. En Suecia la estimación de costes indirectos para 2005 fue de 3.000 millones de euros (86%), frente a 500 millones de euros de costes directos (14%) (Sobocki et al., 2007).

Carga y costes de depresión en España

En España la depresión constituye el grupo de trastornos mentales más común con una tasa entre el 2,2 y 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 todo caso la prevalencia de depresión en España es significativamente inferior a la media europea (14%) (Alonso et al., 2004). En lo que respecta a la proporción de casos según el género (mujeres/hombres), la Encuesta Nacional de Salud de 2003 refería una tasa de depresión en mujeres del 6,5% frente al 2,4% en hombres (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). En el estudio ESEMeD, la prevalencia de depresión mayor fue de 2,16% para hombres frente a 5,67% para mujeres (Haro et al., 2008; Gabilondo et al., 2009). El estudio DEPRES indicaba que la diferencia de proporción de casos española (2), según sexo, era la segunda mayor en Europa después de Francia (2,1), a mucha distancia de países como Inglaterra (1,4) (Lepine et al., 1997; Angst et al., 2002). En España la situación de empleo de las mujeres muestra diferencias notables con otros países de Europa occidental (Montero et al., 2004), lo que puede influir en los costes indirectos si se contabiliza el trabajo no remunerado o informal.

Existen diferencias notables en la práctica médica en atención primaria y especializada con respecto a otros países europeos. En el estudio ESEMeD, la tasa de consultas efectuadas por personas con depresión (depresión mayor y distimia) era del 60,4%, en un punto medio-alto entre las tasas de Holanda (71,0%) y Bélgica (62,4%) que se sitúan por encima, y las de Francia, Alemania e Italia que se sitúan por debajo. Sin embargo, la proporción entre visitas a médico general y a psiquiátrica era la más reducida de los 6 países de Europa occidental analizados, lo que apuntaría a un exceso de visitas en atención especializada. Además, la proporción entre visitas de psiquiatra y psicólogo muestran grandes diferencias entre Holanda, donde la mayoría de consultas especializadas son efectuadas por psicólogos (64,8% frente a un 25,5% efectuadas por psiquiatras con respecto al total de consultas), y España donde la mayoría de consultas especializadas son efectuadas por psiquiatras (43,8% del total) (Kovess-Masfety et al., 2007). Ello no sólo se traduce en un alto consumo de recursos, sino también en un posible uso inadecuado de los mismos en España. Las variaciones de la práctica médica también se constatan entre diferentes CCAA en España en cuanto a la hospitalización por trastornos depresivos (Aizpuru et al., 2008).

Las diferencias existentes en cuanto al uso de servicios y las necesidades de los pacientes con depresión entre España y otros países europeos tienen implicaciones en cuanto a la planificación de servicios sanitarios. En primer lugar, estas diferencias indican que los datos de coste de enfermedad sobre depresión en Europa no pueden extrapolarse al caso español. En segundo lugar, las prioridades globales y las estrategias europeas sobre prevención de la depresión y el suicidio pueden tener impactos muy diferentes en países con altas tasas de depresión y suicidio en comparación con aquellos países en los que estas tasas se encuentran entre las más bajas de la UE, como es el caso de España. Ello hace que las prioridades establecidas a nivel europeo pueden diferir de las que serían realmente relevantes en el conjunto del estado o en las diferentes comunidades autónomas, y los indicadores globales de la OMS, OCDE o de la Unión Europea (p.ej. Wahlbeck y Mäkinen, 2008) puede que no informen adecuadamente sobre la respuesta del sistema sanitario a las necesidades de este grupo de población.

Por otro lado, en España se da un problema de interoperabilidad semántica que afecta a la validez de los registros de depresión. El sistema nacional de salud utiliza una codificación para el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los centros asistenciales que no corresponde a la clasificación internacional vigente (CIE-10). Este sistema (CIE9MC) (Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, 2008), presenta problemas de interoperabilidad semántica en el caso de los trastornos depresivos. Independientemente de las diferencias



existentes en las sucesivas versiones de la CIE9MC desde 1989; la edición vigente (Sexta edición, 2008) incluye en un solo código la depresión bipolar y unipolar (296) y separa depresión unipolar y “neurótica” (300.4), mientras ésta no puede diferenciarse de la distimia. Esto hace que la codificación CIE9MC no sea directamente transferible a la clasificación vigente de la OMS (CIE10), que es utilizada en otras bases de datos en Cataluña. A ello se une el problema de la transferencia de información de los registros de atención primaria, especializada, hospitalaria y farmacéutica aun cuando se utilicen sistemas comunes de clasificación, dada la diferente manifestación de los trastornos afectivos en atención primaria y especializada.

Desde el punto de vista de política sanitaria nacional, se ha dado escasa relevancia a la información sobre los costes. La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud no menciona entre sus indicadores los costes de la enfermedad o de las intervenciones sanitarias (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Ello constituye una notable barrera para el desarrollo de los estudios de costes de salud mental en España (Salvador-Carulla, 2008b).

En lo referente al coste de enfermedad de la depresión en España, Sobocki señala unos costes totales por depresión (excluyendo trastorno bipolar) de 5.005 millones de euros en 2004; de los que 985 millones corresponderían a costes médicos, 449 millones al consumo de fármacos, 3.385 a los costes por pérdida de productividad y 187 millones a los costes de la mortalidad atribuida a depresión (Sobocki et al., 2006). A pesar de su baja fiabilidad dado el método empleado para la obtención de los resultados, esta estimación se ha tomado como referente para descripción de la situación en España (Valladares et al., 2009). Oliva y colaboradores efectuaron una estimación de los costes totales de los trastornos mentales para España en 2002 (Oliva-Moreno et al., 2008). Según estos autores, los trastornos afectivos (depresión y trastorno bipolar) supusieron unos costes de 2.332 millones de euros en 2002. Los costes directos sanitarios se estimaron en 648 millones de euros (27,8% del coste total); y los costes indirectos se estimaron en 1.685 millones euros (72,2% del coste total). Los costes directos sanitarios de los trastornos afectivos representaban un 1,8% del gasto total sanitario público en el año 2002 en España. Estos autores estimaron los costes de los trastornos mentales en Canarias para el mismo año (López-Bastida et al., 2004). Existe también una estimación de los costes de los trastornos mentales en Aragón (Barbero Lahoz y Navarro Paniagua, 2005). Por otro lado se han publicado datos sobre la utilización y los costes de atención especializada en salud mental de un área sanitaria en Madrid (Baca-Garcia et al., 2008).



Costes de la depresión en Cataluña

En los últimos años se ha efectuado un esfuerzo notable por mejorar la atención de salud mental en Cataluña. Este esfuerzo ha ido acompañado de la incentivación de la investigación de servicios y el desarrollo de una política de planificación de salud basada en evidencia desde la “Direcció General de Planificació i Avaluació Sanitària”, que incluye el uso de sistemas de información geográfica, la elaboración del mapa sanitario de Cataluña (de la Puente y Fusté, 2008, Frigola et al., 2008), los costes de programas de atención en Cataluña (Gisbert et al., 2007) y los costes por pérdida de productividad debidos a enfermedad (Oliva Moreno, 2008; Oliva, 2008b), entre otros estudios comisionados.

Por otra parte, Cataluña cuenta con una notable base de información sobre la morbi-mortalidad y sobre la utilización de recursos para depresión. En gran parte esta base de conocimiento ha sido realizada o comisionada por el propio departamento de salud. La Encuesta de Salud de Cataluña (Enquesta de Salut de Catalunya, ESCA) aporta una información básica sobre trastornos mentales referidos, estrés psíquico global (ansiedad/depresión) a través de GHQ-12 y uso de recursos por problemas mentales (Mompert et al., 2007a). El estudio europeo ESEMeD/MHEDEA sobre epidemiología de los trastornos mentales, cuenta con una rama específica del estudio en Cataluña (SAMCAT) que incluye entrevistas con 1.619 personas y cuyos datos aparecen recogidos en el Plan Director de Salud Mental (Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació, 2006). Además, se ha efectuado un estudio con una metodología similar en atención primaria (DASMAP) (Serrano-Blanco et al., 2009) y se cuenta con información del uso de recursos en atención especializada (CMBD-SM) y hospitalaria (CMBD-H) (Frigola et al., 2008). Existe también una notable producción científica sobre el uso de servicios por depresión y sus factores relacionados, fundamentalmente en atención primaria (Chisholm et al., 2003; Serna Arnáiz et al., 2006; Serna Arnáiz 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 el coste-efectividad de alternativas terapéuticas (Serrano-Blanco et al., 2006), o sobre su coordinación con atención especializada (Luciano Devis et al., 2009), y con atención farmacéutica (Rubio-Valera et al., 2009). También se cuenta con información sobre los patrones de atención especializada y uso en pequeñas áreas sanitarias de Cataluña comparadas con áreas de otras comunidades autónomas (Salvador-Carulla et al., 2005; Pezzimenti et al., 2006).



En este contexto, la salud mental ha recibido una atención especial por parte del Departament de Salut y ello ha tenido un impacto sobre el conjunto del sistema sanitario (de la Puente, 2006). El Plan Director de Salud Mental de Cataluña (Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació, 2006), señala entre sus objetivos el desarrollo de nuevos sistemas de gestión y financiación; así como una nueva cartera de servicios con un sistema de gestión integrada y reorganización de los servicios existentes a las necesidades estratégicas. Además la promoción de la evaluación de servicios constituye un objetivo específico dentro del plan. También el análisis de los costes y la adecuación del plan de salud mental a los criterios señalados por las diferentes directrices europeas sobre salud mental (de la Puente, 2006), forma parte de la política de salud mental actual.

Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos señalados, existen dificultades para aplicar esta base de conocimiento a la toma de decisiones sanitarias. En primer lugar, la información agregada disponible para el conjunto del estado no es aplicable a la planificación en Cataluña, dada la variabilidad territorial y las diferencias entre comunidades autónomas en cuanto al modelo asistencial, de financiación y de provisión de recursos (Salvador-Carulla, 2008a). En segundo término, la información disponible sobre los costes directos de los programas de salud (Gisbert et al., 2007), y sobre los costes indirectos por enfermedad en Cataluña (Oliva, 2008b), no permiten su uso para la planificación de salud mental.

En el estudio de costes de los programas de atención del Servei Català de la Salut (Gisbert et al., 2007), se abordan aspectos de gasto/financiación y aspectos de coste de enfermedad, lo que impide un análisis adecuado de ambos componentes de la economía sanitaria. Además la agregación efectuada no permite el análisis de los costes relacionados con salud mental. A modo de ejemplo, este informe agrupa bajo el epígrafe “salud mental” la atención socio-sanitaria de psicogeriatría para enfermedades neurodegenerativas y no efectúa una desagregación por grandes grupos de enfermedades mentales. Por otro lado, la agrupación de costes efectuada para cada programa del Servei Català de la Salut tampoco permite un análisis para la toma de decisiones sanitarias. El epígrafe “atención primaria” engloba la atención especializada de salud mental; y en “atención farmacológica” incorpora todo el gasto del grupo farmacéutico de psicofármacos, lo que impide conocer la parte destinada a enfermedades mentales. Ello hace que las tasas de distribución de costes directos no puedan utilizarse como indicadores fiables para el seguimiento o el diagnóstico del sistema. Ello es particularmente relevante ya que el gasto en psicofármacos o el gasto en salud mental con respecto al gasto total de salud, constituyen indicadores de primer orden para evaluación del sistema de salud mental (Saxena et al., 2007).

En lo referente a los costes indirectos, la situación es similar, ya que el estudio efectuado (Oliva, 2008b) no ha permitido desagregar los costes por incapacidad laboral en función de grupos diagnósticos, lo que impide extraer el conocimiento necesario para su aplicación en planificación de salud mental. Algo similar acontece con respecto a la información sobre mortalidad al no poder desagregar las causas de muerte atribuibles a salud mental.

Por otro lado, la información generada por los diversos estudios parciales y locales señalados con anterioridad requiere un análisis pormenorizado para su incorporación a una base de conocimiento útil para la toma de decisiones sanitarias. Esta labor se efectuó al elaborar el plan de salud (Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació, 2006), pero debe completarse con el notable cuerpo de conocimiento publicado en los tres últimos años.

El presente estudio pretende contribuir a la toma de decisiones y la planificación en salud mental generando una base de conocimiento sobre los costes de la salud mental en Cataluña. Esta se centra sobre los costes de la depresión por los siguientes motivos 1) Se trata de la agrupación con mayores costes y carga para el conjunto de la sociedad y para el sistema sanitario, por lo que la depresión constituye un objetivo prioritario de la salud a nivel global; 2) presenta importantes implicaciones tanto en cuanto a los costes indirectos por pérdida de productividad como para los costes directos en sus diferentes epígrafes (asistencia primaria, especializada, hospitalización y costes farmacéuticos); 3) permite establecer comparaciones de evolución del sistema general de salud en el tiempo y entre territorios; 4) constituye un modelo útil para evaluar costes de otros trastornos mentales al abordar los costes de todos los epígrafes señalados anteriormente, y 5) forma parte de las estrategias nacionales y europeas en la promoción de la salud mental.

1.1 Objetivos del estudio

La **finalidad** del estudio es contribuir a una política sanitaria de salud mental basada en evidencia mediante la estimación del coste de la depresión en Cataluña para la población adulta para el año 2006 basado en un enfoque de prevalencia.

Los **objetivos específicos** son:

Estimación de los costes de la depresión en Cataluña desde la perspectiva de la sociedad

- a. Costes directos por consumo de recursos para la depresión (atención primaria, especializada, hospitalaria y farmacéutica).
- b. Estimación de los costes indirectos por pérdida de productividad asociada a la depresión (morbilidad y mortalidad).

El estudio tiene además dos **objetivos adicionales** relacionados con el Pla Director de Salut Mental i Adiccions 2006:

1. Valoración de la utilidad del método y del conocimiento generado para una política de salud mental basada en evidencia (relacionado con objetivos 7 y 9 del Plan Director)².
2. Estimular la cooperación con organizaciones europeas en campo de la salud mental (relacionado con objetivo 9 del Plan Director)³

1.2. Estructura del informe

En el siguiente apartado de este informe se explica la metodología seguida en el estudio para la estimación de los costes de la depresión. Se describen las fuentes utilizadas para cada una de las estimaciones realizadas. El apartado se divide en cuatro secciones en la que se explican los métodos utilizados para los cálculos referentes a la utilización de los recursos sanitarios directos y la pérdida de productividad laboral debida a la depresión. Además se explica, para cada categoría de costes, cómo se realizaron las estimaciones. También se explica el modelo de simulación desarrollado para realizar una aproximación probabilística a los costes sanitarios directos. Asimismo, se presentan los cálculos del coste de la atención primaria y de la atención especializada utilizando fuentes de datos alternativas.

En el apartado siguiente se presentan los resultados de las estimaciones de costes realizadas. Primero se presentan los resultados de la estimación de la prevalencia de la depresión para Cataluña en el 2006. Después se exponen las estimaciones para cada categoría de costes comenzando con los costes sanitarios directos seguido de las

²Objetivo 7.2: “Proseguir con el proceso de evaluación externa”; Objetivo 9: Promoción de la investigación de evaluación de servicios.

³Objetivo 9.3.: Estimular la cooperación con países europeos y organismos internacionales

estimaciones de los costes indirectos. A continuación se muestra el coste total de la depresión en Cataluña. Por último, en este apartado se presentan los resultados del modelo de simulación de los costes sanitarios directos así como del análisis de sensibilidad del coste de la atención primaria.

En el apartado final se presenta una discusión de los resultados. En esta discusión se comentan algunos aspectos generales del estudio así como los resultados de costes de la depresión en Cataluña en las que se realizan comparaciones con estudios nacionales e internacionales. Asimismo se exponen algunas cuestiones referentes a la utilidad de la metodología utilizada en el estudio.

2. Metodología

Se trata de un estudio de prevalencia-año del coste de enfermedad de la depresión en 2006 en Cataluña. Sigue una perspectiva de la sociedad en su conjunto. Se ha utilizado un diseño mixto cualitativo/cuantitativo (Baum, 1995) y una aproximación de síntesis cruzada (Mays et al., 2005a; Mays et al., 2005b; Mays et al., 2006), que combina información de arriba-abajo de bases de datos autonómicas de uso de servicios sanitarios y de bajas laborales, y de abajo-arriba mediante encuestas de salud y estudios observacionales publicados y en elaboración así como análisis directo de bases de datos de estudios y fuentes de datos propias. El análisis cualitativo ha incluido grupos nominales (MacPhail, 2001). Se ha efectuado una triangulación de datos en el caso de variables inciertas cuando existían diferentes fuentes disponibles (Denzin, 2006).

Población de estudio

El estudio se refiere a la población general de Cataluña adulta (18+) de ambos sexos afecta de depresión según criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Dada la coexistencia de dos sistemas de codificación oficiales en las bases de datos españolas ha sido necesario elaborar la transferencia de codificación entre CIE-9MC y CIE-10. Esta equivalencia y las categorías específicas incluidas en el análisis han sido consensuadas por el equipo de trabajo y el primer panel de expertos.

Las diferentes fuentes utilizadas en el estudio utilizan tres clasificaciones diagnósticas diferentes para las que existen equivalencias establecidas: dos versiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades: CIE-9MC y CIE-10, y el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IVTR). Este último incorpora un sistema doble de codificación para adaptarse a los códigos de CIE-10 y CIE-9MC. En la Tabla se detallan las categorías incluidas en el estudio y los códigos según los diferentes sistemas de clasificación.

Tabla 1. Códigos de la CIE-9MC y CIE-10 asociados a la depresión utilizados en el estudio

Categorías diagnósticas ⁽¹⁾	CIM-9MC ⁽²⁾	CIM-10
Trastorno depresivo mayor, episodio único	296.2	F 32
Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente	296.3	F 33
Distimia	300.4	F34.1
Trastorno depresivo atípico	296.82	F38/F39
Psicosis depresiva	298.0	F33.3
Depresión neurótica	300.4	F32/F33
Trastorno depresivo no especificado (Depresión NE)	311	F32.9
Trastorno mixto ansiedad y depresión		F41.2

(1) DSM-IVTR incorpora la conversión de códigos CIE-9MC y CIE-10 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002)

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

Grupo de Trabajo

El estudio ha sido efectuado por la Asociación Científica PSICOST, la NIHR School for Social Care Research de la London School of Economics and Political Science (LSE) en colaboración con el Instituto de Psiquiatría de Londres y la Dirección de Salud Mental del Departament de Salut de Catalunya. También han participado el Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC), la Fundació Althaia, Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental y l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques. El organigrama del equipo de trabajo figura en el gráfico 1.

Gráfico 1. Equipo de Trabajo



Procedimiento

El **análisis cualitativo** consta en primer lugar de un cribado mediante revisión sistemática de la literatura sobre costes de depresión en Cataluña que incluye las publicaciones científicas en Pubmed, Scopus y Google Scholar; los documentos técnicos del Departament de Salut y del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, informes preliminares de investigaciones en curso y otros documentos relevantes. Las palabras clave para la revisión en bases de datos científicas fueron “depression”, “depressive disorder (s)”, “affective disorder (s)”, “mental disorder (s)”, “mental health”; “costs”; “Health economics”, “Catalonia”, “Spain”.

Se constituyeron dos grupos de expertos siguiendo el método de grupos nominales. El primer grupo nominal (Grupo “A”) está formado por 9 expertos en los diferentes temas relacionados con el estudio (epidemiología, uso de servicios, gestión de recursos, costes) y su objetivo es establecer las estimaciones básicas para el análisis que no figuran en las bases disponibles o que presentan resultados dispares (por ejemplo categorías diagnósticas que deben incluirse en el epígrafe de “depresión”, unidades de costes, proporción de visitas psiquiatra/psicólogo en centros de salud mental, suicidio atribuible a depresión), así como identificar nuevas bases de datos, avalar la adecuación de las bases seleccionadas. Se efectuaron dos reuniones (27 mayo 2008, 11 junio 2009). El segundo grupo nominal (Grupo “B”) está constituido por 9 responsables y técnicos de las diferentes unidades del Departament de Salut y otros

organismos oficiales, así como responsables de las bases de datos o de estudios y programas específicos relacionados con el mismo. Este segundo grupo ayudó en la selección de ítems clave de las bases de datos para su análisis y en la validación de la validez de los resultados del estudio. Se realizaron tres sesiones de trabajo. (Anexo I)

Además, se efectuaron reuniones con diversos expertos para temas concretos relacionados con aspectos específicos del estudio. El listado completo de participantes figura en el Anexo II.

Dada la diversidad y heterogeneidad metodológica de las fuentes disponibles, para el **análisis cuantitativo** se ha optado por un diseño de síntesis cruzada combinando diversas fuentes de datos de “arriba-abajo” y de “abajo-arriba”. Se utilizan diferentes fuentes estadísticas que tratan datos relacionados con la depresión y se cruzan algunos de dichos datos para evaluar su potencial validez y fiabilidad. Se combinan pues los datos procedentes de diferentes fuentes y aproximaciones (por ejemplo, estadísticas agregadas de utilización de recursos sanitarios, estadísticos de carácter local o procedentes de un trabajo de campo específico, opiniones de expertos, etc.) de modo que pueden contrastarse los resultados obtenidos y elaborar diferentes opciones según los supuestos establecidos. En los casos en los que no se dispuso de datos precisos se realizaron supuestos que se explican a lo largo del informe.

Cuando los datos lo permiten, se presentan los resultados desagregados por grupos diagnósticos, género y grupo etario. Para el estudio los grupos de edad que se utilizan son 18-39, 40-64 y 65 y más.

Fuentes de datos

En la Tabla 2 figuran las fuentes de datos utilizadas en este estudio. Se han utilizado 14 fuentes diferentes para completar la información del estudio.

Estimación de la prevalencia

El número de casos de depresión en Cataluña para el 2006 se estimó a partir de los datos de la población de referencia según el Registro Central de Asegurados (corte a diciembre de 2005) y de la prevalencia-año del estudio epidemiológico sobre la población general de Catalunya del “European Study of Epidemiology of Mental Disorders-SAMCAT” (ESEMeD-SAMCAT, 2002) (Alonso et al., 2004; Haro et al., 2008; Gabilondo et al., 2009). Los datos de este estudio se recogieron entre 2001 y 2003 y, la muestra es de 1.619 casos. Este estudio ha sido utilizado en la elaboración del Plan Director de Salud Mental de Cataluña y se considera la fuente de información más fiable.

Tabla 2. Fuentes de datos para el estudio COSTDEP

Nombre de la fuente	Acrónimo	Año de Ref.	Características	Categoría de costes	Referencia	Sistema de clasificación
<i>Encuesta de Salud de Cataluña</i>	<i>ESCA</i>	<i>2006</i>	<i>Encuesta de salud</i>		<i>Mompart et al., 2007a</i> <i>Mompart et al., 2007b</i>	no
<i>Registro Central de Asegurados</i>	<i>RCA</i>	<i>2006</i>	<i>Población de referencia del CatSalut que identifica a todos los asegurados con tarjeta sanitaria</i>			
<i>Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospital General Agudos</i>	<i>CMBD-HGA</i>	<i>2006</i>	<i>Base de datos de atención sanitaria - datos Cataluña (forma parte de registro nacional)</i>	<i>Atención hospitalaria aguda en Hospitales Generales</i>		CIE9MC
<i>Conjunto Mínimo Básico de Datos – Hospitales Monográficos Psiquiátricos</i>	<i>CMBD-HMP</i>		<i>Base de datos de atención sanitaria – datos Cataluña</i>	<i>Atención hospitalaria en Hospitales Monográficos Psiquiátricos</i>		CIE9MC
<i>Conjunto Mínimo Básico de Datos - Centros de Salud Mental Adultos</i>	<i>CMBD-SMA</i>	<i>2006</i>	<i>Base de datos de atención sanitaria – datos Cataluña</i>	<i>Atención especializada</i>		CIE9MC
<i>Datamart de Farmacia</i>	<i>Datamart</i>	<i>2006</i>	<i>Datos de farmacia (consumo y coste)</i>	<i>Atención farmacológica</i>		no
<i>Intercontinental Marketing Services</i>	<i>IMS</i>	<i>2006</i>	<i>Costes farmacológicos para Cataluña 2006</i>	<i>Atención farmacológica</i>		CIE-10
<i>Encuesta de Estructura Salarial</i>	<i>EES</i>	<i>2006</i>	<i>Encuesta coste laboral (registro nacional)</i>	<i>Costes de morbilidad y mortalidad</i>	<i>Instituto Nacional de Estadística, 2006a</i>	

<i>Encuesta de Población Activa</i>	<i>EPA</i>	<i>2006</i>	<i>Encuesta laboral (registro nacional)</i>	<i>Costes de morbilidad y mortalidad</i>	<i>Instituto Nacional de Estadística, 2006b</i>	
<i>Análisis de la incapacidad temporal y de la incapacidad permanente</i>	<i>ICAM-IT</i>	<i>2007</i>	<i>ICAM : Institut Català d'Avaluacions Mèdiques Datos de incapacidad temporal (IT)</i>	<i>Pérdida de productividad por IT</i>	<i>Institut Català d'Avaluacions Mèdiques, 2008</i>	<i>CIE9MC CIE-10</i>
	<i>ICAM-IP</i>	<i>2007</i>	<i>ICAM: Datos incapacidad permanente (IP)</i>	<i>Pérdida de productividad por IP</i>		
<i>Boletín de estadísticas laborales.</i>	<i>MTAS-IP</i>	<i>2006</i>	<i>Datos incapacidad permanente Actualizado a 30 de Junio, 2009. (Ministerio de Trabajo)</i>	<i>Morbilidad</i>	<i>Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009</i>	<i>n/a</i>
<i>Análisis de la mortalidad en Cataluña</i>	<i>(Mort)</i>	<i>2006</i>	<i>Estudio que incluye datos de mortalidad en Cataluña por grupos diagnósticos</i>	<i>Mortalidad (muerte prematura)</i>	<i>Servei d'Informació i Estudis, 2008</i>	<i>n/a</i>
<i>European Study of the Epidemiology of Mental Disorders-SAMCAT</i>	<i>ESEMeD-SAMCAT</i>	<i>2002</i>	<i>Estudio de Prevalencia en población general (prevalencia- 12 meses) (Cataluña)</i>	<i>Prevalencia año</i>	<i>Alonso et al., 2004 Haro et al., 2008</i>	<i>DSM-IV</i>
<i>Diagnòstic i Avaluació de Salut Mental a l'Atenció Primària</i>	<i>DASMAP</i>	<i>2006</i>	<i>Estudio Prevalencia asistida en asistencia primaria en 77 CAPs de Cataluña</i>	<i>Prevalencia año</i>	<i>Serrano-Blanco et al., 2009</i>	<i>DSM-IV</i>
<i>Interventions for Depression Improvement</i>	<i>INDI</i>	<i>2007</i>	<i>Ensayo aleatorizado con rama control representativa de tratamiento</i>	<i>Prevalencia año</i>	<i>Aragonès et al., 2007</i>	

			<i>usual en 20 CAPS de Tarragona</i>			<i>DSM-IV</i>
<i>Fuentes diversas (ver Tabla 11)</i>	<i>varios</i>	<i>varios</i>	<i>Costes unitarios</i>			
<i>Centros de Referencia</i>						
<i>Fundació Althaia</i>	<i>Althaia</i>	<i>2006</i>	<i>Costes unitarios</i>			
<i>Parque Sanitario Sant Joan de Déu</i>	<i>PSSJD</i>	<i>2006</i>	<i>Costes unitarios</i>			

n/a: No aplicable

2.1. Utilización de recursos sanitarios

Dada la diversidad de fuentes utilizadas en el estudio (véase Tabla 2), estimamos conveniente presentar las fuentes de acuerdo a la utilización de recursos. En este apartado presentamos las fuentes correspondientes a la atención primaria, la atención especializada, la atención hospitalaria y la atención farmacológica.

Atención primaria

La población de referencia para el 2006 es del Registre Central d'Assegurats (**RCA**) que utiliza el corte de población a 31 de diciembre de 2005. Los asegurados son las personas que cuentan con la tarjeta sanitaria que les da derecho a recibir atención en el sistema sanitario público catalán. Cada asegurado del CatSalut cuenta con una identificación única mediante el código de identificación personal (CIP). La aplicación RCA permite la gestión y la consulta de los datos de los asegurados y se actualiza por parte de las unidades proveedoras de servicios sanitarios. Esta aplicación también permite gestionar la emisión de tarjetas sanitarias, la distribución de los asegurados por áreas básicas de salud y la asignación de la unidad proveedora de atención primaria (Servei Català de la Salut, 2009).

La utilización de servicios en atención primaria para pacientes con diagnóstico de depresión se basa en los datos de las siguientes fuentes primarias: El estudio Diagnòstic i Avaluació de Salut Mental a l'Atenció Primària (**DASMAP**) realizado entre octubre 2005 y marzo 2006 (Serrano et al 2009). Este estudio se realizó en 77 centros que cubrían 10 regiones de Catalunya. El tamaño de la muestra es de 3.815 pacientes. Los datos se derivan de de las entrevistas epidemiológicas (SCID-I) realizadas y de la historia clínica informatizada (HCI). El SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) es la versión de la entrevista para investigación que incluye los módulos de episodio depresión mayor, distimia y trastorno de ansiedad y excluye trastorno obsesivo-compulsivo. También se utilizó la Enquesta de Salut de Catalunya (**ESCA**) de 2006 (Mompert et al., 2007a; Mompert et al., 2007b). Se efectuaron 18.126 entrevistas, de las cuales 15.926 se realizaron a población adulta (de 15 años y más), y 2.200 a menores de 15 años. Los resultados permiten analizar aspectos relacionados con la percepción de los ciudadanos encuestados sobre su estado de salud y enfermedad, los estilos de vida así como la utilización, valoración y expectativas de los servicios asistenciales y el sistema sanitario. De forma adicional y para contrastar la información obtenida, se utilizó la base de datos del estudio "Interventions for Depression Improvement" (**INDI**) (Aragonès et al.,

2007), con respecto al uso de servicios del grupo control en 20 CAPS de Tarragona; así como los datos publicados sobre la utilización de servicios en atención primaria por pacientes con depresión en áreas de atención primaria de Badalona (Sicras Mainar et al., 2010) y Lleida (Serna Arnaiz et al., 2007).

Estimación del número de visitas a médico general de los pacientes con diagnóstico de depresión

No se cuenta con un registro de casos de atención primaria en Cataluña para el año de referencia. Las estimaciones se han efectuado de la siguiente manera:

1. Para estimar la población asegurada que se atendió en los CAPs por cualquier motivo, la población de referencia asegurada de Cataluña del RCA se multiplicó por el porcentaje de la población que declaró en la ESCA haber visitado al médico de cabecera en los últimos 12 meses. Para ello se ha utilizado la pregunta de la ESCA-102: *“En els darrers 12 mesos, ha estat visitat per algun dels següents professionals sanitaris o sociosanitaris per motiu de la seva salut?”* La opción del profesional es 01. *Metge /essa de medicina general i/o de capçalera.*

Población asegurada que se atendió en los CAPs por cualquier motivo
 = (población de referencia asegurada de Cataluña del RCA)
 × (población que declaró en la ESCA haber visitado al médico de cabecera en los últimos doce meses)

2. Del estudio DASMAP se obtiene la prevalencia un año para los trastornos del estado de ánimo, por género y grupo de edad. Esta prevalencia se multiplica por la población asegurada que se visitó en los CAPs por cualquier motivo (paso 1) para estimar la población con diagnóstico de depresión atendida en los CAPs.

Población con diagnóstico de depresión atendida en los CAPs
 = (prevalencia-año para los trastornos del estado de ánimo del DASMAP)
 × (población asegurada que se visitó en los CAPs por cualquier motivo)

3. También del DASMAP obtenemos el porcentaje de la población con depresión según la entrevista realizada que coincide con el diagnóstico de depresión del médico según historia clínica informatizada. Aquí asumimos que el médico ha detectado la depresión y está tratando por este problema. Aplicando este porcentaje a la población con diagnóstico de depresión atendida en los CAPs obtenemos el número total de personas con depresión que el médico ha detectado y que está tratando. Utilizando este criterio de coincidencia se excluyen aquellas personas con depresión según la SCID que cumplen criterios para

depresión pero que el médico, asumimos, no ha detectado. También estaríamos excluyendo aquellos casos con depresión según el médico que la SCID no detectó.

Número de personas que tienen depresión según entrevista que el médico está tratando
 = [(población con diagnóstico de depresión atendida en los CAPs)
 × (porcentaje de la población con depresión según entrevista que coincide con el diagnóstico del médico)] ÷ 100

4. La media de visitas al CAP que realizan las personas con depresión en las que el diagnóstico coincide en la entrevista y en la HCI se obtiene del DASMMap. La media de visitas se multiplica por el número de personas que tienen depresión que el médico "está tratando" para estimar el número total de visitas realizadas a los CAPs.

Número total de visitas realizadas en los CAPs de pacientes con depresión
 = (número de personas que tienen depresión según la entrevista que el médico está tratando)
 × (media de visitas a médico general entre los que coincide el diagnóstico)

Atención especializada

Los datos de la atención especializada ambulatoria provienen de los Centros de Salud Mental para Adultos (CSMA) de Cataluña para el 2006. La fuente es la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Salud Mental (CMBD-SM). El CMBD-SM recoge los datos de las visitas a los CSMA utilizando para su codificación la CIE-9MC. Los datos del análisis incluyen los siguientes diagnósticos de depresión: Trastorno depresivo mayor - episodio único y episodio recurrente, distimia, trastorno depresivo atípico, psicosis depresiva, depresión neurótica, trastorno depresivo no clasificado (Depresión no especificada) y trastorno mixto ansiedad y depresión.

Las actividades de los CSMA se clasifican de la siguiente manera: Primera visita, visita de seguimiento, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, tratamiento familiar, atención de enfermería, trabajo social, pruebas complementarias (psicológicas), visitas a domicilio y visitas no programadas. Las primeras visitas pueden ser más de una si el paciente ha sido dado de alta previamente en el mismo año. Se contabilizan todas las que recoja el CMBD-SM.

Siguiendo esta clasificación de actividades se obtuvo los datos para todos diagnósticos y para cada uno de los códigos diagnósticos de depresión incluidos en el estudio. Además los datos están agrupados por género y grupos de edad. Se seleccionaron únicamente los pacientes en los CSM de adultos. Se incluyeron sólo los pacientes con diagnóstico "correcto" y aquellos etiquetados como "inespecíficos" por faltarle la última cifra del código CIE (ya que ésta no es necesaria en el estudio).

Los pacientes con más de 105 años o menos de 18 años se incluyeron en la categoría “Sin datos” al considerarse como errores. Los registros con datos sin especificar respecto a la edad o género se distribuyeron proporcionalmente entre los diferentes grupos de género y edad.

Aunque en un principio se distinguía entre la financiación pública y privada, la diferencia era mínima y, por tanto, asumimos el universo de los datos.

Las actividades de los CSMA las pueden realizar diferentes profesionales (psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social). Sin embargo, el CMBD-SM no recoge datos que permitan identificar el profesional que realiza cada actividad. Por esta razón, se realizaron estimaciones basadas en la opinión de expertos sobre los pesos que cada profesional tiene para cada actividad (véase Tabla). En el apartado de discusión comparamos estas estimaciones con las de otros estudios.

Tabla 3. Estimación de los pesos de cada profesional en cada actividad de los CSMA (Cataluña, 2006)

Actividad	Psiquiatra	Psicólogo	Enfermería	Trabajador social
Primeras visitas	95%	5%		
Visitas sucesivas	80%	20%		
Visitas domiciliarias	5%		45%	50%
Visitas no programadas	10%	5%	40%	45%
Psicoterapia individual	30%	55%	15%	
Psicoterapia grupal	20%	45%	20%	15%
Tratamiento familiar	10%	30%	10%	50%
Pruebas complementarias	5%	60%	30%	5%

*Estimaciones basadas en la opinión de expertos

Atención hospitalaria

Las principales fuentes de datos para calcular el número de pacientes con depresión que han sido hospitalizados es la información recogida en el CMBD para Hospitals Generals d'Aguts (HGA) y para Hospitals Monogràfics Psiquiàtrics (HMP) para el año 2006. El CMBD-AH facilita el número de altas hospitalarias así como las estancias medias, según la clasificación del CIE-9MC. Se seleccionaron para el análisis los mismos diagnósticos de depresión que en el caso de la atención especializada.

1) CMBD de Hospital General de Agudos

En el caso del CMBD-HGA, se seleccionaron los siguientes hospitales pertenecientes a la red de salud mental pública:

- Hospital Universitario de Bellvitge
- Hospital Universitario de la Vall d'Hebron
- Hospital Clínic y Provincial de Barcelona
- Hospital Mútua de Terrassa
- Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell
- Consorcio Sanitario de Terrassa
- Hospital del Mar, Consorcio Parc de Salut Mar de Barcelona
- Hospital Santa Maria de Lleida
- Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona

Se seleccionaron únicamente los pacientes dados de alta en servicios de psiquiatría.

2) CMBD de Hospital Monográfico Psiquiátrico

En el caso del CMBD-HMP se seleccionaron los pacientes de los siguientes hospitales con servicios de agudos de la red de salud mental pública:

- Althaia, Manresa
- Hospital Psiquiátrico Martorell
- Centro Dr. Emili Mira, Consorcio Parc de Salut Mar de Barcelona
- Benito Menni, complejo asistencial de Sant Boi
- Hospital Mare de Déu de la Mercè
- Hospital de Sant Boi, Parque Sanitario Sant Joan de Déu
- Hospital Duran y Reynals, Fundación Sociosanitaria de Barcelona
- Hospital Sant Rafael
- Hospital General de Vic, Consorcio Hospitalario de Vic
- Instituto Pere Mata de Reus
- Hospital de Mataró, Consorcio Sanitario del Maresme
- Centro Fòrum, Consorcio Parc de Salut Mar de Barcelona
- Hospital General de Granollers
- Hospital Santa Caterina, Parque Hospitalario Martí i Julià
- Unitat Polivalent en Salut Mental d'Amposta

Los pacientes con más de 105 años y menos de 18 años se han considerado en la categoría “Sin datos” al considerarse error. Los pacientes para los que no especifica edad o género se distribuyeron proporcionalmente entre los diferentes grupos de edad y género.

Atención farmacológica

En este apartado se describe el tratamiento farmacéutico ambulatorio de la depresión (el tratamiento farmacéutico hospitalario se incorpora a los costes del día de estancia hospitalaria).

Los grupos farmacéuticos seleccionados para el análisis son aquéllos considerados más relevantes para el tratamiento de la depresión de los pacientes diagnosticados con la enfermedad. La selección se hizo según la opinión de los miembros del grupo nominal “A” (véase Anexo I) y figura en la Tabla .

Tabla 5. Grupos farmacéuticos

Antiepilépticos	N03A	Antiepilépticos
Antiparkinsonianos	N04A	Agentes anticoligérgicos
Psicolépticos	N05A	Antipsicóticos
	N05B	Ansiolíticos
	N05C	Hipnóticos y sedantes
Psicoanalépticos	N06A	Antidepresivos
	N06B	Psicoestimulantes , agentes utilizados para la ADHD y nootrópicos
	N06D	Fármacos anti-demenia

Para el análisis y presentación de los resultados los grupos terapéuticos se agruparon de la siguiente manera:

- Antidepresivos
- Hipnóticos y sedantes
- Antipsicóticos
- Ansiolíticos
- Antiepilépticos
- Otros grupos terapéuticos que incluye antiparkinsonianos, psicoestimulantes y nootrópicos, y fármacos anti-demenia

La fuente principal de datos sobre el consumo de fármacos proviene del Datamart de Farmacia del CatSalut para el año 2006. El Datamart recoge datos sobre la prestación farmacéutica, proporciona datos sobre las recetas por género y edad que permiten construir indicadores como coste por usuario (asegurado al que se ha prescrito como mínimo una receta en el periodo de referencia), coste por receta y recetas por usuario.

Para nuestro estudio contamos con el número de usuarios y con el número de recetas dispensadas por grupo terapéutico y género del usuario. El género de los pacientes a los que se les dispensó alguno de los fármacos sólo está disponible para el 80% de los datos registrados. Para los registros sin datos referentes al género del usuario se realizó una distribución proporcional.

Los datos del Datamart de Farmacia son globales, y no se distingue por diagnóstico. Por esta razón recurrimos a los datos del “International Marketing Service” (IMS) para Cataluña del 2006 (datos proporcionados por Lundbeck España para este estudio). El IMS proporciona datos de prescripciones y de ventas de los grupos terapéuticos para los pacientes cuyo diagnóstico principal es la depresión. Los diagnósticos considerados son F32, F32.9, F33, F33.3, F34.1, F38, F39. Estos datos se basan en el Estudio de Prescripción Médica (IMS EPM) y en el Estudio Mercado Farmacéutico por Comunidades Autónomas (EMFCCAA).

Utilizamos la distribución para cada grupo diagnóstico estimada en los datos de IMS y aplicamos esta distribución a los datos del Datamart para poder extrapolar del Datamart el consumo y el gasto atribuible a la depresión. Las recetas del Datamart se distribuyeron proporcionalmente entre los grupos terapéuticos según la distribución de las prescripciones del IMS.

2.2. Pérdida de productividad laboral por depresión

La pérdida de productividad asociada a la depresión se debe a periodos de baja laboral (incapacidad temporal), incapacidad permanente así como muerte prematura debida a suicidios o lesiones autoinflingidas.

Pérdida de productividad por incapacidad temporal

La incapacidad temporal es la situación en la cual un trabajador/a afiliado a cualquier régimen de la Seguridad Social (SS), no puede trabajar temporalmente por un problema de salud que requiere de la asistencia sanitaria. El comunicado médico de baja laboral es el documento que acredita que el problema de salud impide al trabajador/a realizar su trabajo habitual. El tiempo máximo que puede durar una IT es de 12 meses, prorrogable 6 meses más (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2008a).

La fuente principal utilizada como referencia es un análisis específico para nuestro estudio realizado por el Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM). A partir de este análisis contamos con el número de bajas laborales temporales por depresión así como la duración de las mismas. Las bajas laborales están clasificadas por diagnóstico de depresión (F32, F33, F38, F39, F41.2), género y grupos de edad (18-39, 40-64). Los datos se refieren al año 2007 ya que sólo a partir de dicho año se contaba con información fiable con respecto a los grupos diagnósticos dada la mejora cualitativa de la base de datos. Asumimos para este estudio, que el comportamiento de la incapacidad temporal (IT) por depresión es similar al del 2006.

Una fuente complementaria al análisis específico es el informe realizado por el ICAM (Institut Català d'Avaluacions Mèdiques, 2008) sobre la situación de la incapacidad temporal por contingencias comunes en Cataluña para el 2007.

La metodología seguida para las estimaciones es la siguiente:

1. Se consideran para el análisis los casos cuyo diagnóstico de alta en incapacidad temporal es la depresión, utilizando los códigos diagnósticos de depresión seleccionados. Se utilizó el diagnóstico de alta de la incapacidad temporal por considerarse más preciso que el diagnóstico registrado al darle la baja temporal al trabajador.

2. El número de total de días en incapacidad temporal se calcula multiplicando el número de altas por la duración media de la incapacidad temporal para cada diagnóstico de depresión, género y grupos de edad (18-39, 40-64). La edad legal de jubilación (permanencia en el mercado laboral) es 65 años.

$$\text{Número total de días de IT} = (\text{número de altas}) \times (\text{duración media de la IT})$$

3. El año productivo perdido considera el año natural que es de 365 días. Para obtener el número total de años productivos perdidos se divide el total de días en incapacidad temporal por 365 días.

$$\text{Número total de años productivos perdidos} = (\text{número total de días de IT}) \div 365$$

Pérdida de productividad por incapacidad permanente

La incapacidad permanente (IP) se refiere a la situación en la que el trabajador asalariado ve reducida o anulada su capacidad laboral de forma posiblemente definitiva. Se identifican cuatro grados de incapacidad (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2008b):

- IP Parcial: es aquella que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para la profesión habitual, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma
- IP Total: incapacidad que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las tareas fundamentales de su profesión habitual, siempre y cuando se pueda dedicar a una tarea diferente
- IP Absoluta: incapacidad que inhabilita completamente al trabajador para desarrollar cualquier profesión u oficio.
- Gran invalidez: como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, el trabajador necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse o comer.

La prestación económica relacionada con la IP trata de cubrir la pérdida de rentas salariales o profesionales que sufre una persona cuando está afectada por un proceso patológico o traumático derivado de una enfermedad o accidente, y ve reducida o anulada su capacidad laboral de forma importante. Utilizamos los datos de IP de 2007 al ser más precisos y contar

con información sobre grupos diagnósticos obtenida en un estudio específico efectuado para este estudio. Asumimos el mismo comportamiento de IP en ambos años.

La fuente principal es un análisis específico sobre la incidencia de la IP en Cataluña para 2007 realizado para este estudio por el ICAM y PSICOST con datos proporcionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Se analizaron 4.271 registros de IP propuestas para el grupo de salud mental (grupo 05) para la provincia de Barcelona. Se realizó una revisión del diagnóstico literal con el fin de identificar los nuevos casos de IP por diagnóstico de depresión. Los códigos de depresión utilizados en este análisis son F32, F33, F38, F39, F41.2. El análisis distingue entre las IP propuestas y las aceptadas. Un 10,69% de las IP aceptadas se refieren a diagnósticos de depresión. Podemos asumir que los datos de la provincia de Barcelona son representativos de Cataluña ya que la población de esta provincia representa un 74% de la población total de Cataluña (Institut d'Estadística de Catalunya, 2009). También se ha consultado el Boletín de Estadísticas Laborales del Ministerio de Trabajo (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009), en particular los cuadros resumen sobre “Pensiones de incapacidad permanente por comunidad autónoma” (PEN-25) y el de “importe medio de pensiones de incapacidad permanente por comunidad autónoma (PEN-26)”. El primero nos da los datos de prevalencia IP en Cataluña para el 2007.

$$\begin{aligned} & \text{Porcentaje de propuestas de IP por depresión aceptadas} \\ & = [(\text{número de propuestas de IP por depresión aceptadas}) \\ & \div (\text{número total de IP aceptadas})] \times 100 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{Número total de casos de IP por depresión} \\ & = (\text{número total de IP para Cataluña}) \\ & \times (\text{porcentaje de IP por depresión aceptadas: provincia de Barcelona}) \div 100 \end{aligned}$$

Ya que se cuenta con datos seriados de prevalencia sin desagregación por diagnósticos y con los de incidencia para 2007 del estudio antes señalado, se realizaron los siguientes supuestos:

- el comportamiento de IP aceptadas para la provincia de Barcelona es similar al de resto de provincias de Cataluña
- la edad y la mortalidad de las IP de depresión es similar a la de otros grupos de IP (aunque en principio la mortalidad sería más baja),
- es razonable considerar que el porcentaje de IP nuevas aceptadas con diagnósticos de depresión es aplicable al total de IP prevalentes en Cataluña

Se ha estimado que de las 161.800 IP prevalentes en Cataluña en 2007, un 10,69% (17.302) son por diagnósticos de depresión. La media de edad de los trabajadores de la muestra afectados por IP es de 49,8 años.

Pérdida de productividad laboral por muerte prematura.

Se han estimado los años potenciales de vida productiva perdida por muerte prematura (suicidio) de los pacientes con depresión. Estimamos que el porcentaje de suicidios atribuibles a la depresión en el 45%. Este valor se basa en resultados preliminares del estudio sobre suicidio en Cataluña (Palao et al., 2009, estudio en curso no publicado): 44% (2008) y 53% (2007) y del informe de consenso (Ayuso-Mateos et al., 2008) que estima el número de suicidios por depresión en España en 30 y 45%. Asumimos que la tasa de suicidios es igual para hombres y mujeres y para todos los grupos de edad.

Los datos de muerte por suicidio en Cataluña para el 2006 se obtuvieron del estudio publicado por el Department de Salut "Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya, 2006" (Servicio de Información y Estudios, 2008). En el estudio incluimos únicamente casos de suicidios completados. Las tentativas de suicidio se han excluido.

Número de suicidio atribuibles a la depresión por género y grupo de edad
= (número de suicidios por género y edad) × 45%

A partir de la Encuesta de Población Activa (Instituto Nacional de Estadística, 2006b) se obtuvo la tasa de ocupación para Cataluña en el 2006. La población ocupada y la población activa se refiere siempre a individuos de 16 o más años y a un periodo de referencia concreto, que para los fines de este estudio es el año 2006. A pesar de que el grupo etario más joven de este estudio tiene su intervalo inferior en 18 años, se considera asumible el error de estimación causado por utilizar en los cálculos un dato que incluye a las personas de 16 y 17 años, ya que, dado el bajo porcentaje de individuos activos/ocupados de 16 y 17 años en relación al resto de la población activa/ocupada, el supuesto no debería tener un impacto significativo en los resultados.

Número de suicidios atribuibles a la depresión de personas ocupadas por género y grupo de edad
= (número de suicidios d personas ocupadas por género y grupo de edad)
× tasa de ocupación por género y grupo de edad

La población económicamente activa es el conjunto de personas que trabajaban o hacían gestiones para hacerlo (buscaban trabajo) en el momento de la entrevista, mientras que la población ocupada es el conjunto de personas que tenían trabajo por cuenta ajena o por cuenta propia. La tasa de ocupación es el porcentaje de los ocupados entre los activos y se calcula dividiendo la población ocupada por la población activa. Las tasas de ocupación para Cataluña por género y grupo de edad se resumen en la Tabla 5.

Tabla 5. Tasa de ocupación para Cataluña (2006)

Grupo de edad	Hombres	Mujeres
Menores de 25 años	53,67	44,86
De 25 y más años	70,40	48,56

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2006b

Los años de vida perdidos (AVP) se calcularon a partir de diferencia entre los 65 años (la edad legal de jubilación en España) y la edad media de cada grupo de edad. Esta diferencia se multiplica por el número de suicidios ocurridos.

Años de vida perdida

$$= \sum (65 \text{ años} - \text{edad media de grupo de edad}) \\ \times (\text{número de suicidios por depresión en cada grupo de edad})$$

Los años potenciales de vida productiva perdida (APVPP) constituyen una estimación cuantificable del número de años de vida potencial o vida productiva perdidos. Se calcula multiplicando los AVP de cada grupo de edad por la tasa de ocupación correspondiente, ya que hay que tomar en cuenta sólo los individuos que estarían trabajando si no hubieran muerto por suicidio.

Años potenciales de vida productiva perdidos

$$= \sum (\text{años de vida perdidos de grupo etario}) \\ \times (\text{tasa de ocupación de grupo etario})$$

2.3. Análisis de costes

El estudio considera dos grandes categorías de costes: los costes sanitarios directos y los costes indirectos. Para las estimaciones utilizamos los costes unitarios según la contabilidad analítica de los centros colaboradores y, en el caso de estar disponibles, las tarifas oficiales.

Además, se realiza un análisis de sensibilidad en el que aplicamos los costes utilizados en estudios publicados a un modelo de simulación Montecarlo que se describe en el apartado 2.4.2.

2.3.1 Costes sanitarios directos

Los costes sanitarios directos son aquéllos relacionados con el consumo de recursos del sistema de atención sanitaria atribuibles al tratamiento de la depresión. Estos incluyen los costes asociados a la atención primaria, atención especializada, atención hospitalaria y atención farmacológica. Los costes derivados del uso de pruebas diagnósticas y de laboratorio se han considerado pero no se han computado en el análisis. Tampoco se incluyen en el estudio los costes directos no sanitarios soportados por el paciente y sus familiares, como pueden ser costes de los desplazamientos o del tiempo de los familiares durante las hospitalizaciones.

Los centros colaboradores son la Fundación Althaia y Parque Sanitario Sant Joan de Déu (PSSJD). La Fundació Althaia tiene un área de cobertura de 238.000 personas. La población de referencia de PSSJD para 2006 fue de 1.158.871. Los datos proporcionados por PSSJD incluye la distribución de los costes de estructura y consumos (relacionados con la estructura física - agua, luz, mantenimiento, etc.) proporcionalmente al porcentaje que representa el grupo profesional cuya actividad se mide. Por ejemplo, el coste unitario de la consulta con el psiquiatra – la media de todos los CSM es:

$$\frac{\text{(Costes psiquiatra + porcentaje de estructura y consumos)}}{\div (\text{número de visitas totales realizadas a psiquiatra})}$$

Para el coste de la estancia hospitalaria se utilizaron las tarifas oficiales publicadas en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (así como la base de datos de referencia de costes unitarios eSalud (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 2006; Gisbert y Brosa, 2006). En el caso del coste de la visita a médico general, el dato aportado por la Fundació Althaia se consideró como el dato de referencia más fiable. Las tarifas oficiales y costes unitarios utilizados en las estimaciones del coste de la depresión desde la perspectiva de la sociedad se resumen en la Tabla 6.

Tabla 6. Tarifas oficiales y costes unitarios (Cataluña, 2006)

Recurso	Tarifa 2006 (€)	Fuente
Visita a médico general	20,50	Fundació Althaia ⁽¹⁾
Día de estancia en unidad de salud mental– en hospital general - agudos	269,03	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 2006; Gisbert y Brosa, 2006 ⁽²⁾
Día de estancia en unidad de agudos – hospital psiquiátrico	133,57	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 2006; Gisbert y Brosa, 2006 ⁽²⁾
Consulta a psiquiatra	45,58	PSSJD ⁽³⁾
Consulta a psicólogo	61,03	PSSJD
Consulta a enfermera	29,37	PSSJD
Consulta a trabajador social	49,10	PSSJD

(1) Dato de referencia más fiable; (2) Tarifa oficial y base de datos eSalud; (3) Cálculos realizados mediante contabilidad analítica

Coste de la atención primaria

El coste total de la atención primaria para la población con diagnóstico de depresión se calcula multiplicando el coste de la visita a médico general por el número total de visitas realizadas a los CAPs por esta población. Los resultados se agrupan por género y grupo de edad.

$$\begin{aligned} &\text{Coste total de la atención primaria para la depresión} \\ &= (\text{coste de la visita a médico de cabecera}) \\ &\times (\text{número total de visitas realizadas a CAPs por población con depresión}) \end{aligned}$$

Coste de la atención especializada

En el apartado de utilización de recursos, se establecieron los pesos – el porcentaje de cada actividad del CSMA que realiza cada profesional. Por lo tanto, ha sido necesario utilizar una media ponderada del coste de cada actividad. Esta media ponderada se calculó a partir de las estimaciones realizadas por expertos sobre los pesos que cada profesional tiene para cada actividad. La Tabla 7 resume el coste medio ponderado para cada actividad. Se utilizan los costes unitarios para las visitas a psiquiatra, psicólogo, enfermería y trabajador social proporcionados por PSSJD, expuestos en el punto anterior.

Tabla 7. Estimación del coste medio ponderado de cada actividad de los CSMA

Actividad CSMA	Coste medio ponderado (€)
Primeras visitas	46,2575
Visitas sucesivas	48,5900
Visitas domiciliarias	40,0405
Visitas no programadas	41,4425
Psicoterapia individual	51,6160
Psicoterapia grupal	49,7985
Tratamiento familiar	50,3440
Pruebas complementarias	50,1580

El coste total de la atención especializada ambulatoria es la suma de los productos del número de visitas de cada actividad por la media ponderada del coste de cada actividad.

$$\begin{aligned} &\text{Coste total de la atención especializada ambulatoria para la depresión} \\ &= \sum (\text{número de visitas de cada actividad}) \\ &\times (\text{coste medio ponderado de cada actividad}) \end{aligned}$$

Coste de la atención hospitalaria

Los costes unitarios que utilizados para el día de estancia hospitalaria son los siguientes: Hospital General de Agudos (269,03 euros) y para la estancia en Hospital Monográfico (133,57 euros).

El coste unitario de la estancia hospitalaria incluye todo el consumo de recursos de los pacientes durante hospitalización (fármacos, pruebas y procedimientos así como los costes de carácter hotelero prestados en dichos centros sanitarios).

El coste total de la atención hospitalaria es el producto del número de estancias por la duración media de la estancia por el coste del día de estancia. Los resultados se obtienen para todos los diagnósticos de alta y para los diagnósticos de depresión agrupados por grupo etario y género.

$$\begin{aligned} &\text{Coste total de la atención hospitalaria para la depresión} \\ &= (\text{número de estancias hospitalarias}) \times (\text{número medio de días de estancia}) \\ &\times (\text{coste del día de estancia hospitalaria}) \end{aligned}$$

Coste de la atención farmacológica

Del Datamart de Farmacia disponemos del importe líquido dispensado y del importe total dispensado. Para la perspectiva del sistema sanitario público utilizamos el importe líquido que es la cantidad que paga el CatSalut. El importe total es el coste del medicamento en la farmacia incluye por tanto lo que paga el sistema sanitario y lo que paga el consumidor. Éste es el valor que usamos para el coste de la atención farmacológica de la depresión desde la perspectiva de la sociedad.

Estos importes se distribuyeron proporcionalmente entre los grupos terapéuticos según la distribución de las ventas registradas en el IMS.

2.3.2. Costes indirectos

Los costes indirectos estimados son los asociados a la pérdida de productividad debida a la morbilidad y a la mortalidad prematura. Así se incluyen los costes tanto de la incapacidad temporal como de la permanente y el coste del suicidio atribuible a la depresión.

Los trastornos mentales afectan de forma negativa la actividad económica del paciente. Los costes indirectos se refieren a la pérdida potencial de productividad debida a una enfermedad. En este estudio nos enfocamos en la pérdida de productividad del paciente con diagnóstico de depresión. Por falta de disponibilidad de datos excluimos de la consideración de los costes indirectos aquéllos relacionados a la pérdida de productividad de cuidadores (familia, amigos) del paciente, productividad no remunerada (doméstica) y tiempo de ocio tanto de pacientes como de cuidadores (Oliva, 2008b).

Partiendo del enfoque de capital humano (Walley y Strobl, 2004), cuando se considera que una persona es productiva y que se puede valorar la producción que genera con las ganancias salariales en el mercado laboral, entonces se dice que el “valor” de su vida es la ganancia futura descontada (*discounted future earnings*). Desde esta perspectiva, la valoración monetaria de la productividad perdida se estima utilizando el coste laboral del periodo que el trabajador se ausenta del trabajo por la enfermedad. Así, por ejemplo, los costes indirectos por morbilidad son las ganancias medias diarias del trabajador multiplicado por el número de días perdidos de trabajo remunerado. Los costes indirectos por mortalidad son el número de muertes por la enfermedad multiplicado por el valor esperado de las ganancias futuras del individuo ajustadas por, entre otros, por esperanza de vida, género y descontadas.

La perspectiva de costes de fricción se considera una mejor alternativa que la del capital humano (Walley y Strobl, 2004; Birnbaum, 2005). Esto se debe entre, otras razones, a que en una sociedad que tiene menos del 100% de tasa de ocupación, la pérdida de ingresos para la sociedad cuando un individuo tiene una incapacidad o muere es temporal y parcial porque el trabajador perdido se reemplaza en el corto plazo por alguien que estaba desocupado. En el enfoque de costes de fricción los verdaderos costes de la enfermedad para la sociedad son transicionales (pago por baja laboral, coste de contratación y training, pérdida transitoria de productividad). Los costes indirectos desde esta perspectiva son menores que el de capital humano pero son más apegados a la realidad.

Coste de la productividad perdida por incapacidad temporal

El método seguido para estimar los costes indirectos asociados a la incapacidad temporal por diagnóstico de depresión se describen en esta sección.

La Encuesta de Estructura Salarial (EES) del Instituto Nacional de Estadística (Instituto Nacional de Estadística, 2006a) se utilizó como fuente para la ganancia media anual para hombres y mujeres por separado y para ambos. Según Oliva (2004) las ventajas de esta encuesta en relación a otras encuestas laborales realizadas por el INE es que los salarios se recogen a través de un cuestionario individual que aporta datos relacionados al trabajador como género, edad, y región además de ocupación, rama de actividad, antigüedad, tipo de contrato, tamaño de la empresa. Otra ventaja que presenta la EES es que se realiza en el marco de la Unión Europea siguiendo unos criterios comunes de metodología y contenidos. Los resultados obtenidos sobre la estructura y distribución de los salarios son comparables entre los Estados Miembro. Esta encuesta se realiza cada cuatro años. (Para más información sobre la metodología de la EES véase INE <http://www.ine.es/metodologia/t22/t223013306.pdf> (Instituto Nacional de Estadística, 2008).

La ganancia media anual es el importe bruto antes de las deducciones asociadas a la Seguridad Social por cuenta del trabajador o al Impuesto sobre la Renta de Personas Físicas (IRPF).

Por lo tanto, esta ganancia se refiere a las remuneraciones en metálico y en especie, pagadas a los trabajadores por el tiempo trabajado o por el trabajo realizado, junto a la remuneración por períodos de tiempo no trabajados, como vacaciones y días festivos.

La ganancia media anual para el 2006 de hombres y mujeres según la EES se presenta en la Tabla 8. Se realizó una estimación de la media de ganancia salarial para reagruparla según los grupos etarios del estudio, según se muestra en la Tabla 9. Por ejemplo, para el grupo de 18 a 39 se calculó la media de los grupos menos de 25, de 25 a 34 y 35 a 44.

Tabla 8. Ganancia salarial en Cataluña por género y grupo de edad (2006)

Cataluña	2006		
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres
Todas las edades	21.210,04	17.177,60	24.287,00
Menos de 25 años	12.808,60	11.154,55	14.208,45
De 25 a 34 años	18.754,80	17.072,53	20.222,20
De 35 a 44 años	22.948,24	18.767,60	26.161,27
De 45 a 54 años	24.539,40	18.201,61	29.004,49
55 y más años	25.233,53	16.913,91	29.484,41

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2006a

Tabla 9. Ganancia salarial media en Cataluña por género y grupo de edad: reagrupación estudio (2006)

Reagrupación	Ambos sexos	Mujeres	Hombres
De 18 a 39 años	18.170,55	15.664,89	20.197,31
De 40 a 64 años	24.240,39	17.961,04	28.216,72

El coste total de la incapacidad temporal se calcula multiplicando la ganancia media anual por el número de años productivos perdidos para cada código diagnóstico, por género y grupo de edad.

Coste total de la productividad perdida por IT debida a la depresión
 = (ganancia salarial anual)
 × (número de años productivos perdidos)

Coste de la productividad perdida por incapacidad permanente

Al igual que en incapacidad temporal, se utilizó la Encuesta de Estructura Salarial (INE, 2006a) para obtener la ganancia media anual total (ambos géneros). Para el año de referencia 2006, ésta es de 21.210,04 euros.

En la estimación de costes se calcula el coste de la pérdida de productividad laboral para todo el año para los casos registrados antes del 2007 y para los casos nuevos (incidentes) del 2007 – únicamente se calcula para la mitad de año. Se supone una incidencia constante a lo largo del año. Los casos antes de 2007 son la diferencia entre casos existentes y casos nuevos del 2007.

$$\begin{aligned} &\text{Coste total de la productividad perdida por IP debida a la depresión} \\ &= [(\text{número de casos registrados antes del 2007}) \times (\text{Ganancia salarial media anual})] \\ &\times [(\text{número de casos de IP por depresión para el 2007}) \times (\text{ganancia salarial media anual}) \div 2] \end{aligned}$$

Coste de la productividad perdida por muerte prematura

El coste de la mortalidad es el valor de la productividad perdida debida a la muerte prematura. Se calcula como el producto del número de muertes por suicidio y el valor presente de la producción futura. La pérdida de productividad incluye tanto los costes de productividad pagada y la no pagada (p.ej. tareas del hogar y trabajo voluntario comunitario). En este estudio consideramos únicamente la producción pagada. Tampoco consideramos los costes directos del suicidio (por ejemplo: servicios de ambulancia, servicios hospitalarios, costes de atención médica, servicios de autopsia, servicios funerarios, investigaciones policiales, etc.).

La productividad pagada (ganancias durante la vida laboral) generalmente se deriva de la ganancia media anual del trabajador. Las ganancias específicas por edad y género se aplican al número de años de vida laboral como ganancias descontadas y ajustadas por el incremento anual de la productividad para el periodo relevante para calcular la producción perdida con valores presentes (al año 2006). Estos valores se ajustan además para tomar en cuenta las tasas de ocupación para cada grupo de edad y género.

La ganancia media anual total por género se obtuvo de la Encuesta de Estructura Salarial (Instituto Nacional de Estadística, 2006a). La ganancia media anual para el 2006: hombres (24.287,00 euros) y mujeres (17.177,60 euros).

El coste de la producción perdida (de la pérdida de productividad) se calcula multiplicando los años perdidos de participación en la población activa por el salario medio anual. Suponemos que el salario futuro se incrementará como resultado de un crecimiento anual de 1% por año.

$$\text{Ganancia salarial anual por género y grupo de edad aplicando un 1\% de crecimiento anual} \\ = \sum \text{Años gany salarial anual} \times (1 + 1\%)$$

El valor presente se refiere al valor de alguna cantidad económica futura (un coste, un beneficio, un ingreso...) descontada al valor presente. Una aplicación importante en economía de la salud es para calcular los ingresos futuros descontados como una forma de estimar el valor presente de la vida o el valor presente de salvar una vida. En la estimación del coste de la mortalidad se aplicó, también, una tasa de de descuento del 3%.

$$\text{Factor de descuento} = 1 \div (1 + \text{Tasa de descuento})^{\text{Año}}$$

$$\sum \text{Años (ganancia salarial anual con crecimiento y descuento aplicado)} \times (\text{número de suicidios})$$

$$\text{Coste total de la productividad perdida por muerte prematura por género y grupo etario} \\ = \sum \text{Años (número de suicidios por depresión de personas ocupadas por género y grupo de edad)} \\ \times (\text{coste anual descontado})$$

2.4. Análisis de sensibilidad

En este apartado se explica los análisis de sensibilidad realizados en el estudio. El primero se realizó para analizar el impacto de las fuentes de datos empleadas para las estimaciones sobre la utilización de los servicios de atención primaria en los resultados del coste de la atención primaria. En el segundo análisis se desarrolló un modelo de simulación Monte Carlo para realizar aproximaciones probabilísticas del coste sanitario directo (incluyendo atención primaria, especializada y hospitalaria) con la aplicación de intervalos de costes unitarios.

2.4.1. Utilización atención primaria

En las estimaciones preliminares se utilizaron los datos de la prevalencia-año obtenidos del ESEMeD-SAMCAT para estimar la población asegurada atendida en los CAPs con diagnóstico de depresión. En las aproximaciones posteriores se utilizó la prevalencia-año del

DASMAP ya que ésta se basa en la población que utiliza los servicios y no en la población general como es el caso del ESEMeD.

Con respecto al tema de la estimación de la población asegurada atendida por médico de cabecera por cualquier motivo se utilizó la población de referencia del RCA para el 2006 y estos valores los multiplicamos por el porcentaje de personas aseguradas atendidas por médico de cabecera según datos de la ESCA.

Durante la fase de análisis de datos, nos encontramos con el problema de poder identificar el porcentaje de personas que había acudido al médico de atención primaria por cualquier motivo. Contábamos con 3 fuentes de datos: ESCA y los estudios ESEMeD y del DASMAP. Con los datos del ESEMeD y DASMAP se partía de dos puntos diferentes. DASMAP parte de la base que las personas se consultan. De estas personas se identifican aquéllas que tienen depresión. Sin embargo, el motivo por el que se están tratando puede ser cualquier otro. En el estudio DASMAP hay un sesgo de diseño que prima los casos más graves, ya que la gente que consultaba más (que en teoría pueden ser los que estén peor) tenían más posibilidades de entrar en el estudio.

Los datos del ESEMeD nos indican cuántas personas de la población general tienen depresión. Para identificar cuántas de estas personas acuden a los servicios de atención primaria contamos con dos opciones. La primera sería multiplicar este dato por los que en la entrevista responden que han consultado a causa de la depresión (según el ESEMeD un alrededor de un 40%). La segunda, consiste en contar los que consultan por otro motivo pero que tienen depresión. Dada esta fuente de incertidumbre, realizamos un análisis de sensibilidad para valorar los resultados de la utilización y coste de la atención primaria utilizando los datos del ESEMeD-SAMCAT.

Los pasos que hemos seguido han sido los siguientes:

1. Calcular las personas con depresión en la población general

$$\frac{\text{Población de referencia del RCA}}{\text{Prevalencia a 1 año del estudio ESEMeD-SAMCAT}} \times 100 \text{ €}$$

2. De las personas con depresión en la población general, sabemos que aproximadamente un 40% refieren haber consultado en los últimos 12 meses por sus problemas emocionales. Asumimos que han sido tratados por depresión.

3. Calcular el número de personas con depresión que se tratan por este motivo

$$\frac{\text{Personas en población general con depresión}}{\% \text{ de personas con depresión que dicen que han consultado en atención primaria por este problema}} \times 100 \text{ €}$$

4. Calcular el número de visitas al médico general por diagnóstico de depresión⁴

$$\begin{aligned} & (\text{Número de personas con depresión que se tratan por este motivo}) \\ & \times (\text{Media de visitas a médico general del estudio ESEMeD-SAMCAT}) \end{aligned}$$

5. Calcular el coste total de la de las visitas al médico general

$$\begin{aligned} & (\text{Número de visitas a médico general por diagnóstico de depresión}) \\ & \times (\text{coste unitario de la visita a médico general}) \end{aligned}$$

Nota: Utilizamos el coste de 20,50 euros proporcionado por el centro colaborador Fundació Althaia.

Cabe destacar que siguiendo este proceso, estamos excluyendo a todos aquellos individuos que tenían depresión pero no se estaban tratando por este problema. Si en lugar de multiplicar por el porcentaje de personas con depresión que dicen que han consultado en atención primaria por este problema lo hacemos por la prevalencia 1 año tendríamos el total de personas con depresión que asumimos llegarían a atención primaria por cualquier problema.

2.4.2. Costes unitarios

Para la estimación de costes sanitarios directos desde la perspectiva de la sociedad, se realizó una aproximación a los costes con un análisis probabilístico de la incertidumbre utilizando simulación Montecarlo. En este apartado se explica en detalle el modelo desarrollado.

En el modelo de simulación Montecarlo se utilizan tarifas y costes unitarios encontrados en estudios publicados y proporcionados por los centros colaboradores (véase la Tabla 10). Se señalan los valores utilizados en el modelo. Se utilizan, además, los datos de utilización de recursos.

⁴ El estudio ESEMeD-SAMCAT permite obtener el número de visitas que las personas con depresión dicen haber efectuado en los últimos 12 meses por este problema emocional. Este dato es bastante bajo por lo que es posible que haya un sesgo de memoria.

Tabla 10. Costes unitarios de referencia para la estimación de los costes sanitarios directos desde la perspectiva de la sociedad utilizados en el modelo de simulación Monte Carlo

Recurso sanitario	Vázquez-Polo et al., 2004 (datos 1997)	Salvador Carulla et al., 1999 Saldivia Bórquez et al., 2005	Moreno, 2007 Moreno et al., 2008	Oliva-Moreno et al., 2006	Gisbert y Brosa, 2006	Sicras Mainar et al., 2010	Serna Arnaiz et al., 2007	Centro A (2008) (ABC)	Centro B (2008) (ABC)	Grupo de expertos		
										E1	E2	E3
Región	Gavà	Andalucía (pacientes esquiz.)	Navarra	España (esquiz.)		Badalona (6 CAPs)	Lleida - depression en AP	BCN	BCN			
Estancia en unidad de salud mental de hospital general - agudos	178,13 (133,93)	405,36 (315,7)	158,31	187,5	269,03	302,51				400	200	300
Estancia en unidad de agudos - hospital psiquiátrico					137,83		136,50	133,57	125,80			
Visita psiquiatra	97,68 (73,44)	65,23 (50,8 / hr)	(20/30 min.)			98,42		45,58 (CSM)	24,14	60	90	30
Primera visita psiquiatra			39,00	58,00	66,37		97,60					
Visita sucesiva psiquiatra			19,50	35,00	39,82		42,00					
Visita psicólogo	111,55 (83,87)	49,31 (38,4 / hr)			58,14 (1st) 29,07 (subs.)			61,03 (CSM)	35,45	60	80	30
Visita médico general	116,73 (87,77)		(0,5/30 min)	15	33,40	21,87	32,00		20,50		90	20
Visita enfermería	116,04 (87,25)	32,36 (25,2 / hr)		14	23,65			29,37 (CSM)	22,90	25	80	20
Visita trabajador social	94,98 (71,41)	(24,3 / hr)	10,69 (10/30 min)		23,65			49,10 (CSM)	27,60	25	70	20

Análisis probabilístico de la incertidumbre utilizando simulación Monte Carlo

Dada la complejidad y las diversas fuentes de información utilizadas en los estudios de coste de la enfermedad, nos encontramos que los datos disponibles para evaluar algunos parámetros o variables no tienen la debida fiabilidad, son anticuados o contradictorios, por lo que reflejan una situación real de alta incertidumbre. Esta situación se debe, entre otros factores, al proceso de recolección y registro de datos, a las extrapolaciones imprescindibles, a la utilización de diferentes fuentes de información primaria (bases de datos consultadas) o secundaria (artículos científicos publicados). La realidad es que, a la hora de evaluar un sistema o una situación real, los científicos y decisores se enfrentan a parámetros y variables con una importante variabilidad intrínseca. Esto es especialmente cierto en los estudios donde se relacionan la utilización de recursos de cualquier tipo (asistenciales, medicamentos, etc.) y sus correspondientes costes unitarios (valor asignado, normalmente promedio, a cada unidad del recurso consumido). Una de las formas más comunes para abordar el problema de la variabilidad en los datos que describen un sistema o situación es determinar que distribución probabilística puede asumir mejor el comportamiento de sus parámetros o variables. Esta forma de operar permite evaluar situaciones bajo riesgo e incertidumbre de una forma científica más adecuada que una estimación puntual.

Una de las técnicas que permiten incorporar y, por tanto, evaluar estadísticamente los efectos de la incertidumbre sobre un sistema o situación de decisión es la simulación Monte Carlo. Esta técnica se basa en tres elementos fundamentales: i) la selección de las distribuciones probabilísticas que mejor representen el comportamiento de los inputs (parámetros y variables); ii) el diseño sistemático de muestras aleatorias sobre estas distribuciones que representan escenarios concretos del sistema o situación a analizar y, finalmente, iii) el análisis estadístico de los outputs, generados de forma analítica a partir de los inputs, que permita fundamentar con un grado de significación adecuado las decisiones a tomar. Los modelos de simulación Monte-Carlo incorporan, por tanto, el azar en cualquier proceso analítico y requieren un gran número de simulaciones (distintas combinaciones de valores de los inputs, escenarios, que producen outputs). El objetivo es construir una distribución de probabilidad empírica para los outputs o resultados, es decir, éstos se expresan en términos de probabilidad (por ejemplo, la probabilidad de que el coste total de la atención de una enfermedad sea inferior a un valor dado).

La simulación Monte Carlo sirve para evaluar los efectos del azar en nuestro estudio. El modelo diseñado considera que tanto la utilización de recursos como los costes unitarios relacionados con la atención primaria, la atención especializada y la atención hospitalaria son variables aleatorias susceptibles de ser representadas formalmente por una distribución probabilística.

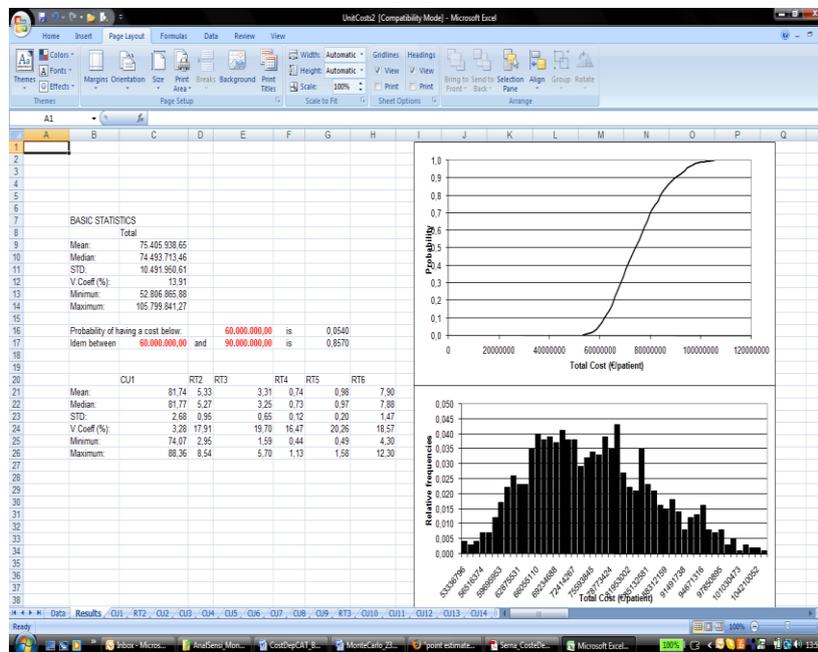
El modelo consta de 33 unidades de análisis (véase Imagen 1). Cada unidad de análisis está conformada por dos variables: la utilización del recurso específico y el coste unitario correspondiente al mismo. Los recursos analizados incluyen las visitas a profesionales en atención primaria y atención especializada así como las estancias hospitalarias. En consecuencia, el modelo interpreta un total de 66 variables ajustadas a sus correspondientes distribuciones probabilísticas. Teniendo en cuenta las características de la situación a modelar, no se dispone de fuentes secundarias suficientes para seleccionar de forma estadística (método de máxima verosimilitud, método de los momentos, métodos de bondad de ajuste, etc.) la distribución probabilística más adecuada a cada variable. En estos casos, la selección se realiza en base al criterio experto de los analistas y decisores (conocimiento experto). Para cada variable se asigna bien una distribución triangular (valores: mínimo, más probable y máximo) cuando un valor más probable existe (estimador central o modal de la distribución probabilística) o una rectangular (valores: mínimo y máximo) asumiendo incertidumbre completa. El modelo de simulación se diseñó sobre hoja de cálculo y cada vez que se ejecuta realiza un total de 1000 simulaciones.

Tal y como se ha comentado, los resultados del modelo de simulación Monte-Carlo diseñado se presentan en términos de probabilidad. Para cada una de las variables se evalúan todos los estadísticos básicos así como las probabilidades de que el coste total esté por debajo, entre dos valores o por encima del valor estimado. Para el coste total, además de la información anterior, se determina el error y el intervalo de confianza al 95% asumiendo distribuciones normales. A modo de ejemplo la probabilidad que el coste total de la unidad de análisis de atención primaria esté por debajo de los 50.000.000 euros es del 12,9%, entre 50 y 70 millones, es del 66,2% y por encima de 70 millones de euros es del 20,9%. Además se muestran dos gráficos: la probabilidad acumulada y la distribución del coste total de la unidad de análisis. La Imagen 2 es un ejemplo de cómo se presentan de forma gráfica los resultados del modelo de simulación.

Imagen 1. Modelo de simulación Monte Carlo: Introducción de datos

	Unit cost			Use of the resource			
	Minimum	Likely	Maximum	Minimum	Likely	Maximum	Units
CU1	15,00	20,50	33,40	2.500.000,00	2.759.728,00	2.900.000,00	visitas
CU2	39,00	45,58	97,60	10.029,60	10.586,80	10.809,68	visitas
CU3	19,50	45,58	42,00	73.990,50	78.923,20	83.825,90	visitas
CU4	24,14	45,58	97,68	0,00	7,60	15,20	visitas
CU5	24,14	45,58	97,68	1.064,65	2.129,30	2.661,63	visitas
CU6	24,14	45,58	97,68	4.810,25	5.772,30	6.734,35	visitas
CU7	24,14	45,58	97,68	814,50	1.086,00	1.357,50	visitas
CU8	24,14	45,58	97,68	88,80	177,60	266,40	visitas
CU9	24,14	45,58	97,68	33,60	67,20	100,80	visitas
CU10	35,45	61,03	111,55	278,60	557,20	835,80	visitas
CU11	35,45	61,03	111,55	14.798,10	19.730,80	24.663,50	visitas
CU12	35,45	61,03	111,55	0,00	0,00	0,00	visitas
CU13	35,45	61,03	111,55	0,00	1.064,65	2.129,30	visitas
CU14	35,45	61,03	111,55	9.629,50	10.582,55	11.544,60	visitas
CU15	35,45	61,03	111,55	2.172,00	2.443,50	2.715,00	visitas
CU16	35,45	61,03	111,55	444,00	532,80	621,60	visitas
CU17	35,45	61,03	111,55	739,20	806,40	873,60	visitas
CU18	14,00	29,37	32,36	60,80	68,40	76,00	visitas
CU19	14,00	29,37	32,36	7.452,55	8.517,20	9.581,85	visitas
CU20	14,00	29,37	32,36	1.924,10	2.886,15	3.848,20	visitas
CU21	14,00	29,37	32,36	814,50	1.086,00	1.357,50	visitas
CU22	14,00	29,37	32,36	88,80	177,60	266,40	visitas
CU23	14,00	29,37	32,36	336,00	403,20	470,40	visitas
CU24	14,00	29,37	32,36	8.300,00	8.516,00	8.800,00	visitas
CU25	20,00	49,10	70,00	68,40	76,00	83,60	visitas
CU26	20,00	49,10	70,00	8.517,20	9.581,85	10.646,50	visitas
CU27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	visitas
CU28	20,00	49,10	70,00	543,00	814,50	1.086,00	visitas
CU29	20,00	49,10	70,00	799,20	898,00	976,80	visitas
CU30	20,00	49,10	70,00	33,60	67,20	100,80	visitas
CU31	20,00	49,10	70,00	3.900,00	4.130,00	4.300,00	visitas
CU32	158,31	269,03	405,36	8.200,00	8.429,00	8.600,00	días estancia
CU33	83,60	117,83	210,58	22.700,00	24.896,00	26.000,00	días estancia

Imagen 2. Modelo de simulación Monte Carlo: Ejemplo de presentación de resultados



3. Resultados

En este apartado se presentan los resultados del coste de la depresión en Cataluña para el 2006 desde la perspectiva de la sociedad. Los resultados están organizados por categoría de costes.

3.1. Estimación de prevalencia de la depresión

Se estima que en Cataluña en el 2006 había aproximadamente 410.228 personas con diagnóstico de depresión (véase Tabla 11). De estos casos, cerca del 68% son mujeres. De todos los grupos de edad, hay una prevalencia mayor en las mujeres. Alrededor de 69 personas de cada 1.000 padecen depresión.

Tabla 11. Estimación de la prevalencia de la depresión (Cataluña, 2006)

Género	Grupo etario	Población de referencia (2006)(RCA)	Prevalencia 1 año (SAMCAT-ESEMED)	Personas en población general con depresión	Casos por 1.000 personas
		(a)	(b)	(c)=(a*b)/100	(d)=(c)/(a)*1.000
Mujer	18-39	1.190325	7,70	91.655	77
	40-64	1.164.377	11,59	134.951	116
	65 o más	710.719	8,08	57.426	81
Subtotal		3.065.421	9,16	280.793	92
Hombre	18-39	1.269.971	4,08	51.815	41
	40-64	1.145.516	5,99	68.616	60
	65 o más	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. Costes sanitarios directos

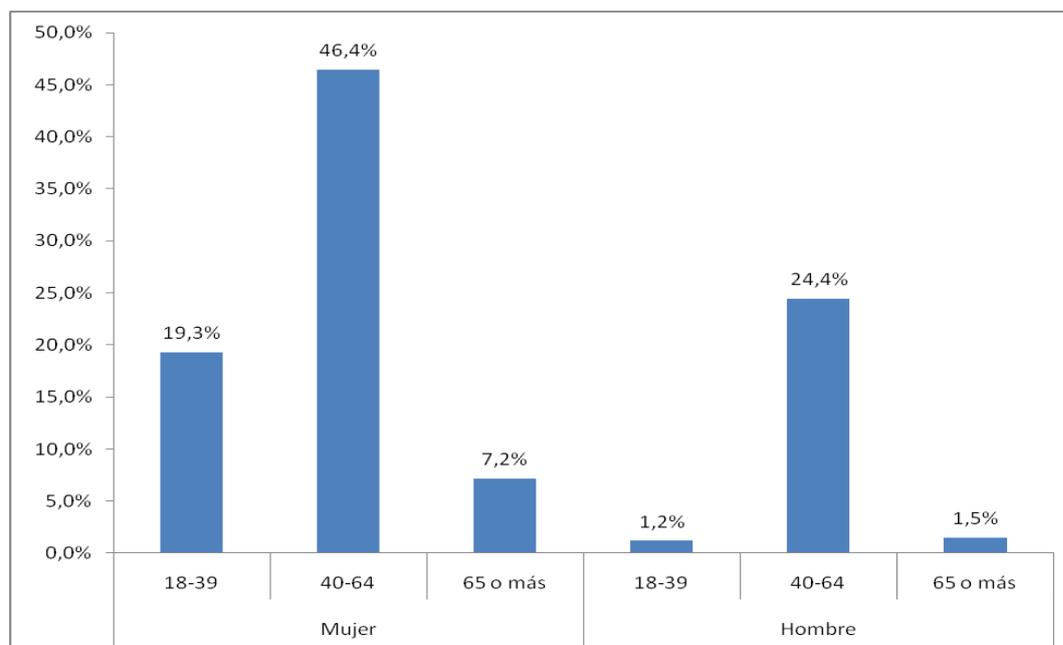
Cuando los datos lo permiten, los resultados de los costes sanitarios directos se presentan desagregados por género y grupo de edad según los siguientes grupos diagnósticos:

- Depresión mayor (episodio único y episodio recurrente), psicosis depresiva
- Distimia y depresión neurótica
- Otros trastornos depresivos – incluye trastorno depresivo atípico, no especificado y trastorno mixto de ansiedad y depresión

3.2.1. Coste de la atención primaria

Los datos de utilización provienen de las fuentes identificadas en el apartado 2. Se estima que los pacientes con diagnóstico de depresión realizaron un total de 1.992.562 visitas al médico general (véase Tabla 12). De estas visitas, la mayoría 46,4% las realizaron mujeres de 40 a 64 años, seguidos por hombres del mismo grupo etario con un 24,4%, tal como se muestra en el Gráfico 1. Los pacientes de este grupo de edad realizaron más de dos tercios de las visitas al médico general.

Gráfico 1. Distribución porcentual de las visitas al médico general en CAPs, por género y grupo de edad (Cataluña, 2006)



Fuente: Datos DASMAR (2006) – análisis específico para CostDep.

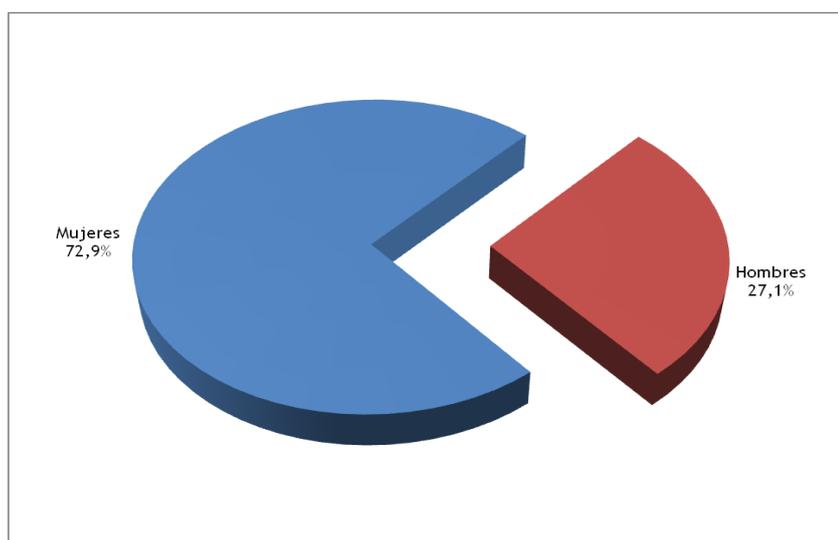
El proceso seguido para estimar el coste total de la atención primaria para pacientes con diagnóstico de depresión se muestra en la tabla 12. El coste total de la atención asciende a 40.847.530 de euros. El 72,9% de este coste es atribuible a las mujeres en comparación con el 27,1% de los hombres (véase gráfico 3). El coste medio estimado de atención primaria por paciente con depresión tratado y año es de unos 219 euros (IC 95%: 155-284).

Tabla 12. Estimación del coste total de la atención primaria para diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006)

Sexo	Grupo etario	Población de referencia asegurada 2006 (RCA)	Población asegurada atendida por el médico de cabecera (ESCA)	Población asegurada atendida en los CAP por cualquier motivo	Prevalencia 1 año - trastornos estado de ánimo (DASMAP)	Población con diagnóstico depresión atendida en CAPs	% de la población con depresión según entrevista que coincide con el diagnóstico del médico (depresión "amplia") (DASMAP)	Número de personas que tienen depresión según entrevista que el médico "está tratando"	Media de visitas a médico general entre los que coincide el diagnóstico (DASMAP)	Número visitas médico general por grupo diagnóstico	Coste total visitas médico general
		(a)	(b)	(c)	(d)	(e)=(c)*(d)	(f)	(g)=(e)*(f)/100	(h)	(i)=(g)*(h)	(j)=(i)*(20,5) ^a
Mujer	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 más	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
Hombre	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 más	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

^aCoste unitario de la visita a médico general (Centro Colaborador: Althaia): 20,50 euros

Gráfico 3. Distribución del coste total de la atención primaria de la depresión, por género (Cataluña, 2006)



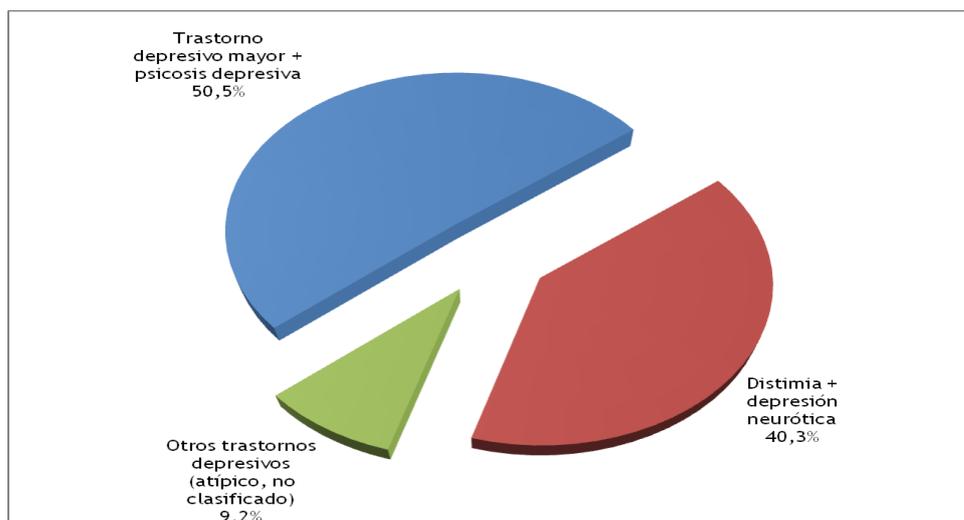
3.2.2. Coste de la atención especializada

Según los datos analizados de los CSMA, 37.532 personas con diagnóstico de depresión realizaron un total de 171.680 visitas (Tabla 13). De estas visitas, el grupo de la depresión mayor generó más de la mitad de las visitas (un 50,5%), seguido por el grupo de distimia y depresión neurótica con 40,3% y otros trastornos depresivos con un 9,2% (véase el gráfico 4).

Tabla 13. Distribución de pacientes y frecuencia de visitas a Centros de Salud Mental Adultos según diagnósticos de depresión reagrupados (Cataluña, 2006)

Código diagnóstico	Pacientes	Distribución porcentual	Visitas	Distribución porcentual
Trastorno depresivo mayor + psicosis depresiva	17.355	46,2%	86.762	50,5%
Distimia + depresión neurótica	16.466	43,9%	69.143	40,3%
Otros trastornos depresivos (atípico, no clasificado)	3.711	9,9%	15.775	9,2%
Total	37.532	100,00%	171.680	100,00%

Gráfico 4. Distribución de las visitas a Centros de Salud Mental Adultos según diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006)



*Otros trastornos depresivos incluye trastorno depresivo atípico y trastorno depresivo no clasificado

Tal como muestran los datos de la Tabla 14, una cuarta parte de los pacientes atendidos en los CSMA correspondían a pacientes con diagnósticos de depresión. La media de visitas asociadas a estos pacientes es de 4,57 al año en comparación con 5,79 de todos los diagnósticos registrados. Esta tabla también muestra el porcentaje de visitas por depresión en relación al total de visitas realizadas a CSMA para cada actividad.

Tabla 14. Actividad Centros de Salud Mental: Comparación utilización de recursos todos los diagnósticos vs diagnósticos de depresión (Cataluña, 2006)

	Todos los diagnósticos	Diagnóstico de depresión	% de depresión del total de diag.
Pacientes	147.588	37.532	25,43
Primeras visitas	49.361	11.144	22,58
Visitas sucesivas	401.801	98.654	24,55
Atención de enfermería	117.258	8.516	7,26
Trabajo social	34.208	4.130	12,07
Psicoterapia individual	85.021	19.241	22,63
Psicoterapia grupal	26.648	5.430	20,38
Tratamiento familiar	12.999	1.776	13,66
Pruebas complementarias	6.792	1.344	19,79
Visitas domiciliarias	3.781	152	4,02
Visitas no programadas	117.059	21.293	18,19
Total visitas	854.928	171.680	20,08
Media de visitas/ paciente	5,79	4,57	

La Tabla 15 recoge los datos de utilización de atención especializada de los pacientes con depresión por género y grupo de edad. En el gráfico 5 podemos observar que cerca de un 45% de los pacientes con depresión que visitan los CSMA son mujeres de 40 a 64 años. En la tabla 16 se muestra el coste de la atención especializada según actividad del CSMA. El coste total de la atención especializada se estima en 8.070.883 euros, aproximadamente 215 euros por paciente y año (IC 95%: 163–267).

Gráfico 5. Distribución de los pacientes atendidos en el CSMA por grupo etario y género (Cataluña, 2006)

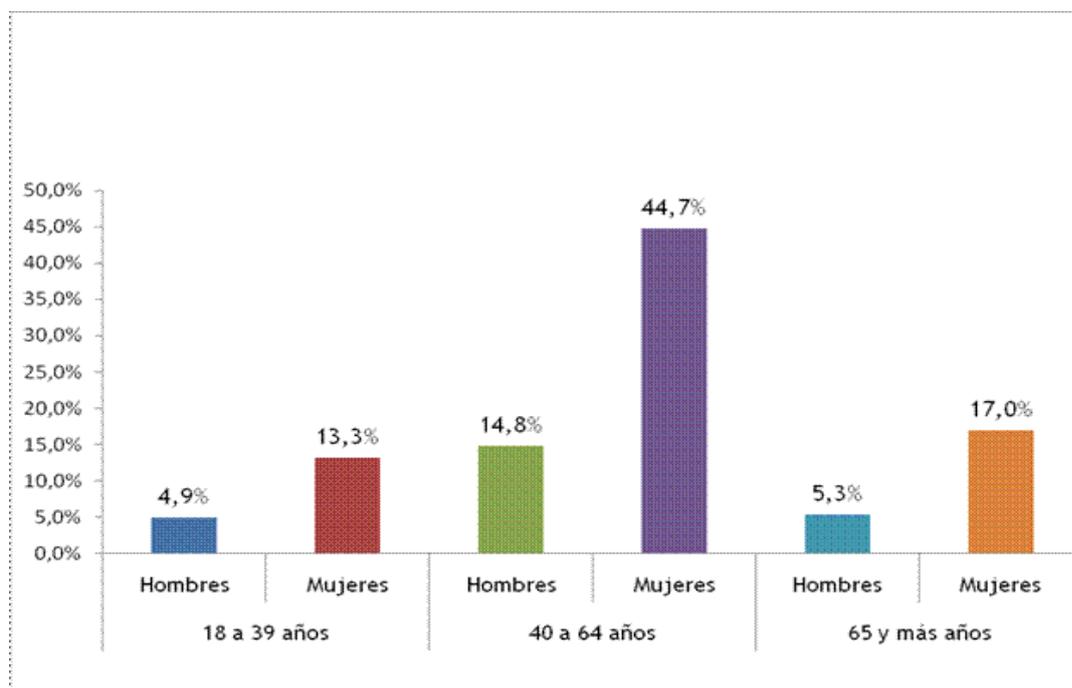


Tabla 15. Total de visitas a Centros de Salud Mental-Adultos por diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006)

Grupo etario	Género	Pacientes	Distribución porcentual pacientes	Primera s visitas	Visitas sucesivas	Atención de enfermería	Trabajo social	Psicoterapia individual	Psicoterapia grupal	Trat. familiar	Pruebas complem.	Visitas domic.	Visites no progr.	Total visitas	Media visitas/paciente
18 a 39 años	Hombres	1.850	4,9%	760	4.658	670	295	1.253	328	144	116	5	1.339	9.568	5,17
	Mujeres	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
40 a 64 años	Hombres	5.556	14,8%	1.623	15.556	1.393	652	2.382	632	274	182	10	3.521	26.226	4,72
	Mujeres	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 y más años	Hombres	1.999	5,3%	492	4.637	403	114	290	12	122	20	26	775	6.891	3,45
	Mujeres	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)

Tabla 16. Coste de las visitas de atención especializada de los pacientes con depresión (en Euros) (Cataluña, 2006)

Grupo etario	Género	Primeras visitas	Visitas sucesivas	Atención de enfermería	Trabajo social	Psicoterapia individual	Psicoterapia grupal	Tratamiento familiar	Pruebas complem.	Visitas domiciliarias	Visitas no programadas	Coste total visitas	Coste por paciente
18 a 39 años	Hombres	35.151	226.325	19.676	14.474	64.661	16.343	7.256	5.811	207	55.506	445.411	241
	Mujeres	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
40 a 64 años	Hombres	75.057	755.875	40.918	32.021	122.939	31.475	13.802	9.147	414	145.933	1.227.581	221
	Mujeres	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 y más años	Hombres	22.750	225.293	11.847	5.601	14.946	605	6.140	1.011	1.035	32.129	321.357	161
	Mujeres	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 como muestra el Gráfico 6 **Gráfico**, las visitas sucesivas (24,55%), primeras visitas (22,58%) y psicoterapia individual (22,63%) son las actividades que más visitas generan los pacientes con depresión en relación a la actividad del total de diagnósticos registrados.

El 47,30% del coste total de las visitas a CSMA es atribuible a las mujeres de 40 a 64 años, como se puede observar en el gráfico 7.

Gráfico 6. Porcentaje de visitas de los pacientes con depresión del total de visitas a CSMA, según actividad (Cataluña, 2006)

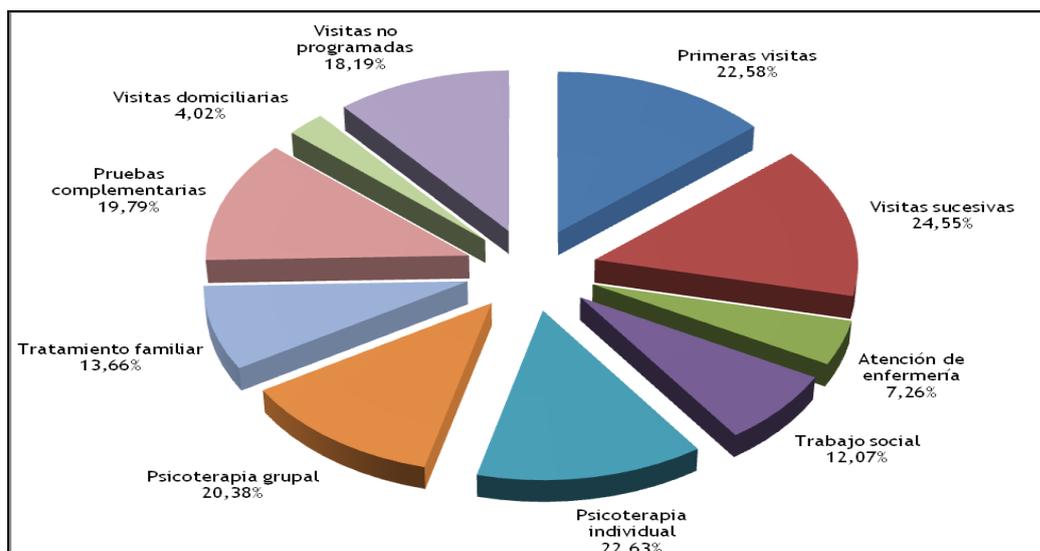
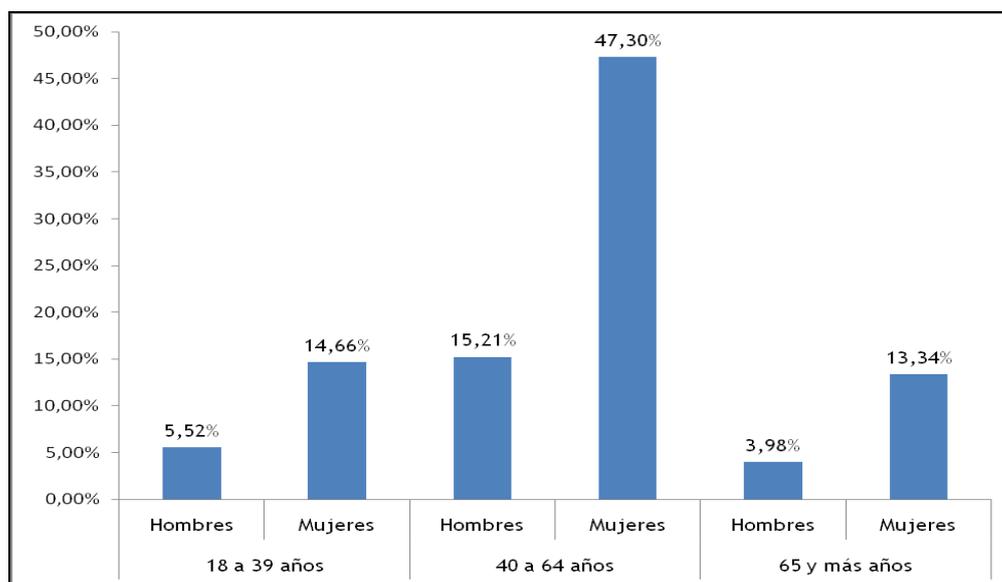


Gráfico 7. Distribución del coste de la atención especializada por grupo de edad y género (Cataluña, 2006)



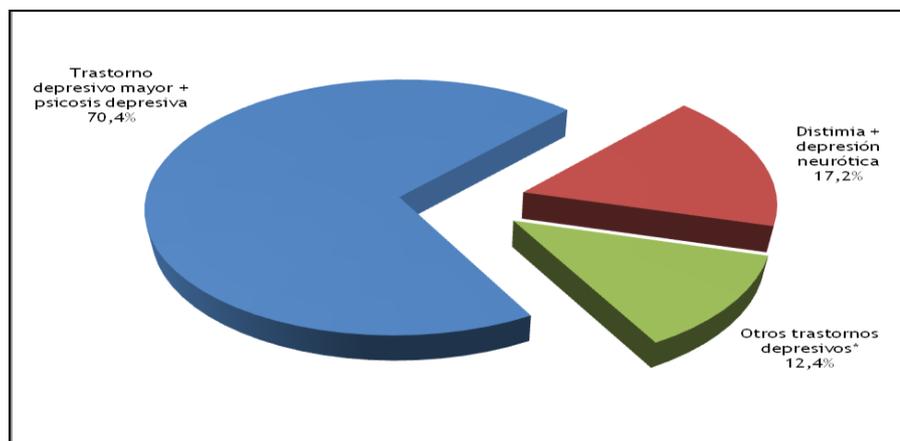
3.2.3 Coste de la atención hospitalaria

Los pacientes con depresión tuvieron 1.577 altas hospitalarias. La distribución por diagnóstico se muestra en la Tabla 17. El 70,4% de estas altas se debió al grupo del trastorno depresivo mayor, tal como se muestra en el Gráfico 8.

Tabla 17. Frecuencia de altas hospitalarias agudas según diagnósticos de depresión (reagrupados) (Cataluña, 2006)

Código diagnóstico	Frecuencia	Distribución porcentual
Trastorno depresivo mayor + psicosis depresiva	1.110	70,4%
Distimia + depresión neurótica	271	17,2%
Otros trastornos depresivos (atípico, no clasificado)	196	12,4%
Total	1.577	100,00%

Gráfico 2. Distribución de las altas hospitalarias de agudos por diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006)



*Otros trastornos depresivos incluye trastorno depresivo atípico y trastorno depresivo no clasificado

El coste total de la atención hospitalaria por grupos de depresión asciende a 5,6 millones de euros, tal como se muestra en la Tabla 18. El grupo diagnóstico de la depresión mayor es un 77,4% del coste total de hospitalizaciones.

Taula 18. Coste total de la atención hospitalaria por grupo diagnóstico (Euros) (Cataluña, 2006)

Grupo diagnóstico	Coste total (euros)	Distr. porcentual
Depresión mayor	4.329.813	77,4%
Distimia + depresión neurótica	743.642	13,3%
Otros trastornos depresivos*	518.623	9,3%
Total	5.592.078	100%

*Diferencias con Tabla 21 por redondeo

La atención hospitalaria se divide en la atención registrada de Hospital General de Agudos (HGA) y en Hospital Psiquiátrico Monográfico (HPM). Del total de altas registradas en HGA un 13,03% corresponde a pacientes con diagnósticos de depresión y en el caso de HPM es un 11,04, tal como se muestra en la Tabla 19. En relación al total de días de estancia hospitalaria, un 15,54% corresponde a pacientes con diagnósticos de depresión en el caso de HGA y un 11,66% en el caso de HPM.

Tabla 19. Estancias hospitalarias agudos por depresión en relación al todos los diagnósticos de hospitalización (Cataluña, 2006)

Estancias hospitalarias agudos: Hospital General				Estancias hospitalarias agudos: Hospital Psiquiátrico Monográfico			
Agudos: Hospital General	Altas	Media días estancia	Total días de hospitalización	Agudos: Hospital Psiquiátrico	Altas	Media días estancia	Total días de hospitalización
Todos Dx	2.962	18,31	54.249	Todos Dx	10.784	19,80	213.470
Dx de depresión	386	21,84	8.429	Dx de depresión	1.191	20,89	24.886
% Dx de depresión	13,03%		15,54%	% Dx de depresión	11,04%		11,66%

Dx: Diagnóstico

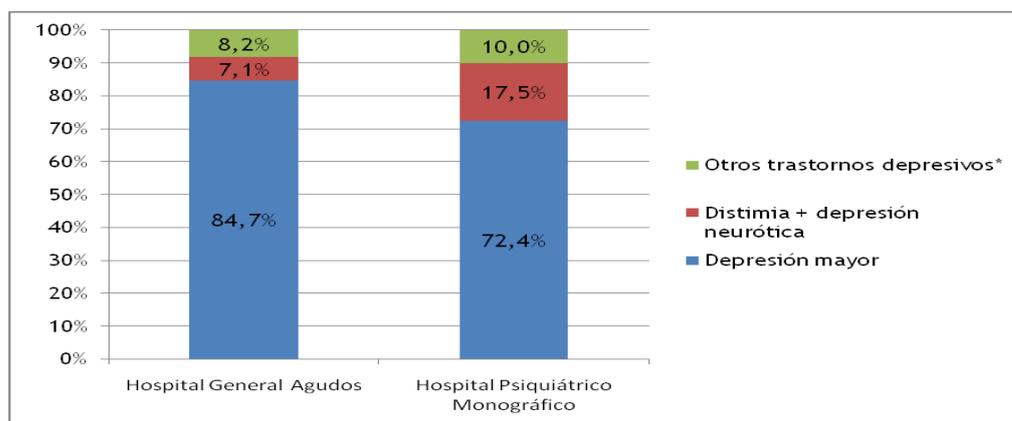
La Tabla 20 presenta el coste de la atención hospitalaria por grupo diagnóstico de depresión y tipo de hospital. Como se puede observar, con diferencia el mayor número de días de estancia y coste de hospitalización se debe a la depresión mayor. En el caso de los Hospitales Generales de Agudos la depresión mayor constituye un 84,7% del coste total mientras que en el Hospital Psiquiátrico Monográfico es un 72,4%, tal como se muestra en el Gráfico 9.

Tabla 20. Coste de la atención hospitalaria por grupo diagnóstico de depresión y tipo de hospital (euros) (Cataluña 2006)

Diagnóstico	Hospital General Agudos		Hospital Psiquiátrico Monográfico	
	Días de estancia	Coste (euros)	Días de estancia	Coste (euros)
Depresión mayor	7.142	1.921.412	18.031	2.408.401
Distimia + depresión neurótica	596	160.342	4.367	583.300
Otros trastornos depresivos*	691	185.900	2.491	332.723
Total	8.429	2.267.654	24.889	3.324.424*

*Diferencias con Tabla 21 por redondeo

Gráfico 9. Distribución del coste total de la atención hospitalaria por tipo de hospital y grupo diagnóstico (Cataluña, 2006)



*Otros trastornos depresivos incluye trastorno depresivo atípico y trastorno depresivo no clasificado

En la Tabla 21 se presenta la distribución de los días de estancia hospitalaria y el coste relacionado, por tipo de hospital, grupo de edad y género. El total de días de estancia hospitalaria fue de 33.315 para los pacientes con depresión. Cerca de un 75% de estos días de hospitalización fueron en HPM mientras que un 25% fue en HGA. En ambos tipos de hospital, el mayor número de días de estancia hospitalaria corresponde a las mujeres de 40 a 64 años.

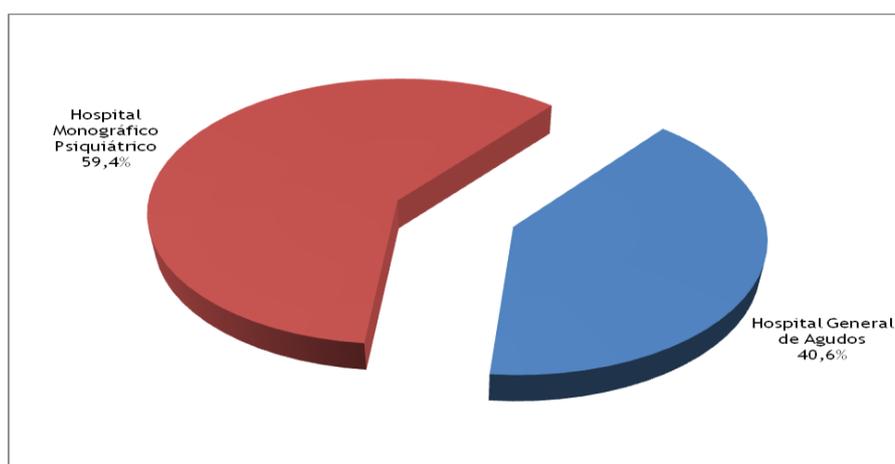
Del coste total de la atención hospitalaria, el 59,4% corresponde a estancias en HPM y un 40,6% a HGA (véase Gráfico). El coste medio anual por alta hospitalaria por depresión es de 3.548 euros (IC 95%: 2.543-4.554).

Tabla 21. Distribución de los días de estancia hospitalaria y coste relacionado, por tipo de hospital, grupo de edad y género (Cataluña, 2006)

Grupo de edad	Género	Hospital General de Agudos		Hospital Psiquiátrico Monográfico		Atención hospitalaria agudos	
		Total días estancia	Coste total (€)	Total días estancia	Coste total (€)	Total días estancia	Coste total (€)
18 a 39 años	Hombres	401	107.881	1.473	196.795	1.874	304.676
	Mujeres	608	163.570	2.543	339.607	3.151	503.177
<i>Subtotal</i>		<i>1.009</i>	<i>271.451</i>	<i>4.016</i>	<i>536.402</i>	<i>5.025</i>	<i>807.853</i>
40 a 64 años	Hombres	1.517	408.119	3.800	507.632	5.317	915.750
	Mujeres	2.542	683.874	9.348	1.248.641	11.890	1.932.515
<i>Subtotal</i>		<i>4.059</i>	<i>1.091.993</i>	<i>13.149</i>	<i>1.756.273</i>	<i>17.208</i>	<i>2.848.265</i>
65 y más años	Hombres	1.442	387.941	2.112	282.123	3.554	670.064
	Mujeres	1.919	516.269	5.609	749.211	7.528	1.265.480
<i>Subtotal</i>		<i>3.361</i>	<i>904.210</i>	<i>7.721</i>	<i>1.031.334</i>	<i>11.082</i>	<i>1.935.544</i>
TOTAL		8.429 (25,3%)	2.267.654 (40,6%)	24.886 (74,7%)	3.324.009 (59,4%)	33.315	5.591.663

*Diferencias con Tablas 18 y 20 por redondeo

Gráfico 10. Distribución del coste de la atención hospitalaria por tipo de hospital para pacientes con diagnósticos de depresión (Cataluña, 2006)



Aproximadamente dos terceras partes tanto de los días de estancia (67,7%) como del coste total de la atención hospitalaria (66,2%) corresponde a las mujeres, tal como se resume en la Tabla 22.

Tabla 22. Atención hospitalaria debida a la depresión, por género (Cataluña, 2006)

Género	Total días estancia	Coste total (€) (%)
Hombres	10.746 (32,3%)	1.890.491 (33,8%)
Mujeres	22.569 (67,7%)	3.701.172 (66,2%)
Total	33.315	5.591.663

En relación a la distribución total de días de estancias hospitalarias por depresión, los grupos de pacientes que tuvieron el mayor número de días de hospitalización son las mujeres de 40 a 64 años (35,69%) y de 65 y más años (22,6%) seguidas de los hombres de 40 a 64 años (15,96%), como se muestra en el gráfico 11. En el gráfico 12 se puede observar un comportamiento similar en la distribución del coste total de la atención hospitalaria.

Gráfico 113. Distribución de los días de estancia hospitalaria para pacientes con diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006)

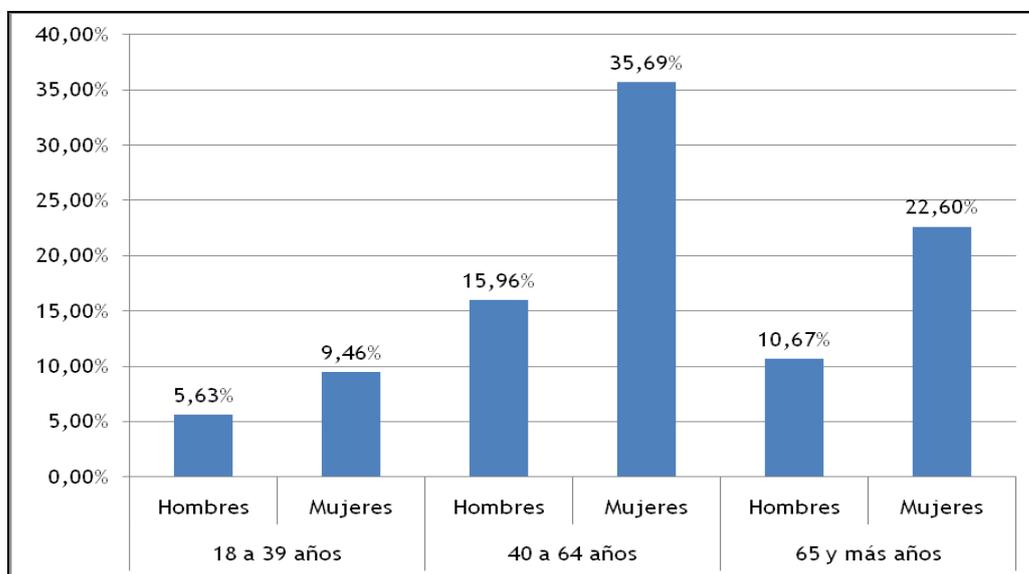
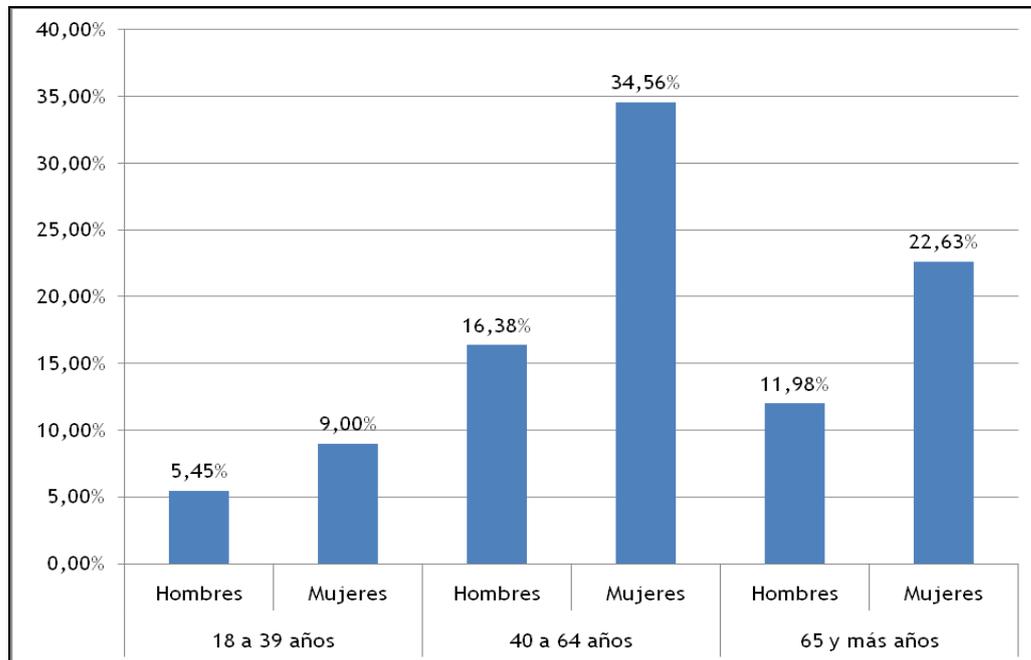


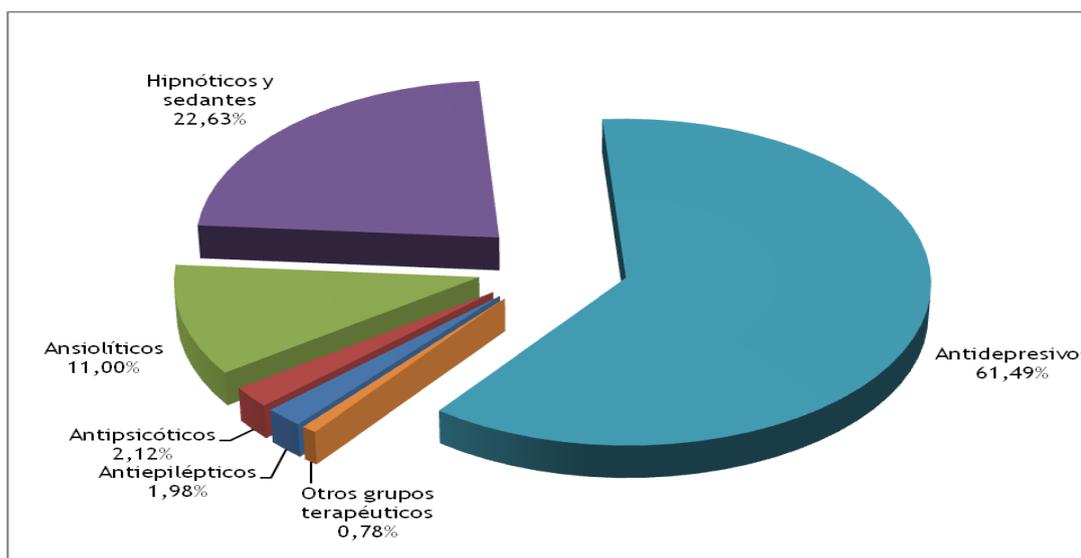
Gráfico 124. Distribución del coste total de la atención hospitalaria para pacientes con diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006)



3.2.4. Coste de la atención farmacológica

Se estima que más de cinco millones de recetas se dispensaron a pacientes con depresión. Tal como era de esperar, el mayor número de recetas dispensadas corresponde a los anti-depresivos (61,49%), seguido de los grupos terapéuticos de hipnóticos y sedantes (22,63%) y ansiolíticos (11,00%) (véase Gráfico 13).

Gráfico 13. Distribución de las recetas para el diagnóstico de depresión, por grupo terapéutico (Cataluña, 2006)



Otros incluyen antiparkinsonianos (0,03%), psicoestimulantes y nootrópicos (0,40%), y fármacos anti-dementia (0,35%)

El coste total de la atención farmacológica por diagnóstico de depresión asciende a 101.065.278 euros, tal como se resume en la Tabla 23. Más del 83% de este importe corresponde al coste de los anti-depresivos, seguido de los antipsicóticos (5,73%), los ansiolíticos (4,74%) y los antiepilépticos (3,62%), véase Gráfico 14.

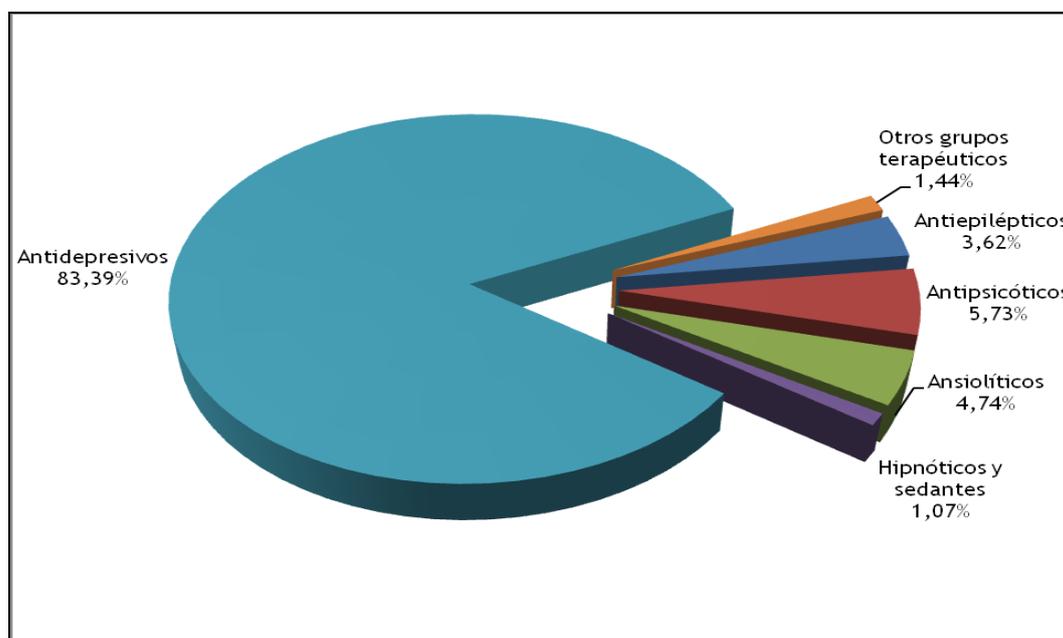
Tal como se puede observar en el gráfico 15, el importe total de psicofármacos dispensado por grupo terapéutico en todos los casos es mayor para las mujeres que para los hombres con excepción del gasto en antipsicóticos y antiparkinsonianos.

Tabla 23. Consumo de medicamentos y coste total de la atención farmacológica para pacientes con depresión (Cataluña, 2006)

Grupo terapéutico	Número total de recetas - todos los diagnósticos	Distribución del número de recetas Datamart por diagnóstico de depresión*	Distribución porcentual de las recetas (Datamart) por diagnóstico de depresión	Importe total dispensado - todos los diagnósticos	Distribución del importe total*	Distribución del importe total dispensado por diagnóstico de depresión
Antiepilépticos	1.585.043	100.142	1,98%	57.980.317	6,32	3.663.161
Antiparkinsonianos	136.396	1.532	0,03%	398.353	1,12	4.475
Antipsicóticos	1.630.619	107.621	2,12%	87.808.696	6,60	5.795.379
Ansiolíticos	2.173.627	557.123	11,00%	18.701.111	25,63	4.793.287
Hipnóticos y sedantes	6.987.038	1.146.635	22,63%	6.592.265	16,41	1.081.848
Antidepresivos	4.921.050	3.115.720	61,49%	133.114.313	63,31	84.280.156
Psicoestimulantes y nootrópicos	523.380	20.210	0,40%	7.108.838	3,86	274.501
Fármacos anti-demenia	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

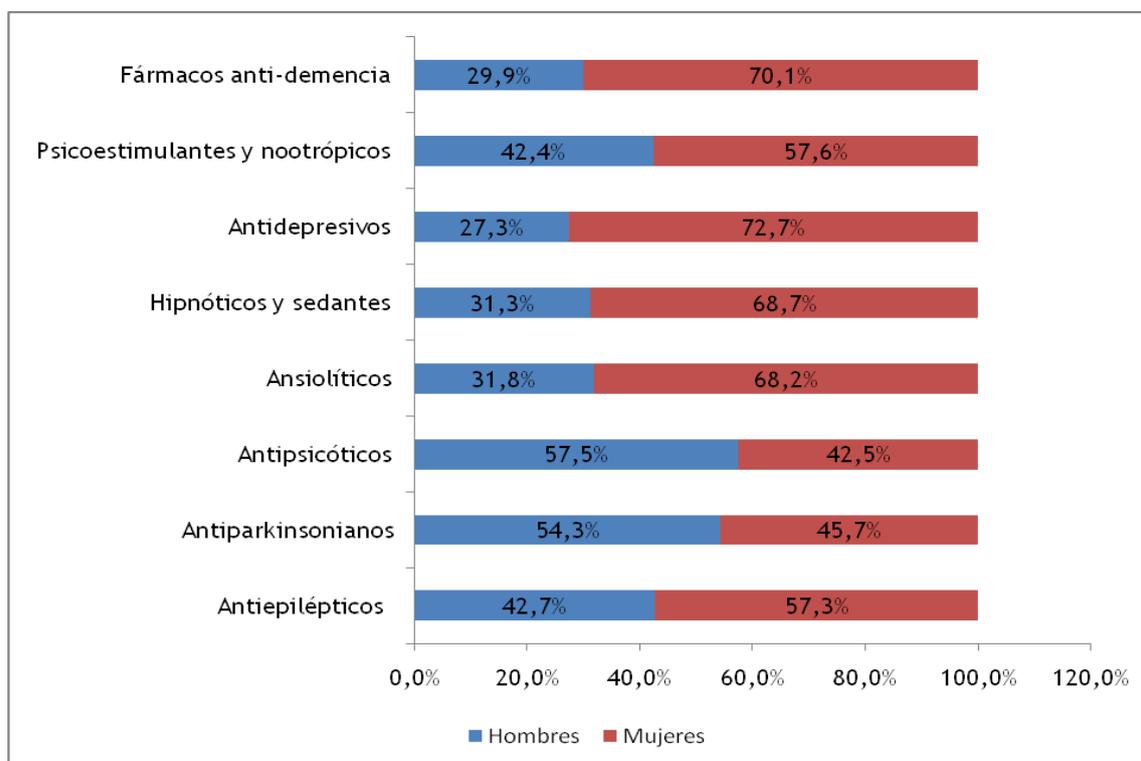
*Datos del Datamart de Farmacia (CatSalut) aplicando distribución de los datos del IMS (Cataluña, 2006)

Gráfico 145. Distribución porcentual del importe total dispensado por grupo terapéutico para los diagnósticos de depresión. Perspectiva de la sociedad (Cataluña, 2006)



*Otros grupos terapéuticos incluye antiparkinsonianos (0,004%), psicoestimulantes y nootrópicos (0,272%), y fármacos anti-demenia (1,160%) (importe total dispensado)

Gráfico 15. Distribución porcentual del importe total de psicofármacos dispensado por grupo terapéutico y género para depresión. Perspectiva de la sociedad (Cataluña, 2006)



3.3. Costes de la productividad perdida

En este apartado se presentan los resultados del coste de la productividad perdida por incapacidad temporal, incapacidad permanente y muerte prematura por causa de suicidio. La pérdida de productividad laboral se calculó desde la perspectiva de la sociedad.

3.3.1. Coste de la productividad perdida por incapacidad temporal

Se estima que en 2006 hubo un total de 33.196 individuos en situación de incapacidad temporal (IT) por diagnóstico de depresión, con una media de 1,08 procesos por IT por individuo. Tal como se muestra en la Tabla 24, estos individuos sumaron un total de 3.708.651 días en IT, es decir, se perdieron ese año 10.161 años productivos. La duración media de las bajas laborales para los diagnósticos de depresión considerados es de 103,5 días (DE: 125,7) y la mediana es de 50 días. La duración media de las bajas laborales oscila entre 78,7 (DE: 106,2) y 122,7 (DE: 138,7) días entre los distintos grupos etarios y género. La mayor duración media corresponde a mujeres entre 40 y 64 años. Además, la duración media de la baja de este grupo etario es un 38% mayor que la del grupo de 18 a 39 años.

Si analizamos la duración media de días de bajas por IT por diferentes grupos diagnósticos podemos observar, tal como se muestra en la tabla 25, que es mayor para diagnósticos de tumores seguidos de enfermedades mentales y del comportamiento y de enfermedades del sistema respiratorio.

En términos monetarios, el coste total por IT asciende a 199.615.938 euros (véase Tabla 24). El coste medio de la productividad perdida por individuo con depresión en IT es de 6.013 euros (IC 95%: 2.234-9.793).

Tabla 24. Datos de incapacidad temporal (IT) por depresión (Cataluña, 2006*)

Género	Grupo etario	Número individuos	Altas 2006*						Coste total (euros)
			Número de altas	Duración media de altas	Desv. típica	Mediana	Días en IT	Años productivos perdidos	
Hombre	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
Mujer	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

*Datos correspondientes al 2007. Se asume mismo comportamiento para el 2006

Tabla 25. Duración media y mediana de la incapacidad temporal (IT) por grupo diagnóstico (Cataluña, 2006*)

Grupos diagnósticos de la IT	Duración media (días)	Duración mediana (días)
Tumores	129,8	50
Enfermedades mentales y del comportamiento	85,1	33
----Depresión	103,5	50
Enfermedades del sistema circulatorio	82,7	31
Enfermedades de la sangre e inmunológicas	69,5	33
Enfermedades congénitas	65,4	24
Enfermedades del sistema nervioso	56,8	13
Enfermedades endocrinas	55,5	22
Enfermedades de gestación, parto y puerperio	52,3	26
Enfermedades osteomusculares	51,6	17
Traumas y causas externas	46,7	19
Otros traumas y causas externas	45,6	20
Otras exposiciones y pruebas	43,5	19
Otras situaciones especiales	42,4	26
Enfermedades perinatales	33,4	8
Enfermedades de ojos y anexos	30,4	10
Enfermedades genitourinarias	27,5	10
Enfermedades del sistema digestivo	27,3	8
Síntomas no clasificados	27,1	7
Enfermedades de la piel	26,2	11
Enfermedades del oído	23,3	8
Enfermedades del sistema respiratorio	9,3	5
Enfermedades infecciosas	8,1	4
Total	36,1	9

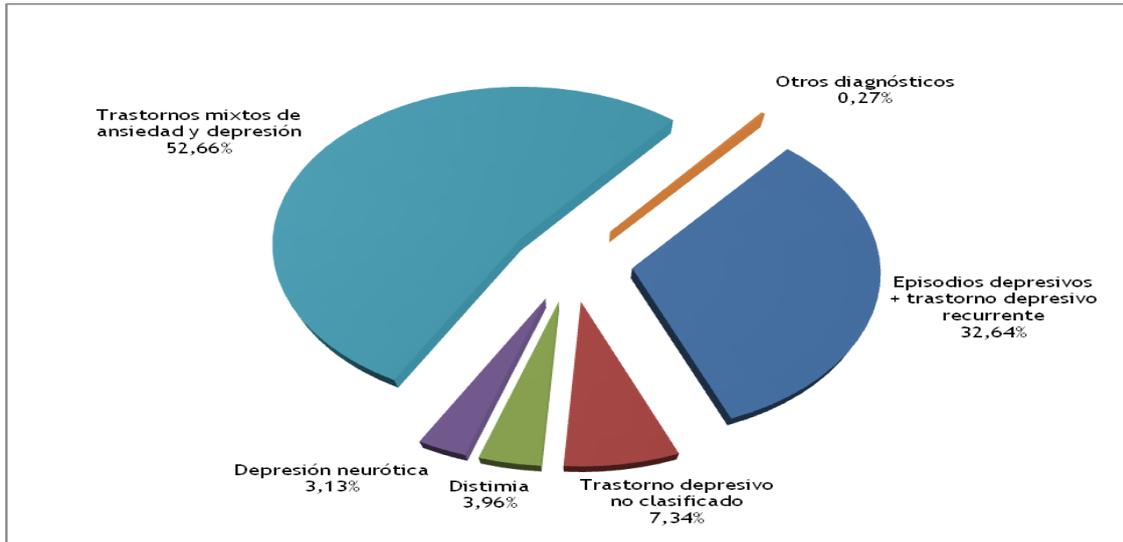
Fuente: Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (2008). La incapacitat laboral per contingències comunes a Catalunya 2007. Informe 0. Situació General i Acord Estratègic (Mesura 78). Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

*Datos correspondientes al 2007. Se asume mismo comportamiento para el 2006

Nota: La duración máxima permitida de la IT es de 18 meses

Con diferencia el mayor número de años productivos perdidos se debe en primer lugar a los trastornos mixtos de ansiedad y depresión (52,66%) seguido de los episodios de depresión mayor y el trastorno depresivo recurrente (32,64%). (véase el gráfico 16).

Gráfico 166. Distribución porcentual de los años productivos perdidos debido a la incapacidad laboral (IT) por diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006*)

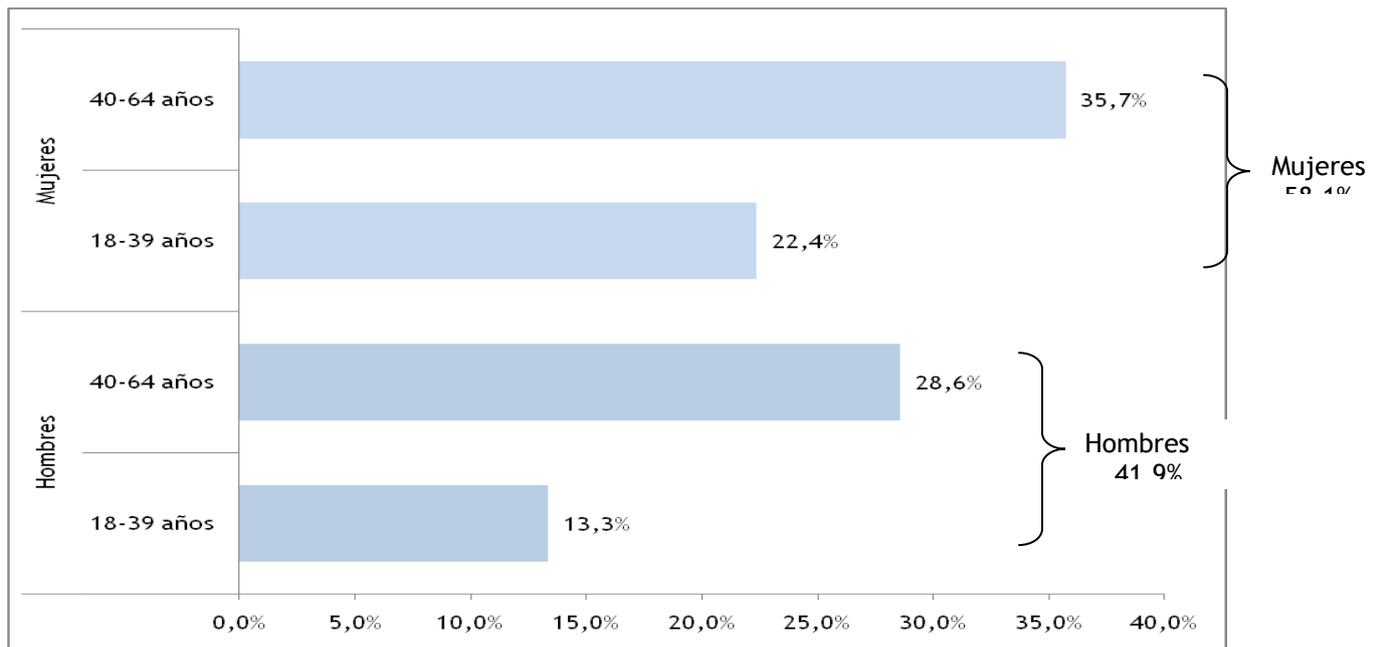


*Datos correspondientes al 2007. Se asume mismo comportamiento para el 2006

**Otros diagnósticos incluye psicosis depresiva (0,12%), trastorno depresivo atípico (0,01%) y otros trastornos del humor (0,14%).

Las mujeres constituyen un 58,1% del coste total de la pérdida de productividad por IT. El grupo etario de 40 a 64 es el que mayor peso tiene tanto en las mujeres (35,7%) como en los hombres (28,6%), según se puede observar en el gráfico 17.

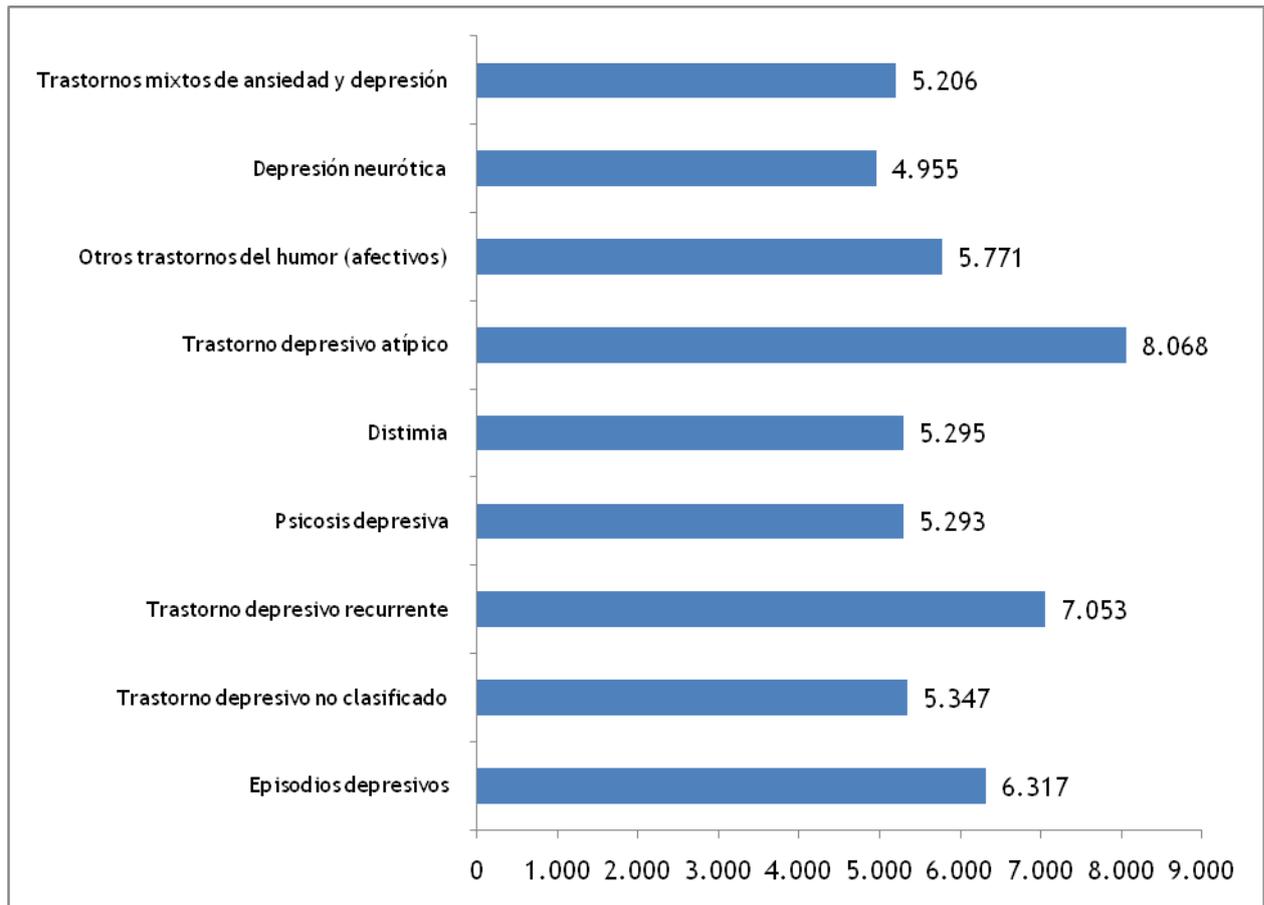
Gráfico 17. Distribución porcentual del coste total de la pérdida de productividad por Incapacidad Laboral (IT), por género y grupo de edad (Cataluña, 2006*)



*Datos correspondientes al 2007. Se asume mismo comportamiento para el 2006

El coste medio por proceso de IT para todos los diagnósticos de depresión incluidos es de 5.570 euros (IC 95%: 2.092–9.049). El trastorno depresivo atípico, el trastorno depresivo recurrente y los episodios depresivos son los diagnósticos con coste medio por procesos más altos, como se puede observar en el Gráfico 187 18.

Gráfico 187. Coste medio por Incapacidad Temporal (IT) según diagnóstico de depresión (euros) (Cataluña, 2006*)



* Datos correspondientes al 2007. Se asume mismo comportamiento para el 2006

Los datos sobre la incapacidad temporal por diagnóstico de depresión en Cataluña se resumen en la Tabla 26.

Tabla 26. Datos de incapacidad temporal por diagnóstico de depresión, género y grupo etario (Cataluña, 2006*)

Diagnóstico de depresión	Género	Grupo etario	Número individuos	Altas 2006						Coste total (euros)
				Número de altas	Duración media de altas	Desv. típica	Mediana	Días en IT	APP	
F32 a F32.8: Episodios depresivos (296.2)	Hombre	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
	Mujer	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: Trastorno depresivo no clasificado - 311	Hombre	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
	Mujer	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: Trastorno depresivo recurrente (296.3)	Hombre	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
	Mujer	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
F33.3: Psicosis depresiva (298.0)	Hombre	18-39	9	9	71,8	103,4	23	646	2	35.746
		40-64	10	11	84,6	122,2	36	931	3	71.972
		Total	19	20	78,9	111,4	25	1.577	4	107.718
	Mujer	18-39	12	12	113,9	140,1	27,5	1.367	4	58.668

		40-64	15	15	111,6	151,5	35	1.674	5	82.375
		Total	27	27	112,6	143,8	35	3.041	8	141.043
	Total	18-39	21	21	95,9	124,6	25	2.013	6	94.415
		40-64	25	26	100,2	137,9	35,5	2.605	7	154.347
		Total	46	47	98,3	130,7	30	4.618	13	248.761
F34.1: Distimia	Hombre	18-39	192	209	78,2	108,1	38	16.352	45	904.839
		40-64	237	270	97,7	123,6	46	26.378	72	2.039.180
		Total	429	479	89,2	117,3	42	42.730	117	2.944.019
	Mujer	18-39	381	420	84,1	111,3	39	35.340	97	1.516.705
		40-64	537	582	118,1	140,8	56	68.711	188	3.381.153
		Total	918	1.002	103,8	130,3	48	104.051	285	4.897.858
	Total	18-39	573	629	82,2	110,2	39	51.692	142	2.421.544
		40-64	774	852	111,6	135,8	51,5	95.089	261	5.420.334
		Total	1.347	1.481	99,1	126,4	46	146.781	402	7.841.878
Trastorno depresivo atípico (296.82)	Mujer	18-39	1	1	188,0	.	188	188	1	8.068
		Total	1	1	188,0	.	188	188	1	8.068
	Total	18-39	1	1	188,0	.	188	188	1	8.068
		Total	1	1	188,0	.	188	188	1	8.068
F38 y F39: Otros trastornos del humor (afectivos)	Hombre	18-39	11	11	146,5	174,8	53	1.611	4	89.145
		40-64	6	6	65,5	27,4	62	393	1	30.381
		Total	17	17	117,9	144,7	53	2.004	5	119.526
	Mujer	18-39	18	20	103,8	148,6	24	2.075	6	89.054
		40-64	10	10	127,3	158,2	70	1.273	3	62.642
		Total	28	30	111,6	149,6	41,5	3.348	9	151.696
	Total	18-39	29	31	118,9	156,9	27	3.686	10	178.199
		40-64	16	16	104,1	127,4	63	1.666	5	93.023
		Total	45	47	113,9	146,3	50	5.352	15	271.222
Depresión neurótica (300.4)	Hombre	18-39	189	214	75,6	91,3	38	16.186	44	895.654
		40-64	189	203	98,8	124,2	56	20.065	55	1.551.147
		Total	378	417	86,9	109,1	46	36.251	99	2.446.800
	Mujer	18-39	365	396	75,1	97,1	38	29.754	82	1.276.968
		40-64	408	434	115,0	138,0	60	49.894	137	2.455.200
		Total	773	830	96,0	121,8	49,5	79.648	218	3.732.168
	Total	18-39	554	610	75,3	95,0	38	45.940	126	2.172.621
		40-64	597	637	109,8	133,9	58	69.959	192	4.006.347

		Total	1.151	1.247	92,9	117,7	49	115.899	318	6.178.969
F41.2: Trastornos mixtos de ansiedad y depresión	Hombre	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
	Mujer	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
	Total	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

*Datos correspondientes al 2007. Se asume mismo comportamiento para el 2006

*APP: Años productivos perdidos

3.3.2. Coste de la productividad perdida por incapacidad permanente

Tal como hemos explicado en el apartado de metodología, las estimaciones asociadas a la pérdida de productividad por incapacidad permanente (IP) se realizaron a partir de los datos disponibles sobre nuevos casos de IP para la provincia de Barcelona en el 2007 por Constança Alberti (ICAM) y Mencía Ruiz y Luis Salvador (PSICOST). Como se muestra en la Tabla 27, un 57,2% de todas las IP propuestas fueron aceptadas. Del grupo de salud mental, se aceptaron 58,6% (2.502) de las propuestas presentadas. Específicamente para los diagnósticos de depresión analizados, se aceptaron 1.288 de las 2.005 presentadas, en otras palabras, un 64,2%. Aproximadamente 2 de cada 3 propuestas de IP por depresión fueron aceptadas.

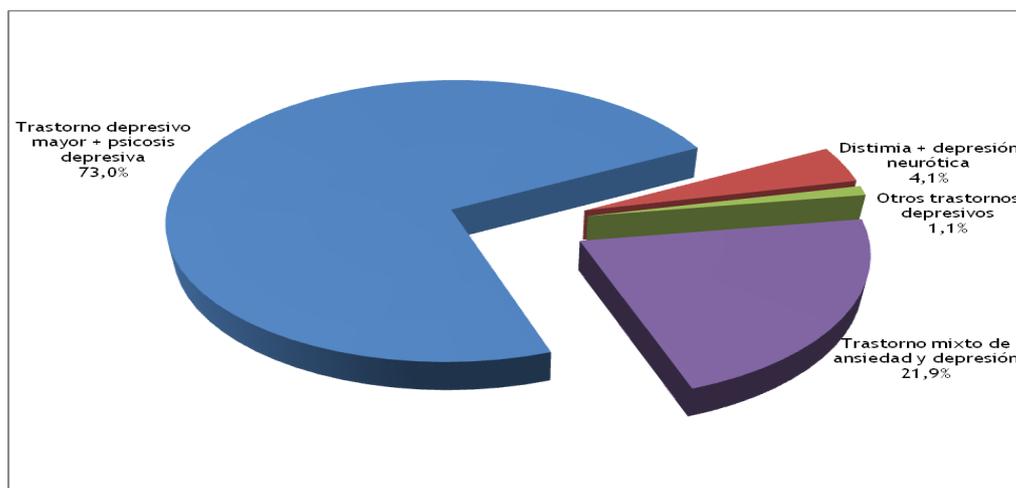
Se estima que un 10,69% del total de IP aceptadas en 2007 corresponde a diagnósticos de depresión.

Tabla 27. Análisis de datos de la provincia de Barcelona: Casos de incapacidad permanente para el año 2007

	IP propuestas	IP aceptadas	% aceptadas en relación a propuestas
Todas	21.070	12.046	57,2%
Grupo salud mental (05)	4.271	2.502	58,6%
Diagnósticos de depresión	2.005	1.288	64,2%
% IP de depresión del total	9,52	10,69	
% IP de depresión del grupo de salud mental	46,94	51,49	

La distribución de las propuestas aceptadas de IP por grupos diagnósticos de depresión se muestra en el Gráfico 19. Tal como se puede observar, el 73% de estas propuestas se debió al grupo de trastorno depresivo mayor y psicosis depresiva y cerca de un 22% al de trastorno mixto de ansiedad y depresión. La distimia y depresión neurótica representaron un 4,1% mientras que otros trastornos depresivos como el atípico y el no clasificado representan únicamente el 1,1%.

Gráfico 198. Distribución porcentual de las propuestas de incapacidad permanente aceptadas por grupos diagnósticos de depresión (Cataluña, 2006*)



* Datos correspondientes al 2007. Se asume mismo comportamiento para el 2006
 Otros trastornos depresivos incluyen trastorno depresivo atípico y trastorno depresivo no clasificado

El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) registra 161.800 casos de IP para Catalunya en el 2007. Basado en nuestras estimaciones, 17.302 (10,69%) de éstas corresponden a diagnósticos de depresión (véase Tabla 28). El coste total de la pérdida de productividad por IP atribuible a la depresión asciende a 353.311.007 euros. El coste medio por paciente con IP es de 20.420 euros.

Tabla 28. Estimación del coste de la incapacidad permanente (IP) por diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006*)

	Prevalencia (total casos 2006) (a)	Incidencia (casos nuevos 2006 - dx de depresión) (b)	Casos antes de 2006 (c)	Ganancia media anual (d)	Estimación costes año entero - casos antes 2006 (e) = (c)*(d)	Estimación costes medio año - casos nuevos 2006 (f) = (b)*(d)/2	Coste total IP por diagnóstico de depresión Catalunya 2006 (g) = (e)+(f)
IP total para Cataluña 2007	161.800						
Estimación IP por depresión	17.302 (10,69%)	1.288	16.014	21.210,04	339.650.504	13.660.503	353.311.007

* Se utiliza para el cálculo la estimación de la provincia de Barcelona para 2007

3.3.3. Coste de la productividad perdida por muerte prematura

En este apartado presentamos los resultados de la pérdida de productividad por muerte prematura debida a suicidio. Estimamos que un 45% de los suicidios completados son atribuibles a la depresión. En la Tabla 29 se presentan la estimación de suicidios por depresión clasificados por grupo de edad y género. Un total de 110,3 suicidios se deben a la depresión, de los cuales un 77% corresponden a hombres.

Tabla 29. Estimación del número de suicidios atribuibles a la depresión en Cataluña (2006)

Grupo etario	Suicidios en Cataluña*			Suicidios atribuibles a depresión			Suicidios de individuos ocupados atribuibles a depresión		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	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

Fuentes: Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya, 2006; Registro de casos de suicidio en Sabadell en 2008 (Palao et al., 2009)

El número total de APV por género y edad así como de APVPP se muestra en la Tabla 30. El mayor número de APVPP ocurre en el grupo etario de 25 a 34 años. El total para hombres es de 484 y para mujeres es de 101. La segunda mayor pérdida es para el grupo de 35 a 44 años. (420 y 72 para hombres y mujeres, respectivamente.)

Tabla 30. Años de vida perdidos (AVP) y años potenciales de vida productiva perdidos (AVPP) debido a suicidio por depresión (Cataluña, 2006)

Grupo etario	Años de Vida Perdidos (AVP)			Años potenciales de vida productiva perdidos (APVPP)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	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

Fuentes: Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya, 2006; Registro de casos de suicidio en Sabadell en 2008 (Palao et al., 2009)

Si calculamos el coste de la mortalidad por depresión multiplicando los APVPP por la ganancia salarial anual por grupo etario y género éste asciende a 36,6 millones de euros, tal como se muestra en la Tabla 31. Comparativamente, si realizamos el cálculo del coste total de la pérdida de productividad por suicidio atribuible a la depresión, desagregado por grupo etario y género aplicando una tasa de crecimiento anual de 1% y una tasa de descuento del 3%, este valor es de 26,9 millones de euros (véase la Tabla 32). De esta cantidad, un 86,8% corresponde a hombres y un 13,2% a mujeres, tal como se muestra en el Gráfico 20. El 35,4% del coste total corresponde al grupo de 25 a 34 años, seguido del de 35 a 44 años con 32,5% (véase Gráfico 21). El coste medio de la productividad perdida por suicidio atribuible a la depresión es de 384.708 euros (IC 95%: 0-770.340).

Tabla 31. Coste de la mortalidad de la depresión. Estimación del coste de los APVPP (Cataluña, 2006)

Grupo etario	Hombres	Mujeres	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

*Sin crecimiento anual ni tasa de descuento.

Tabla 32. Coste total de la pérdida de productividad por suicidio atribuible a la depresión en Cataluña (Euros) (Cataluña, 2006)

Grupo etario	Coste total(€)		
	Hombres	Mujeres	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%)
Total	23.307.465 (86,8%)	3.548.163 (13,2%)	26.855.628

*Estimación con crecimiento anual del 1% de la ganancia salarial y aplicación de tasa de descuento del 3%

Gráfico 20. Distribución porcentual del coste total de productividad perdida por muerte prematura, por género (Cataluña, 2006)

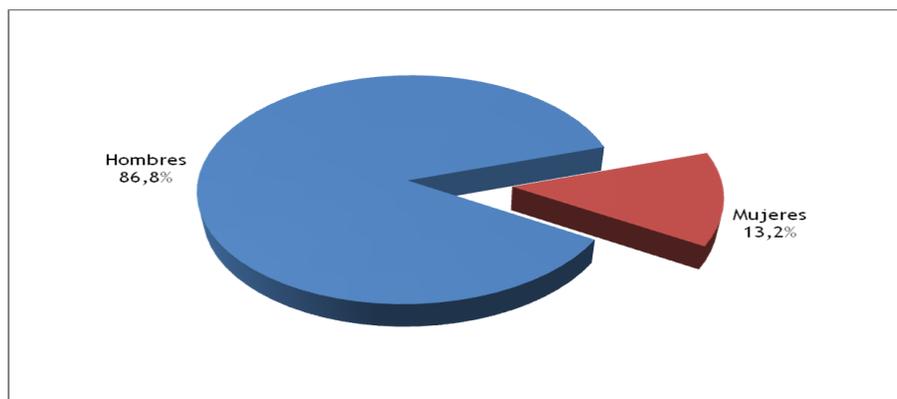
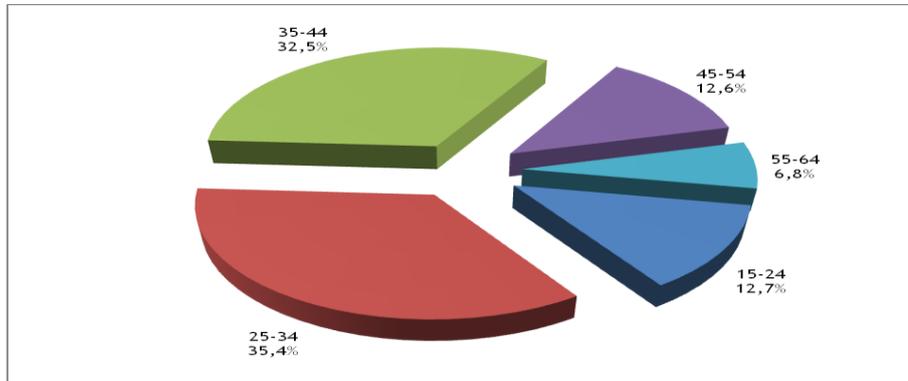
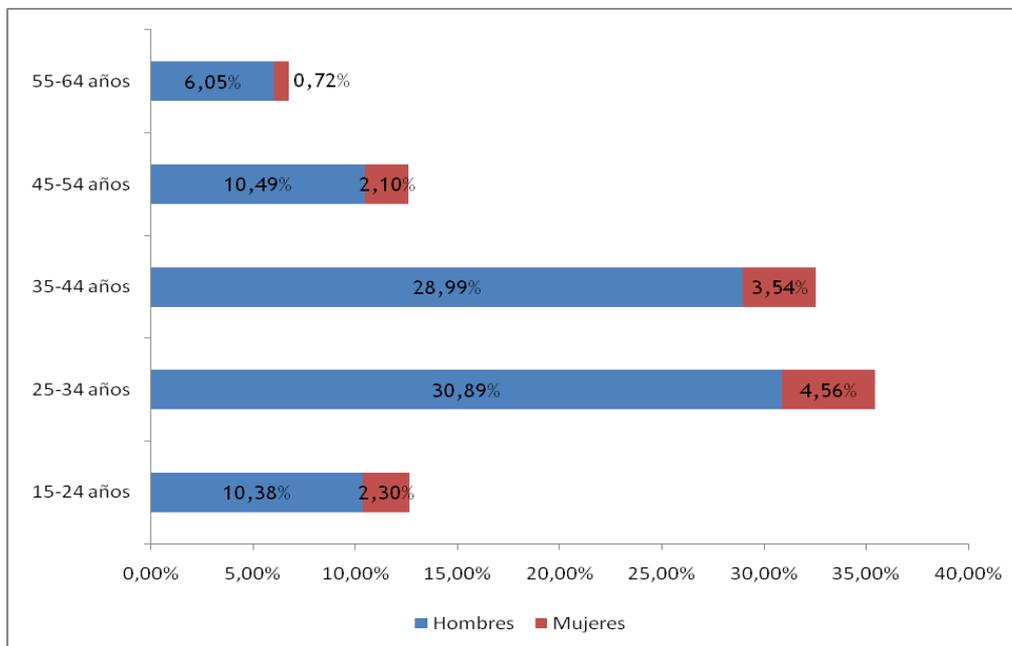


Gráfico 21. Distribución del coste total de la productividad perdida por muerte prematura debida a la depresión, por grupo de edad (Cataluña, 2006)



El grupo de edad con mayor contribución a la pérdida de productividad por muerte prematura es el de 25 a 34 años para ambos géneros, tal como se muestra en el Gráfico 22.

Gráfico 22. Distribución del coste total de la productividad perdida por muerte prematura debida a la depresión, por grupo de edad y género (Cataluña, 2006)



3.4. Coste total de la depresión

En este apartado se resumen los resultados del coste de la depresión descrito en secciones anteriores. Los resultados se presentan separados por costes sanitarios directos y costes indirectos (véase Tabla 33).

El coste total anual de la depresión estimado para la población catalana en el 2006 fue de 735,4 millones de euros. Los costes sanitarios directos constituyen un 21,2% del coste total y los costes indirectos un 78,8%. La distribución de los costes totales de la depresión se presenta en los gráficos 23 y 24. En el primero se muestra la distribución del coste total en euros y, en el segundo, la distribución porcentual por categoría de costes. La proporción de costes indirectos en relación a los costes sanitarios directos es de 3,7.

La atención farmacológica asciende a 101,1 millones de euros, lo cual representa un 65% de los costes sanitarios directos (Gráfico 25). El coste total de la atención primaria es un 26,2% de los costes directos mientras que la atención especializada es un 5,2% y la atención hospitalaria un 3,6%. La proporción de los costes de atención primaria en relación con la atención especializada es 5,1. La proporción de los costes de atención farmacológica en relación con otros costes directos es 1,9.

Los costes indirectos por depresión ascienden a 580 millones de euros. El coste de la productividad perdida debida a la incapacidad permanente supone cerca del 61% de los costes indirectos. El coste de la productividad perdida por incapacidad temporal constituye un 34,4% de los costes indirectos mientras que por muerte prematura es de un 4,6%, tal como se puede observar en el gráfico 26. Así pues, el coste total de la morbilidad representa un 95,4% de los costes indirectos. La proporción de los costes de pérdida de productividad por morbilidad en relación a la mortalidad es 20,6.

Los costes medios por individuo con depresión se resumen en la Tabla 34. En el caso de atención farmacológica el coste medio por prescripción dispensada es de 19,83 euros. Estos resultados se comentan en el apartado de discusión.

Los costes totales de la depresión se resumen por género y grupo de edad. Los costes sanitarios directos se presentan en la Tabla 35 y los costes indirectos en la Tabla 36. En todos los grupos de edad el coste sanitario directo es mayor en las mujeres que en los hombres. El coste de mortalidad atribuible a la depresión es mayor en los hombres que en las mujeres. En el caso de la incapacidad temporal, las mujeres tienen un mayor coste que los hombres.

Tabla 33. Coste total de la depresión en Cataluña (2006)

Categoría de costes	Euros	% de costes directos	% del coste total
Costes directos			
Atención primaria	40.847.530	26,2%	5,6%
Atención especializada	8.070.883	5,2%	1,1%
Atención hospitalaria	5.591.663	3,6%	0,8%
Atención farmacológica	101.065.278	65,0%	13,7%
Subtotal costes directos	155.575.354	100%	21,2%
Costes indirectos			
		% de costes indirectos	
Productividad perdida debida a la morbilidad			
- Incapacidad temporal	199.615.938	34,4%	27,1%
- Incapacidad permanente	353.311.007	60,9%	48,0%
Productividad perdida debida a la mortalidad	26.855.628	4,6%	3,7%
Subtotal costes indirectos	579.782.572	100%	78,8%
Coste total de la depresión	735.357.926		100%

Gráfico 23. Distribución de los costes sanitarios directos e indirectos de la depresión en Cataluña (2006) (En euros)

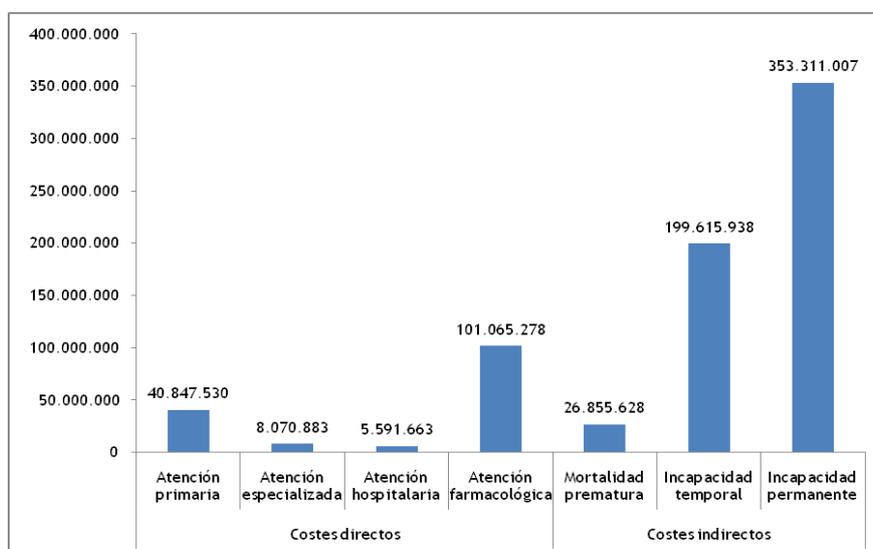


Gráfico 24. Distribución porcentual de los costes sanitarios directos e indirectos de la depresión en Cataluña (2006)

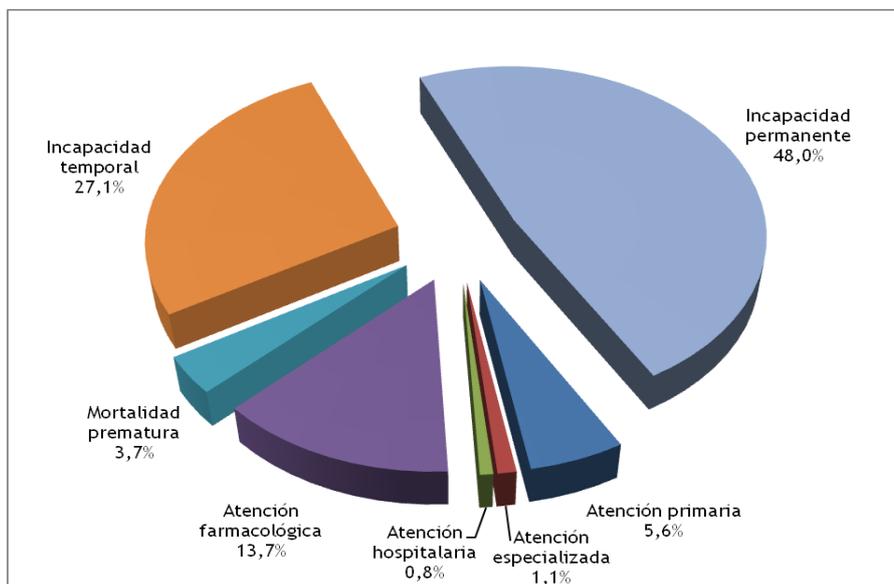


Gráfico 25. Distribución de los costes sanitarios directos de la depresión (Cataluña, 2006)

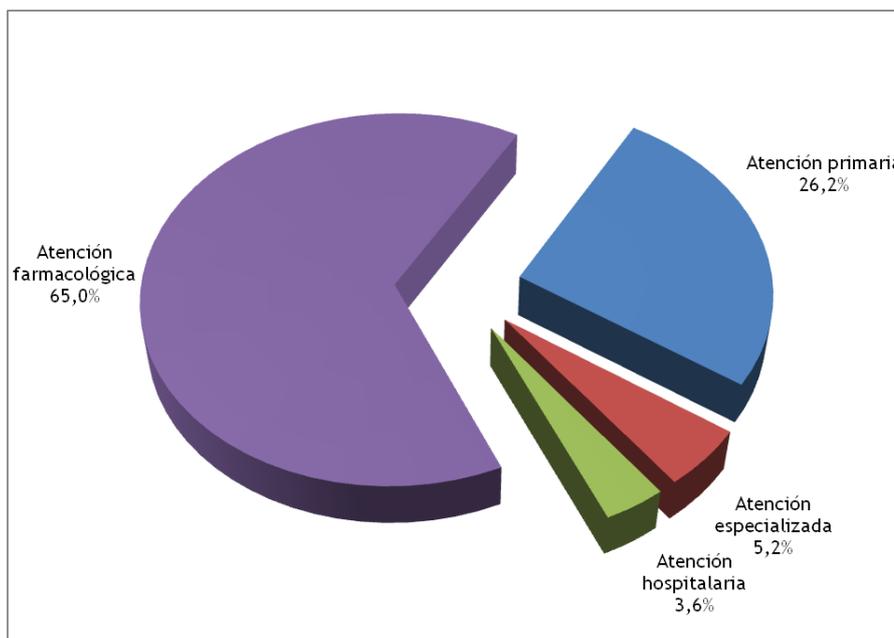
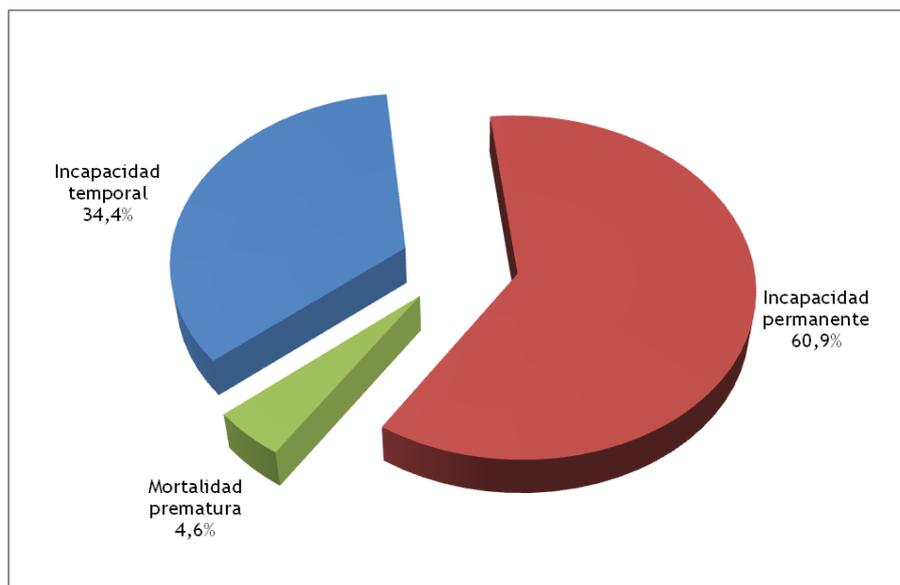


Gráfico 26. Distribución de los costes indirectos de la depresión en Cataluña (2006)**Tabla 34. Coste medio por individuo con depresión según categoría de costes (euros) (Cataluña, 2006)**

Categoría de costes	Euros 2006	IC 95%
Coste medio por paciente con depresión atendido por médico de cabecera en atención primaria	219	155-284
Coste medio por paciente con depresión atendido en atención especializada	215	163-267
Coste medio por alta hospitalaria por depresión	3.548	2.543-4.554
Coste medio del tratamiento farmacológico (por prescripción dispensada)	19,83	-
Coste medio de la productividad perdida por suicidio atribuible a la depresión	384.708	0-770.340
Coste medio de la productividad perdida por individuo en incapacidad temporal	6.013	2.234-9.793
Coste medio de la productividad perdida por proceso de incapacidad temporal	5.570	2.092-9.049
Coste medio de la productividad perdida por incapacidad permanente	20.420	-

Tabla 351. Costes sanitarios directos atribuibles a la depresión, por género y grupo de edad (Euros) (Cataluña, 2006)

Categoría de costes directos	Homes				Dones				Total
	18-39	40-64	65 i més	Total	18-39	40-64	65 i més	Total	
Atención primaria	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
Atención especializada	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
Atención hospitalaria	304.676	915.750	670.064	1.890.491	503.177	1.932.515	1.265.480	3.701.172	5.591.663
Atención farmacológica	ND	ND	ND	30.272.624	ND	ND	ND	70.792.654	101.065.278
Total costes directos				45.232.453				110.342.901	155.575.354

ND: falta información suficiente para presentar los resultados por grupo etario.

Tabla 36. Costes indirectos atribuibles a la depresión, por género y grupo de edad (Euros) (Cataluña, 2006)

Categoría de costes indirectos	Hombres				Mujeres				Total
	18-39	40-64	65 y más	Total	18-39	40-64	65 y más	Total	
Mortalidad	nd	nd	nd	23.307.465	nd	nd	nd	3.548.163	26.855.628
Incapacidad laboral									
Incapacidad temporal	26.630.121	57.005.821	na	83.635.942	44.675.503	71.304.492		115.979.996	199.615.938
Incapacidad permanente	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	353.311.007
Total costes indirectos									579.782.573

na: No aplicable dada la edad de jubilación a los 65 años

nd: Falta información suficiente para presentar los resultados por grupo etario y/o género

3.5. Análisis de sensibilidad

En este apartado se presentan los resultados del modelo de simulación Montecarlo para los costes de la atención primaria, especializada y hospitalaria. La atención farmacológica no se incluyó en el modelo de simulación, a pesar de la incertidumbre sobre el porcentaje del consumo farmacéutico para los pacientes con depresión.

También se presentan los resultados del coste de la atención primaria utilizando los datos de prevalencia y el número medio de visitas por paciente del ESEMeD.

Además, se ha realizado un análisis de sensibilidad sobre el coste de la atención especializada aplicando datos de los dos centros colaboradores Althaia y Sant Joan de Déu sobre la distribución porcentual de cada actividad de los CSMA que realiza cada profesional (psiquiatra, psicólogo, enfermera y trabajador social).

3.5.1. Resultados del modelo de simulación Montecarlo: Costes sanitarios directos

En el modelo de simulación Monte Carlo, descrito en el apartado 2.4.2, se realizó la estimación del coste sanitario directo de la depresión incluyendo la atención primaria, especializada y hospitalaria. Los resultados del modelo se presentan en términos de probabilidad. El coste sanitario directo promedio asciende a 76,2 millones de euros (IC: 75,3-77,0 millones de euros), con un coeficiente de variación del 13,77% (véase Tabla 37 y 38). Se estima un valor mínimo de 52,8 millones de euros y un valor máximo de 106,3 millones de euros. La probabilidad que el coste sanitario directo total (excluyendo fármacos) esté por debajo de los 70.000.000 euros es del 34,7%, entre 70 y 100 millones es del 64,3% y por encima de 100 millones de euros es del 1,0%. En el gráfico 25 se muestra la probabilidad acumulada y la distribución del coste sanitario directo (excluyendo fármacos) de la depresión se presenta en el gráfico 26.

Tabla 37. Análisis de sensibilidad probabilístico sobre el coste sanitario directo (excluyendo atención farmacológica): estadísticos básicos calculados sobre 1.000 simulaciones (Cataluña, 2006)

	Valores	Unidades
Promedio	76.152.030,72	€
Mediana	74.985.253,97	€
Desviación estándar	10.487.810,67	€
Coefficiente de variación	13,77	%
Mínimo	52.831.296,31	€
Máximo	106.263.627,81	€

Análisis principal del CostDep - Coste sanitario directo excluyendo la atención farmacológica: 54.510.076 euros

Tabla 38. Intervalo de confianza y error al 95% sobre 1.000 simulaciones – coste sanitario directo (excluyendo fármacos) (Cataluña, 2006)

	Unidades		
Gran media (5 lotes)	76.152.030,72		€
Desviación estándar	705.124,34		€
Intervalo de confianza	75.275.382,20	77.028.679,24	€
Error	876.648,52		€
Error sobre la gran media (%)	1,15		%

Gráfico 25. Probabilidad acumulada del coste sanitario directo (excluyendo fármacos) de la depresión: Resultado de la simulación

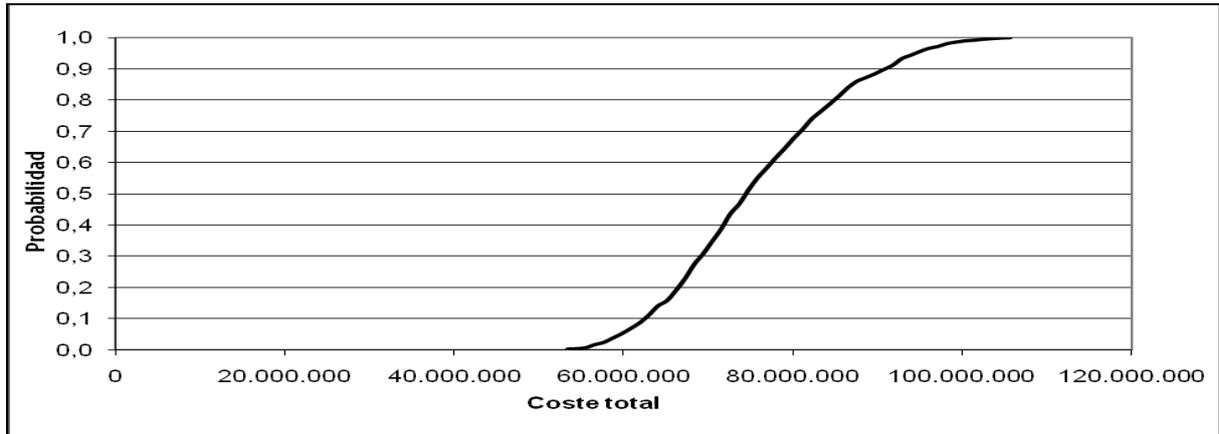
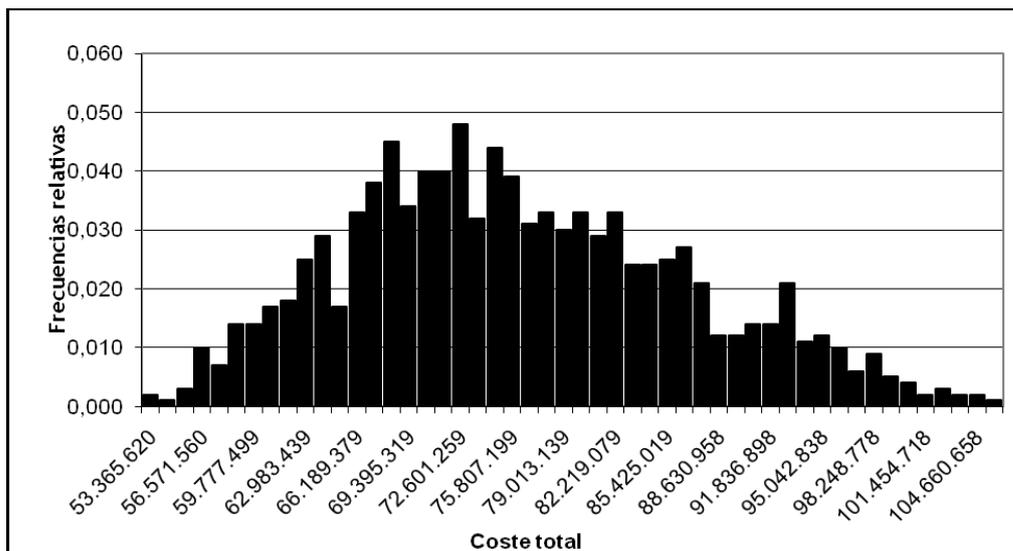


Gráfico 26. Distribución del coste sanitario directo (excluyendo fármacos) de la depresión: Resultados del modelo de simulación



3.5.2. Coste de la atención primaria, especializada y hospitalaria

Tal como se resume en la Tabla 39, el coste promedio de la atención primaria se estima en 62,5 millones de euros con un coeficiente de variación del 17,2%. El coste de la atención hospitalaria asciende a 5,9 millones de euros con un 13% de variabilidad.

Tabla 39. Resultados del análisis probabilístico de los costes sanitarios directos (excluyendo fármacos) de la depresión (Cataluña, 2006)

Categoría de costes (Coste total análisis principal CostDep)	Coste total (En euros, 2006)					
	Promedio	Mediana	Desv. Estándar	Coef.de variación (%)	Mínimo	Máximo
Atención primaria (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
Atención especializada (8.070.883 euros)						
- Psiquiatra	3.859.922,77	3.896.587,26	443.158,77	11,48	2.639.932,08	4.848.762,07
- Psicólogo	2.471.433,72	2.441.678,58	376.882,94	15,25	1.615.521,57	3.937.695,80
- Enfermería	548.352,84	549.557,85	51.213,25	9,34	391.539,77	697.347,48
- Trabajador social	721.223,11	726.754,73	112.270,32	15,57	410.005,18	992.154,68
Atención hospitalaria (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

Según los resultados del modelo de simulación, el 81,95% del coste sanitario directo total es atribuible al coste de la atención primaria, seguido por el coste de la atención hospitalaria con un 7,89%. De los profesionales de la atención especializada, el coste de la atención del psiquiatra es un 5,15% del coste sanitario total. Los pesos relativos de cada categoría de costes se resumen en la Tabla 40.

Tabla 40. Pesos relativos cada categoría de costes sobre el coste sanitario directo total (excluyendo fármacos) (%) (Cataluña, 2006)

	Atención primaria	Atención especializada				Atención hospitalaria
		Psiquiatra	Psicólogo	Enfermería	Trabajador social	
Promedio	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
Coefficiente de variación (%)	3,26	17,10	20,11	16,42	21,48	18,58
Mínimo	74,02	2,92	1,82	0,42	0,47	4,36
Máximo	87,94	8,63	5,95	1,18	1,68	13,55

3.5.3. Atención primaria

El coste total de la atención primaria, utilizando como fuente de datos principal el estudio ESEMeD-SAMCAT, asciende a 10 millones de euros, tal como se muestra en la Tabla 41. El coste medio por paciente con depresión es de 56,75 euros (CI 95%: 14,28-99,22).

Tabla 2. Resultados del análisis de sensibilidad para la atención primaria: Utilizando datos del ESEMED-SAMCAT (Cataluña, 2006)

Género	Grupo etario	Población 2006	Prevalencia 1 año (SAMCAT-ESEMED)	Personas en población general con depresión	% Personas con depresión que dicen que han consultado en atención primaria por este problema	Personas con depresión que consultan por este motivo	Media de visitas a médico general (ESEMED)	Número visitas médico general por grupo dx	Coste unitario de la visita a médico general (Centro B)	Coste total visitas médico general
		(RCA)	(b)	c=(a*b)/100	d	e=(c*d)/100	f	g=e*f	h	i=g*h
Mujer	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 más	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
Hombre	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 más	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

Coste total de la atención primaria en el análisis principal del CostDep: 40.847.530 euros

3.5.4. Costes de la atención especializada

Una de las problemáticas que identificamos para estimar el coste de la atención especializada fue la de distribuir las actividades entre los profesionales de los CSMA que las realizan. Conocer esta distribución era importante para poder aplicar los costes unitarios de las visitas de manera adecuada. La estimación que utilizamos en el estudio se basó en la consulta realizada al grupo de consenso. Sin embargo, también obtuvimos de cada uno de los centros colaboradores, datos relativos al porcentaje de la actividad que realiza cada profesional (véase Tabla 42). A partir de estos datos, estimamos el coste de la atención especializada para comparar los resultados con los basados en estimaciones obtenidas a través de consulta al grupo de consenso.

Tabla 42. Centros de Salud Mental-Adultos: Porcentaje de la actividad que realiza cada profesional (Datos 2006)

Actividad	Fuente de datos	Psiquiatra	Psicólogo	Enfermera	Trabajador social	Notas
Primeras visitas	Grupo consenso	95%	5%	0	0	
	Althaia	95%	5%	0	0	
	PSSJD	90,44%	9,27%	0,19%	0,09%	Incluidas primeras y reaperturas
Visitas sucesivas	Grupo consenso	80%	20%	0	0	
	Althaia	40%	5%	55%	0	
	PSSJD	64,78%	25,09%	5,28%	4,85%	Todas las visitas excepto primeras y reaperturas
Visitas domiciliarias	Grupo consenso	10%	10%	20%	60%	
	Althaia	2%	0	98%	98%	Las realizan trabajador social i enfermería conjuntamente, nunca solos
	PSSJD	0	0	66,67%	33,33%	Incluye domiciliarias y las realizadas en otros centros
Visitas no	Grupo consenso	10%	10%	20%	60%	

programadas	Althaia	55%	5%	20%	20%	
	PSSJD	69,54%	20,47%	5,36%	4,63%	Forzadas inmediatas, urgentes y preferentes
Psicoterapia individual	Grupo consenso	40%	45%	15%	0	
	Althaia	5%	95%	0	0	
	PSSJD	8,34%	91,66%	0	0	
Psicoterapia grupal	Grupo consenso	15%	40%	30%	15%	
	Althaia	0	90%	0	5%	
	PSSJD	7,51%	92,49%	0	0	Incluidas grupales familiares
Tratamiento familiar	Grupo consenso	10%	30%	25%	35%	
	Althaia	5%	30%	20%	45%	
	PSSJD	39,50%	29,56%	1,93%	29,01%	
Pruebas complementarias	Grupo consenso	5%	80%	10%	5%	
	Althaia	10%	70%	20%	0	Se incluyen las analíticas
	PSSJD	14,23%	84,93%	0	0,84%	Contadas exploraciones

El 100% de la actividad de atención de enfermería y trabajo social son realizadas por profesionales de enfermería y trabajo social, respectivamente.

Tal como podemos observar en la Tabla 43, la estimación del coste de la atención especializada aplicando los datos del grupo de consenso se sitúa entre los valores de las estimaciones realizadas con los datos de los dos centros colaboradores.

Tabla 43. Comparación de las estimaciones del coste de la atención especializada según fuente de datos para la distribución de la actividad por profesional (Euros, 2006)

Actividad Centros de Salud Mental Adultos	Coste total de atención especializada (€)		
	Análisis principal - opinión expertos	Análisis de sensibilidad	
		Fundación Althaia	PSSJD
Primeras visitas	515.494	515.494	522.590
Visitas sucesivas	4.793.597	3.689.363	4.805.086
Atención enfermería	250.115	250.115	250.115
Trabajo social	202.783	202.783	202.783
Psicoterapia individual	993.143	1.159.318	1.149.325
Psicoterapia grupal	270.406	327.983	325.052
Tratamiento familiar	89.411	86.228	90.249
Pruebas complementarias	67.412	71.424	78.916
Visitas domiciliarias	6.086	5.973	5.464
Visitas no programadas	882.435	931.771	1.021.365
Total	8.070.883	7.240.453	8.450.945

Nota: Los resultados de atención enfermería y trabajo social no varían según fuente de datos ya que en todas ellas se atribuye el 100% de la actividad a profesional de enfermería y trabajo social, respectivamente

4. Resultados

En este apartado se analizan aspectos generales del estudio así como de la metodología seguida. Asimismo, se analizan los resultados de los costes sanitarios directos. Este análisis incluye comparaciones con resultados de estudios nacionales e internacionales.

4.1. Aspectos generales

Existen diversos estudios que analizan los costes de los trastornos mentales y de la depresión en España. Se trata de un conjunto heterogéneo de estudios de calidad dispar, lo que dificulta la posibilidad de comparación. Este conjunto incluye un informe que, pese a haber sido mencionado en el Plan Estratégico del Sistema Nacional de Salud, carece de validez y de rigor metodológico (López, 1998), otros son revisiones de la literatura (Valladares et al., 2009), algunos se basan en información genérica que incluye extrapolaciones de otros países europeos, datos locales no generalizables y un alto número de asunciones no contrastadas (Sobocki et al., 2006). Otras fuentes son estudios no publicados (López Bastida y Oliva Moreno, 2005; Bendeck et al., 2005), análisis en una Comunidad Autónoma (p.ej. Islas Canarias) (López-Bastida et al., 2004) o análisis basados en bases de datos insuficientes, no representativas o no generalizables al conjunto del territorio (Oliva Moreno et al., 2009).

Las dificultades en la comparación de datos sobre costes directos, se incrementan al referirse a los costes indirectos. Un estudio reciente en Cataluña señalaba la imposibilidad de una desagregación por grupos diagnósticos de los costes por pérdida de productividad (Oliva Moreno, 2008), ello constituye un indicador de hasta qué punto la información previa se ha fundado en asunciones no suficientemente contrastadas.

Esta situación es un reflejo de la falta de estándares metodológicos en los estudios de coste de enfermedad, y ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a desaconsejar este tipo de estudio en su forma actual para la identificación de las consecuencias para la salud y para la planificación sanitaria (World Health Organization, 2009). En el futuro próximo será necesario establecer unos estándares mínimos de calidad de los estudios de coste de enfermedad, con una clara diferenciación entre los estudios de “marco” (framing), basados en estimaciones globales de baja fiabilidad (p.ej. Sobocki et al., 2005); y auténticos estudios de coste de enfermedad, basados en información procedente de bases de datos de salud y con

un nivel de desagregación suficiente como para efectuar comparaciones en el tiempo y a través de diferentes territorios.

Bajo este punto de vista, la mayor parte de los estudios disponibles deberían considerarse como meros estudios de marco general o de situación, que permiten una aproximación muy general a los costes de los trastornos depresivos en España o en Cataluña, pero que no pueden ser utilizados para elaboración de indicadores que permitan la monitorización de la evolución del sistema o su comparación con otros territorios. En parte esta situación cabe atribuirlo a que en su inmensa mayoría los estudios de coste enfermedad han sido elaborados por institutos académicos y de investigación, y no para su utilización como herramienta de planificación por la administración sanitaria.

En cualquier caso, la información de los estudios de coste de enfermedad puede ser muy útil cuando se cuenta con un número suficiente de bases de datos sobre el uso de recursos y la pérdida de productividad, los datos se presentan de forma en que puedan ser analizados por grupos independientes con diferentes niveles de desagregación, las asunciones se contrastan con grupos de expertos, y el análisis de sensibilidad permite modelar nuevos escenarios cuando la incorporación de información y datos adicionales permite sustituir las asunciones previas.

Estos factores se han tenido en cuenta en el diseño y en la elaboración del presente informe, que no se ha limitado al cálculo de los costes con la información disponible y mediante el consenso de expertos, sino que ha incorporado la elaboración de nuevas tablas de unidades de costes, análisis de fuentes de datos primarias y secundarias, incorporación de fuentes de información no considerada previamente, sub-estudios propios como el análisis de la incapacidad permanente atribuible a depresión en Cataluña, y el diseño de nuevas herramientas para el análisis de sensibilidad. Esta experiencia indica el enorme potencial de los estudios de costes de enfermedad en la planificación sanitaria, y enseña que la información recopilada en este tipo de análisis no queda fijada tras su publicación, sino que continúa como una base de conocimiento dinámica, que puede ser reinterpretada y analizada a la luz de nuevos datos y métodos de valoración.

4.2. Costes de la depresión en Cataluña

La evaluación efectuada confirma el elevado coste de la depresión en Cataluña, que alcanza los 735,4 millones de euros y equivale al 0,38 del PIB de 2006 (el PIB total de dicho año fue de 195.857 millones de euros) (Institut d'Estadística de Catalunya, 2008). Sobocki estima un coste de 1,07 billones de euros para el conjunto de la Unión Europea en 2004 (aproximadamente un 1% del PIB de la región), aunque señala una gran variabilidad en los costes entre diferentes países europeos.

El coste total per cápita de la depresión en la población adulta de referencia en Cataluña fue de 122,79 euros para 2006. Como referencia se han estimado costes per cápita de 253 euros para el conjunto de la Unión Europea y de 249 euros para EEUU para 2004 (Sobocki et al., 2006); frente a una estimación del coste per cápita de 55,7 euros para España en 2002 (62,83 euros en 2006) (López Bastida y Oliva Moreno, 2005). El coste total medio anual por paciente tratado (caso) en este estudio ha sido de 1.798,68 euros, frente a una estimación de coste medio por caso tratado de 590,57 euros en Lleida para 2004 (Serna Arnaiz et al., 2007).

Debe tenerse en cuenta que en el presente análisis se ha optado por un enfoque conservador y se han excluido los trastornos de adaptación y el trastornos bipolar. Los datos señalados corroboran que la depresión debe constituir, tanto por su frecuencia como por su impacto sobre la discapacidad y por sus costes, un objetivo prioritario para el sistema de salud y para la sociedad en su conjunto.

En lo que respecta a la distribución entre costes directos e indirectos, este estudio confirma la importancia relativa de los costes por pérdida de productividad relacionada con incapacidad, absentismo laboral y por mortalidad atribuida a depresión. Sólo un 21,2% de los costes recaen sobre el sistema sanitario, mientras que el 78,8% de los costes se relaciona con la productividad perdida.

A pesar de las diferencias metodológicas ya señaladas, nuestros datos apuntan en la misma dirección que estudios anteriores en España o en Europa (Thomas y Morris, 2003; Bendeck et al., 2005; López Bastida y Oliva Moreno, 2005; Sobocki et al., 2006; Valladares et al., 2009). En la tabla 44 se describen los costes referidos por los principales estudios de referencia.

Sobocki señalaba para España un coste total de la depresión para 2004 de 5.005 millones de euros, con una proporción de costes indirectos sobre el total del 71% (Sobocki et al., 2006). Por su parte, López-Bastida y Oliva-Moreno (2005) referían un coste total de 2.332 millones

de euros para depresión y trastorno bipolar en 2002, con una estimación de costes directos sanitarios de 648 millones de euros (27,8% del coste total) frente a 1.685 millones de euros de costes indirectos (72,2% del coste total). Sicras-Mainar y colaboradores en un estudio sobre población atendida en asistencia primaria, refieren una proporción de costes directos e indirectos del 32,9% y el 67,1%, respectivamente.

En el estudio de SOIKOS referido a 2002, los costes para depresión mayor fueron significativamente inferiores a la estimación actual (Tabla 44) (Bendeck et al., 2005). En el presente estudio, el coste total de la depresión es superior al que podría estimarse para

Cataluña en función de los datos nacionales de estudios anteriores. Ello puede deberse a problemas en las estimaciones previas efectuadas. De hecho en el estudio de SOIKOS antes mencionado, la estimación de costes indirectos se basó en información de Navarra y opinión de expertos con una clara infravaloración de estos costes con respecto a las fuentes consultadas para el presente estudio. Así pues es posible que los estudios previos hayan infraestimado los costes de la depresión en España, en parte por los costes indirectos de la enfermedad. En cualquier caso, algunos datos parciales apuntarían a un aumento progresivo de los costes directos e indirectos relacionados con la depresión. Aunque existen datos contrastados con respecto al incremento de algunos costes directos (atención especializada ambulatoria y hospitalaria) con respecto a 2002 (Bendeck et al., 2005), el análisis de la evolución de los costes requiere de un seguimiento a medio plazo.

La proporción de costes indirectos con respecto al total refleja el perfil transectorial del abordaje de la depresión, y su carácter diferencial con respecto a otras patologías mentales, ya que la interacción más relevante no se produce en este caso entre el sector sanitario y el sector social, sino entre servicios sanitarios y empleo. Por otra parte las inversiones sanitarias y los planes de salud sobre depresión pueden tener un marcado impacto sobre otros sectores económicos, como el empleo.

Tabla 44. Comparación de estudios de costes de depresión en diferentes niveles territoriales (millones de euros)

Fuente	País / Año (Referencia)	Costes Totales [valor 2006] (Medios: -Pob gral -Pob casos)	Costes Directos [valor 2006] (%) medios	Costes Indirectos [valor 2006] (%)	% de Costes Directos por categorías				% Costes Indirectos por categoría	
					At. Primaria [valor 2006]	At. Especializ. [valor 2006]	At. Hospit. [valor 2006]	Fármacos [valor 2006]	Incapacidad Temporal/total [valor 2006]	Mortalidad [valor 2006]
Sicras Mainar et al., 2007b Sicras Mainar et al., 2010	D.S. Badalona 2006	12,3 2.698,1	888,5 (32,9%)	1.809,6 (67,1%)	280,6	360,3	-	218,1	-	-
Serna Arnaiz et al., 2007	RS de 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%

Gisbert et al., 2007	Catalunya	-	625,9	-	144,3	228,3	253,4	-	-	
Presupuesto programa SM	2005 ^a		[642,8]		[148,2]	[234,5]	[260,2]			
					23%	36,5%	40,5%			
Bendeck et al., 2005	Catalunya	226,3	36,4	189,9	1,67	1,7	3,4	29,5	79,7	110,1
	20021	[255,3]	[41,1]	[214,2]	[1,9]	[1,9]	[3,8]	[33,3]	[89,9]	[124,2]
			(16,1%)	(83,9%)						
Bendeck et al., 2005	España	1.429,78	280,44	1.149,34						
	2002	[1.612,79]	[316,44]	[1.296,46]	4,8%	4,8%	6,0%	84,4%	44,9%	56,1%
			(19,6%)	(80,4%)						
López Bastida y Oliva Moreno, 2005	España	2.332	648	1.685						
	20022	[2.630]	[731]	[1.901]						
			(27,8%)	(72,2%)						
Sobocki et al., 2006	España	5.005	1.434	3.572	985		449	3.385	187	
	2004	[5.330]	[1.527]	[3.804]	[1.049]		[478]	[3.605]	[199]	
			(28,7%)	(71,4%)	19,7% de total		9% de total	67,6% de total	3,7% de total	
Thomas y Morris, 2003	Inglaterra	£9.055	£369,86	£8.685,41						
	20003	[15.451€]	[630 €]	[14.819 €]	2,2%	6,0%	7,7%	84%	93,5%	6,5%
			(4,1%)	(95,9%)						

McCrone et al., 2008	Inglaterra 20073	£7.500 [10.549€]	£1.700 [2.391€] (22,7%)	£5.800 [8.158€] (77,3%)	9%	33%	10% ⁴	1%		
Sobocki et al., 2007	Suecia 20055	3.500 [3.595]	500 [514] (14%)	3.000 [3.081] (86%)				3%		

a: Estudio de financiación sobre presupuesto y gasto en salud mental en general incluyendo servicios para demencia y sin desagregar por grupos diagnósticos. Atención primaria incorpora salud mental y la atención especializada se refiere a atención hospitalaria.

(1).-Se refiere sólo a depresión mayor

(2). Incluye trastorno bipolar

(3). Originalmente en libras esterlinas/

(4).- Se refiere exclusivamente a hospitalización psiquiátrica. Hospitalización no psiquiátrica: 17% y atención residencial 10%

RS: Región Sanitaria

Valores actualizados según IPC. Instituto Nacional de Estadística. Actualización de rentas con el IPC general (sistema IPC base 2006) para periodos anuales completos (<http://www.ine.es/calcula/calcula.do>). Tasas de variación aplicadas: 2002 a 2006: 12,8%; 2004 a 2006: 6,5%; 2005 a 2006: 2,7%

Actualización valores libras esterlinas 2000 y 2007 a valores 2006

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

Cambios aplicados según ECB Statistical Data Warehouse (<http://sdw.ecb.europa.eu/>)

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

En lo que respecta a la distribución por sexos y edad, existe un claro predominio de la depresión en mujeres (72,9% del total de costes), sobre todo entre 40 y 64 años, tanto en prevalencia, uso de servicios y costes asociados al trastorno. Este patrón debe tenerse en cuenta en la planificación de campañas de promoción y prevención y en la elaboración de indicadores de salud mental. Estos datos contrastan con los señalados por McCrone y colaboradores para Inglaterra en el mismo año de referencia (McCrone et al., 2008), que indican un consumo de recursos y costes directos muy similar en los tres rangos de edad (15-44; 45-64, 65+), y una proporción decreciente de costes totales (incluyendo los indirectos) en los tres grupos etarios.

Costes sanitarios (directos)

Los costes directos sanitarios se han estimado en 155,6 millones de euros para 2006, frente a los 648 millones de euros señalados por López-Bastida y Oliva-Moreno para España en 2002 (López Bastida y Oliva Moreno, 2005) o los 36,4 millones señalados por el estudio de SOIKOS para depresión mayor en Cataluña en 2002 (280,4 millones de costes directos en el conjunto de España) (Bendeck et al., 2005). Según la perspectiva del pagador público los costes directos de la depresión para 2006 son algo inferiores, y ascenderían a 152,6 millones de euros, lo que equivale al 1,9% del presupuesto público de salud de Cataluña para ese año (7.952,78 millones de euros) (Saniline, 2007). Estos datos coinciden con el análisis anterior, que estimaba que los costes directos sanitarios de los trastornos afectivos representaron un 1,8% del gasto total sanitario público en el año 2002 en España (Bendeck et al., 2005). El coste directo per cápita de la depresión en Cataluña fue de 22 euros para 2002. El coste directo medio anual por caso en este estudio fue de 383 euros para el mismo periodo.

Gisbert y colaboradores analizaron la distribución del presupuesto público de 2005 en los diferentes programas del Departament de Salut (líneas de servicios). Según estos autores, 207,4 millones se destinaban a salud mental (2,9% del presupuesto sanitario consolidado de 2005; y un 9,4% del presupuesto desagregado por grupos diagnósticos del CIE-9-MC). Desafortunadamente este estudio no permite una desagregación por diferentes trastornos de salud mental, incorpora los costes de la atención especializada de nivel secundario (centros de salud mental) a la atención primaria, considera la atención hospitalaria bajo el epígrafe de “atención especializada”, incorpora una parte de los gastos del programa socio-sanitario para personas mayores (*Vida als Anys*) a los gastos de Salud Mental, y asigna todo el gasto farmacéutico en psicofármacos al grupo diagnóstico de trastornos mentales (Gisbert et al., 2007).

A modo de ejemplo el gasto imputado a salud mental del programa *Vida als Anys* fue de 61,5 millones de euros en 2005.

Aunque la información aportada en el presente estudio difiere notablemente de la señalada en el estudio de Gisbert y colaboradores, tomamos este estudio como referencia al ser la principal fuente de información sobre costes directos de salud mental para el sistema sanitario público de Cataluña.

Atención Primaria (AP)

El estudio de abajo a arriba sobre pequeñas áreas sanitarias de Sicras Mainar et al (2007b), confirma el elevado uso de servicios de AP de la población de referencia en las mismas, que también aparece en la encuesta de salud ESCA. Según este estudio, la causa de asistencia más frecuente de consulta en Badalona (10,3%) es depresión o problemas depresivos.

La intensidad de uso de servicios – la tasa de frecuentación de los pacientes registrados en los centros del estudio- fue de un 71,2%. En su posterior análisis de los costes de la depresión en cinco centros de AP del área de Badalona (Sicras Mainar et al., 2010), refiere una media de 12,8 visitas al año, y un gasto directo medio anual de $888,5 \pm 1.144,3$ euros, de los que 582,2 corresponden a gastos de asistencia primaria incluyendo visitas médicas y pruebas diagnósticas y de laboratorio. Las visitas médicas en asistencia primaria suponen, según este estudio, una media de 280,6 euros (31,5% del total de costes directos en el citado estudio). Estos costes medios son algo inferiores a los señalados por los autores en un estudio previo (Sicras Mainar et al., 2007b), y superiores a los de nuestro estudio basados en los datos de DASMAP para Cataluña (Serrano-Blanco et al., 2009) y que señalan un coste medio anual de las visitas en atención primaria de 219 euros para el mismo año de referencia. Sin embargo, si se toma como referencia el estudio ESEMeD-SAMCAT, el coste total de visitas al médico general disminuye a 10.025.867 (Tabla 2), con un coste medio anual de 56,75 euros. Esta cifra es muy inferior a la señalada por estudios epidemiológicos en pequeñas áreas de Cataluña (Sicras Mainar et al., 2010).

Debe tenerse en cuenta la variabilidad de la práctica médica en cuanto a los datos de frecuentación en otros estudios de población asistida en Lleida (Serna Arnaiz et al., 2007; Soler-González et al., 2008) o en Reus (Aragonès et al., 2007); así como la carencia en 2006 de una base de datos sobre utilización de servicios de asistencia primaria con un nivel de fiabilidad y desagregación suficiente como para analizar los costes de la depresión; así como la dificultad de discernir entre consultas efectuadas por depresión o por otras enfermedades comórbidas. No se han contabilizado en el presente estudio los costes de las pruebas de laboratorio, radiología y complementarias, que en el estudio de Sicras y Mainar representan el 3,2% de los costes directos por depresión.

El análisis del presupuesto sanitario público de 2005 (Gisbert et al., 2007), señala un gasto en asistencia primaria para el conjunto de trastornos mentales de 79,1 millones de euros (una vez desagregada de este apartado la asistencia ambulatoria en salud mental). En nuestro estudio, el gasto por depresión en 2006 se estimó en 40,8 millones en 2006. Aunque sería necesario efectuar una estimación de los otros grandes grupos de trastornos mentales parece que la estimación global de Gisbert en lo referente a asistencia primaria está en el rango de lo encontrado por nuestro grupo. Debe tenerse en cuenta que las pruebas de laboratorio y tests complementarios, aunque se han registrado, no se han contabilizado para el análisis de costes en nuestro estudio.

La distribución de costes por grupos de edad y sexos sigue en este caso el patrón esperado en función de los estudios previos.

Un factor de gran relevancia es el del coste del tratamiento inadecuado o no tratamiento de la depresión no diagnosticada en AP. El estudio DASMAP encontró una morbilidad oculta de depresión en general en AP del 60% (superior a la referida por la literatura). Esto es, los médicos de AP reconocían algo más de un tercio de los casos que cursan con sintomatología depresiva. En lo que respecta a la depresión mayor los médicos de AP reconocen el 22% de los casos de depresión mayor (aproximadamente un 78% queda oculta) (Fernández et al., in press). Las tasas de morbilidad oculta y los problemas de adecuación de tratamiento, asociado a los altos costes de la depresión en atención primaria, apuntan a que la eficiencia en la atención a los trastornos depresivos en AP tiene un amplio margen de mejora.

Atención Especializada ambulatoria de salud mental (AE)

En nuestro estudio los costes directos de la atención especializada de depresión fueron de 8,1 millones de euros (5,2% de los costes directos) frente a los 40,8 millones de la atención en primaria. Serna-Arnaiz y colaboradores (2007) refieren un coste de 568.379,55 euros de asistencia especializada en Lleida para 2004 sobre una población de casos detectados de 33.906 personas, pero este estudio no permite efectuar una estimación del coste medio en este entorno e incluye también población infanto-juvenil. La proporción entre los costes en atención primaria y especializada en la región sanitaria de Lleida fue de 6,6; una proporción similar a la encontrada en nuestro estudio (5,1). A diferencia de esta proporción, la relación entre los costes de la atención en primaria versus especializada para el conjunto de los trastornos mentales en el análisis del presupuesto de CatSalut de 2005 fue de 1,2 (65,1 millones de euros en atención especializada ambulatoria frente a los 79,1 millones de la atención en

asistencia primaria) (Gisbert et al., 2007). Es importante subrayar que Inglaterra siguen un patrón inverso: 0,37 en 2000 (Thomas y Morris, 2003) y 0,27 para 2006 (McCrone et al., 2008), a pesar de que los dos estudios siguen métodos muy diferentes.

Estos resultados requieren un análisis detallado, ya que, de confirmarse, cuestionarían la utilidad del modelo de tres niveles en su versión inglesa (Thornicroft y Tansella, 2009) y los indicadores que pudieran derivarse del mismo para monitorizar la evolución del sistema de salud mental de Cataluña. Por otro lado, estos datos abren la posibilidad de que el modelo de atención catalán tenga una mayor eficiencia técnica a pesar de que el perfil de pacientes asistidos en atención especializada es menos “grave” que el inglés. Estos datos, unidos a la información del estudio DASMAP sobre morbilidad oculta, apuntan a una necesidad de estudios específicos de la atención ambulatoria a la depresión, y de mejorar la prevención secundaria de estos trastornos en AP.

La diferencia entre el coste medio de la atención especializada (215 euros) frente al de la atención primaria (219 euros) no es estadísticamente significativa. Ello puede deberse a la presencia de co-tratamiento de forma que muchos pacientes continúan controles en atención primaria efectuando un número reducido de visitas en atención especializada. Debe evaluarse con más detalle. Además, Sicras-Mainar y colaboradores (2009) señalan un coste medio de 360,3 euros en asistencia especializada en Badalona, superior a los 215 euros de coste anual medio identificados en el presente estudio. A esta disparidad puede contribuir la variación en la práctica médica, que en el caso de la atención especializada es más pronunciada que en la asistencia primaria. Los patrones de atención (visitas psiquiátricas, psicoterapia individual, grupal, trabajo social, enfermería, etc.), varían de forma sustancial de un centro a otro, tal y como indican los datos obtenidos de los dos centros de referencia escogidos para este estudio (Sant Joan de Déu – Sant Boi-, y Althaia en Manresa), y los diferentes estudios publicados (Sicras Mainar et al., 2007b) o en curso (Aragonès et al., 2007). El Gráfico señala la distribución porcentual de las visitas a los CSMA, según los datos del CMBD-CSMA. Las tasas de atención por tipos de profesional en dos entidades de salud mental de referencia (Althaia, Sant Joan de Déu), en estudios consultados y en opinión del panel de expertos muestra una variabilidad importante, tal como se muestra en la Tabla. Esta variabilidad debería plantear un análisis detallado y tal vez la elaboración de estándares y paquetes de atención especializada en Salud Mental en Cataluña.

Cabe señalar que el presente estudio no incluye el uso de servicios intermedios como hospitales de día, o centros de rehabilitación ya que el grupo de consenso consideró que la utilización de los mismos en los pacientes con depresión como diagnóstico principal era poco relevante en relación al esfuerzo de localizar dicha información, que no figura en el registro del CMBD-CSM. A este respecto el estudio de Serna-Arnaiz atribuye un 0,9% de los costes de la depresión a atención en hospitales de día. El estudio de Thomas y Morris en Inglaterra atribuye un 0,1% de los costes directos de depresión a atención de día (Thomas y Morris, 2003), mientras que McCrone señala que un 15% de los costes directos son atribuibles a atención por parte de servicios sociales y discapacidad (McCrone et al., 2008). Estos datos y la inesperada tasa de incapacidad laboral permanente por depresión no mayor, hace necesaria una estimación de los casos con diagnóstico primario de depresión en atención intermedia en el futuro.

Además, el análisis ha seguido un enfoque restrictivo ya que en la base de datos del CMBD no figuran los datos del uso de servicios ambulatorios en las unidades de salud mental de los hospitales generales.

Atención Hospitalaria (AH)

El coste bruto de la atención hospitalaria para trastornos depresivos fue de 5.591.663 euros, siendo el coste medio por alta de 3.548 euros. A pesar de que en su conjunto los costes de la hospitalización por trastornos depresivos no superan el 3,6% de los costes directos y un 0,8% de los totales, el patrón observado en este apartado merece una atención específica. De los costes de hospitalización, un 77,4% correspondían a altas por depresión mayor y 22,6% a altas por otros cuadros depresivos (13,3% por distimia y depresión neurótica). El porcentaje del coste de la hospitalización por categorías “leves” debe llevar a un replanteamiento de la relación de estos cuadros menores con el uso de servicios; o bien un análisis detallado de la eficiencia técnica de estos ingresos.

A este factor se añaden las características específicas del sistema de atención hospitalaria de salud mental en Cataluña, dado el papel de la atención aguda en hospitales psiquiátricos que no se produce en otras CCAA en las que estos dispositivos han sido cerrados (Navarra, Andalucía, Asturias), o donde los mismos no tienen un papel relevante en la atención aguda (Madrid, Cantabria). De hecho, en Cataluña el 59,4% de los costes hospitalarios se efectuaron en hospitales psiquiátricos frente a un 40,6% de los hospitales generales. La diferencia en los perfiles diagnósticos de los pacientes depresivos (más casos de depresiones no-mayores en los hospitales psiquiátricos), y en las estancias por episodio, apuntan a la necesidad de un estudio pormenorizado de ambos sistemas de atención hospitalaria en Cataluña.

Un factor relevante que diferencia la atención de depresión con respecto a otros trastornos de referencia en salud mental, como la esquizofrenia (Salize et al., 2009), es el bajo peso relativo de la atención hospitalaria con respecto a la atención ambulatoria. Sin embargo, el estudio de McCrone y colaboradores en Inglaterra (2008) señala que un 37% de los costes directos de la depresión se deben a atención residencial. Este apartado incluye un 10% de los costes por hospitalización psiquiátrica, un 17% por hospitalización no psiquiátrica, y un 10% de atención residencial no hospitalaria. La alta proporción de costes asociados a la atención residencial en Inglaterra requiere un análisis pormenorizado y es otro indicador de las diferencias sustanciales en el patrón de atención a la depresión en Inglaterra, no sólo con respecto a Cataluña, sino también con respecto a otros países como Suecia, donde la hospitalización supone el 7,8% de los costes directos (Sobocki, 2006).

Análisis de sensibilidad de los costes directos de la atención sanitaria no farmacológica

En el modelo de simulación Monte Carlo, la estimación coste sanitario directo no farmacológico por depresión (atención primaria, especializada y hospitalaria), asciende a 76,2 millones de euros (IC: 75,3-77,0 millones de euros), con un coeficiente de variación del 13,77%. La estimación efectuada en este estudio (54 millones de euros) se sitúa pues en el valor mínimo de la probabilidad acumulada para estos costes.

Atención Farmacológica (AF)

La atención farmacológica constituye uno de los indicadores más relevantes de la evolución del sistema de salud mental, dada la buena monitorización de las prescripciones y el gasto farmacéutico por diferentes fuentes (DATAMART, IMS). En principio ambas fuentes deberían ser complementarias y haber permitido un análisis preciso de este apartado, ya que la información de DATAMART no permite la desagregación del gasto farmacéutico por agrupaciones diagnósticas mientras que las encuestas seriadas de IMS si permiten obtener dicha información. Ello es relevante ya que los pacientes con depresión consumen otros fármacos psicótopos. Además los antidepresivos se prescriben para otras patologías como dolor, insomnio, o trastornos de ansiedad. Sin embargo hemos encontrado una discrepancia marcada en las tasas de prescripción y el coste asociado entre ambas fuentes. Se trata de un problema que requiere un estudio detallado en el futuro, y que refuerza la necesidad de incorporar códigos de diagnóstico al registro de prescripciones. Estos aspectos se han tenido en cuenta en el análisis de sensibilidad.

El coste farmacológico ha sido de 101,1 millones de euros (un 13,7% del coste total y un 65% de los costes directos). A modo de comparación, la proporción fue del 30,6% de los costes totales y de 56,7% de los costes directos en la Región Sanitaria de Lleida (Serna Arnaiz et al., 2007); y de un 8% de los costes brutos totales frente a un 24% de los costes brutos directos en las áreas sanitarias de Badalona en 2006 (Sicras Mainar et al., 2010).

En Suecia la proporción de los costes de la atención farmacéutica fue del 3% de los costes totales y del 14% de los costes directos en 2005. Esta cifra computa únicamente el coste por uso de antidepresivos (Sobocki, 2006). La baja proporción de los costes del uso de fármacos sobre el coste total ha sido corroborada por un estudio de abajo-arriba sobre casos de depresión mayor atendidos en atención primaria en Suecia (von Knorring et al., 2006). De todas formas, si consideramos sólo el coste por uso de antidepresivos en Cataluña obviando el resto de grupos farmacéuticos, esta proporción equivaldría aun al 60,7% de los costes directos. En Inglaterra el análisis de 2000 estimaba una proporción de costes por uso de antidepresivos del 84% de los costes directos. Sin embargo, el estudio de McCrone refiere una proporción de costes de tan sólo el 1% de los costes directos para 2006. McCrone atribuye esta diferencia a la diferente base poblacional del estudio de Thomas y Morris, al cambio a genéricos de los nuevos antidepresivos desde 2000, y a nuevas pautas de tratamiento centradas en psicoterapia. En cualquier caso estos datos requieren un análisis más detenido. Los datos del presente estudio permiten una aproximación más precisa que la aportada por el estudio del presupuesto de CatSalut de 2005, que atribuía un 40,5% del gasto sanitario en salud mental al uso de psicofármacos (Gisbert et al., 2007). El problema del incremento de los costes por uso de antidepresivos y de su proporción en los costes directos ha sido señalado también en Canadá (Patten et al, 2008).

Como cabía esperar, el 83,4% del importe total dispensado corresponde a antidepresivos. De los otros psicofármacos prescritos para depresión destaca el importe de antipsicóticos (5,73%). Estos patrones refuerzan la necesidad de registrar los códigos diagnósticos en la base de DATAMART para su uso efectivo en planificación o buscar vías alternativas para estimar de forma más precisa esta información.

A pesar de los problemas señalados, la comparación de series históricas de datos combinados de DATAMART e IMS puede permitir una estimación de los costes directos por uso de fármacos en la depresión en Cataluña.

Costes por pérdida de productividad (indirectos)

Se ha adoptado una perspectiva de la sociedad conservadora al evaluar los costes indirectos atribuibles a la depresión, considerando únicamente la productividad perdida remunerada (bajas laborales, incapacidad laboral y mortalidad por suicidio atribuible a depresión). No se han considerado los costes por productividad perdida en el propio lugar de trabajo (presentismo) (Sanderson et al., 2007), días perdidos sin baja laboral oficial, ni los costes de actividades no remuneradas o del cuidado informal. Como cabía esperar en relación a los estudios previos efectuados, los costes indirectos por productividad perdida (78,8% del total de costes) exceden con mucho a los costes directos de tipo sanitario en el caso de la depresión. Tampoco se han contabilizado las pensiones de incapacidad laboral u otros beneficios relacionados con la enfermedad para evitar una doble contabilidad de costes. En el estudio de Sicras-Mainar en Badalona, los costes indirectos supusieron el 67,1% de los costes totales aun teniendo en cuenta que sólo se computaron costes por incapacidad temporal (Sicras Mainar et al., 2010).

En Europa, el estudio de Sobocki en Suecia señala una tasa de costes indirectos del 85% incluyendo los costes de bajas laborales y retiro prematuro (incapacidad permanente) (Sobocki et al., 2007). Esta tasa ha sido confirmada por un estudio naturalista en atención primaria en Suecia (87%) (von Knorring et al., 2006), y es superior a su estimación para el conjunto de Europa (65% del total de costes) (Sobocki et al., 2005) y próxima a la estimación efectuada en nuestro estudio para Cataluña. En Inglaterra Thomas y Morris (2003) señalan que el 95,9% de los costes totales eran costes indirectos en 2000; fundamentalmente por bajas laborales.

En cualquier caso los costes indirectos por pérdida de productividad atribuibles a depresión refuerzan el carácter transversal del trastorno, y la necesidad de establecer programas conjuntos con empleo para desarrollar políticas de promoción, prevención y de atención a largo plazo más efectivas.

Costes por incapacidad laboral temporal (IT)

La pérdida de días de trabajo por depresión es muy elevada en Cataluña. Tal y como se ha señalado, en 2006 sumaron un total de 3.708.651 días en IT, es decir, se perdieron ese año 10.161 años productivos. La media de días de duración de las bajas laborales por cualquier enfermedad en un estudio efectuado en asistencia primaria en Lleida fue de 33,5 días (Soler-González et al., 2008), mientras que la duración media de las bajas por depresión en el mismo medio fue de 88 días (2,9 meses) (Serna Arnaiz et al., 2007). En nuestro estudio la media de días laborales perdidos es de 103,5 días (DE: 125,7).

Los costes asociados a bajas laborales por depresión en Cataluña correspondieron al 27,1% de los costes totales y al 34,4% de los costes indirectos computados, con un coste medio por paciente de 6.013 euros. Otros estudios señalan una proporción del 43% de los costes totales, si bien no tienen en cuenta los costes por incapacidad permanente (Serna Arnaiz et al., 2007). Con diferencia el mayor número de años productivos perdidos se debe a los trastornos mixtos de ansiedad y depresión (52,66%) con un coste medio de 5.206 euros frente a un coste de 8.068 para la depresión atípica, de 7.053 euros para la depresión mayor recurrente y de 4.955 para la depresión neurótica. La alta tasa de trastornos mixtos ansiedad/depresión se relaciona con el perfil diagnóstico de estos cuadros en asistencia primaria, pero dada su enorme contribución a los costes totales de la depresión, requiere un análisis más pormenorizado. De otra parte este dato refuerza la importancia de estimar los costes de la depresión desde una perspectiva amplia, ya que estos costes no habrían aparecido de habernos centrado únicamente en los costes de la depresión mayor.

Las mujeres constituyen un 58,1% del coste total de la pérdida de productividad por IT. Ello indica una vez más la importancia del factor de género en el análisis de los costes de este grupo diagnóstico y la necesidad de establecer políticas específicas para este grupo de población.

Costes por incapacidad laboral permanente (IP)

Los costes asociados a incapacidad laboral permanente o definitiva constituyeron el capítulo principal de costes de depresión en Cataluña, suponiendo casi la mitad de los costes totales computados para 2006 (48%), y la mayoría de los costes indirectos por esta causa (60,9%). El coste medio por paciente fue de 20.420 euros; sin tener en cuenta las pensiones. Cabe señalar que el coste por incapacidad laboral no se ha

computado en estudios previos en nuestro medio, dada la dificultad de obtener información desagregada por patologías sobre estos costes en España o en Cataluña (Oliva Moreno, 2008). Este autor señala la importante limitación que supone no disponer de información sobre las causas (enfermedades y accidentes) de las que se deriva la condición de IP, pese a la relevancia presupuestaria y social de la incapacidad laboral.

En nuestro caso ha sido necesario efectuar un estudio adicional de los datos disponibles sobre casos tramitados de incapacidad laboral en la provincia de Barcelona en 2006, incluyendo un análisis del diagnóstico en cada caso y asignación de códigos CIE 10 a los mismos. El estudio pormenorizado efectuado por Constança Alberti (ICAM), y Mencía Ruiz y Luis Salvador (PSICOST) de la base de datos de incapacidad laboral se publicará de forma independiente, señalándose aquí los datos relevantes para la estimación de costes indirectos por incapacidad permanente. Cabe señalar la presencia de casos de incapacidad laboral con diagnósticos de depresión no-mayor como, por ejemplo, trastorno distímico o depresión no especificada.

El presente estudio no incluye la pérdida de empleo atribuible a depresión. El estudio de McCrone en Inglaterra realiza una estimación basada en la “probabilidad de exceso” de desempleo atribuible a depresión para el año de referencia de 2006, que equivale al 78% de los costes totales para ese periodo (McCrone et al., 2008).

Costes por mortalidad prematura

El estudio CostDep estima unos costes de mortalidad prematura relativamente bajos (3,6% de los costes totales y un 4,6% de los costes indirectos). Esta tasa coincide con la señalada en otros estudios en nuestro entorno (Serna Arnaiz et al., 2007) que señala una tasa del 3,05% de los costes totales (aunque este estudio no incluye los costes por incapacidad permanente). El coste medio por mortalidad prematura en 2006 fue de 384.708 euros. Como cabía esperar las tasas de suicidio y sus costes asociados son mayores en hombres (86,8%) que en mujeres. Estos costes se dan sobre todo en el rango de los 25 a los 34 años, coincidiendo con los estudios que refieren un aumento de suicidios en grupos etarios más jóvenes (Hawton y van Heeringen, 2009).

La pequeña proporción de costes atribuibles a mortalidad prematura se relaciona con la baja tasa de suicidios registrados en Cataluña y con la estimación conservadora efectuada por los expertos sobre los suicidios atribuibles a depresión en Cataluña, que

se ha contrastado con los escasos datos existentes de autopsias psicológicas en nuestro medio y con la literatura reciente que también señala una tasa de suicidios atribuibles a depresión del 50% (Hawton y van Heeringen, 2009). Es posible que la tasa de suicidios sea muy superior a la registrada y que los casos con un diagnóstico de depresión lleguen al 70%. Aun en este supuesto, los costes de la mortalidad prematura no superarían en nuestro caso el 10% de los costes indirectos atribuibles a la depresión. El estudio de Thomas y Morris (2003) en Inglaterra señalaba una proporción similar de los costes indirectos por la mortalidad prematura, estimando una proporción de casos atribuibles a depresión del 70%.

El presente estudio no considera el coste adicional asociado al suicidio (por ejemplo los costes legales). Tampoco se consideran en los costes directos el coste no sanitario adicional de las tentativas de suicidio. Un reciente estudio en Holanda señala que el 3,2% de los pacientes con depresión mayor efectúan tentativas de suicidio en un seguimiento a dos años (Spijker et al., 2009). A lo largo de la vida esta tasa se eleva al 17% en un estudio efectuado en atención primaria en Finlandia (Vuorilehto et al., 2006).

La proporción del coste de mortalidad atribuible a enfermedad mental señalada por Oliva (2008) para el año de referencia de 2004, es baja en relación al total de las causas de mortalidad, y en todo caso inferior al 4%, tanto en población mayor como en aquella por debajo de los 65 años. Estos datos y el bajo impacto de los costes de mortalidad por depresión plantean un dilema de coste-oportunidad en cuanto a las campañas de promoción y prevención de la depresión en Cataluña. Hasta la fecha éstas se han focalizado en la prevención del suicidio prestando una menor atención a la promoción y prevención en el medio laboral, tanto en relación a la incapacidad temporal como permanente. Los datos del presente estudio apuntan a una necesidad de ampliar la política sanitaria de promoción y prevención de depresión al entorno laboral desarrollando una colaboración con el sector de empleo.

4.3. Utilidad de la metodología utilizada en el estudio

La evaluación en economía de la salud puede seguir metodologías dispares y ello influye en la obtención de resultados y en la capacidad de generalización y de efectuar comparaciones entre diferentes estudios (Blomqvist et al., 2006). A pesar de su potencial para uso en planificación sanitaria, esta variabilidad metodológica limita el impacto real de estas tecnologías en la toma de decisiones (World Health Organization, 2009). Las características principales de de los estudios de costes en

salud mental y de los estudios de coste de enfermedad han sido revisadas con anterioridad (Berto et al., 2000; Evers et al., 2007).

Los estudios de coste de la enfermedad pueden seguir una aproximación de prevalencia o de incidencia. En el primer caso se examinan los costes incurridos durante un periodo de tiempo específico, generalmente un año, independientemente del inicio de la enfermedad. Aquéllos basados en la incidencia, estiman los costes para los casos nuevos de la enfermedad en el periodo de referencia. Los costes futuros y pérdidas de productividad se estiman para la vida de los pacientes y se calcula en términos de valores presentes. Una de las ventajas del método de la prevalencia es que las estimaciones de costes anuales para una enfermedad para un año, son comparables con los costes anuales de otras enfermedades. Identificar la composición del gasto y la pérdida de recursos aporta información útil para el control de gastos.

El diseño de síntesis cruzada combina estudios con diseños diferentes pero complementarios incluyendo tanto estudios de arriba-abajo como de abajo-arriba, y datos secundarios y primarios. El enfoque de “arriba-abajo” utiliza datos nacionales o regionales sobre enfermedad para luego dividirlos entre diferentes agrupaciones diagnósticas (Hodgson y Meiners, 1982).

Estos estudios utilizan grandes bases de datos para obtener la información necesaria para el análisis, lo que implica problemas de validez y fiabilidad, y un alto nivel de asunciones. Normalmente la incertidumbre de estos estudios se pretende reducir mediante análisis de sensibilidad.

Los estudios de “abajo-arriba” utilizan muestras de pacientes con enfermedades bien definidas, cuyos datos son extrapolados a la población general utilizando la información disponible sobre prevalencia o incidencia. Estos estudios son más fiables y validos pero presentan problemas de generalización. En realidad la mejor forma de estimar los costes de una enfermedad es utilizar ambas fuentes, sobre todo cuando la información de abajo a arriba incluye datos primarios. Dos diseños se consideran complementarios si las fortalezas de uno ocurren en un área en la que el otro tiene debilidades, y vice versa. Este enfoque permite aprovechar al máximo la riqueza de dicha información al precio de renunciar a una mayor unidad metodológica, que hubiese imposibilitado el aprovechamiento de gran parte de la información primaria disponible. En cualquier caso, los métodos y criterios de contabilización aplicados se han descrito de forma exhaustiva de modo que sean totalmente transparentes y que

permitan reproducir y, en su caso, modificar los resultados de acuerdo con criterios y supuestos distintos

La perspectiva del pagador se basa fundamentalmente en costes directos sanitarios y no sanitarios. Entre los costes directos sanitarios se considera el coste de la atención hospitalaria, la atención ambulatoria, pruebas y servicios (atención domiciliaria). Los costes que no están relacionados con la atención sanitaria (costes directos no sanitarios) incluyen el coste de transporte, adaptaciones al domicilio, servicios como asistencia social y cuidado de familiares. En este caso se han contabilizado los costes directos sanitarios en el sistema público o concertado. La perspectiva de la sociedad requiere incorporar los costes directos no pagados desde el sistema público y los indirectos derivados de la pérdida de productividad. Entre ellos están el coste por la baja por incapacidad temporal, incapacidad permanente. También se incluye la pérdida de productividad por muerte prematura. Aunque en este estudio se han tenido en cuenta ambas perspectivas, para evitar una excesiva complejidad en la presentación e interpretación de la información, no se ha incluido aquí el análisis de la perspectiva del pagador público. Dadas las características del sistema de atención, la diferencia entre ambas perspectivas en cuanto a costes sanitarios directos es baja (156,1 millones de euros desde la perspectiva de la sociedad frente a 152,2 desde la perspectiva del pagador público). De todas formas el análisis de los costes desde la perspectiva del pagador público se halla disponible por parte de los autores.

Este estudio proporciona además una nueva tabla de unidades de costes para salud mental que mejora las disponibles para estudios de economía de la salud en este ámbito (Moreno et al., 2008); y una nueva aproximación al análisis de sensibilidad basada en la modelación de Montecarlo.

5. CONCLUSIONES

De los datos anteriores es posible extraer una serie de conclusiones y recomendaciones relevantes para la planificación de la atención a la depresión en Cataluña, así como algunos aspectos relevantes para la salud mental y para el conjunto del sistema sanitario.

Conclusiones

1. La evaluación efectuada confirma el elevado coste de la depresión en Cataluña. El coste total fue de 735.357.926 euros y equivale al 0,38 del PIB del año de referencia de 2006. La depresión es un problema prioritario para el sistema de salud.

2. Los costes directos sanitarios fueron de 155,6 millones de euros. Desde la perspectiva del pagador público estos costes son de 152,2 millones de euros (1,9% del presupuesto público de salud de Cataluña para 2006)

a) El coste de las visitas en atención primaria fue de 40.847.530 euros; un 26,2% de los costes directos sanitarios. El coste medio anual de las visitas en atención primaria fue de 219 euros (IC 95%: 155-284). Estos datos indican la relevancia de la atención de depresión en Atención Primaria. Debe analizarse con detalle la morbilidad oculta y el impacto de uso ineficiente de recursos y tratamiento inapropiado. Estos datos refuerzan la política de mejora de atención a SM en AP como tema prioritario en el sistema. Se requeriría una comparación con datos internacionales.

b) El coste de las visitas en atención especializada fue de 8.070.883 euros (un 5,2% de los costes directos). El coste medio fue de 215 euros (IC 95%: 163-267). Se constata una importante variabilidad en los patrones asistenciales en atención especializada, lo que indica la necesidad de plantear paquetes de atención y trayectorias clínicas estandarizadas. La diferencia entre el coste medio de la atención especializada y de la primaria no es estadísticamente significativa. Sin embargo, se recomienda un análisis pormenorizado ya que puede deberse a la presencia de co-tratamiento. Se requiere incorporar el uso de dispositivos de día y atención intermedia así como los servicios sociales en el análisis de los costes de atención especializada. La proporción entre atención primaria y atención especializada puede apuntar a una buena eficiencia técnica de la atención a la depresión en Cataluña.

c) El coste de la hospitalización por depresión fue de 5.591.663 euros, un 3,6% de los costes directos. El coste medio de la atención hospitalaria por depresión fue de 3.548 euros (IC 95%: 2.543-4.554). La baja proporción de costes de atención hospitalaria y la proporción entre costes de atención ambulatoria y hospitalaria pueden apuntar a un buen funcionamiento del sistema. De todas formas, la tasa de altas hospitalarias por cuadros depresivos no mayores (20%) requiere una evaluación específica de este apartado. El estudio refleja las características específicas del sistema de atención hospitalaria de salud mental en Cataluña, con respecto a otras CCAA ya que el 59,4% de los costes hospitalarios se efectuaron en hospitales psiquiátricos frente a un 40,6% de los hospitales generales. La diferencia en los perfiles diagnósticos de los pacientes depresivos (más casos de depresiones no-mayores en los hospitales psiquiátricos), y en las estancias por episodio, apuntan a la necesidad de un estudio pormenorizado de ambos sistemas de atención hospitalaria en Cataluña. Es necesario incluir los costes de la depresión en el medio residencial no hospitalario.

d) El coste de la atención farmacológica para depresión fue de 101.065.278 euros, un 65% de los costes directos y 13,7% del coste total. El coste medio del tratamiento farmacológico fue de 19,83 euros. Estos datos son, desde el punto de vista de la eficiencia técnica del sistema, mejores de lo esperado en estimaciones previas. El margen de mejora y la elaboración de indicadores de seguimiento de la prescripción y el gasto de psicofármacos, su relación con psicoterapia y otros aspectos relevantes para planificación requieren un análisis detallado; así como la disparidad encontrada entre diversas fuentes de datos (DATAMART e IMS).

3. Los costes indirectos constituyen la principal causa de costes atribuibles a depresión coincidiendo con los estudios internacionales previos.

a) Los costes por incapacidad laboral ascendieron a 552.926.945 euros, un 95,4% de los costes indirectos. De estos, los costes por incapacidad temporal fueron de 199.615.938 euros mientras que los costes por incapacidad permanente ascendieron a 353.311.007 (27,1% y 48% de los costes totales, respectivamente). Esta información constituye una contribución relevante al análisis de los costes de productividad de la enfermedad en Cataluña, dada la dificultad encontrada en estudios previos para el análisis de datos desagregados por grupos diagnósticos. Estos datos coinciden con los estudios internacionales. El impacto de estos costes y su relevancia para la planificación sanitaria requiere un análisis detallado con otros sectores y áreas de la administración.

b) Los costes indirectos por mortalidad (suicidio atribuido a depresión) ascendieron 26.855.628 euros en 2006 (4,6% de los costes indirectos y 3,7% del coste total). Estos datos pueden ser relevantes para los programas de promoción y prevención de la depresión en Cataluña.

c) La proporción de costes indirectos con respecto al total refleja el perfil transectorial de la depresión, y su carácter diferencial con respecto a otras patologías mentales, ya que la interacción más relevante no se produce en este caso entre el sector sanitario y el sector social, sino entre servicios sanitarios y empleo. Las inversiones sanitarias y los planes de salud sobre depresión pueden tener un marcado impacto sobre otros sectores económicos.

4. Algunos datos como la proporción de costes hospitalarios frente a costes de atención especializada, y la de estos frente a la atención primaria, apuntarían a una posible eficiencia técnica de la atención sanitaria para depresión en Cataluña en relación a indicadores de costes directos. Este dato merece una atención especial y un análisis detallado por categorías y diferentes niveles de atención:

- Relevancia de proyectar
 - a) comparación internacional (por ejemplo Veneto, Inglaterra, Suecia)
 - b) comparación con otros grupos diagnósticos de salud mental y de enfermedades crónicas
 - c) estudio de eficiencia técnica

Aportaciones adicionales

Este estudio constituye una nueva aproximación al análisis del coste de enfermedad y su utilidad en la planificación sanitaria en salud mental.

a) Permite disponer de una base de información abierta para análisis posteriores de la base de datos para planificación.

b) Aporta una metodología que permite su aplicación al coste de los trastornos mentales en general y de otras agrupaciones diagnósticas. Estas aportaciones incluyen una nueva tabla de unidades de costes para salud mental y un nuevo sistema de análisis de sensibilidad basado en métodos probabilísticos.

c) Ha identificado indicadores que permitirían un seguimiento de la evolución del sistema de salud mental aplicado a grupos diagnósticos de referencia (por ejemplo, depresión y psicosis no afectiva):

- Coste total de depresión
 - o Coste de de depresión mayor
 - o Coste de distimia
- Coste per cápita sobre población total
- Coste per cápita sobre población tratada
- Costes directos vs indirectos
- Costes directos desagregados
 - o Primaria (AP)
 - o Especializada (AE)
 - o Hospitalaria (AH)
 - o Fármacos (AF)
- Proporción costes AP/AE
- Proporción AE/AH
- Proporción AP+AE+AH/AF

d) El estudio ha identificado una serie de áreas sanitarias claves para seguimiento del sistema cuya consideración permitiría desarrollar un sistema de monitorización de salud mental de base territorial.

e) Se han identificado problemas críticos en las bases de datos que constituyen barreras para una planificación basada en evidencia:

- Problema en la codificación de casos en bases de datos al utilizar una clasificación desfasada internacionalmente y no aceptada por la OMS (CIE-9-MC).
- Falta de datos conjuntos de uso de atención primaria, especializada (ambulatoria y atención de día), y hospitalaria.
- Necesidad de bases de datos conjuntas con “seudomización” para generación de evidencia para planificación (por ejemplo, generación de trayectorias clínicas a largo plazo). La “seudomización” es agregar un seudónimo a los pacientes en las bases de datos de manera que, sin poder identificarlos, permita estudiar los patrones de atención.
- Necesidad de incorporar información por grupos diagnósticos principales en DATAMART

PARTE II. Carga de la depresión y ansiedad en Cataluña. Un análisis a partir de la ESCA 2006

6. Carga de la enfermedad y depresión

Las enfermedades mentales suponen una importante carga en la vida de los individuos que las padecen, afectando su calidad de vida así como las posibilidades de desarrollar plenamente sus capacidades. Especialmente relevante, a nivel poblacional, es el efecto sobre la salud de la población, en términos de morbilidad y mortalidad, de los trastornos depresivos. La organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un estudio para el año 1990 (Murray y Lopez, 1996) analizando el impacto en la salud de la población de diferentes enfermedades y factores de riesgo. Los resultados mostraron que los trastornos depresivos eran la cuarta causa de carga de la enfermedad globalmente y la segunda en países desarrollados en el año 1990. La actualización de este trabajo para el año 2004 (World Health Organization, 2008) ya situaba a la depresión como la tercera causa de carga de la enfermedad y predecía que en el año 2030 será el principal factor de pérdida de salud de la población, suponiendo el 6,2% del total de la carga, superando a las enfermedades isquémicas y a los accidentes de tráfico.

Los estudios y trabajos de la OMS han mostrado el impacto de los trastornos depresivos en la discapacidad que sufren las poblaciones utilizando un enfoque global y basándose en datos epidemiológicos y mediante estimaciones del impacto que los diferentes estados de salud tienen sobre la salud y/o la calidad de vida de los individuos que los padecen.

El presente informe utiliza un enfoque diferente para analizar el impacto de la depresión y la ansiedad⁵ sobre los individuos, utilizando datos individuales de encuesta de salud (micro) para evaluar esta relación en la población de Cataluña.

Los objetivos planteados son:

- 1) el análisis descriptivo de la prevalencia estimada de trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña respecto a factores socioeconómicos; y
- 2) analizar la carga que los trastornos de ansiedad/depresión suponen para la población Catalana.

⁵ El motivo de analizar conjuntamente el impacto de estas dos condiciones se detalla en apartados posteriores.

7. Método

La estimación de la carga de enfermedad por ansiedad/depresión se ha efectuado mediante el análisis secundario de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA)

7.1. Datos

Como fuente de datos se ha utilizado la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) correspondiente al año 2006. La ESCA es una encuesta poblacional salud que tiene como principales objetivos cuantificar la percepción del estado de salud y los problemas de salud de la población de Cataluña, factores de riesgo, hábitos no saludables y la relación de estos indicadores con variables demográficas y socioeconómicas (Mompert et al., 2007a). La ESCA 2006 es la tercera encuesta poblacional de salud que se realiza en Cataluña, tras las de 1994 y 2002, y el tamaño muestral es de 18.126 entrevistas, de las cuales 15.926 han sido efectuadas a población adulta, mayores de 15 años, y 2.200 a menores de 15 años comprendiendo solo población no institucionalizada. La elección de la ESCA como fuente de datos para el análisis se debe a su representatividad, tamaño muestral y la calidad de los datos. Especialmente es de gran utilidad para los objetivos de estudio la inclusión en la ESCA de dos instrumentos; el Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire -GHQ-12) y el Cuestionario de Salud EuroQoL-5D.

Cuestionario de Salud EuroQoL-5D: Este instrumento tiene el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los individuos. Se trata de un cuestionario (autoadministrado o mediante entrevista) que consta de una descripción del estado de salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) que los individuos valoran en tres posibles niveles (“sin problemas”, “algunos/moderados problemas” y “muchos problemas”). La combinación de las dimensiones y sus niveles da como resultado 241 posibles estados de salud. Cada uno de estos estados tiene asignada una tarifa en una escala donde el valor 1 representa salud perfecta y el estado de muerte tiene un valor igual a cero (existen estados de salud con tarifa negativa y por lo tanto peor valorados que la muerte). Estas tarifas han sido obtenidas previamente mediante métodos basados en las preferencias de los individuos y el cuestionario ha sido validado para España, existiendo valores específicos para la población española (Badía y otros, 1999). Por lo tanto, esta escala permite obtener un único valor dentro

del rango 1-0 para cada individuo en la muestra que cuantifica su calidad de vida relacionada con la salud.

Cuestionario de Salud General (GHQ-12): Es un instrumento diseñado para cuantificar síntomas emocionales en diferentes contextos (Goldberg y Williams, 1988). La versión con 12 ítems incluida en la ESCA se trata de una versión abreviada del cuestionario general de Goldberg (Goldberg y Blackwell, 1970), el cual consta de un número mayor de ítems o preguntas. Se trata de uno de los mejores instrumentos de cribado para estudios epidemiológicos psiquiátricos, con el objetivo de detectar en el momento de la encuesta casos probables de trastorno mental, distrés mental o malestar psicológico, en concreto síntomas neuróticos y de ansiedad comparando el estado actual (del último mes) con el habitual. Por lo tanto, este cuestionario puede ser utilizado para determinar la prevalencia poblacional⁶ de trastornos de ansiedad y/o depresión⁷, trastornos que se han agrupado recientemente bajo los términos de “trastornos internalizantes” (Bech et al., 2006). La versión española de esta versión del cuestionario ha sido validada en la población española (Lobo y Muñoz, 1996).

El GHQ-12 consta de 12 ítems con 4 respuestas posibles. A partir de las respuestas, y utilizando una escala Likert (0-3), se puede obtener una puntuación para cada individuo con un máximo valor de 36. Sin embargo, para el objetivo de detectar casos probables de trastornos mentales, se utiliza una puntuación 0-0-1-1 para cada ítem, por lo cual la máxima puntuación es igual a 12. La validación para España establece, con este sistema de puntuación, como punto de corte el valor 2, por lo que individuos con puntuación igual o superior a 3 se consideran como casos probables de trastornos mentales o distrés psíquico en una población. No obstante la utilización de este punto de corte suele asumir que el instrumento forma parte de un estudio de cribado de doble fase, donde a aquellos individuos calificados como casos por el GHQ-12 se les administra un cuestionario o entrevista psiquiátrica con el objetivo de determinar de forma más ajustada la prevalencia de las diferentes condiciones psiquiátricas. Sin embargo, el objetivo de este estudio es estimar que individuos de la muestra de la ESCA sufren trastornos depresivos y/o de ansiedad, y por tanto la prevalencia poblacional de estos trastornos, únicamente a partir del GHQ-12. Por ello, se decidió emplear un punto de corte superior, e igual a 3/4, como un criterio más conservador para establecer que un individuo sufría un trastorno de los mencionados. Esta modificación del punto de corte establecido tiene el objetivo de reducir los posibles

⁶ Dadas las características del instrumento, se trata de la prevalencia de los citados trastornos durante el mes previo, o prevalencia-mes.

⁷ Dado que este instrumento ofrece información no desagregada sobre trastornos de ansiedad y de depresión es lo que determinó que se analizase el impacto conjunto de estos dos tipos de trastornos.

casos de falsos positivos, es decir reducir las situaciones en que el test determina que un individuo sufre un trastorno afectivo cuando realmente no es así. Aun así, es cierto que aun utilizando este criterio conservador el instrumento GHQ-12 es inferior a otros instrumentos más específicos (y más difíciles de incluir en una encuesta poblacional) para diagnosticar trastornos psiquiátricos.

Mencionar la existencia de otro método para determinar la prevalencia poblacional de los trastornos afectivos a partir de los resultados del GHQ-12. Consiste en asignar una probabilidad de sufrir ansiedad o depresión a cada puntuación del instrumento, desde una probabilidad muy baja si la puntuación es cero hasta una probabilidad cercana a 1 si la puntuación es 12. El método de obtener la prevalencia es muy simple consistiendo en multiplicar el número de sujetos de cada puntuación por la probabilidad correspondiente y luego sumar (Rajmil et al., 1998). Sin embargo, este método no permite determinar si un individuo es un caso o no lo es, información necesaria para realizar un análisis basado en datos individuales como el que aquí se presenta.

Por lo tanto, y a pesar de las limitaciones mencionadas, este estudio utiliza el GHQ-12 para establecer qué individuos en la ESCA sufren trastornos de ansiedad y/o depresión. Es decir, la prevalencia de estos trastornos se determina como la proporción de individuos en la muestra con una puntuación de 4 o superior en el cuestionario.

7.2. Análisis

7.2.1 Análisis descriptivo de la prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña respecto a factores socioeconómicos. Utilizando el criterio mencionado para determinar que individuos sufren trastornos de ansiedad/depresión, se analiza la prevalencia de los citados problemas de salud mental respecto a una serie de características socioeconómicas y demográficas en la población catalana.

7.2.2. Carga de los trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña. La carga que estos trastornos imponen sobre los individuos en Cataluña se analiza desde diferentes perspectivas.

a) *Cálculo de la pérdida de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) asociada con los trastornos de ansiedad/depresión.* El objetivo de este análisis es determinar cuál es el impacto que los trastornos de ansiedad/depresión producen sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los individuos que los padecen

y de forma global para el conjunto de la sociedad catalana. Este análisis se realiza siguiendo la metodología empleada por Saarni et al (2007) en un estudio similar donde se evaluaba el impacto de los trastornos psiquiátricos en Finlandia utilizando como fuente de datos una encuesta de salud. Para analizar el citado impacto, considerando al mismo tiempo la posible influencia de otras características de los individuos sobre la CVRS, se emplea un modelo estadístico de regresión múltiple. Dado que una proporción considerable de la población declara tener una salud perfecta en el cuestionario EQ-5D y por lo tanto se le asigna un valor de 1 de CVRS, se utiliza un modelo Tobit de regresión, adecuado cuando existen datos censurados como ocurre en este caso. En el modelo, la calidad de vida relacionada con la salud declarada por los individuos es la variable dependiente y se evalúa el impacto sobre ella de los trastornos de ansiedad/depresión (evaluados según el GHQ-12 como se ha comentado previamente) controlando por factores demográficos, socioeconómicos y por la incidencia de otras enfermedades crónicas. Este modelo permite cuantificar el efecto a nivel individual de los trastornos de ansiedad/depresión sobre la CVRS siendo este igual al efecto marginal en el modelo de la variable trastornos de ansiedad/depresión sobre la puntuación de la variable dependiente (CVRS). Este efecto se evalúa en los valores medios de las variables explicativas (Cong, 2000). Una vez determinado el impacto medio sobre los individuos con trastornos de ansiedad/depresión, la carga poblacional provocada por estos trastornos se obtiene multiplicando este impacto medio por la prevalencia de los citados trastornos. Dado que no se incluye el efecto de las condiciones analizadas sobre la mortalidad, el análisis proporciona información únicamente sobre la reducción de calidad de vida provocada por la morbilidad generada por los citados trastornos

b) Análisis de la influencia de los trastornos de ansiedad/depresión sobre la situación laboral y el uso de los servicios sanitarios de los individuos. En estos análisis, las variables que recogen la información sobre la situación laboral y uso de los servicios son las variables dependientes en modelos de regresión logística. La variable que refleja los trastornos de ansiedad/depresión se introduce como variable explicativa para evaluar su efecto sobre las situaciones a estudiar, controlando por factores demográficos y socioeconómicos, con el objetivo de determinar si el hecho de sufrir un trastorno de este tipo aumenta la probabilidad de estar desempleado y de utilizar los servicios sanitarios.

c) Comparación de los AVACs perdidos por ansiedad/depresión referida en relación a otras agrupaciones de condiciones médicas. Utilizando únicamente información autodeclarada por los individuos para estimar la prevalencia actual y pasada de diferentes enfermedades crónicas⁸, se compara la carga que los trastornos de ansiedad/depresión producen respecto a la carga provocada (solo morbilidad) por otras condiciones crónicas.

8. Resultados

En todos los análisis realizados se ha ponderado los individuos incluidos en la ESCA por los correspondientes pesos disponibles para que los resultados sean reflejo adecuado de la situación en Cataluña.

8.1. Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión

CVRS. El análisis de los datos de la ESCA del cuestionario sobre calidad de vida relacionada con la salud (EQ-5D) y aplicando las tarifas obtenidas para la población española da como resultado una puntuación media de 0.864. Desglosando los resultados para grupos de edad y según género, se obtiene la Tabla 45.

Tabla 45. Calidad de Vida Relacionada con la Salud por sexo y grupos de edad en la población catalana (EQ-5D). Año 2006

Grupos de edad	Mujeres	Desv. Estándar	Hombres	Desv. Estándar
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
Más de 75 años	0,490	0,437	0,703	0,365

⁸ Para que el análisis tenga coherencia, en este apartado la prevalencia de los trastornos de ansiedad/depresión también se obtiene de prevalencia directamente autodeclarada y no del instrumento GHQ-12.

Los resultados muestran el esperado declive de la CVRS reportada por los individuos en grupos de mayor edad, siendo los valores menores para las mujeres en todos los grupos de edad.

Trastornos de ansiedad/depresión. El análisis de las respuestas al cuestionario GHQ-12 permite obtener una puntuación (rango 0-12) para cada individuo. Como se ha establecido en apartados anteriores, un método para obtener la prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión es utilizar estas puntuaciones conjuntamente con las probabilidades asociadas de sufrir un trastorno afectivo. Utilizando los resultados de la ESCA y las citadas probabilidades, la prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña sería del 17% para el total de población adulta, con valores de 14,8% y 19,2% en hombres y mujeres respectivamente. Como se ha valorado previamente, otro enfoque es determinar la prevalencia según puntos de corte, determinando como casos probables todo individuo con una puntuación en el cuestionario superior al punto de corte. Utilizando este enfoque y con el punto de corte validado para España situado en una puntuación superior a 2, la prevalencia en Cataluña sería de 11,6%, con un resultado de 7,6% en hombres y 15,5% en mujeres. Sin embargo, para determinar el efecto sobre la CVRS de los trastornos de ansiedad/depresión, el criterio más conservador de utilizar el punto de corte 3/4 ha sido utilizado. En este caso, la prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña sería de 7,8%, con un resultado de 4,7% en hombres y 10,9% en mujeres. La Tabla 46 muestra el porcentaje de población con cada puntuación en el cuestionario GHQ-12.

Tabla 46. Puntuación (%) de la población catalana en el cuestionario de salud general (GHQ-12). Año 2006

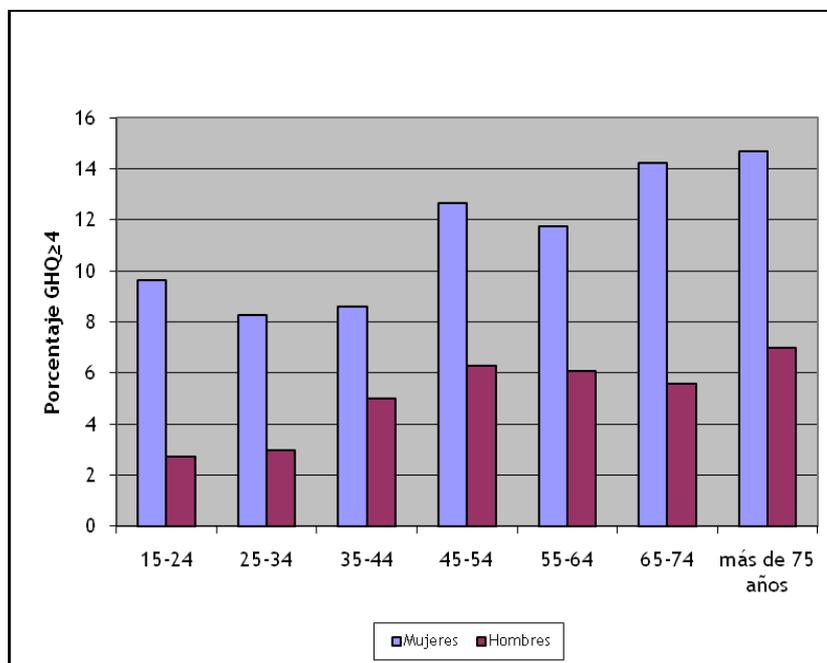
Valor	Mujeres	Hombres
0	66,39	77,00
1	12,25	10,17
2	5,85	5,27
3	4,63	2,81
4	2,93	1,26
5	2,18	0,98
6	1,84	0,85
7	1,29	0,65
8	0,87	0,25
9	0,58	0,20
10	0,41	0,22
11	0,42	0,16
12	0,37	0,18

8.2. Análisis descriptivo de la prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña respecto a factores socioeconómicos

En este apartado se realiza un análisis de la distribución de la prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión en la población catalana según diferentes características demográficas y socioeconómicas de los individuos. El objetivo es presentar una imagen descriptiva de cómo la carga de estos trastornos se distribuye en la población según características de la misma. Se presentan los resultados tras estandarizar por grupos de edad y desglosados por género. Sin embargo, este es el único ajuste realizado y por lo tanto no se ha considerado la influencia conjunta de más de una característica de la población. En el siguiente apartado se considerará esta influencia conjunta.

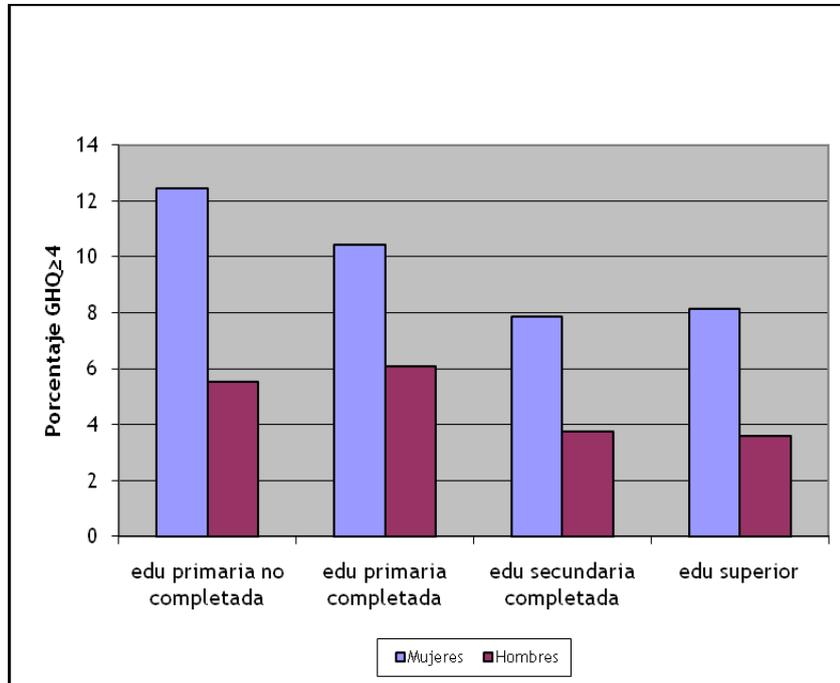
Edad y trastornos de ansiedad/depresión. El Gráfico 29 muestra la distribución por grupos de edad de la prevalencia de estos trastornos. En él se muestra que la considerable diferencia entre mujeres y hombres a nivel global se mantiene para cada uno de los grupos de edad analizados. En términos generales, la proporción de población con trastornos de ansiedad/depresión aumenta con la edad, sobre todo en las mujeres, mientras en los hombres la prevalencia a partir de los 45 años se mantiene estable. Es remarcable la alta proporción de adolescentes y adultos jóvenes de género femenino (15-24 años) con trastornos de ansiedad y depresión en comparación con los del género masculino y con sus congéneres de edad ligeramente superior.

Gráfico 29. Edad, género y prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión



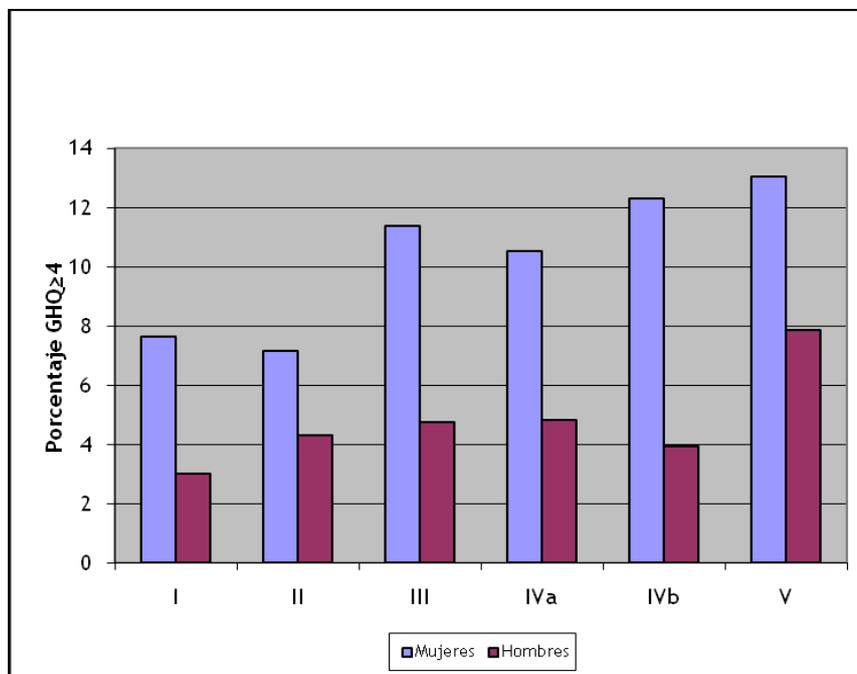
Nivel educativo y trastornos de ansiedad/depresión. El Gráfico 30 muestra la distribución por grupos de edad de la prevalencia de estos trastornos según el nivel de estudios que los individuos declararon que habían alcanzado. Se observa una relación positiva entre menor nivel de estudios y una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión, especialmente acusado en el caso de las mujeres. Sin embargo, esta relación no se mantiene entre los dos niveles educativos superiores, estudios secundarios y superiores. No es descartable que la asociación mostrada sea consecuencia de la estrecha relación entre nivel educativo y renta de los individuos.

Gráfico 30. Nivel educativo, género y prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión (estandarizando por edad)



Clase social y trastornos de ansiedad/depresión. Otra variable que describe el nivel socioeconómico de los individuos es la variable clase social. Esta variable se construye en base a la información sobre la última profesión o categoría laboral de los individuos (Domingo Salvany y Marcos Alonso, 1989), y por lo tanto está relacionada con el nivel educativo de los individuos. Por ello, no es sorprendente que la relación entre nivel educativo y trastornos de ansiedad/depresión descrita anteriormente se repita al evaluar la incidencia de estos trastornos entre clases sociales. Este análisis se muestra en el gráfico 31, siendo la clase social I la más aventajada (directivos de la administración y de empresas con más de 10 trabajadores y ocupaciones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario) y la clase V la más desaventajada compuesta por trabajadores no cualificados.

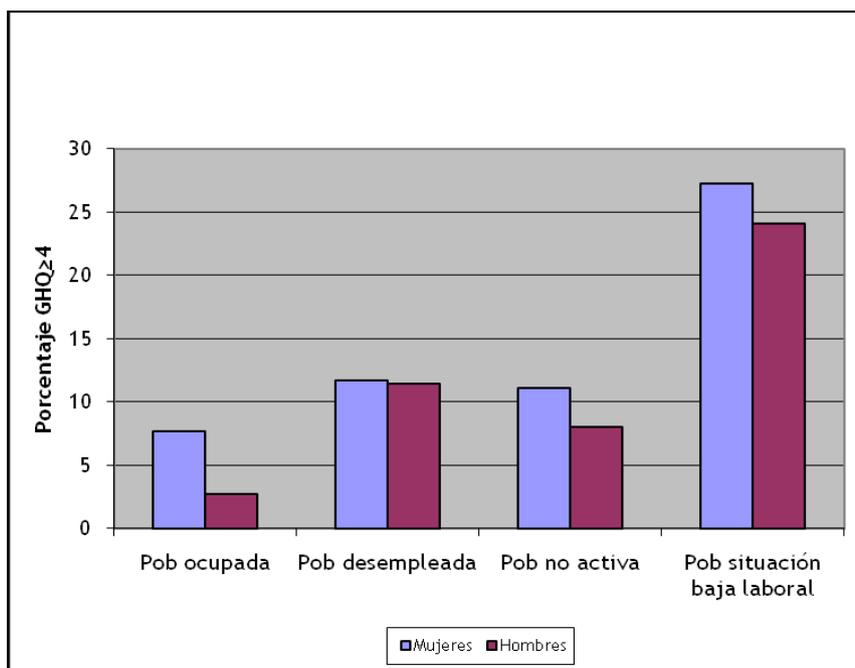
Gráfico 31. Clase social, género y prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión (estandarizando por edad)



Situación laboral y trastornos de ansiedad/depresión. Es previsible una mayor prevalencia de problemas psiquiátricos entre individuos con una situación laboral más precaria o en situación de desempleo. El sufrir problemas económicos y el estrés que estas situaciones laborales provocan tiene influencia en la salud mental de los individuos. En este estudio, esta influencia no se ha analizado más que evaluando si los individuos estaban ocupados, desempleados, sin participar en el mercado de trabajo o en situación de baja por enfermedad (gráfico 32). Por lo tanto, no se han considerado niveles de precariedad laboral entre la población que declara que está ocupada. El gráfico muestra que la población desempleada presenta unas tasas de prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión superiores a las de la población desocupada. Es remarcable que no exista diferencia entre géneros en estas tasas en la población desocupada. Este hecho puede ser motivado por una mayor repercusión económica en las familias donde miembros masculinos se encuentran desempleados y/o que la situación de desempleo afecta de forma más grave a la salud mental de los individuos de género masculino. La alta tasa de prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión entre individuos que declaran encontrarse en situación de baja laboral puede deberse a dos motivos. Primero, que una parte de las bajas laborales

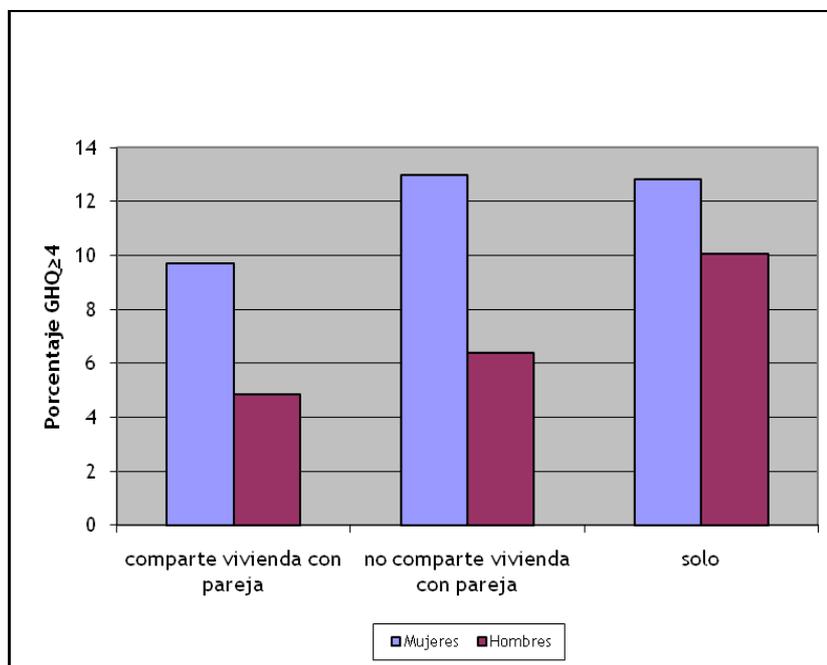
estén causadas por estos trastornos. Y segundo, que trastornos de ansiedad y depresión hayan aparecido como comorbilidad en individuos sufriendo otro tipo de problemas de salud.

Gráfico 32. Situación laboral, género y prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión (estandarizando por edad)



Situación residencial y trastornos de ansiedad/depresión. Por último, en este apartado se describe la incidencia de los citados trastornos según sea la situación residencial de los individuos. Para ellos se ha clasificado a los individuos en tres grupos, aquellos que viven solos, los que no viviendo solos no comparten vivienda con una pareja afectiva y por último los que sí que la comparten, independientemente de que habiten más personas en la vivienda. El Gráfico 33 con los resultados muestra que el hecho de vivir con una pareja, y por lo tanto tener pareja, es un factor protector frente a los trastornos evaluados. Este factor no se da, especialmente en el caso de las mujeres, cuando se comparte residencia con otros miembros de la familia.

Gráfico 33. Situación residencial, género y prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión (estandarizando por edad)

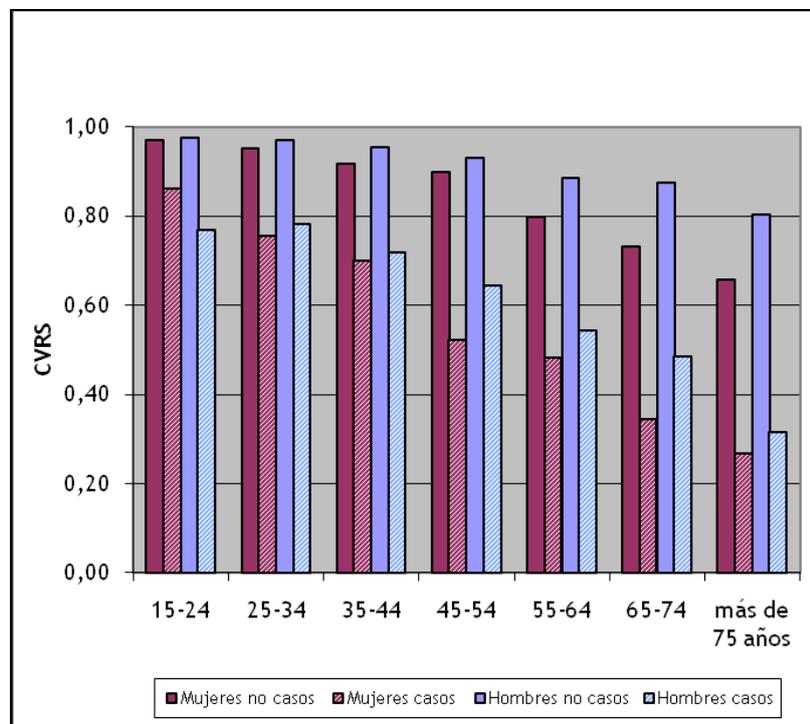


8.3. Carga de los trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña

A) Cálculo de la pérdida de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) asociada con los trastornos de ansiedad/depresión.

Tal como se ha descrito anteriormente, para calcular y aislar el impacto de los trastornos de ansiedad/depresión sobre la CVRS medida según el EQ-5D se utiliza un modelo donde primero se controla por características socioeconómicas y demográficas que pueden tener un efecto sobre esta. En una fase posterior del análisis también se controla por el efecto de otras condiciones de salud. Un análisis sin tener en cuenta estos efectos implica comparar directamente la CVRS de los individuos con trastornos de ansiedad/depresión con la de los individuos libres de estos trastornos. Realizando este análisis, la media de la CVRS de los individuos sin trastornos de ansiedad/depresión es de 0.901 mientras que para los individuos con un GHQ-12 igual o superior a 4, este valor es de 0.580. Estas diferencias también se observan en el Gráfico 34, donde se compara la CVRS entre individuos con (casos) y sin trastornos de ansiedad/depresión (no casos) según género y grupos de edad.

Gráfico 34. CVRS según existencia de trastornos de ansiedad/depresión por género y grupos de edad



Estas diferencias en la CVRS entre individuos con y sin trastornos de ansiedad/depresión también pueden deberse al impacto en esta variable de otras características de los individuos, por lo que es necesario realizar el análisis del efecto de los trastornos de ansiedad/depresión en la CVRS donde se controle por otras variables. Las variables incluidas en la primera fase del análisis fueron edad, sexo, nivel de estudios, situación residencial y clase social. Se decidió no incluir la situación laboral por dos razones. Primero, el nivel socioeconómico ya está reflejado en las variables de nivel de estudios y clase social. Y segundo, por el hecho de la posibilidad de que una proporción significativa de los individuos que declaran hallarse en situación de baja laboral, lo estén por problemas depresivos y/o de ansiedad. Este análisis dio como resultado un impacto negativo sobre la CVRS por el hecho de sufrir trastornos de ansiedad/depresión de 0.261. En otras palabras, aquellos individuos con este tipo de trastornos, y controlando por las variables mencionadas, sufre una disminución en media de su calidad de vida equivalente a casi un tercio de la CVRS media de la población catalana (0.86). Sin embargo, esta disminución de la calidad de vida de estos individuos también puede deberse al impacto de otras condiciones o estados de salud. Para controlar por este factor es necesario incluir en el modelo el estado de

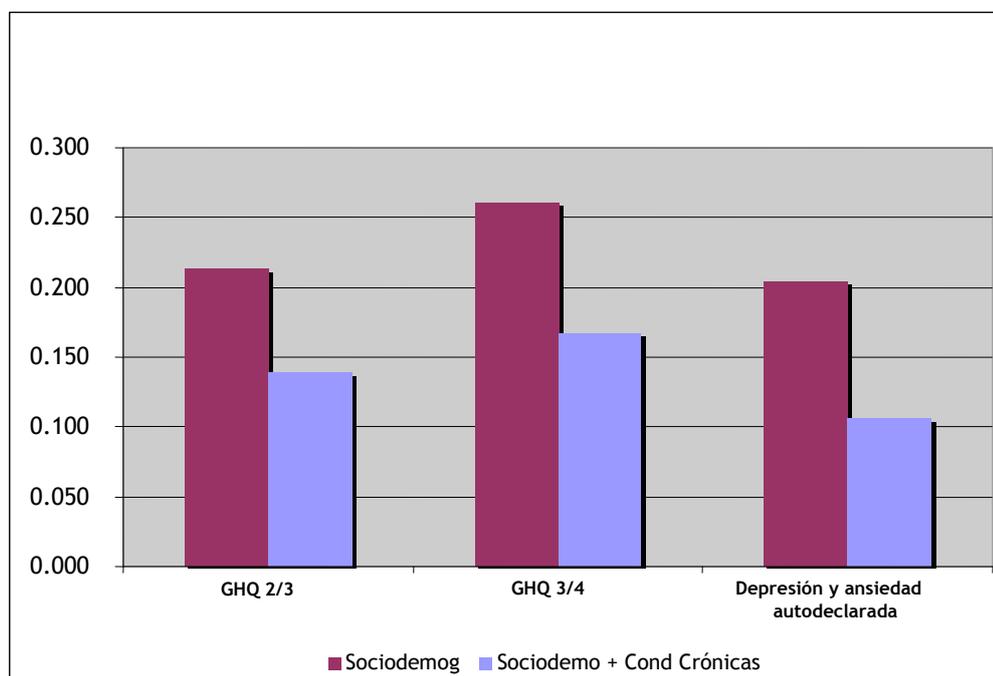
salud (física) de los individuos. En una situación ideal, esto implicaría realizar exámenes médicos. Sin embargo, este tipo de información no está disponible para los individuos incluidos en la ESCA. La información que sí recoge la ESCA es la proporcionada por los individuos a la pregunta de si sufren o han sufrido una serie de enfermedades crónicas. Dado que es la única información disponible, y reconociendo sus problemas y limitaciones, esta es la información que se ha utilizado para controlar en el modelo por el estado de salud de los individuos. Una vez controlado por este factor, el impacto de los trastornos de ansiedad/depresión sobre la CVRS es de 0.167, que significa una disminución del 20% respecto a la calidad de vida media de la población catalana.

Un elemento importante de este análisis, tal como se explica en anteriores apartados, es la elección del criterio para determinar que individuos sufren trastornos de ansiedad/depresión. En otras palabras, para fijar que individuos son casos y cuáles no. El criterio elegido fue el de aquellos individuos con una puntuación superior a 3 en el GHQ-12. Para complementar este enfoque utilizado, el análisis se realizó también para dos criterios alternativos. El primero fue determinar como persona con un trastorno afectivo aquella con una puntuación superior a 2 en el GHQ-12. En el segundo, se utilizó la información proporcionada por los individuos cuando respondieron a la pregunta incluida en la ESCA de si “sufre o ha sufrido ansiedad o depresión” dentro de la batería de preguntas sobre condiciones crónicas. Los resultados de estos análisis conjuntamente con los del caso base se presentan en la Tabla 47 y en el gráfico 35.

Tabla 47. Carga de los trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña. Impacto individual sobre CVRS

Criterio	Prevalencia	Reducción CVRS	Intervalo de confianza (95%)-
GHQ 2/3	0,116	0,138	0,152-0,125
GHQ 3/4	0,078	0,167	0,184-0,150
Depresión y ansiedad autodeclarada	0,175	0,106	0,127-0,105

Gráfico 35. Influencia de los trastornos de ansiedad/depresión en la calidad de vida (nivel individual) relacionada con la salud. Variación entre criterios

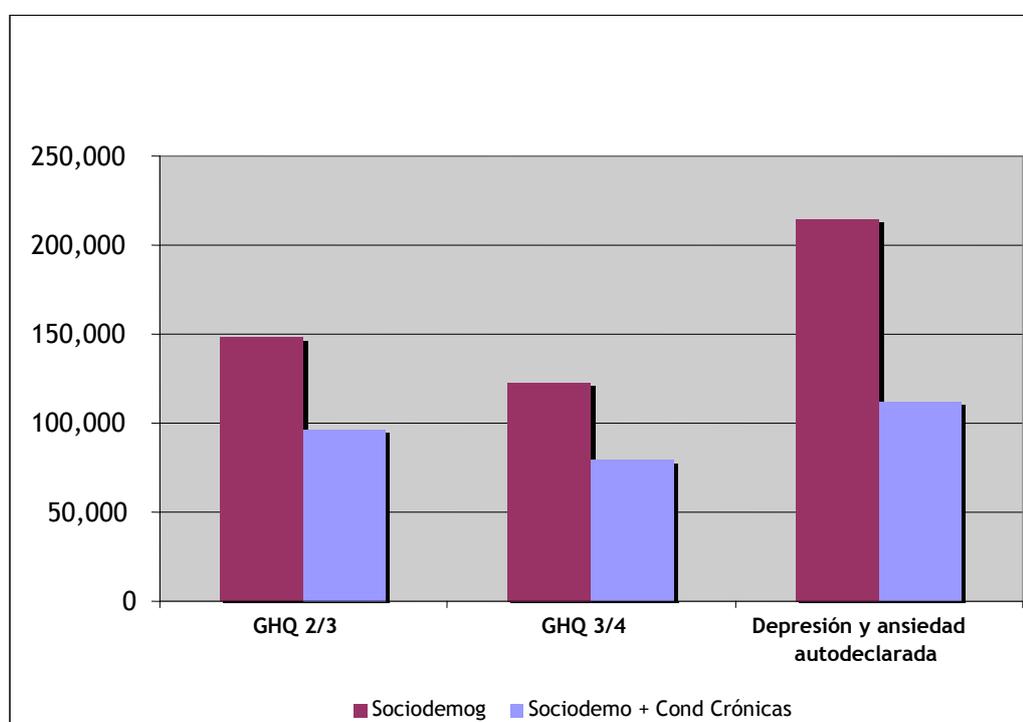


Este impacto individual se puede transformar en impacto poblacional cuando se considera la prevalencia de los trastornos de ansiedad/depresión en la población catalana. Por lo tanto, la carga de los trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña se calcula multiplicando el efecto marginal medio de estos trastornos en la CVRS de los individuos que los sufren por el número de individuos que los sufren. Claramente, este resultado variará según qué criterio se utilice para determinar que un individuo sufre un trastorno afectivo. La Tabla 48 y en el Gráfico 36 presentan los resultados para el criterio base utilizado (GHQ-12 >3) así como para los criterios alternativos mencionados anteriormente.

Tabla 483. Carga de los trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña. Impacto poblacional en pérdida de AVACs. Variación entre criterios

Criterio	Carga total	Intervalo de confianza (95%)-	Carga por 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
Depresión y ansiedad autodeclarada	111.569	133.558-110.671	1.859

Gráfico 35. Pérdida de AVACs en Cataluña (año 2006) debido a trastornos de ansiedad/depresión. Variación entre criterios



Los resultados obtenidos muestran que la carga total medida de años de vida ajustados por calidad perdidos debidos a trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña casi alcanza la cifra de 80.000 AVACs en el año 2006. Esta cifra es menor a la obtenida utilizando los criterios alternativos de determinación de casos a pesar de que el impacto individual es menor. Esto se debe a la mayor prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión en la población catalana si se utilizan los citados criterios. De cualquier manera el rango de variación no es muy elevado, siendo la carga un 22%

superior utilizando el punto de corte 2/3 y un 42% superior si se utiliza la información sobre depresión y ansiedad autodeclarada.

B) Análisis de la influencia de los trastornos de ansiedad/depresión sobre la situación laboral y el uso de los servicios sanitarios de los individuos.

Otra opción alternativa para analizar el impacto que los trastornos de ansiedad/depresión tienen sobre ciertas condiciones y actividades de los individuos con el objetivo de evaluar si afecta la probabilidad de estos eventos. Por ello, mediante modelos de regresión logística se ha analizado la influencia de los trastornos de ansiedad/depresión sobre dos situaciones o eventos que pueden padecer los individuos. En primer lugar, se ha evaluado si el hecho de padecer un trastorno afectivo tenía influencia sobre la situación laboral de los individuos. Específicamente, se ha estudiado el impacto sobre la probabilidad de encontrarse sin empleo.

Para ello se ha utilizado únicamente la submuestra de individuos que declararon estar ocupados o en situación de desempleo, por lo tanto no incluyendo individuos en situación de baja médica laboral ni a aquellos que no pertenecen a la población activa (estudiantes, jubilados, etc.). Para controlar por otros factores que pueden influir en el hecho de estar sin trabajo se han incluido en el modelo una serie de variables; edad, sexo, nivel de estudios, situación residencial y las variables que reflejan la prevalencia de enfermedades crónicas. Este análisis se ha realizado para los tres criterios utilizados anteriormente para determinar la prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión en la población catalana. Los resultados se muestran en la Tabla 49 que contiene únicamente los odds ratio para las variables de interés que reflejan los trastornos de ansiedad/depresión. Dado que la variable dependiente es igual a cero si el individuo tiene un trabajo e igual a uno si se encuentra en situación de desempleo, odds ratios superiores a uno indican una mayor probabilidad de encontrarse en situación de desempleo para aquellas personas con trastornos de ansiedad/depresión.

Tabla 494. Influencia de los trastornos de ansiedad/depresión en la situación laboral

Criterio	Odds Ratio	Intervalo de confianza (95%)-	
GHQ 3/4	1.786	1.293	2.465
GHQ 2/3	1.768	1.336	2.339
Depresión y ansiedad autodeclarada	1.615	1.240	2.103

Los resultados muestran que los trastornos de ansiedad/depresión tiene un impacto en la situación laboral de los individuos, como el odds ratio obtenido para el criterio GHQ-12 3/4 muestra, teniendo este coeficiente significancia estadística. Los resultados para los otros dos criterios son muy similares, confirmando que los resultados de los modelos muestran que sufrir un trastorno afectivo incrementa la probabilidad de hallarse desempleado. Sin embargo, es necesario recalcar que la causalidad asumida por el modelo, los trastornos de ansiedad/depresión afectando la situación laboral, puede ser errónea o no cierta en la totalidad de los casos, dado que también la relación entre estas dos variables puede ser en la dirección opuesta, la situación laboral afectando el condición de los individuos respecto a los trastornos de ansiedad/depresión.

Realizando un análisis similar al anterior, también se ha evaluado el impacto de los trastornos de ansiedad/depresión sobre la probabilidad de haber utilizado cualquier tipo de servicio sanitario en los 15 días previos a la realización de la encuesta. La Tabla 50 muestra los resultados, odds ratio para la variable que indica la incidencia de trastornos de ansiedad/depresión, de las regresiones logísticas donde este uso de servicios sanitarios es la variable dependiente

Tabla 50. Influencia de los trastornos de ansiedad/depresión en la utilización servicios sanitarios en los últimos 15 días

Criterio	Odds Ratio	Intervalo de confianza (95%)-	
GHQ 3/4	2.104	1.786	2.478
GHQ 2/3	1.910	1.661	2.195
Depresión y ansiedad autodeclarada	1.590	1.400	1.806

Una vez controlados otros factores, el hecho de sufrir un trastorno afectivo aumenta considerablemente la probabilidad de haber utilizado los servicios sanitarios en los últimos 15 días, con un odds ratio superior a 2 en el caso del criterio base (GHQ-12 3/4).

C) Comparación de los AVACs perdidos por ansiedad/depresión referida en relación a otras agrupaciones de condiciones médicas

Idealmente, los resultados obtenidos sobre impacto individual de los trastornos de ansiedad/depresión sobre la CVRS de los individuos y a nivel agregado deberían

poder ser comparados con estudios con metodología similar para otras enfermedades crónicas para determinar la importancia de la carga de los trastornos de ansiedad/depresión supone en la población catalana. Si las variables utilizadas para controlar por el estado de salud en el análisis reflejasen adecuadamente la prevalencia actual de las enfermedades, los resultados del análisis realizado para calcular la carga creada por los trastornos de ansiedad/depresión ofrecerían la información para determinar la carga creada por otras enfermedades crónicas. Únicamente se trataría de utilizar los coeficientes correspondientes a las variables que reflejan la prevalencia de estas enfermedades en el modelo de regresión y que se utilizan para controlar por el estado de salud de los individuos. Remarcar que estos coeficientes recogen únicamente el efecto sobre la calidad de vida de los individuos (morbilidad) y no el efecto de las condiciones sobre la cantidad de vida (mortalidad), por lo que los resultados de carga de la enfermedad en AVACs de las diferentes condiciones a nivel poblacional no incluyen el efecto de la mortalidad.

Como se ha comentado anteriormente como una de las limitaciones del análisis, la ESCA no proporciona información ajustada sobre la prevalencia actual de otras enfermedades dado que las mencionadas variables recogen información sobre prevalencia (autodeclarada) actual y pasada de las diferentes condiciones crónicas. Sin embargo, y reconociendo sus limitaciones y problemas, utilizando los coeficientes obtenidos para las variables utilizadas como indicadores de la prevalencia de enfermedades, se puede obtener una estimación del impacto de otras enfermedades sobre la CVRS de los individuos que las sufren. Con el objetivo de ofrecer unos resultados comparables, se decidió ofrecer los resultados del análisis cuando el criterio para determinar si un individuo sufre un trastorno afectivo es el de depresión y ansiedad autodeclarada.

La Tabla 51 y los Gráficos 37 y 38 muestran los resultados, ofreciendo los obtenidos para determinadas condiciones crónicas⁹. Estos resultados se comparan con la carga creada por los trastornos de ansiedad/depresión, según el criterio mencionado. Insistir en el hecho de que la calidad de la información disponible sobre la prevalencia de las enfermedades requiere considerar con mucha cautela las cifras obtenidas.

⁹ Los grupos de condiciones crónicas siguen los criterios utilizados previamente para comparar discapacidad en diferentes trastornos físicos y mentales (Ormel et al 2008)

Tabla 51. Influencia de diferentes enfermedades crónicas en la calidad de vida relacionada con la salud (AVACs-considerando únicamente morbilidad)

Condición de salud	Prevalencia	Reducción CVRS	Carga Total	Carga por 100.000 hab.
artritis	0.238	0.076	108,783	1,812
asma	0.061	0.015	5,567	93
dolor cuello/espalda	0.382	0.069	158,215	2,636
cáncer	0.030	0.029	5,266	88
diabetes	0.059	0.022	7,769	129
migrañas	0.189	0.033	37,153	619
enfermedades cardiovasculares	0.077	0.033	15,190	253
presión alta	0.197	0.008	9,105	152
úlceras de estómago	0.058	0.015	5,079	85
ansiedad y depresión autodeclarada	0.175	0.119	125,321	2,088

Gráfico 37. Influencia de diferentes enfermedades crónicas en la calidad de vida (nivel individual) relacionada con la salud

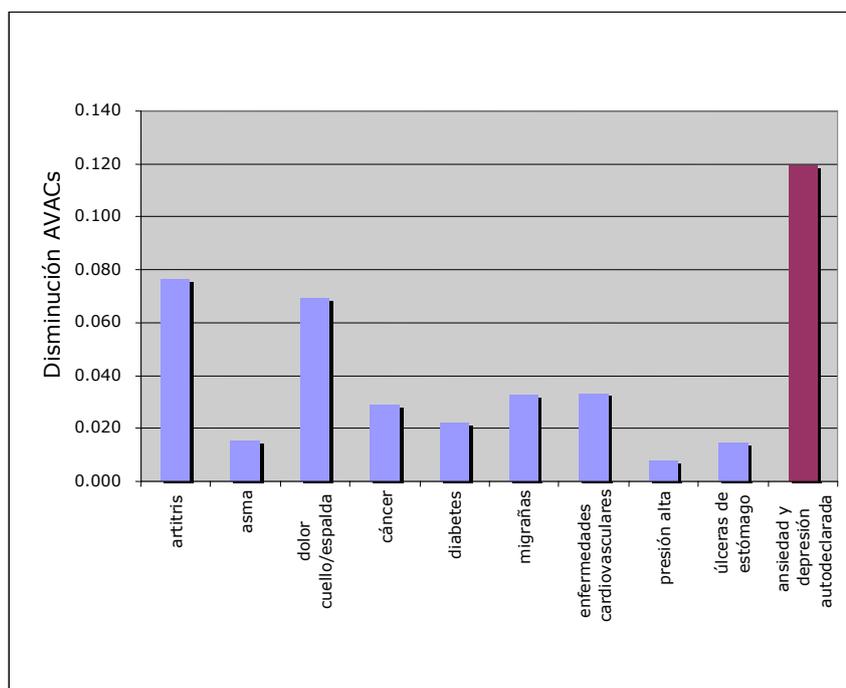
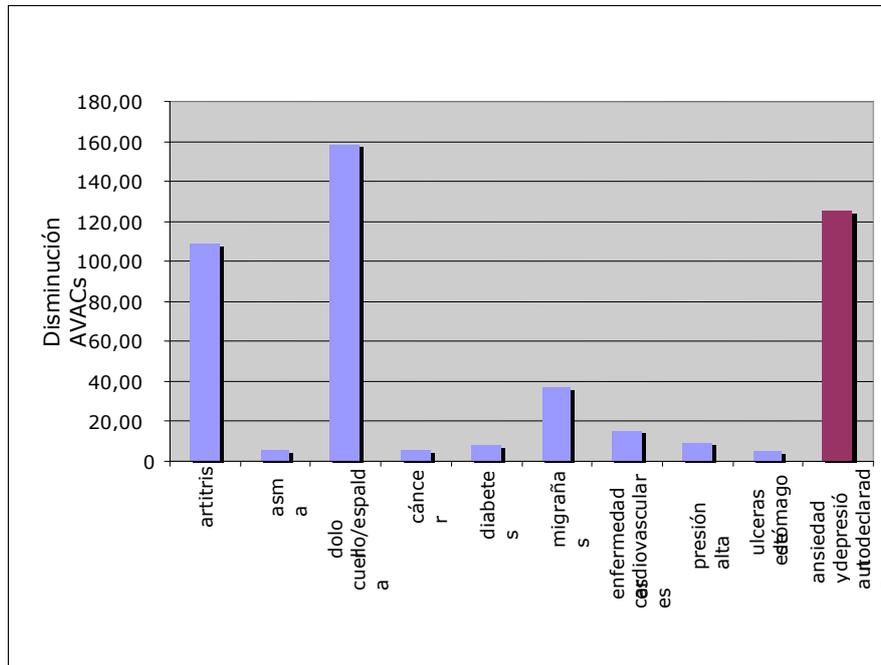


Gráfico 38. Pérdida de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs) (año 2006) en Cataluña debido a diferentes enfermedades crónicas (considerando únicamente el efecto de la morbilidad)



9. Discusión

Los trastornos depresivos y la reducción del impacto que estos tienen sobre las poblaciones son uno de los problemas más importantes que los sistemas sanitarios tienen que afrontar. El cuantificar ese impacto es un ejercicio que aporta una información relevante para los decisores. Los estudios seminales de la OMS sobre carga de las diferentes enfermedades (Murray y Lopez, 1996) mostraron la importancia en términos absolutos y relativos de la discapacidad creada por los trastornos depresivos. En estos estudios, la unidad utilizada para medir esta discapacidad son los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Sin embargo, el presente estudio utiliza otra unidad para medir la discapacidad creada por la enfermedad, los años de vida ajustados por calidad (AVAC). Los AVAC son utilizados principalmente en estudios de coste-efectividad de las intervenciones sanitarias, pero dado que reflejan la calidad (y cantidad) de vida relacionada con la salud de los individuos se ha sugerido que pueden ser empleados para estimar la carga de las enfermedades (Ayuso Mateos et al., 2006). En el presente estudio los resultados en AVACs solo reflejan la reducción en calidad de vida y no en cantidad dado que no se ha incluido el efecto de la mortalidad.

Un problema previo de todo estudio que quiera evaluar el impacto que una enfermedad tiene sobre los individuos y la población, es cómo identificar o definir que individuos sufren la enfermedad objeto de estudio para poder asociar a nivel individual el trastorno y su efecto sobre la CVRS de los individuos. En el caso de los trastornos mentales, el criterio estándar son entrevistas clínicas conducidas por profesionales sanitarios cualificados que permiten diagnosticar a los individuos. Actualmente, este tipo de información no está disponible para la población catalana en la ESCA, aunque existe a nivel de usuarios de atención primaria (Serrano-Blanco et al., 2009) y para una muestra representativa de la población española (Haro et al., 2006). Por ello, una opción alternativa para cuantificar la carga de la depresión y otros trastornos es utilizando datos de prevalencia población y asumiendo valores de discapacidad creada por los trastornos, calcular la discapacidad provocada por el trastorno. Este es el enfoque de los estudios de la OMS y de un estudio realizado para calcular la carga de la depresión en la población española (Ayuso-Mateos et al., 2008).

En el presente estudio se utiliza un enfoque diferente con el objetivo de emplear al máximo la riqueza de los datos que la ESCA ofrece, con información de casi 16.000 individuos adultos no institucionalizados, siendo esta muestra representativa de la población catalana. La ESCA proporciona información para cada individuo sobre su CVRS y también incluye una escala que indica la morbilidad psiquiátrica de los mismos, el GHQ-12. Sin embargo, se han de reconocer las limitaciones de este instrumento para su utilización como criterio diagnóstico en un estudio de carga de la depresión:

- no ofrece información únicamente sobre el estado de los individuos respecto a trastornos depresivos, sino sobre la existencia de trastornos internalizantes o de ansiedad/depresión, sin posibilidad de distinguir entre estos dos tipos de trastornos.
- no se trata de una entrevista clínica, sino de un test de cribado, a partir de información proporcionada únicamente por los individuos, que suele utilizarse en estudios de doble fase donde a los individuos con una puntuación superior a un determinado punto de corte se les aplica una entrevista clínica.

A pesar de estas limitaciones, el GHQ-12 permite determinar si los individuos son probables casos de trastornos de ansiedad/depresión. El punto de corte validado para la población española para realiza esta clasificación es igual a 2 (Lobo y Muñoz, 1996). Sin embargo, y siguiendo un criterio conservador, el presente estudio utiliza un

punto de corte igual a 3 en el GHQ-12, clasificando a los individuos con una puntuación superior en el GHQ-12 de la ESCA como casos de trastornos de ansiedad/depresión. De esta manera, es posible analizar la prevalencia de estos trastornos respecto a una serie de variables sociodemográficas y también determinar su impacto sobre la CVRS de los individuos, y por tanto la carga que estas condiciones suponen para la población catalana. Es necesario recalcar que, dadas las características de los datos utilizados, la cifra de carga obtenida no incluye el impacto de la mortalidad generada por estos trastornos. Igualmente, no recoge información sobre individuos institucionalizados.

Respecto a los resultados, el análisis descriptivo de la prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión muestra que la situación socioeconomía tiene una importante influencia en la distribución de estos trastornos en la población catalana. Existe una importante variación entre grupos de edad, y la prevalencia es muy superior entre la población femenina. Estos resultados son similares a los obtenidos en un análisis similar de la ESCA del año 1994, aunque en ese estudio se utilizó el punto de corte de $\text{GHQ} > 2$ (Gispert et al., 2003). Esta influencia de los factores socioeconómicos también se observa en otro estudio similar en el cual se analiza la encuesta de salud de la ciudad de Barcelona (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2003)

Los resultados del impacto de los trastornos de ansiedad/depresión en la CVRS muestran que, incluso tras ajustar por variables sociodemográficas y por el estado de salud (aproximado por la existencia de enfermedades crónicas), el hecho de padecer un trastorno afectivo influye considerablemente en la CVRS de los individuos. Cuando se agrega este impacto para el conjunto de la población catalana, la discapacidad, medida en AVACs, provocada por la depresión y la ansiedad casi alcanza la cifra de 80.000 AVACs en el año 2006.

Estos resultados son difíciles de comparar respecto a otros estudios que analizan la carga de la depresión y/o el impacto de estos trastornos sobre los individuos. Esto se debe al uso de diferentes metodologías (con diferentes unidades de medida de la discapacidad o modelos) o al tipo de datos en los que estos estudios están basados. Teniendo en cuenta estas limitaciones, se comparan los resultados obtenidos en el presente estudio con resultados similares.

El impacto individual sobre la CVRS obtenido en el estudio, 0,167, es menor al obtenido en el estudio para la población finlandesa (Saarni et al., 2007) agregando el impacto de los trastornos depresivos mayores y el de los trastornos de ansiedad

general. Sin embargo, en este estudio es probable que los individuos analizados presentasen trastornos más severos, dado que la prevalencia de estos fue menor. Por la misma razón, un análisis de datos de pacientes más severos, se puede entender que el estudio DASMAP, en pacientes de atención primaria, ofrezca un impacto sobre la CVRS mayor, 0,196 en trastornos emocionales y 0,043 para trastornos de ansiedad (Fernández et al.,).

Como ya se ha comentado, los resultados de la comparación con el impacto de otras enfermedades crónicas se han tomado con cautela. Sin embargo, de estos resultados se desprende una conclusión similar a la obtenida por un estudio de la OMS (Moussavi et al., 2007) con una muestra de más de 25.000 individuos de 60 países. Este estudio muestra que la depresión tiene un impacto mayor sobre la CVRS de los individuos que otras condiciones crónicas.

El análisis mediante modelos de regresiones logísticas muestra una clara influencia de los trastornos de ansiedad/depresión sobre la probabilidad de estar desempleado. Sin embargo al tratarse únicamente de un análisis de datos de corte transversal no permite descartar que lo que realmente se esté observando es que el encontrarse desempleado sea un factor que aumente el riesgo de trastornos de ansiedad/depresión. La mayor probabilidad de uso de servicios sanitarios en individuos con trastornos de ansiedad/depresión es un resultado esperado, pero que a la vez refuerza la idea de que estos trastornos suponen una carga para la sociedad, en este caso reflejada en un mayor uso de servicios y por lo tanto generando un coste para el sistema sanitario.

10. CONCLUSIONES

El presente estudio confirma hallazgos anteriores que destacaban que el nivel socioeconómico de los individuos tiene una especial importancia a la hora de explicar la variación en la prevalencia de las condiciones de ansiedad y depresión en la población catalana. La novedad que este estudio presenta es que permite evaluar el impacto directo que estos trastornos tienen sobre la calidad de vida de los individuos, y de esta manera cuantificar cual es la pérdida o carga individual y a nivel agregado en la población catalana. Este impacto es de una magnitud considerable, tanto a nivel individual como agregado, mostrando numéricamente un hecho ya conocido; los trastornos mentales tienen un efecto negativo muy importante sobre la vida de los individuos que los sufren. El resultado de la comparación con otras condiciones crónicas no hace más que subrayar la relevancia de la depresión y la ansiedad en términos de salud de la población catalana. Estas condiciones son de las condiciones crónicas que suponen una mayor pérdida, sino las que más, de calidad de vida relacionada con la salud en la población catalana, tanto a nivel individual como agregado.

REFERENCIAS

1. Agència de Salut Pública de Barcelona (2003). La salut mental a Barcelona. Barcelona, Ajuntament de Barcelona.
2. Aizpuru, F., K. Latorre, B. Ibáñez, J. Pérez de Arriba, Fernando Mosquera, E. Bernal-Delgado y por el Grupo Atlas-VPM (2008). "Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos." Atlas de Variaciones de la Práctica Médica **3**(1).
3. Alonso, J., M.C. Angermeyer y J.P. Lépine (2004). "The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe." Acta Psychiatr Scand **109**(Supplem. 420): 5-7.
4. Andrews, G., C. Issakidis y G. Carter (2001). "Shortfall in mental health service utilisation." British Journal of Psychiatry **179**: 417-425.
5. Angst, J., A. Gamma, M. Gastpar, J.P. Lépine, J. Mendlewicz y A. Tylee (2002). "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 **252**(5): 201-209.
6. Anseau, M., B. Fischler, M. Dierick, A. Albert, S. Leyman y A. Mignon (2008). "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 **25**(6): 506-513.
7. Aragonès Benaiges, E. (2005). "Estudio de los trastornos depresivos en la atención primaria de salud. Resúmenes de tesis." Rev Psiquiatría Fac Med Barna **32**(1): 30-37.
8. Aragonès, E., A. Caballero, J.L. Piñol, G. López-Cortacans, W. Badía, J.M. Hernández, P. Casaus, S. Folch, J. Basora, A. Labad y the INDI research group (2007). "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 **7**(253).
9. Aragonès, E., J.L. Piñol y A. Labad (2009). "Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria." Aten Primaria **8 May**(Epub ahead of print).
10. Ayuso-Mateos, J.L., P. Gutierrez-Recacha, J.M. Haro, L. Salvador-Carulla, F.J. Vazquez-Polo, M.A. Negrin y D. Chisholm (2008). 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.
11. Ayuso-Mateos, J.L., J.L. Vázquez-Barquero, C. Dowrick, V. Lehtinen, O.S. Dalgard, P. Casey, C. Wilkinson, L. Lasa, H. Page, G. Dunn, G. Wilkinson y the ODIN Group (2001). "Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study." British Journal of Psychiatry **19**: 308-316.
12. Ayuso Mateos, J.L. (2004). "Depresión: una prioridad en salud pública." Med Clin (Barc) **123**(5): 181-186.
13. Ayuso Mateos, J.L., L. Salvador-Carulla y D. Chisholm (2006). "Use of quality of life measures in mental health economics and care planning." Actas Esp Psiquiatr **34**(1): 1-6.
14. Baca-García, E., M.M. Perez-Rodríguez, I. Basurte-Villamor, F.J. Quintero-Gutiérrez, J. Sevilla-Vicente, M. Martínez-Vigo, A. Artes-Rodríguez, A.L. Fernández del Moral, M.A. Jiménez-Arriero y J.L. González de Rivera (2008). "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 **258**(2): 117-123.
15. Barbero Lahoz, E. y M. Navarro Paniagua (2005). "Extensión e impacto económico de los trastornos de salud mental en Aragón." Economía Aragonesa **26**: 134-158.
16. Barrett, B., S. Byford y M. Knapp (2005). "Evidence of cost-effective treatments for depression: a systematic review." Journal of Affective Disorders **84**(1): 1-13.
17. Baum, F. (1995). "Researching public health: Behind the qualitative-quantitative methodological debate." Social Science and Medicine **40**: 459-468.
18. Bech, P., H.V. Hansen y L.V. Kessing (2006). "The internalising and externalising dimensions of affective symptoms in depressed (unipolar) and bipolar patients." Psychother Psychosom **75**(6): 362-369.
19. Bendeck, M., L. Salvador Carulla, J. Rovira y M. Velasco (2005). Cálculo de los costes de la depresión mayor en España. Informe final. Barcelona, Soikos.

20. Berto, P., D. D'Ilario, P. Ruffo, R.D. Virgilio y F. Rizzo (2000). "Depression: Cost-of-illness studies in the international literature, a review." The Journal of Mental Health Policy and Economics **3**: 3-10.
21. Birnbaum, H. (2005). "Friction-cost method as an alternative to the human-capital approach in calculating indirect costs." Pharmaeconomics **23**(2): 103-104.
22. Blomqvist, A.G., P.T. Léger y J.S. Hoch (2006). "The cost of schizophrenia: lessons from an international comparison." J Ment Health Policy Econ **9**(4): 177-183.
23. Caballero, L., E. Aragonès, J. García-Campayo, F. Rodríguez-Artalejo, J.L. Ayuso-Mateos, P. Polavieja, E. Gómez-Utrero, I. Romera y I. Gilaberte (2008). "Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care." Psychosomatics **49**(6): 520-529.
24. Codony, M., J. Alonso, J. Almansa, G. Vilagut, A. Domingo, A. Pinto-Meza, A. Fernández, U. J. M. Dolz y J.M. Haro (2007). "[Mental health care use in the Spanish general populations. Results of the ESEMeD-Spain study]." Actas Esp Psiquiatr **35**(Suppl 2): 21-28.
25. Cong, R. (2000). "Marginal effects for the tobit model." Stata Technical Bulletin: 27-34.
26. Chisholm, D., P. Diehr, M. Knapp, D. Patrick, M. Treglia, G. Simon y on behalf of the LIDO Group (2003). "Depression status, medical comorbidity and resource costs. Evidence from an international study of major depression in primary care (LIDO)." British Journal of Psychiatry **183**: 121-131.
27. Das-Munshi, J., D. Goldberg, P.E. Bebbington, D.K. Bhugra, T.S. Brugha, M.E. Dewey, R. Jenkins, R. Stewart y M. Prince (2008). "Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification." Br J Psychiatry **192**(3): 171-177.
28. de la Puente, M.L. (2006). "Preface." Acta Psychiatr Scand **114**(Suppl 432): 4.
29. de la Puente, M.L. y J. Fusté (2008). "Mapa Sanitario: una visión dinámica de la planificación de servicios en Cataluña." Med Clin (Barc) **131**(Supl 4): 3-8.
30. Denzin, N. (2006). Sociological methods: a sourcebook. Picataway (US), Aldine Transaction.
31. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació (2006). Pla Director de Salut Mental i Adiccions. Barcelona, Generalitat de Catalunya.
32. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (2006). 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. Núm. 4617-20.4.2006. Generalitat de Catalunya.
33. Domingo Salvany, A. y J. Marcos Alonso (1989). "Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación." Gaceta Sanitaria **3**: 320-326.
34. Evers, S., L. Salvador Carulla, V. Halsteinli, D. McDaid y MHEEN group (2007). "Implementing mental health economic evaluation evidence: building a bridge between theory and practice." Journal of Mental Health **16**(2): 223-241.
35. Fernández, A., J.A. Bellón Saameño, A. Pinto-Meza, J.V. Luciano, J. Autonell, D. Palao, S.-C. L, J. García Campayo, A. Haro JM; Serrano y the DASMMap investigators "Burden of chronic physical conditions and mental disorders in Primary Care. Results from the DASMMap study." En proceso de publicación.
36. Fernández, A., J.M. Haro, M. Codony, G. Vilagut, M. Martínez-Alonso, J. Autonell, L. Salvador-Carulla, J.L. Ayuso-Mateos, M.A. Fullana y J. Alonso (2006). "Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain." Journal of Affective Disorders **96**: 9-20.
37. Fernández, A., A. Pinto-Meza, J.A. Bellón, P. Roura-Poch, J.M. Haro, J. Autonell, D. Palao, M.T. Peñarrubia, R. Fernández, E. Blanco, J.V. Luciano y A. Serrano Blanco "Is major depression adequately diagnosed and treated by the general practitioner? Results from an epidemiological study." Hospital General Psychiatry (In press).
38. Frigola, D., C. Illa y J.M. Elorza (2008). "Utilización de servicios de salud y flujos asistenciales." Med Clin (Barc) **131**(Supl 4): 23-30.
39. Gabilondo, A., S. Rojas-Farreras, G. Vilagut, J.M. Haro, A. Fernández, A. Pinto-Meza y J. Alonso (2009). "**Epidemiology of major depressive episode in a southern European**

- country: Results from the ESEMeD-Spain project." Journal of Affective Disorders doi:10.1016/j.jad.2009.04.016.
40. Gisbert, R. y M. Brosa (2006). Base de Datos de Costes Sanitarios eSalud. Barcelona, Oblique Consulting.
 41. Gisbert, R., M. Brosa y L. Bohigas (2007). "Distribución del presupuesto sanitario público de Cataluña del año 2005 entre las 17 categorías CIE-9-MC." Gaceta Sanitaria **21**(2): 124-131.
 42. Gisbert, R., L. Rajmil, A. Schiaffino y M. Herdman (2003). "Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population." Social psychiatry and psychiatric epidemiology **38**(12): 677-683.
 43. Goldberg, D. (1995). "Epidemiology of mental disorders in primary care settings." Epidemiol Rev **17**(1): 182-190.
 44. Goldberg, D. y P. Williams (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK, NFER-Nelson.
 45. Goldberg, D.P. y B. Blackwell (1970). "Psychiatric Illness in General Practice. A detailed study using new method of case identification." Brit Med J **2**: 439-443.
 46. Haro, J.M., C. Palacin, G. Vilagut, M. Martínez, M. Bernal, I. Luque, M. Codony, M. Dolz y J. Alonso (2006). "Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España." Med Clin (Barc) **126**(12): 445-451.
 47. Haro, J.M., A. Pinto-Meza, A. Fernández, S. Ochoa, A. Serrano, J. Autonell, M. Codony, G. Vilagut y J. Alonso (2008). "Necesidades de atención en salud mental 1: Frecuencia y distribución. Trastornos mentales comunes en España." Monografías de Psiquiatría **20**(1): 15-21.
 48. Hawton, K. y K. van Heeringen (2009). "Suicide." Lancet **373**: 1372-1381.
 49. Hodgson, T.A. y M.R. Meiners (1982). "Cost-of-illness methodology: a guide to current practices and procedures." Milbank Mem Fund Q Health Soc **60**(3): 429-462.
 50. Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (2008). 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.
 51. Institut d'Estadística de Catalunya. (2008). "Indicadors d'estructura econòmica. Producte interior brut (PIB pm) a preus corrents. Base 2000. Oferta. Catalunya 2008." Retrieved 30 agosto, 2009, from <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=5115>.
 52. Institut d'Estadística de Catalunya. (2009). "Anuari Estadístic de Catalunya. Població. Províncies. Dades 2007." from <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec>.
 53. Instituto Nacional de Estadística. (2006a). "Encuesta de Estructura Salarial, 2006." 2008, from www.ine.es.
 54. Instituto Nacional de Estadística. (2006b). "Encuesta de Población Activa, 2006." 2008, from www.ine.es.
 55. Instituto Nacional de Estadística. (2008). "Encuesta de Estructura Salarial 2006. Metodología." 2008, from <http://www.ine.es/metodologia/t22/t223013306.pdf>.
 56. Instituto Nacional de la Seguridad Social (2008a). Incapacidad temporal. Prestaciones. Madrid, Ministerio de Trabajo e Inmigración.
 57. Instituto Nacional de la Seguridad Social (2008b). Incapacidad permanente. Prestaciones. Madrid, Ministerio de Trabajo e Inmigración.
 58. Kovess-Masfety, V., J. Alonso, T.S. Brugha, M.C. Angermeyer, J.M. Haro, C. Sevilla-Dedieu y ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2007). "Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries." Psychiatric Services **58**(2): 213-220.
 59. Lepine, J.P., M. Gastpar, J. Mendlewicz y A. Tylee (1997). "Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society)." Int Clin Psychopharmacol **12**(1): 19-29.
 60. Lobo, A. y P.E. Muñoz (1996). Versiones en lengua española validadas. Cuestionario de salud general. GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. D. Goldberg and P. Williams. Barcelona, Editorial Masson: 115.
 61. López-Bastida, J., P. Serrano-Aguilar y B. Duque-González (2004). "Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002." Aten Primaria **34**(1): 32-37.
 62. López Bastida, J. y J. Oliva Moreno (2005). 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. Barcelona, 13-15 de julio.
63. López, J.J., Ed. (1998). Libro blanco. Estudio socioeconómico sobre el coste social de los trastornos de salud mental en España. Madrid, Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief.
 64. Lorant, V., C. Croux, S. Weich, D. Deliège, J. Mackenbach y M. Anseau (2007). "Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study." Br J Psychiatry **190**: 293-298.
 65. Luciano Devis, J.V., A. Fernández Sánchez, A. Serrano Blanco, A. Pinto-Meza, D.J. Palao Vidal, M. Mercader y J.M. Haro (2009). "Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental." Aten Primaria **41**(3): 131-140.
 66. MacPhail, A. (2001). "Nominal Group Technique: a useful method for working with young people." British Educational Research Journal **27**(2): 161-170.
 67. Mays, N., C. Pope y J. Popay (2005a). "Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy making in the health field." Journal of Health Services Research & Policy **10**(Suppl 1): 6-20.
 68. Mays, N., C. Pope y J. Popay (2005b). 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.
 69. Mays, N., C. Pope y J. Popay (2006). Synthesising qualitative and quantitative evidence for policy and management. Fifth National SDO Conference "Delivering better health services".
 70. McCrone, P., S. Dhanasiri, A. Patel, M. Knapp y S. Lawton-Smith (2008). Paying the price. The cost of mental health care in England to 2026. London, King's Fund.
 71. Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). Encuesta Nacional de Salud de 2003. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
 72. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
 73. Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. (2008). "eCIE9MC Edición electrónica de la CIE-9-MC 6ª Edición ", from <http://www.msc.es/ecie9mc-2008/html/index.htm>.
 74. Ministerio de Trabajo e Inmigración. (2009). "Boletín de estadísticas laborales. Actualizado a 30 de Junio, 2009. Cuadro resumen de variables básicas. Sección III. Protección Social. Pensiones Contributivas del Sistema de la Seguridad Social." Retrieved 5 julio, 2009, from <http://www.mtin.es/estadisticas/bel/welcome.htm>.
 75. Mompert, A., A. Medina, P. Brugulat y R. Tresserras (2007a). "Encuesta de Salud de Catalunya 2006. Un instrumento de planificación sanitaria." Índice. Revista de estadística y sociedad **Enero**(20): 19-22.
 76. Mompert, A., A. Medina, C. Colls y P. Brugulat (2007b). "La identificación de riesgos en la población: la Encuesta de salud de Catalunya como fuente de información." Índice. Revista de estadística y sociedad **Noviembre**: 20-21.
 77. Montero, I., D. Aparicio, M. Gómez-Beneyto, B. Moreno-Küstner, B. Reneses, J. Usall y J.L. Vázquez-Barquero (2004). "Género y salud mental en un mundo cambiante." Gaceta Sanitaria **18**(Supl 1): 175-181.
 78. Moreno, K. (2007). "Adaptation of Activity-Based Costing (ABC) to calculate unit costs in mental health care in Spain." European Journal of Psychiatry **21**(2): 117-123.
 79. Moreno, K., E. Sánchez y L. Salvador-Carulla (2008). "Methodological advances in unit cost calculation of psychiatric residential care in Spain." The Journal of Mental Health Policy and Economics **11**: 79-88.
 80. Moussavi, S., S. Chatterji, E. Verdes, A. Tandon, V. Patel y B. Ustun (2007). "Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys." Lancet **370**: 851-858.
 81. Murray, C.J.L. y A.D. Lopez (1996). "Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study." Lancet **349**(9063): 1436-1442.
 82. Oliva-Moreno, J., J. López-Bastida, A.L. Montejo-González, R. Osuna-Guerrero y B. Duque-González (2008). "The socioeconomic costs of mental illness in Spain." Eur J Health Econ **25 Nov**(Epub ahead of print).
 83. Oliva-Moreno, J., J. López-Bastida, R. Osuna-Guerrero, A.L. Montejo-González y B. Duque-González (2006). "The costs of schizophrenia in Spain." Eur J Health Econ **7**(3): 182-188.

84. Oliva, J. (2008b). 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.
85. Oliva Moreno, J. (2008). "Pérdidas de producción laboral ocasionadas por las enfermedades y problemas de salud en Cataluña." Presupuesto y Gasto Público **53**(4): 119-147.
86. Oliva Moreno, J., J. López Bastida, A.L. Montejo-González, R. Osuna-Guerrero y B. Duque-González (2009). "The socioeconomic costs of mental illness in Spain." Eur J Health Econ **10**(4): 361-369.
87. Olivera, J., S. Benabarre, T. Lorente, M. Rodríguez, C. Pelegrín, J.M. Calvo, J.M. Leris, D. Idáñez y S. Arnal (2008). "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 **23**: 915-921.
88. Ormel, J., M. Petukhova, S. Chatterji, S. Aguilar-Gaxiola, J. Alonso, M.C. Angermeyer, E.J. Bromet, H. Burger, K. Demyttenaere, G. de Girolamo, J.M. Haro, I. Hwang, E. Karam, N. Kawakami, J.P. Lépine, M.E. Medina-Mora, J. Posada-Villa, N. Sampson, K. Scott, T.B. Üstün, M. Von Korff, D.R. Williams, M. Zhang y R.C. Kessler (2008). "Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world." The British Journal of Psychiatry **192**: 368-375.
89. Palao, D.J., I. Parra y L. Martínez (2009). Proyecto Europeo Contra la Depresión (EAAD) en Sabadell: análisis de suicidios consumados. Informe al Comité de Mortalidad del CSMP (Julio).
90. Patten, S.B., J.V. Williams y C. Mitton (2008). "Costs associated with mood and anxiety disorders, as evaluated by telephone survey." Chronic Dis Can **28**(4): 155-162.
91. Pezzimenti, M., J.M. Haro, S. Ochoa, J.L. González, J. Almenara, J. Alonso, B. Moreno, P.E. Muñoz, V.M. Jáuregui y L. Salvador-Carulla (2006). "Assessment of service use patterns in out-patients with schizophrenia: a Spanish study." Acta Psychiatr Scand **432**(Suppl): 12-18.
92. Pratt, L.A. y D.J. Brody (2008). "Depression in the United States household population, 2005-2006." NCHS Data Brief **7**: 1-8.
93. Prins, M.A., P.F. Verhaak, K. van der Meer, B.W. Penninx y J.M. Bensing (2009). "Primary care patients with anxiety and depression: Need for care from the patient's perspective." Journal of Affective Disorders **4 May**(Epub ahead of print).
94. Rajmil, L., R. Gispert, M. Roset, P.E. Muñoz y A. Segura (1998). "Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Cataluña." Gaceta Sanitaria **12**(4).
95. Roca, M. y et al (2009). "Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care." Journal of Affective Disorders **9 Apr**.
96. Rubio-Valera, M., A. Serrano-Blanco, P. Trave, M.T. Penarrubia-Maria, M. Ruiz y M. March Pujol (2009). "Community pharmacist intervention in depressed primary care patients (PRODEFAR study): randomized controlled trial protocol." BMC Public Health **9**(284 [Epub ahead of print]).
97. Rue, M., M.C. Serna, J. Soler-Gonzalez, A. Bosch, M.C. Ruiz-Magaz y L. Galvan (2008). "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 **8**: 35.
98. Saarni, S.I., J. Suvisaari, H. Sintonen, S. Pirkola, S. Koskinen, A. Aromaa y J. Lönnqvist (2007). "Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey." Br J Psychiatry **190**: 326-332.
99. Saiz Ruiz, J. y J.M. Montes Rodríguez (2005). "Tratamiento farmacológico de la depresión." Rev Clin Esp **205**(5): 233-240.
100. Saldivia Bórquez, S., F. Torres González y J.M. Cabasés Hita (2005). "Estimación de unidades de costes de atención sanitaria a pacientes con esquizofrenia." Actas Esp Psiquiatr **33**(5): 280-285.
101. Salize, H.J., R. McCabe, J. Bullenkamp, L. Hansson, C. Lauber, R. Martinez-Leal, I. Reinhard, W. Rössler, B. Svensson, F. Torres-Gonzalez, R. van den Brink, D. Wiersma y S. Priebe (2009). "Cost of treatment of schizophrenia in six European countries." Schizophr Res **111**(1-3): 70-77.
102. Salvador-Carulla, L. (2008a). "Financiación de la salud mental en España: Identificación de necesidades." Monografías de Psiquiatría **20**(1): 51-73.

103. Salvador-Carulla, L. (2008b). "Bridging experience and evidence in mental health care reform." *World Psychiatry* **7**(2): 99-100.
104. Salvador-Carulla, L., C. Rodríguez-Blázquez, M. Rodríguez de Molina, J. Pérez-Marín y R. Velázquez (2000). "Hidden psychiatric morbidity in a vocational programme for people with intellectual disability." *Disabil Res* **44**(Pt 2): 147-154.
105. Salvador-Carulla, L., G. Tibaldi, S. Johnson, E. Scala, C. Romero, C. Munizza, CSRP group y RIRAG group (2005). "Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain--an investigation using the European Service Mapping Schedule." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **40**(2): 149-159.
106. Salvador Carulla, L., J.M. Haro, J. Cabasés, V. Madoz, J.A. Sacristán, J.L. Vázquez-Barquero y for the PSICOST Group (1999). "Service utilization and costs of first-onset schizophrenia in two widely differing health service areas in North-East Spain." *Acta Psychiatr Scand* **100**: 335-343.
107. Sanderson, K., E. Tilse, J. Nicholson, B. Oldenburg y N. Graves (2007). "Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety?" *Journal of Affective Disorders* **101**(1-3): 65-74.
108. Saniline (2007). Estudio Saniline del gasto sanitario en España 2003-2006. Informe técnico.
109. Saxena, S., A. Lora, M. van Ommeren, T. Barrett, J. Morris y B. Saraceno (2007). "WHO's Assessment Instrument for Mental Health Systems: collecting essential information for policy and service delivery." *Psychiatr Serv* **58**(6): 816-821.
110. Seedat, S., K.M. Scott, M.C. Angermeyer, P. Berglund, E.J. Bromet, T.S. Brugha, K. Demyttenaere, G. de Girolamo, J.M. Haro, R. Jin, E.G. Karam, V. Kovess-Masfety, D. Levinson, M.E. Medina Mora, Y. Ono, J. Ormel, B.-E. Pennell, J. Posada-Villa, N.A. Sampson, D. Williams y R.C. Kessler (2009). "Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys." *Archives of General Psychiatry* **66**(7): 785-795.
111. Serna Arnáiz, C., L. Galván Santiago, E. Gascó Eguíluz, P. Santafé Soler, E. Martín Gracia y T. Vila Parrot (2006). "Evolución en el consumo de antidepresivos durante los años 2002 a 2004." *Aten Primaria* **38**(8): 456-460.
112. Serna Arnaiz, M.C., A. Torres Altisent, I. Cruz Esteve, E. Gascó Eguíluz, M. RuéMonné y J. Pifarré Paredero (2007). "Peso económico de la depresión en atención primaria." *Rev Esp Econ Salud* **6**(7): 395-399.
113. Serrano-Blanco, A., D.J. Palao, J.V. Luciano, A. Pinto-Meza, L. Luján, A. Fernández, P. Roura, J. Bertsch, M. Mercader y J.M. Haro (2009). "Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP)." *Soc Psychiatr Epidemiol* **19 May**(Epub ahead of print).
114. Serrano-Blanco, A., A. Pinto-Meza, D. Suárez, M.T. Peñarrubia, J.M. Haro y ETAPS Group (2006). "Cost-utility of selective serotonin reuptake inhibitors for depression in primary care in Catalonia." *Acta Psychiatr Scand* **432**(Suppl): 39-47.
115. Servei Català de la Salut. (2009). "Llistat d'aplicacions del Pla de sistemes. Portal d'aplicacions." 2009, from http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/prov_aplicacions.htm.
116. Servei d'Informació i Estudis (2008). Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2006. Barcelona, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
117. Sicras Mainar, A., M. Blanca Tamayo, L. Gutiérrez-Nicuesa, J. Salvatella-Pasant y R. Navarro Artieda (2010). "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* **24**(1): 13-19.
118. Sicras Mainar, A., R. Navarro Artieda, J. Rejas Gutiérrez, M. Blanca Tamayo, J. Serrat Tarrés y J.R. Llopart López (2007a). "Comorbidity and related costs as a burden in the treatment of outpatients with depressive disorders in a primary care setting." *Farmacia Hospitalaria* **31**(2): 101-105.
119. Sicras Mainar, A., J. Rejas Gutiérrez, R. Navarro Artieda, J. Serrat Tarrés, M. Blanca Tamayo y S. Díaz Cerezo (2007b). "Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria." *Gaceta Sanitaria* **21**(4): 306-319.
120. Simon, G.E. (2003). "Social and economic burden of mood disorders." *Society of Biological Psychiatry* **54**: 208-215.

121. Sobocki, P. (2006). Health economics of depression. Stockholm, Karolinska Institutet. Medical Management Centre. Department of Learning, Informatics, Management and Ethics.
122. Sobocki, P., B. Jönsson, J. Angst y C. Rehnberg (2006). "Cost of depression in Europe." The Journal of Mental Health Policy and Economics **9**(2): 87-98.
123. Sobocki, P., I. Lekander, F. Borgstrom, O. Ström y B. Runeson (2007). "The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005." Eur Psychiatry **22**(3): 146-152.
124. Sobocki, P.A., B. Jönsson, H.-U. Wittchen y J. Olesen (2005). "Cost of disorders of the brain in Europe." European Journal of Neurology **12**(Supplement 1).
125. Soler-González, J., C. Serna Arnáiz, M. Rué Monné, A. Bosch Gaya, M.C. Ruiz Magaz y J. Gervilla Caño (2008). "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 **40**(5): 225-233.
126. Spijker, J., N. Batelaan, R. de Graaf y P. Cuijpers (2009). "Who is MADD? Mixed anxiety depressive disorder in the general population." Journal of Affective Disorders **3 Jul**.
127. Spijker Spijker, J., R. de Graaf, A.J. Oldehinkel, W.A. Nolen y J. Ormel (2007). "Are the vulnerability effects of personality and psychosocial functioning on depression accounted for by subthreshold symptoms? ." Depress Anxiety **24**(7): 472-478.
128. Thomas, C.M. y S. Morris (2003). "Cost of depression among adults in England in 2000." British Journal of Psychiatry **183**: 514-519.
129. Thornicroft, G. y M. Tansella (2009). Better mental health care. Cambridge, Cambridge University Press.
130. Tylee, A. y P. Walters (2007). "Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done? ." J Clin Psychiatry **68**(Suppl 2): 27-30.
131. Valladares, A., T. Dilla y J.A. Sacristán (2009). "Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease." Actas Esp Psiquiatr **37**(1): 49-53.
132. van Praag, L., P. Bracke, W. Christiaens, K. Levecque y E. Pattyn (2009). "Mental health in a gendered context: Gendered community effect on depression and problem drinking." Health Place **3 May**(Epub ahead of print).
133. van Rijswijk, E., H. van Hout, E. van de Lisdonk, F. Zitman y C. van Weel (2009). "Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study." BMC Family Practice **10**(1): 52.
134. Vázquez-Polo, F.J., M.A. Negrín, J.M. Cabasés, E. Sánchez y Grupo RIRAG (2004). 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.
135. von Knorring, L., A.C. Akerblad, F. Bengtsson, A. Carlsson y L. Ekselius (2006). "Cost of depression: effect of adherence and treatment response." Eur Psychiatry **21**(6): 349-354.
136. Vuorilehto, M.S., T.K. Merlartin y E.T. Isometsä (2006). "Suicidal behaviour among primary-care patients with depressive disorders." Psychological Medicine **36**(2): 203-210.
137. Wahlbeck, K. y M. Mäkinen, Eds. (2008). Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxembourg, European Communities.
138. Walley, T. y J. Strobl (2004). Cost of illness studies. Pharmaeconomics. T. Walley, A. Haycox and A. Boland. Edinburgh; New York, Churchill Livingstone.
139. World Health Organization (2001). The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization.
140. World Health Organization (2003a). Investing in Mental Health. Geneva, Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization.
141. World Health Organization (2008). The Global Burden of Disease, 2004 update. Geneva, WHO.
142. World Health Organization (2009). WHO Guide to Identifying the Economic Consequences of Disease and Injury. Geneva, Department of Health Systems Financing Health Systems and Services, WHO.
143. Young, A.S., R. Klap, C.D. Sherbourne y K.B. Wells (2001). "The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States." Arch Gen Psychiatry **58**: 55-61.
144. Zimmerman, F.J. y W. Katon (2005). "Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship?" Health Economics **14**: 1197-1215.

ANEXOS

Anexo I. Grupos de trabajo

Para el estudio se conformaron 3 grupos de trabajo: el grupo de trabajo principal (“core group”) y dos grupos nominales. El **grupo nominal A** está formado por 9 expertos en los diferentes temas relacionados con el estudio (epidemiología, uso de servicios, gestión de recursos, costes) y su objetivo es establecer las estimaciones básicas para el análisis que no figuran en las bases disponibles o que presentan resultados dispares (por ejemplo categorías diagnósticas que deben incluirse en el epígrafe de “depresión”, unidades de costes, proporción de visitas psiquiatra/psicólogo en centros de salud mental, suicidio atribuible a depresión), así como identificar nuevas bases de datos, avalar la adecuación de las bases seleccionadas.

El **grupo nominal B** está constituido por 9 responsables y técnicos de las diferentes unidades de los departamentos de salud y otros organismos oficiales, así como responsables de las bases de datos o de estudios y programas específicos relacionados con el mismo.

Grupo de trabajo “Core Group”

Institución	Miembro del equipo
Departament de Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions	<i>Cristina Molina Esther Jordà</i>
London School of Economics and Political Science, Personal Social Services Research Unit (LSE PSSRU) King’s College London, Institute of Psychiatry (KCL-IOP)	<i>Martin Knapp Ramon Sabes-Figuera Jennifer Beecham</i>
Asociación Científica Psicost	<i>Luis Salvador-Carulla Murielle Bendeck José Alberto Salinas Mencía Ruiz Carlos García Karina Gibert</i>
Consorci Hospitalari de Catalunya y Fundació Althaia	<i>Pere Bonet</i>
Sant Joan de Déu – Serveis de Salut Mental	<i>Josep Ramos Antoni Serrano Ana Fernández</i>
Institut Català d’Avaluacions Mèdiques	<i>Constança Alberti</i>

Grupo nominal A

Experto	Institución
<i>Pere Bonet</i>	CHC y Fundació Althaia
<i>Antoni Bulbena</i>	Institut d'Atenció Psiquiàtrica, Salut Mental i Toxicomanies. IMAS
<i>Miquel Casas</i>	Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions. Dept.de Salut i Hospital Vall d'Hebron
<i>Josep M. Haro</i>	Fundació Sant Joan de Déu
<i>Josefina Jardí</i>	Institut Català d'Avaluacions Mèdiques
<i>Diego Palao</i>	Servei de Psiquiatria Hospital Parc Taulí
<i>Víctor Pérez S.</i>	Servei de Psiquiatria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
<i>Josep Ramos</i>	Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental
<i>Antoni Serrano</i>	Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental

Grupo Nominal B

	Àrea	Organismo
<i>Constança Alberti</i>	Análisis de los datos de incapacidad temporal y permanente	Institut Català d'Avaluacions Mèdiques
<i>Pilar Brugulat</i>	Enquesta de Salut de Catalunya	Responsable del Servei del Pla de Salut Departament de Salut
<i>Elena Calvo</i>		Secretaria de Estratègia i Coordinació Departament de Salut
<i>Mercè Mercader</i>	Estudio DASMAP	Direcció General de Planificació i Avaluació Sanitària Departament de Salut
<i>Anna Mompert</i>	Enquesta de Salut de Catalunya	Responsable de Coordinació d'Informació i Metodologia per a la Planificació i Avaluació Departament de Salut
<i>Anna Moral</i>	Responsable Datamart de Farmacia	Servei Català de la Salut
<i>Alba Prat</i>	Responsable Datamart de Farmacia	Servei Català de la Salut
<i>María J. Pueyo</i>		Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor Departament de Salut
<i>Roser Vicente</i>	Responsable CMBD (atención hospitalaria y especializada)	Servei Català de la Salut

Anexo II. Reuniones de trabajo realizadas

En el transcurso del estudio se realizaron diversas reuniones de trabajo (presenciales) con los responsables de las bases de datos y expertos de diferentes áreas de interés para el estudio. Además se mantuvo comunicación continua vía correo electrónico y vía telefónica.

- Reuniones de trabajo (L Salvador, M Bendeck): 2008: 10 marzo, 16 junio, 18 junio, 31 agosto, 3 septiembre, 11 octubre; 2009: 10 junio
- Informes de la situación actual del estudio (petición de datos): 8 abril, 10 abril, 15 mayo, 25 junio, 7 octubre

Fecha	Tema	Participantes
2008		
8 abril	Informe de situación	C Molina, E Jordà, M Bendeck
9 abril	Datamart de farmacia	A Prat, E Jordà, M Bendeck
16 abril	Incapacidad laboral	ICAM: J Jardí, R Manzanera, X Gomila, C Alberti, E Calvo Dept. de Salut, CHC, PSICOST: L Bohigas, C Molina, E Jordà, P Bonet, M Nadal, M Bendeck
28 abril	ESCA	P Brugulat, A Mompart, A Medina, E Jordà, M Bendeck
28 abril	Reunión de trabajo	LSE-IOP, CHC-PSICOST, Dept. De Salut
18 mayo	DASMAP y ESEMeD-SAMCAT	A Serrano, M Bendeck
19 mayo	DASMAP y ESEMeD-SAMCAT	A Serrano, M Bendeck
19 mayo	Situación del estudio	E Jordà, M Bendeck
27 mayo	Grupo de expertos - Presentación del estudio - Consultas diseño i metodología	- Dept. de Salut: C Molina, L Bohigas, E Jordà, M Mercader - ICAM: C Alberti (en representació de J Jardí) - LSE-IOP: R Sabes - PSICOST: L Salvador, M Nadal, M Bendeck - CHC i Fundació Althaia: P Bonet - Fundació Sant Joan de Déu: JM. 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. - Sant Joan de Déu (SJD- SSM): J Ramos, A Serrano
27 mayo	Reunión de trabajo	R Sabes, P Bonet, L Salvador, M Nadal, M Bendeck
19 junio	Costes unitarios y modelos de simulación	C García, MA Negrín, L Salvador, M Nadal, M Bendeck
25 junio	DASMAP y ESEMeD-SAMCAT	A Serrano, M Bendeck
25 junio	Situación de peticiones de datos	L Salvador, M Bendeck
19 septiembre	Situación de peticiones de datos	L Salvador, M Bendeck
7 octubre	Situación del estudio	E Jordà, M Bendeck
9 octubre (Londres)	Metodología (costes y carga)	LSE-IOP: M Knapp, R Sabes PSICOST: L Salvador
17 octubre	DASMAP y ESEMeD-SAMCAT	A Serrano, L Salvador, P Bonet, J Ramos, A Fernández, M Bendeck
27 octubre	Incapacidad temporal	C Alberti, M Bendeck
18 noviembre	DASMAP y ESEMeD-SAMCAT	A Serrano, A Fernández, L Salvador, M Bendeck
19 noviembre	Incapacidad temporal y permanente	E Jordà, C Alberti, L Salvador, M Bendeck
11 diciembre	Reunión con grupo de trabajo	M Knapp, J Beecham, R Sabes, A Serrano, A Fernández, P Bonet, C Alberti, E Jordà, C García, L Salvador, M Nadal, M Bendeck

2009		
16 abril	Reunión de situación del estudio	L Salvador, M Bendeck
29 abril	Revisión resultados preliminares	L Salvador, M Bendeck
30 abril	Datos CMBD-CSM	J A Salinas, M Bendeck
11 mayo		L Salvador, M Bendeck
2 junio	Revisión de resultados y presentación grupo de consenso	L Salvador, M Bendeck
3 junio	Revisión de resultados y presentación Consellera y grupo de consenso	L Salvador, M Bendeck
10 junio	Revisión de presentación con resultados preliminares	L Salvador, M Bendeck
11 junio	Reunión de trabajo: Presentación resultados e informes	L Salvador, R Sabes-Figuera, M Bendeck
11 junio	Reunión con grupo de consenso (grupos nominal A y B)	E Jordà, E Calvo, MJ Pueyo, M Mercader, A Mompert, V Pérez, A Serrano, D Palao, C Alberti, K Gibert, R Sabes-Figuera, L Salvador, M Bendeck
30 junio	Revisión de modelo de simulación Monte Carlo – costes y utilización de atención primaria, hospitalaria y especializada	L Salvador, C García, M Bendeck
8 julio	Revisión de resultados y resolución de dudas	E Jordà, M Bendeck
12 julio	Revisión de resultados	L Salvador, M Bendeck
14 julio	Revisión de resultados	L Salvador, M Bendeck
24 julio	Revisión resultados incapacidad temporal y permanente	C Alberti, M Bendeck
30 julio	Revisión del borrador del informe del estudio	L Salvador, M Bendeck
5 agosto (Londres)	Revisión del borrador del informe del estudio	M Knapp, R Sabes-Figuera
12 agosto	Revisión del borrador del informe del estudio	L Salvador, M Bendeck
24 agosto	Revisión del borrador del informe del estudio	L Salvador, M Bendeck
30 agosto	Revisión del borrador del informe del estudio	L Salvador, M Bendeck
31 agosto	Revisión del borrador del informe del estudio	L Salvador, M Bendeck
1 septiembre	Revisión del borrador del informe del estudio	L Salvador, M Bendeck

Lista de Tablas

Tabla 1. Códigos de la CIE-9MC y CIE-10 asociados a la depresión utilizados en el estudio.....	22
Tabla 2. Fuentes de datos para el estudio COSTDEP	26
Tabla 3. Estimación de los pesos de cada profesional en cada actividad de los CSMA	32
Tabla 4. Grupos farmacéuticos	34
Tabla 5. Tasa de ocupación para Cataluña (2006).....	40
Tabla 6. Tarifas oficiales y costes unitarios (Cataluña, 2006)	42
Tabla 7. Estimación del coste medio ponderado de cada actividad de los CSMA.....	43
Tabla 8. Ganancia salarial en Cataluña por género y grupo de edad (2006).....	46
Tabla 9. Ganancia salarial media en Cataluña por género y grupo de edad: reagrupación estudio (2006)	46
Tabla 10. Costes unitarios de referencia para la estimación de los costes sanitarios directos desde la perspectiva de la sociedad utilizados en el modelo de simulación Monte Carlo.....	51
Tabla 11. Estimación de la prevalencia de la depresión (Cataluña, 2006).....	55
Tabla 12. Estimación del coste total de la atención primaria para diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006)	58
Tabla 13. Distribución de pacientes y frecuencia de visitas a Centros de Salud Mental Adultos según diagnósticos de depresión reagrupados (Cataluña, 2006).....	59
Tabla 14. Actividad Centros de Salud Mental: Comparación utilización de recursos todos los diagnósticos vs. diagnósticos de depresión (Cataluña, 2006)	60
Tabla 15. Total de visitas a Centros de Salud Mental-Adultos por diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006)	62
Tabla 16. Coste de las visitas de atención especializada de los pacientes con depresión (en Euros) (Cataluña, 2006).....	63
Tabla 17. Frecuencia de altas hospitalarias agudas según diagnósticos de depresión (reagrupados) (Cataluña, 2006).....	65
Tabla 18. Coste total de la atención hospitalaria por grupo diagnóstico (Euros) (Cataluña, 2006)	66
Tabla 19. Estancias hospitalarias agudas por depresión en relación al todos los diagnósticos de hospitalización (Cataluña, 2006).....	66
Tabla 20. Coste de la atención hospitalaria por grupo diagnóstico de depresión y tipo de hospital (euros) (Cataluña, 2006)	67
Tabla 21. Distribución de los días de estancia hospitalaria y coste relacionado, por tipo de hospital, grupo de edad y género (Cataluña, 2006)	68
Tabla 22. Atención hospitalaria debida a la depresión, por género (Cataluña, 2006)	69
Tabla 23. Consumo de medicamentos y coste total de la atención farmacológica para pacientes con depresión (Cataluña, 2006).....	72
Tabla 24. Datos de incapacidad temporal (IT) por depresión (Cataluña, 2006*).....	74
Tabla 25. Duración media y mediana de la incapacidad temporal (IT) por grupo diagnóstico (Cataluña, 2006*)	75
Tabla 26. Datos de incapacidad temporal por diagnóstico de depresión, género y grupo etario (Cataluña, 2006*)	78
Tabla 27. Análisis de datos de la provincia de Barcelona: Casos de incapacidad permanente para el año 2007	81
Tabla 28. Estimación del coste de la incapacidad permanente (IP) por diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006*)	82
Tabla 29. Estimación del número de suicidios atribuibles a la depresión en Cataluña (2006).....	83
Tabla 30. Años de vida perdidos (AVP) y años potenciales de vida productiva perdidos (AVPP) debido a suicidio por depresión (Cataluña, 2006)	83
Tabla 31. Coste de la mortalidad de la depresión. Estimación del coste de los APVPP (Cataluña, 2006)	84
Tabla 32. Coste total de la pérdida de productividad por suicidio atribuible a la depresión Cataluña (Euros) (Cataluña, 2006)	85
Tabla 33. Coste total de la depresión en Cataluña (2006).....	88

Tabla 34. Coste medio por individuo con depresión según categoría de costes (euros) (Catalunya, 2006)	90
Tabla 35. Costes sanitarios directos atribuibles a la depresión, por género y grupo de edad (Euros) (Cataluña, 2006)	91
Tabla 36. Costes indirectos atribuibles a la depresión, por género y grupo de edad (Euros) (Cataluña, 2006)	91
Tabla 37. Análisis de sensibilidad probabilístico sobre el coste sanitario directo (excluyendo atención farmacológica): estadísticos básicos calculados sobre 1.000 simulaciones (Cataluña, 2006)	94
Tabla 38. Intervalo de confianza y error al 95% sobre 1.000 simulaciones – coste sanitario directo (excluyendo fármacos) (Cataluña, 2006).....	94
Tabla 39. Resultados del análisis probabilístico de los costes sanitarios directos (excluyendo fármacos) de la depresión (Cataluña, 2006)	96
Tabla 40. Pesos relativos cada categoría de costes sobre el coste sanitario directo total (excluyendo fármacos) (%) (Cataluña, 2006).....	97
Tabla 41. Resultados del análisis de sensibilidad para la atención primaria: Utilizando datos del ESEMeD-SAMCAT (Cataluña, 2006)	98
Tabla 42. Centros de Salud Mental-Adultos: Porcentaje de la actividad que realiza cada profesional (Datos 2006)	99
Tabla 43. Comparación de las estimaciones del coste de la atención especializada según fuente de datos para la distribución de la actividad por profesional (Euros, 2006).....	101
Tabla 44. Comparación de estudios de costes de depresión en diferentes niveles territoriales (millones de euros)	106
Tabla 45. Calidad de Vida Relacionada con la Salud por sexo y grupos de edad en la población catalana (EQ-5D). Año 2006	131
Tabla 46. Puntuación (%) de la población catalana en el cuestionario de salud general (GHQ-12). Año 2006	133
Tabla 47. Carga de los trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña. Impacto individual sobre CVRS	140
Tabla 48. Carga de los trastornos de ansiedad/depresión en Cataluña. Impacto poblacional en pérdida de AVACs. Variación entre criterios	142
Tabla 49. Influencia de los trastornos de ansiedad/depresión en la situación laboral.....	143
Tabla 50. Influencia de los trastornos de ansiedad/depresión en la utilización servicios sanitarios en los últimos 15 días.....	144
Tabla 51. Influencia de diferentes enfermedades crónicas en la calidad de vida relacionada con la salud (AVACs-considerando únicamente morbilidad)	146

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Equipo de Trabajo	223
Gráfico 2. Distribución porcentual de las visitas al médico general en CAPs, por género y grupo de edad (Cataluña, 2006)	56
Gráfico 3. Distribución del coste total de la atención primaria de la depresión, por género (Cataluña, 2006)	59
Gráfico 4. Distribución de las visitas a Centros de Salud Mental Adultos según diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006)	60
Gráfico 5. Distribución de los pacientes atendidos en CSMA por grupo etario y género (Cataluña, 2006)	27
Gráfico 6. Porcentaje de visitas de los pacientes con depresión del total de visitas a CSMA, según actividad (Cataluña, 2006)	64
Gráfico 7. Distribución del coste de la atención especializada por grupo de edad y género (Cataluña, 2006)	64
Gráfico 8. Distribución de las altas hospitalarias de agudos por diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006)	65
Gráfico 9. Distribución del coste total de la atención hospitalaria por tipo de hospital y grupo diagnóstico (Cataluña, 2006)	67
Gráfico 10. Distribución del coste de la atención hospitalaria por tipo de hospital para pacientes con diagnósticos de depresión (Cataluña, 2006)	68
Gráfico 11. Distribución de los días de estancia hospitalaria para pacientes con diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006)	69
Gráfico 12. Distribución del coste total de la atención hospitalaria para pacientes con diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006)	70
Gráfico 13. Distribución de las recetas para el diagnóstico de depresión, por grupo terapéutico (Cataluña, 2006)	71
Gráfico 14. Distribución porcentual del importe total dispensado por grupo terapéutico para los diagnósticos de depresión. Perspectiva de la sociedad (Cataluña, 2006)	72
Gráfico 15. Distribución porcentual del importe total de psicofármacos dispensado por grupo terapéutico y género para depresión. Perspectiva de la sociedad (Cataluña, 2006)	73
Gráfico 16. Distribución porcentual de los años productivos perdidos debido a la incapacidad laboral (IT) por diagnóstico de depresión (Cataluña, 2006*)	76
Gráfico 17. Distribución porcentual del coste total de la pérdida de productividad por Incapacidad Laboral (IT), por género y grupo de edad (Cataluña, 2006*)	76
Gráfico 18. Coste medio por Incapacidad Temporal (IT) según diagnóstico de depresión (euros) (Cataluña, 2006*)	77
Gráfico 19. Distribución porcentual de las propuestas de incapacidad permanente aceptadas por grupos diagnósticos de depresión (Cataluña, 2006*)	81
Gráfico 20. Distribución porcentual del coste total de productividad perdida por muerte prematura, por género (Cataluña, 2006)	85
Gráfico 21. Distribución del coste total de la productividad perdida por muerte prematura debida a la depresión, por grupo de edad (Cataluña, 2006)	86
Gráfico 22. Distribución del coste total de la productividad perdida por muerte prematura debida a la depresión, por grupo de edad y género (Cataluña, 2006)	86
Gráfico 23. Distribución de los costes sanitarios directos e indirectos de la depresión en Cataluña (2006) (En euros)	88
Gráfico 24. Distribución porcentual de los costes sanitarios directos e indirectos de la depresión en Cataluña (2006)	89
Gráfico 25. Distribución de los costes sanitarios directos de la depresión (Cataluña, 2006)	89
Gráfico 26. Distribución de los costes indirectos de la depresión en Cataluña (2006)	90
Gráfico 27. Edad, género y prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión	134
Gráfico 28. Nivel educativo, género y prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión (estandarizando por edad)	135
Gráfico 29. Clase social, género y prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión (estandarizando por edad)	136

Gráfico 30. Situación laboral, género y prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión (estandarizando por edad).....	137
Gráfico 31. Situación residencial, género y prevalencia de trastornos de ansiedad/depresión (estandarizando por edad).....	138
Gráfico 32. CVRS según existencia de trastornos de ansiedad/depresión por género y grupos de edad.....	139
Gráfico 33. Influencia de los trastornos de ansiedad/depresión en la calidad de vida (nivel individual) relacionada con la salud. Variación entre criterios.....	141
Gráfico 34. Pérdida de AVACs en Cataluña (año 2006) debido a trastornos de ansiedad/depresión. Variación entre criterios.....	142
Gráfico 35. Influencia de diferentes enfermedades crónicas en la calidad de vida (nivel individual) relacionada con la salud.....	146
Gráfico 36. Pérdida de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs) (año 2006) en Cataluña debido a diferentes enfermedades crónicas (considerando únicamente el efecto de la morbilidad).....	147

Lista de Imágenes

Imagen 1. Modelo de simulación Monte Carlo: Introducción de datos.....	54
Imagen 2. Modelo de simulación Monte Carlo: Ejemplo de presentación de resultados.....	54

Lista de abreviaturas

APV	Años de Vida Perdidos
APVP	Años Potenciales de Vida Productiva Perdida
CCAA	Comunidades Autónomas
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CMBD	Conjunto Mínimo de Base de Datos
CMBD-HGA	Conjunto Mínimo de Base de Datos – Hospital General Agudos
CMBD-HPM	Conjunto Mínimo de Base de Datos – Hospital Psiquiátrico Monográfico
CSM-A	Centres de Salut Mental Adults
DASMAP	Diagnòstic i Avaluació de Salut Mental a l'Atenció Primària
DE	Desviación Estándar
DOGC	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – American Psychiatric Association
EES	Encuesta de Estructura Salarial
EPA	Encuesta de Población 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 (Rama específica del estudio en Cataluña)
IC	Intervalo de Confianza
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	Instituto Nacional de Estadística (España)
LSE	London School of Economics and Political Science
Mort	Análisis de la Mortalidad en Cataluña

MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo (actual Ministerio de Sanidad y Política Social)
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Social (en la actualidad, Ministerio de Trabajo e Inmigración)
OMS	Organización Mundial de la Salud
RCA	Registre Central d'Assegurats
SCS	Servei Català de la Salut
SIGIT	Sistema Integrat de Gestió de les Incapacitats del ICAM
WHO	World Health Organization