Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Gac Sanit. 2012;**26(2)**:153–158

Original

El coste social de la depresión en la ciudad de Sabadell (2007-2008)

Montserrat Pamias Massana[a,b], Carlos Crespo Palomo[c,d,*], Ramón Gisbert Gelonch[d,e] y Diego J. Palao Vidal[a,b]

[a] *Servei de Salut Mental, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España*
[b] *Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España*
[c] *Universitat de Barcelona, Barcelona, España*
[d] *Oblikue Consulting, S.L., España*
[e] *Universitat de Vic, Vic, Barcelona, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 21 de marzo de 2011
Aceptado el 15 de julio de 2011
On-line el 3 de noviembre de 2011

Palabras clave:
Coste de la enfermedad
Depresión

RESUMEN

Objetivo: Determinar el coste y la carga social de la depresión en la ciudad de Sabadell en los años 2007 y 2008.
Método: El coste social asociado a la depresión se calculó a partir del enfoque de la prevalencia, según la información obtenida en el desarrollo del proyecto European Project Against Depression (EAAD). Los resultados se refirieron al coste de los recursos públicos utilizados, y las fuentes provinieron de los registros oficiales correspondientes.
Resultados: El coste directo público de la depresión en la ciudad de Sabadell fue de 9.155.620 € en 2007 y de 9.304.706 € en 2008. El peso relativo de las visitas de atención primaria y el consumo de fármacos representaron más del 85% del coste directo. En el apartado de los costes indirectos no se ha podido obtener el correspondiente a la incapacidad laboral permanente. En 2007 los costes indirectos alcanzaron los 9.720.225 € y en 2008 fueron 9.763.541 €. En ambos casos, el peso correspondiente a la incapacidad laboral transitoria fue el más importante, llegando a 8.561.962 € y 7.333.181 €, respectivamente.
Conclusiones: La depresión ocasiona un sustancial impacto económico sobre el sistema sanitario, ya que se asocia a unos altos costes directos públicos. Sin embargo, en el apartado de los costes indirectos, el desconocimiento del coste relacionado con la incapacidad laboral permanente provoca un vacío importante, pues para esta afección esta categoría de coste es la que representa un porcentaje más grande.
© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The social cost of depression in the city of Sabadell (Barcelona, Spain) (2007-2008)

Keywords:
Cost of illness
Depression

ABSTRACT

Objective: To determine the social cost and burden of depression in the city of Sabadell (Barcelona, Spain) in 2007 and 2008.
Method: The social cost of depression was calculated using the prevalence approach, based on information obtained in the development of the European Project Against Depression (EAAD). The results referred to the cost of public resources used, and the sources came from the appropriate official registers.
Results: The direct public cost of depression in the city of Sabadell was €9,155,620 in 2007 and €9,304,706 in 2008. The relative weight of primary care visits and the use of drugs accounted for more than 85% of direct costs. In the section of indirect costs, the cost of permanent work disability could not be obtained. Indirect costs amounted to €9,720,225 in 2007 and €9,763,541 in 2008. In both years, the highest weight corresponded to temporary work disability reaching €8,561,962 and €7,333,181, respectively.
Conclusions: Depression has a substantial economic impact on the health system because it is associated with high direct public costs. However, the lack of knowledge of the cost associated with permanent work disability is a major limitation, as this cost category represents the highest percentage for this disorder.
© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La depresión es el trastorno mental más prevalente en el ámbito de la atención primaria, con un 9,6% de prevalencia anual, y está asociada a unas elevadas morbilidad y discapacidad[1]. La depresión está considerada como uno de los factores de riesgo más importantes del suicidio y es la segunda causa de mortalidad entre los adultos jóvenes de nuestro país. Además, se ha estimado que la reducción de la calidad de vida asociada a la ansiedad y la depresión en el año 2006 fue de 1.859 años de vida ajustados por calidad/100.000 habitantes, con un total de 111 millones de años de vida ajustados por calidad perdidos en Cataluña[2].

De acuerdo con los resultados del estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), en España se

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: carlos.crespo@oblikue.com (C. Crespo Palomo).

0213-9111/$ – see front matter © 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.019

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

estima que el 19,5% de las personas sufren un trastorno mental en algún momento de su vida, siendo el 10,5% por algún episodio de depresión[3]. Así, en un estudio de ámbito europeo con información correspondiente al año 2004, se puso de manifiesto que sobre una población estudiada de 466 millones de personas, como mínimo 21 millones estaban afectadas por la depresión[5]. En este mismo estudio se estimó que el coste que puede adjudicarse a la depresión en España alcanza los 5.005 millones de euros, de los cuales sólo el 29% son costes directos, y la relación entre los costes directos e indirectos es muy parecida a la encontrada en otros estudios nacionales, como el de López-Bastida y Oliva-Moreno[5] sobre depresión y trastorno bipolar del año 2002 (37,8%), el de Sicras-Mainar et al[6] sobre población atendida entre los años 2003 y 2007 en atención primaria (32,9%), y el de Salvador-Carulla[7] sobre depresión en Cataluña del año 2006 (21,2%).

A la vista de la importancia de la depresión, no debe sorprender que hagan su aparición iniciativas que pretendan, en lo posible, controlar el desarrollo de esta enfermedad y su impacto sobre la sociedad. El proyecto europeo contra la depresión (EAAD, European Alliance Against Depression) pretende, mediante un programa de intervención en diferentes niveles, afrontar la depresión en distintas regiones europeas[8]. En el caso de la ciudad de Sabadell (2007-2008), la intervención se llevó a cabo sobre adultos y jóvenes, y consistió en:

- Desarrollar la coordinación integral entre diferentes niveles asistenciales, llevando a cabo sesiones de formación, debates y conferencias sobre la depresión en cooperación con los médicos de familia y los pediatras.
- Realizar una campaña informativa global para concienciar a los ciudadanos acerca de la importancia de tratar este trastorno, a la vez que intentar cambiar la percepción popular sobre la depresión. Para difundir las acciones en el colectivo de los jóvenes, se implementaron programas en las escuelas para los estudiantes de 14-16 años de edad mediante folletos sobre la depresión o sesiones de formación para profesores.
- Llevar a cabo múltiples sesiones de formación para personas vinculadas con los pacientes, desde la familia hasta las fuerzas de seguridad o los profesionales asistenciales de geriatría, farmacia, etc.
- Aumentar la ayuda a los pacientes de alto riesgo (p. ej., tras intentos de suicidio).

Esta iniciativa permitió observar, en el año 2010, una reducción de los intentos de suicidio, de la tasa de mortalidad por suicidio y de las pérdidas de productividad por la enfermedad.

El objetivo del estudio fue determinar el coste y la carga de la depresión en la ciudad de Sabadell para los años 2007 y 2008.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo observacional del coste social de la depresión en la ciudad de Sabadell desde la perspectiva de la prevalencia, a partir de los registros oficiales informatizados de los años 2007 y 2008. El análisis se hizo bajo la perspectiva social incorporando los costes del diagnóstico, de la atención medica en primaria o especializada, de las hospitalizaciones, del tratamiento y de la producción perdida como consecuencia de la incapacidad laboral transitoria, y la mortalidad prematura provocada por la enfermedad (fig. 1). No se incluyó en el análisis la incapacidad laboral permanente al no estar informatizada ni ser accesible.

Los costes futuros asociados a la mortalidad prematura se actualizaron mediante una tasa del 3%, y los costes unitarios del estudio fueron euros de los años 2007 y 2008.

Población

La población de referencia fue la población de la ciudad de Sabadell con derecho a la asistencia sanitaria pública.

Recursos sanitarios

La utilización de recursos atribuible a la depresión se obtuvo de los registros oficiales correspondientes a los años 2007 y 2008, identificando a los pacientes depresivos mediante los códigos diagnósticos F32 y F33 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o sus equivalentes de la CIE-9-MC[9–14]. Estos recursos se concretan en visitas de atención primaria, visitas externas, estancias hospitalarias y en el hospital de día, y consumo de fármacos antidepresivos[15] (tabla 1). A diferencia del resto de los recursos,

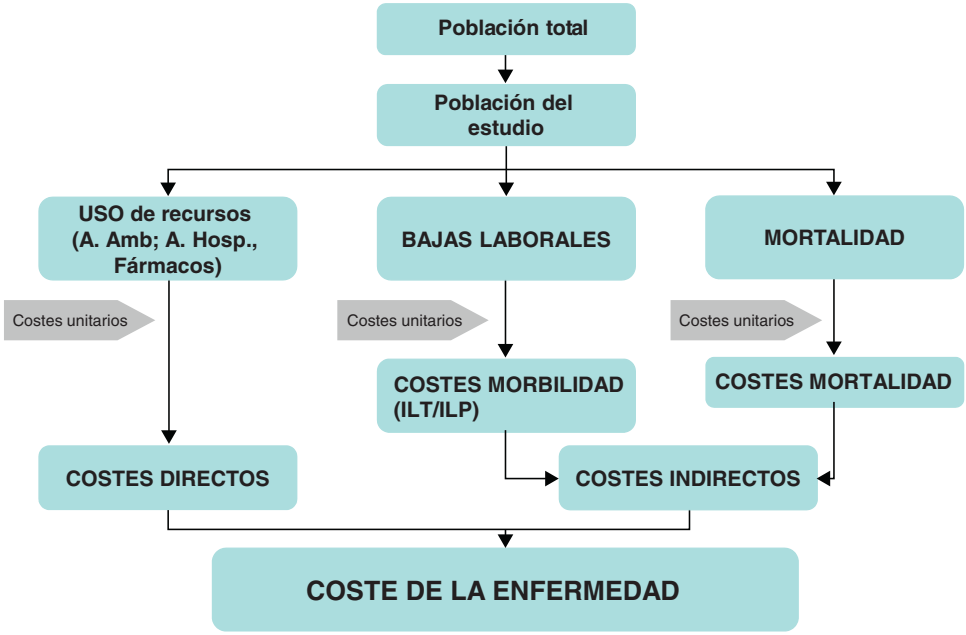

Figura 1. Diseño del estudio.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 1
Población, recursos y costes unitarios

	Año 2007		Año 2008	
	Número	Coste (€)	Número	Coste (€)
Población	207.531[9]		208.541[10]	
Visitas atención primaria	129.851[12]	33,40[11]	123.790[12]	34,70[11]
Visitas atención especializada	11.724[13]	52,54[14]	12.041[13]	55,60[14]
Estancias hospitalarias	1.880[13]	259,15[11]	1.626[13]	268,20[11]
Estancias en hospital de día	624[13]	167,90[14]	1.037[13]	177,54[14]

el consumo farmacológico correspondía a todas las personas que habían consumido antidepresivos al no poder identificar sólo a los diagnosticados de depresión.

Recursos no sanitarios

Se obtuvo la información de incapacidad laboral transitoria en días de baja laboral, pero no fue posible conseguir datos para poder estimar la incapacidad laboral permanente asociada a la depresión en la ciudad de Sabadell[16,17].

Por lo que respecta a la mortalidad, se partió del número total de suicidios en Sabadell, que fue de 20 y 25 para los años 2007 y 2008, respectivamente[18]. La información sobre el diagnóstico de los suicidas sólo se conocía para el período 2008-2009, y por eso se utilizó la misma para los dos años del estudio (34,37%). Asimismo, se asumió que la distribución por edad y sexo de los suicidas por depresión era igual que la del total de los suicidas en edad laboral. Por tanto, se asumió que los suicidas por depresión tenían una edad media de 41,1 años en 2007 y de 40,5 años en 2008, y que el 80% y el 72%, respectivamente, eran hombres[19]. Se ha supuesto también que los suicidios se produjeron uniformemente a lo largo de cada año.

Costes de los recursos

Los costes directos se calcularon desde la perspectiva del sistema sanitario, aplicando las tarifas que publica CatSalut[14] (tabla 1). El hecho de utilizar tarifas en lugar de costes unitarios puede ser discutible, pero se hizo así con el fin de obtener valores con un alto grado de comparabilidad con el resto de Cataluña y por la imposibilidad de asociar un coste unitario diferencial a los recursos consumidos en la ciudad de Sabadell.

El coste de la estancia hospitalaria se obtuvo de la tarifa que aplica el Institut Català de la Salut a un centro del nivel del Hospital Parc Taulí, el centro hospitalario de la ciudad de Sabadell[11] (tabla 1).

Además de los recursos sanitarios, se tuvieron en cuenta aquellos elementos que se integran en la categoría de costes indirectos, es decir, los costes ocasionados por la mortalidad y la morbilidad de la enfermedad, utilizando el método del «capital humano»[20,21]. Este método utiliza como supuesto base la equivalencia entre el valor de lo que un individuo puede producir y la retribución que percibe. Para transformar los días en unidades monetarias se utilizaron las retribuciones medias calculadas para Cataluña en el año 2007[22], actualizándolas al año 2008 mediante el índice de precios al consumo[23] (25.110 € al año los hombres y 18.137 € al año las mujeres para 2007, y 26.140 € al año los hombres y 18.880 € al año las mujeres para 2008), y se ponderó con la tasa de paro en la ciudad, que fue del 9,2% en 2007 y del 11,5% en 2008[24].

Resultados

Población

La potencial población de tener depresión en la ciudad de Sabadell para el año 2007 fue de 207.531 personas, y para el año 2008 fue de 208.541.

Tabla 2
Costes directos sanitarios públicos de la depresión en la ciudad de Sabadell

	Año 2007		Año 2008	
	Coste (€)	Porcentaje	Coste (€)	Porcentaje
Visitas atención primaria	4.337.023	47,4	4.295.513	46,2
Visitas atención especializada	615.979	6,7	668.998	7,2
Estancias hospitalarias	487.202	5,3	436.093	4,7
Estancias en hospital de día	104.770	1,1	184.109	2,0
Fármacos antidepresivos	3.610.646	39,4	3.719.993	40,0
Total costes directos	9.155.620	100,0	9.304.706	100,0

Consumo de recursos

El número total de visitas de atención primaria realizadas por los pacientes depresivos fue de 129.851 en el año 2007 y de 123.790 visitas en el año 2009 (tabla 1). Así, se observó una reducción del 4,7% en las visitas de atención primaria y del 13,5% de las estancias totales. En cambio, el número de visitas a atención especializada tuvo un crecimiento del 2,5%, con un total de 11.724 visitas en 2007 y 12.041 visitas en 2008. Cabe destacar que las estancias totales en el hospital de día de los pacientes depresivos en el año 2008 duplicaban las del año 2007.

Costes directos

Al traducir el uso de recursos sanitarios y el consumo farmacológico se observa que el peso de las visitas de primaria y el consumo de fármacos representan el mayor porcentaje del coste: cada una de estas categorías supuso aproximadamente el 40% del total de los costes directos sanitarios (tabla 2). Las variaciones entre uno y otro año, como era de esperar, no representan grandes diferencias y los costes directos incrementales fueron de 149.086 €.

Productividad, mortalidad y costes indirectos

Por lo que respecta a los costes indirectos, el resultado ha sido dispar (tabla 3). Los días de baja laboral causados por la depresión disminuyeron un 16% el año 2008 respecto a 2007 (27.244 días menos). La mayoría de los días de baja laboral por incapacidad laboral transitoria correspondieron a mujeres (67,9% el año 2007 y 66,1% el año 2008), que traducido en costes corresponde al 60,5% y al 58,4% del coste por incapacidad laboral transitoria total en 2007 y 2008, respectivamente. El coste total por incapacidad laboral transitoria fue de 8.561.962 € el año 2007, y disminuyó a 7.333.181 € el año 2008. Cabe destacar el mayor peso de la población femenina en cuanto a días de baja, que se compensa con la transformación en unidades monetarias a causa de la menor retribución que perciben las mujeres (un 27% menos de retribución media anual).

El número de suicidas (en edad laboral) por depresión en la ciudad de Sabadell fue de 3,09 en 2007 y 6,45 en 2008, que mediante la aplicación de la tasa de paro y la edad media se transforman en 115,48 y 231,13 años de vida productiva perdidos en 2007 y 2008, respectivamente. Estos valores, multiplicados por las retribuciones y aplicando la tasa de actualización del 3%, se convierten en 1.158.263 € para 2007 y 2.430.360 para 2008.

Tabla 3
Días de incapacidad laboral transitoria y coste asociado[13]

	Año 2007		Año 2008	
	Días	Coste (€)	Días	Coste (€)
Hombres	54.164	3.383.375	48.092	3.048.038
Mujeres	114.779	5.178.587	93.607	4.285.143
Total	168.943	8.561.962	141.699	7.333.181

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 4
Coste de la depresión en Sabadell

	Año 2007			Año 2008		
	Coste total (€)	Porcentaje	Coste (€) por persona y año	Coste total (€)	Porcentaje	Coste (€) por persona y año
Atención primaria	4.337.023	23,0	21,20	4.295.513	22,5	20,60
Atención hospitalaria	1.207.951	6,4	5,91	1.289.200	6,8	6,18
Fármacos antidepresivos	3.610.646	19,1	17,65	3.719.993	19,5	17,84
Costes directos	9.155.620	48,5	44,76	9.304.706	48,8	44,62
Morbilidad	8.561.962	45,4	41,86	7.333.181	38,5	35,16
Mortalidad	1.158.263	6,1	5,66	2.430.360	12,7	11,65
Costes indirectos	9.720.225	51,5	47,52	9.763.541	51,2	46,82
Costes totales	18.875.845	100,0	92,29	19.068.247	100,0	91,44

Costes totales

Combinando los resultados de los costes directos y de los indirectos se observa que el coste total de la depresión en la ciudad de Sabadell fue de 18.875.845 € en 2007 y de 19.068.247 € en 2008 (tabla 4).

Como ya se ha comentado, las variaciones más importantes se produjeron en los costes indirectos: un descenso del número de bajas y un incremento del número de suicidios. En los costes directos se detectó una reducción en el gasto en visitas, aunque de pequeña magnitud. La proporción de los costes directos sobre el coste total de la depresión en la ciudad de Sabadell fue del 48,5% en 2007 y del 48,8% en 2008, pero es preciso recordar que en el capítulo de los costes indirectos no se incorporó el coste provocado por la incapacidad laboral permanente.

Discusión

El coste social y la carga de la depresión en Sabadell son elevados, aunque todo parece indicar que la incorporación de proyectos como el EAAD derivan en una redistribución de los costes de forma más racional. Asimismo, las campañas publicitarias dirigidas al público en general y las sesiones de trabajo con los centros de atención primaria y pediátrica han podido tener un efecto rápido en la disminución de las visitas en atención primaria, que se deberá contrastar en futuros análisis del proyecto. Por el contrario, la disminución del número de estancias y el aumento de las estancias en el hospital de día pueden atribuirse a una clara mejora en la gestión del servicio de psiquiatría, derivada en parte del cambio organizativo y de la reflexión llevada a cabo por el personal sanitario sobre la depresión y sus consecuencia a partir de los debates y las sesiones de trabajo conjuntos. Sin embargo, la interpretación de estos resultados, aun siendo fruto de un análisis de registros oficiales reales y encuadrarse dentro de la acción específica derivada de un proyecto europeo, fue acometida en una ciudad en concreto, Sabadell. Como referencia orientativa, Sabadell es una ciudad industrializada del área metropolitana de Barcelona de unos 210.000 habitantes, con una renta per cápita media-baja, con un producto interior bruto a precios de mercado de 22.900 euros y una tasa de paro del 9,2% en 2007 y del 11,5% en 2008[25].

Parece claro que, desde la perspectiva del sistema sanitario público, el peso que origina la depresión recae básicamente sobre la atención primaria y la atención farmacológica. Se observan diferencias importantes con respecto a otros estudios en el apartado de los costes directos, y el abanico puede ampliarse si se considera el coste obtenido en el total de España para el año 2005, con un coste directo estimado de 78,40 € por persona y año, frente a los 44,76 € o 44,62 € de nuestro estudio y los 26,07 € para Cataluña en 2006[4,26].

En los costes directos, una cuestión a tener en cuenta es el supuesto implícito que se establece con respecto al consumo de fármacos. Cuando consideramos el gasto en fármacos atribuibles a la depresión igual al consumo de antidepresivos estamos suponiendo que los enfermos con diagnóstico principal de depresión son los que consumen todos los medicamentos antidepresivos. Evidentemente esto no es verdad, pues los enfermos de cáncer, por ejemplo, consumen antidepresivos, y también ocurre que los enfermos con depresión consumen fármacos de otros grupos terapéuticos. El supuesto que establecimos es que se compensan unos con otros, y es esencial mientras no pueda contarse con un seguimiento del consumo real de los enfermos con depresión. Los valores hallados por persona y año en nuestro estudio (17,84 €) no están lejos de los encontrados en otros trabajos (10,53 € a 21,92 €)[26–28], aunque estas comparaciones siempre deben tomarse con cierta cautela por el distinto momento en que se han realizado los estudios y la metodología utilizada en cada uno de ellos. Por lo que respecta al estudio de Salvador-Carulla et al[7], sus resultados corresponden a consumo de fármacos realizado por los enfermos con diagnóstico de depresión, y no utilizaron, por tanto, el supuesto antes mencionado, pero el resultado no difiere sustancialmente (16,97 €), lo que puede indicar un bajo sesgo en nuestro supuesto (tabla 5).

El resto de los costes directos, atención primaria y hospitalaria, presentan valores similares a los de nuestro estudio en algunos casos (27,11 € y 26,78 € por persona y año frente a 23,4 €[26] y 23,41 €[27]), mientras que respecto a otros trabajos la distancia es mayor (12,82 €[28] y 9,10 €[7]).

En el plano de la productividad llama la atención el descenso en los días de baja laboral observado para el año 2008, que puede ser fruto del esfuerzo de divulgación de los mensajes principales del proyecto, aunque al no disponer de una serie temporal más larga no puede establecerse ningún tipo de análisis. Respecto a los costes indirectos, la elección para su cálculo del método basado en el «capital humano» total y no aplicar la opción alternativa del «periodo de fricción»[20,21] tiene, en este caso concreto, una gran importancia. Al ser las bajas por depresión, en gran parte, de duración prolongada, utilizar el periodo de fricción reduciría bastante

Tabla 5
Costes (€) por persona y año (población total) por depresión

	Cataluña, año 2006[7]	Sabadell, año 2007	Sabadell, año 2008
Visitas a atención primaria	6,82	21,20	20,60
Visitas a atención hospitalaria	1,35		
Estancias hospitalarias	0,93		
Total atención hospitalaria	2,28	5,91	6,18
Fármacos antidepresivos	16,97	17,65	17,84
Total costes directos	26,07	44,76	44,62
Mortalidad	4,48	0,16	0,33
Incapacidad laboral transitoria	33,33	41,86	35,16
Incapacidad laboral permanente	59,00		
Total costes indirectos	96,81		
Coste total	122,88		

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

el peso relativo del coste por incapacidad laboral transitoria que se añadiría a la reducción drástica en el coste por la mortalidad. Hay que reconocer, sin embargo, que la presencia del método del periodo de fricción en los estudios de economía de la salud no ha pasado, al menos hasta ahora, de un nivel testimonial.

Asimismo, la principal limitación del estudio es la inviabilidad de incluir el coste producido por la incapacidad laboral permanente, siendo éste un concepto que puede ser muy importante en la estimación de los costes indirectos. Por ejemplo, Oliva[29] calculó los costes indirectos provocados por la enfermedad en Cataluña para el año 2004 y alcanzaban los 3.467 millones de euros, cifra superior a la de la incapacidad laboral transitoria (2.283 millones) o a la de la mortalidad (1.682 millones). Lo mismo puede decirse de los costes hallados por Salvador-Carulla et al[7], que fueron de 59 € por persona por incapacidad laboral permanente frente a 33,33 € por persona por incapacidad laboral transitoria (tabla 5). En un trabajo sobre el coste de las enfermedades mentales en Canarias en el año 2002, el valor asignado a la incapacidad laboral permanente superó los 53 millones de euros, mientras que la incapacidad laboral transitoria ascendió a 29 millones y la mortalidad a 25 millones[27]. Por tanto, si hubiésemos añadido a nuestros resultados el coste por persona y año observado en el estudio de Salvador-Carulla et al[7], como fuente secundaria de información, podríamos concluir que el coste total de la depresión en Sabadell asciende a 140 € por persona y año, de los cuales el 32% correspondería a los costes directos, cifra muy similar a las de otros estudios.

Otra posible limitación inherente a los estudios realizados con bases de datos oficiales es el posible riesgo de un infrarregistro de eventos clínicos relevantes, como pueden ser el diagnóstico del paciente, e inherente al método la exclusión de los días de baja de los trabajadores por cuenta propia o de los que trabajan sin remuneración. A estos efectos, en nuestro caso, al ser el proyecto EAAD multinivel, hemos podido obtener datos de las derivaciones al especialista e incluso datos de las hospitalizaciones en centros de salud mental. Cabe esperar, en futuras investigaciones, poder tener una visión a más largo plazo del efecto del coste consecuencia, o incluso un estudio de coste-efectividad de la implantación de un programa sanitario como el proyecto EAAD.

En definitiva, por lo que se refiere a los costes indirectos, nuestro estudio carece de un elemento importante, pero estimamos que la información que aporta con respecto a los costes directos, así como la relacionada con la incapacidad laboral transitoria y la mortalidad, es suficientemente interesante para el estudio del efecto de la depresión en la sociedad y en el sistema sanitario desde una perspectiva económica.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Se han realizado estudios sobre el coste de la depresión, pero dado que se trata de una patología que gana en importancia con el paso del tiempo, cualquier aportación puede considerarse positiva siempre que se utilice una metodología suficientemente clara.

¿Qué aporta el estudio realizado a la literatura?

La aportación principal del trabajo se concreta en el apartado de los costes directos. Creemos que puede decirse que para estos 2 años el coste real que la depresión produjo en la ciudad de Sabadell se halla muy cerca del que aparece en el estudio. Esto, naturalmente, aporta una referencia más en el estudio de los efectos económicos de esta patología sobre el sistema sanitario.

Contribuciones de autoría

Al margen del trabajo conjunto entre los cuatro autores, M. Pamias y D.J. Palao se responsabilizaron de los aspectos clínicos y del consumo de recursos, mientras que C. Crespo y R. Gisbert desarrollaron los apartados de índole económica.

Financiación

Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Conflictos de intereses

R. Gisbert y C. Crespo, además de ejercer su profesión en la Universidad de Vic y la Universidad de Barcelona, respectivamente, trabajan en una consultora independiente y recibieron financiación por parte de la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. El resto de los autores no tienen conflictos de intereses en relación a este artículo.

Bibliografía

1. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45:201–10.
2. Adaptació al model sanitari català de la guia de pràctica clínica sobre el maneig de la depressió major en l'adult. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Pla director de salut mental i addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.
3. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006;126:445–51.
4. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, et al. Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ. 2006;9:87–98.
5. López Bastida J, Oliva Moreno J. Los costes socioeconómicos de los trastornos afectivos (depresión y trastorno bipolar) en España. Economía de la salud. ¿Dónde estamos 25 años después? XXV Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona. 2005 (Consultado en junio de 2011.) Disponible en: http://www.aes.es/Jornadas25/comunicaciones/output/84.pdf
6. Sicras Mainar A, Blanca Tamayo M, Gutiérrez-Nicuesa L, et al. 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. Gac Sanit. 2010;24:13–9.
7. Salvador-Carulla L, Bendeck M, Fernández A, et al. Carga y costes de la depresión en Catalunya (CostDep 2006). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2006.
8. European Alliance Against Depression (EAAD). (Consultado en junio de 2011.) Disponible en: www.eaad.net
9. Población de referencia 2007. Barcelona: CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2007.
10. Población de referencia 2008. Barcelona: CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2008.
11. Resolució SLT/434/2008 de 12 de febrer, DOG n° 5.076 de 22-2-2008. Barcelona: Institut Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2008.
12. Sistemas de información clínica de atención primaria. Barcelona: Institut Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009.
13. Sistema de información clínica corporativa Parc Taulí. Sabadell: Parc Taulí. Corporació Sanitària Parc Taulí; 2009. (Consutado en abril de 2010.) Disponible en: http://www.tauli.cat/tauli/cat/default.htm
14. Ordre SLT/249/2008 de 20 de maig, DOG n° 5141 de 20-5-2008. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2008.
15. Consumo de psicofármacos. Barcelona: Direcció General de Farmacia. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009.
16. Incapacitat laboral per contingències comunes a Catalunya. Barcelona: Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2007. (Consultado en abril de 2010.) Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3333/index.html
17. Incapacitat laboral per contingències comunes a Catalunya. Barcelona: Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2008. (Consultado en abril de 2010.) Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3333/index.html
18. Registro de suicidios de la Corporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell: Corporació Sanitària Parc Taulí; 2009. (Consultado en abril de 2010.) Disponible en: http://www.cspt.es/tauli/cat/default.htm

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 22/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

19. Memoria del Servei de Salut Mental Parc Taulí. Sabadell: Salut Mental Parc Taulí; 2009. (Consultado en abril de 2010.) Disponible en: http://www.cspt.es/tauli/en/default.htm
20. Koopmanschap MA, Rutten FF, van Ineveld BM, et al. The friction cost method for measuring indirect cost of disease. J Health Econ. 1995;14: 171–89.
21. Koopmanschap MA, Rutten FF. A practical guide for calculating indirect cost of disease. PharmaEconomics. 1996;10:460–6.
22. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de estructura salarial, Madrid; 2008 (Consultado en abril de 2010.) Disponible en: www.ine.es
23. Instituto Nacional de Estadística (INE). Índice de precios al consumo, Madrid; 2008 (Consultado en abril de 2010.) Disponible en: www.ine.es
24. Informe de conjuntura de Sabadell. 1er. semestre 2008. Sabadell: Ayuntamiento de Sabadell; 2008. (Consultado en abril de 2010.) Disponible en: http://www.sabadell.cat/sabadellxifres/p/iconjuntura_cat.asp
25. Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). Producte interior brut a preus de mercat. Banc d'estadístiques de municipis i comarques. 2006.
26. Valladares A, Dilla T, Sacristán JL. La depresión: una hipoteca social, Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. Actas Esp Psiquiatr. 2008;37:49–53.
27. López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-González B. Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002. Aten Primaria. 2004;34:32–7.
28. Serna M, Torres A, Cruz I, et al. Peso económico de la depresión en atención primaria. Rev Esp Econ Salud. 2007;6:395–9.
29. Oliva J. Informe sobre les pèrdues per a l'economia catalana degudes a la malaltia. En: Estudis d'economia de la salut (volum II). Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2008.