



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Pinto Masís, Diana; Gómez-Restrepo, Carlos; Uribe Restrepo, Miguel; Miranda, Carlos; Pérez, Andrés; Espriella, Mauricio de la; Novoa, Jairo; Chaux, Andrea; Arenas, Álvaro; Torres, Néstor; Suárez, Martín; Rondón, Martín

La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 39, núm. 3, 2010, pp. 465-480

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619187002>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Artículos originales

La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario

**Diana Pinto Masís¹, Carlos Gómez-Restrepo²,
Miguel Uribe Restrepo³, Carlos Miranda⁴, Andrés Pérez⁵,
Mauricio de la Espriella⁶, Jairo Novoa⁷, Andrea Chaux⁸
Álvaro Arenas⁹, Néstor Torres¹⁰, Martín Suárez¹¹, Martín Rondón¹²**

Resumen

Introducción: En Colombia se desconoce la magnitud del impacto económico de la depresión. *Objetivo:* Determinar los costos directos del tratamiento hospitalario de la depresión en pacientes con trastornos depresivos de ambos géneros entre los 18 y 65 años de edad. *Método:* Estudio de costos directos de la enfermedad, a partir de datos consignados en 279 historias clínicas de pacientes hospitalizados por depresión en ocho instituciones de seis ciudades colombianas entre 2007-2008. Se obtuvieron medias o medianas para datos continuos y proporciones para datos categóricos, con sus

- ¹ Médica, magistra en Administración en Salud, DSc Economía y Políticas de Salud Internacional. Profesora asociada del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- ² Médico psiquiatra, psicoanalista y epidemiólogo clínico. Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y director del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- ³ Médico psiquiatra y psicoanalista. Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- ⁴ Médico psiquiatra. Director médico del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Profesor de la Universidad del Valle. Cali, Colombia.
- ⁵ Médico psiquiatra. Director médico de la Clínica Nuestra Señora del Sagrado Corazón. Medellín, Colombia.
- ⁶ Médico psiquiatra. Director médico de la Clínica Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, en Pasto, Colombia. Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- ⁷ Médico psiquiatra. Director de la Unidad de Salud Mental del Hospital Federico Lleras, en Ibagué, Colombia. Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- ⁸ Psicóloga clínica. Coordinadora de campo del estudio en el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- ⁹ Médico psiquiatra. Clínica La Inmaculada. Bogotá, Colombia.
- ¹⁰ Médico psiquiatra. Clínica La Inmaculada y Hospital San Blas. Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- ¹¹ Médico psiquiatra. Director del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.
- ¹² Estadístico y máster en bioestadística. Profesor asistente del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.



respectivas medidas de dispersión. **Resultados:** El costo total promedio de la hospitalización por depresión se encontró en 1.680.000 pesos. La estancia representa el 74,1% del costo de la hospitalización. El costo promedio por día es 150.000 pesos. Bajo condiciones de acceso a los servicios de salud mental restringidas, el costo total directo de hospitalización por depresión severa o moderada está alrededor de 54.000 millones, en la seis ciudades, y en el país, 162.000 millones de pesos. Bajo condiciones de acceso observadas en el ámbito internacional, el costo total es de 134.000 millones de pesos en las seis ciudades y 399.000 millones en el país. **Conclusiones:** El presente estudio se constituye en un punto de partida hacia la cuantificación de la carga económica de la depresión en Colombia, concretamente en términos de los recursos monetarios destinados al manejo de la enfermedad en hospitales. Los hallazgos deben ser complementados con información sobre otros costos directos e indirectos de la depresión en la población adulta de Colombia.

Palabras clave: depresión, costo y análisis de costo, costo de enfermedad.

Title: The Economic Burden of Depression in Colombia: Direct Costs of Intrahospital Management

Abstract

Introduction: The magnitude of the economic burden of depression in Colombia is unknown. **Objective:** To determine the direct costs of hospitalary management of male and female patients with depressive disorders aged 18 to 65. **Methods:** Study of the costs of the illness, using data from 279 clinical records of patients hospitalized with a diagnosis of depression, in 2007-2008, in eight institutions of six cities in Colombia. Means or medians were estimated for continuous

data and proportions for categorical data, along with dispersion measures. **Results:** The total average cost of hospitalization was 1,68 million Colombian pesos. Hospital stay represents 74.1% of the total cost of hospitalization. The average daily cost was 150,000 pesos. Under restricted access conditions the total direct cost of hospitalization for moderate to severe depression was estimated to be around 54,000 million pesos in the six cities included in the study, and 162,000 million pesos at the national level. Under the access conditions observed at the international level, the cost is 134,000 million pesos in the six cities and 399.000 million at the national level. **Conclusions:** This study is a starting point towards the quantification of the economic burden of depression in Colombia. Specifically, it provides information about the monetary resources used for depression management at the hospital level. These findings need to be complemented with information about other direct and indirect costs related to depression in the adult population of Colombia.

Key words: Depression, costs and cost analysis, cost of illness.

Introducción

Los trastornos depresivos constituyen una parte significativa de los problemas de salud mental, y son uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, dada su alta prevalencia y su inicio temprano, su naturaleza crónica y discapacitante, y su relación con una mayor morbilidad y mortalidad. La depresión unipolar es la cuarta causa de carga de enfermedad a escala mundial¹³, en

¹³ Las medidas de carga de la enfermedad combinan información sobre discapacidad, desenlaces en salud no fatales y la muerte prematura, para producir un índice que resume el impacto total de una enfermedad. Las medidas más utilizadas son los años de vida ajustados por discapacidad o AVAD, y los años vividos con discapacidad, las cuales se basan en el cálculo de la incidencia, la duración, la edad de inicio y la distribución por clase de severidad, según la edad y el sexo.

términos de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y número de años vividos con discapacidad (1,2). En las Américas, la depresión unipolar se ubicó como la primera causa de carga de enfermedad para ambos sexos en el 2000 (3).

En el caso de Colombia, los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2003, del Ministerio de la Protección Social (4), indican que el 15% de la población colombiana tiene un trastorno del ánimo a lo largo de la vida (12,1% presentan depresión mayor; 1,8%, trastorno depresivo menor, y 0,7%, distimia), 6,9% ha padecido un trastorno del ánimo en los últimos doce meses y 2,1% en el último mes. Datos más recientes del estudio de carga de enfermedad en Colombia para el 2005 (5) evidencian que la depresión mayor unipolar ocupó el primer lugar de carga de enfermedad en mujeres y el segundo lugar en hombres de todas las edades, lo cual afectó en particular a los grupos etarios más productivos.

En el mundo se observa una tendencia al incremento de los trastornos depresivos, y se predice que la depresión unipolar ocupará el segundo lugar como causa de carga de enfermedad en ambos sexos en el 2030 (6). Se espera que los incrementos más sustanciales de la carga atribuible a las enfermedades mentales se presenten en países en desarrollo, dado el aumento de factores de riesgo para enfermedad mental relacionados con la pobreza y el aumento de la urbanización.

Se ha encontrado que los trastornos depresivos causan mayor discapacidad que la mayoría de las enfermedades físicas de naturaleza crónica (con excepción del infarto agudo del miocardio), pues afectan múltiples aspectos de la vida de las personas que los padecen, como sus actividades familiares, sus actividades de estudio y/o trabajo, sus relaciones interpersonales y sus expectativas sobre el futuro (7). Por otro lado, la depresión constituye un factor de riesgo para sufrir otras enfermedades médicas y puede empeorar los desenlaces clínicos de individuos que padecen enfermedades comórbidas, lo cual hace que su pronóstico sea menos favorable (8). Adicionalmente, la depresión es el factor de riesgo más importante para el suicidio y se estima que dos terceras partes de los suicidios los cometen personas con trastornos depresivos.

Por otro lado, los trastornos depresivos tienen un impacto económico que va más allá del individuo, y que afectan a la familia y a la sociedad. Por ejemplo, la depresión es uno de los cinco factores principales asociados con ausentismo laboral y “presentismo” —término acuñado como sinónimo de la disminución de la productividad laboral ocasionada por los síntomas depresivos (9-11)—. Entonces, a los costos del tratamiento médico de la enfermedad se suman los costos ocasionados por pérdida de la capacidad productiva, menor rendimiento laboral y años de vida perdidos por mortalidad prematura debida a suicidio.

Según Hu (12), la carga económica de la depresión ha sido cuantificada únicamente en el mundo desarrollado (Norteamérica, Europa y Australia). El costo de los trastornos depresivos se ha medido tanto en términos de los recursos médicos utilizados para su tratamiento, como en las pérdidas económicas relacionadas con las consecuencias de la enfermedad. En el Reino Unido, entre 1992 y 1993, el costo directo de las enfermedades neuróticas (depresión y ansiedad) se calculó en 887 millones de libras, sólo fue superado por los trastornos psicóticos (1.159 millones), mientras que los costos de la hipertensión y la diabetes fueron menores, 439 y 300 millones, respectivamente (13). El costo total de la depresión en los Estados Unidos en el 2000 se estimó alrededor de 52,9 billones de dólares, suma comparable con los costos de la enfermedad coronaria (14,15). Por otra parte, se ha estimado que el costo total de la depresión en Europa es de 118 billones de euros, de los cuales la mayor parte (61%) obedece a costos indirectos por enfermedad o bajo rendimiento laboral (16).

En Colombia se desconoce la magnitud del impacto económico de la depresión. Esta información se requiere para la formulación de estrategias nacionales dirigidas al mejoramiento de la salud mental y la reducción de la carga de los

trastornos mentales en la población, para el establecimiento de modelos de atención y para la planeación de políticas de salud mental.

Con el fin de subsanar esta brecha de información, desde el 2008 se adelanta un estudio cuyo objetivo es obtener una estimación de la carga económica de la depresión en el país y de sus respectivos componentes. En este artículo se reportan los resultados en cuanto a los costos de tratamiento hospitalario de los trastornos depresivos.

Materiales y métodos

Enfoque de costos de enfermedad

El enfoque para definir los costos de una enfermedad fue propuesto originalmente por Rice (17), con el fin de describir y cuantificar los recursos económicos que se utilizan y que potencialmente se pierden como consecuencia de una enfermedad. Dicho enfoque, conocido como análisis de costos de la enfermedad (ACE, en inglés *cost of illness analysis*), divide los costos económicos relacionados con una enfermedad en dos categorías: los costos que resultan directamente de la enfermedad y los costos no relacionados con consecuencias en salud¹⁴. Dentro de cada categoría hay costos directos, que son aquéllos para los cuales se

¹⁴ Posteriormente, algunos ACE también incluyen costos "intangibles", que son aquéllos ocasionados por dolor o sufrimiento, en la forma de medidas de calidad de vida. Sin embargo, esta categoría se suele omitir, dada la dificultad de darle un valor monetario a estos costos.

hacen pagos, y costos indirectos, que son recursos perdidos.

Los costos directos de la depresión incluyen todos los gastos en productos y servicios médicos y no médicos para el tratamiento de la enfermedad, como medicamentos, honorarios médicos, exámenes de laboratorio o procedimientos diagnósticos, hospitalizaciones y gastos en transporte, comida, alojamiento y atención domiciliaria. Por otro lado, una gran proporción del cuidado de los pacientes con depresión recae sobre los familiares, amigos y redes sociales, los cuales no reciben ningún tipo de remuneración por sus servicios, pero representan un costo directo de la enfermedad.

Los costos indirectos de la depresión consisten en costos por morbilidad o discapacidad, es decir, el valor de la disminución en la productividad de las personas, ya sea en un trabajo formal o informal, al no poder llevar a cabo la totalidad o parte de sus actividades rutinarias, y costos por mortalidad, que equivalen al valor de la productividad perdida en relación con la muerte prematura. El presente análisis se centra en la cuantificación de los costos directos del tratamiento hospitalario de los trastornos depresivos en pacientes entre 18 y 65 años de edad.

Fuentes de información de costos directos de hospitalización por depresión

Se recogieron datos de costos directos de hospitalización de pa-

cientes de ocho instituciones con servicios de hospitalización y consulta de psiquiatría, dos de ellas públicas y el resto privadas, en seis ciudades de Colombia. Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas y sus respectivas facturas, de pacientes entre 18 y 65 años que estuvieron hospitalizados en servicios de salud mental entre 2007 y 2008. Se seleccionaron pacientes que tuvieran alguno de los dos principales diagnósticos de depresión en Colombia que pueden requerir hospitalización, según las prevalencias reportadas en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2003 (3):

- Depresión mayor (episodio y trastorno depresivo mayor), definida por los siguientes códigos en las clasificaciones internacionales: CIE-10: F32, F33; DSM-IV-TR: 296.20, 296.30.
- Depresión doble (depresión mayor superpuesta a un cuadro de trastorno distímico), definida por los siguientes códigos en las clasificaciones internacionales: CIE-10 F34.1; DSM-IV-TR: 300.4.

Para obtener un número de datos representativos por institución se estableció un requerimiento mínimo de 32 historias clínicas, distribuidas por género y edad, de la siguiente manera: 8 hombres entre 18-44 años, 8 hombres entre 45-65 años, 8 mujeres entre 18-44 años, 8 mujeres entre 45-65 años. Las historias se seleccionaron por medio de una técnica de muestreo sistemático. En

las instituciones en que el número de historias no era suficiente para completar cada submuestra, se tomaron todas las historias disponibles por grupo y, de ser necesario, se usaron historias del 2006, con el mismo procedimiento de muestreo sistemático. Para cada historia seleccionada se consiguió la correspondiente factura de los archivos administrativos de cada institución. En caso de que un paciente se hubiese hospitalizado más de una vez en el periodo establecido, sólo la última hospitalización psiquiátrica fue tomada en cuenta para el estudio.

Se obtuvieron los costos valorados en pesos colombianos de los siguientes rubros: estancia hospitalaria, honorarios de psiquiatría, interconsultas médicas, laboratorio, imagenología, medicamentos, insumos en la hospitalización y otros servicios hospitalarios que fuesen facturados. Adicionalmente, se obtuvieron datos sociodemográficos y de comorbilidad.

Los datos de costos se consignaron manualmente en formatos diseñados para ello y, posteriormente, se ingresaron a una base de datos Microsoft Access® 2007, con filtros para la detección de errores, los cuales se corrigieron a partir de las fuentes originales.

Análisis estadístico y cálculo de costos

Se obtuvieron medidas de tendencia central apropiadas para cada tipo

de dato, medias o medianas para datos continuos y proporciones para datos categóricos, con sus respectivas medidas de dispersión. Todos los valores de costos se llevaron a pesos del 2010, según el índice de precios al consumidor (IPC) reportado por el Banco de la República. El análisis estadístico se realizó en STATA 10.

Se calculó el costo total directo de hospitalización por depresión en la población entre 18-65 años, por género, tanto para las seis ciudades estudiadas como para el país, y bajo escenarios de acceso a los servicios psiquiátricos restringidos y amplios. Para ello, se construyó un modelo de uso de servicios psiquiátricos que combina datos secundarios de población, prevalencia de depresión mayor y tasas de consulta, hospitalización y rehospitalización, con los resultados de costo de hospitalización obtenidos a partir de la revisión de historias clínicas. El parámetro sobre la población total entre 18 y 65 años de cada ciudad y de Colombia se obtuvo de las proyecciones del censo 2005, disponibles en el DANE (18). Los datos de prevalencia y acceso a los servicios de los trastornos depresivos de interés provinieron de estudios epidemiológicos de salud mental, realizados tanto en Colombia como a escala internacional (3,19,20). La frecuencia de hospitalización por trastornos depresivos se obtuvo de la literatura internacional (20) y de un consenso de opinión en que participaron los psiquiatras investigadores del presente estudio.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el comité de ética médica de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y por los respectivos comités de cada institución. El presente estudio se clasifica “sin riesgo”, de acuerdo con el Decreto 8430 de 1993, y dadas sus características no se requirió consentimiento informado.

Resultados

Con el fin de respetar la confidencialidad de las instituciones, la presentación de resultados desagregados se hace de forma anónima, al identificar las instituciones participantes con una letra (A-H).

Total de registros

Se obtuvo información de 279 historias clínicas, de las cuales 139 corresponden a hombres y 140, a mujeres. Se descartaron 6 historias, pues la edad de los pacientes estaba por fuera del rango establecido, uno de ellos con 15 años y los demás mayores de 65. En total, se superó la meta de historias clínicas por recolectar y aunque en algunas instituciones no se logró el número esperado, en todos los casos el cumplimiento fue mayor al 81%.

Diagnósticos psiquiátricos y comorbilidad médica

La Tabla 1 muestra los principales diagnósticos psiquiátricos de

egreso por código DSM-IV-TR. La mayoría corresponde a trastornos depresivos recurrentes, episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente grave sin síntomas psicóticos y episodio depresivo mayor y trastorno depresivo no especificado.

Acerca de la comorbilidad médica de los pacientes, tan sólo 84 (30,8%) tenía un diagnóstico médico de egreso consignado en la historia clínica, el cual debía ser registrado, ya fuera en texto o en código CIE10-X. En 17 registros, el código CIE10-X registrado no correspondió a ningún código CIE10-X existente. De los 67 registros restantes, 75% de los diagnósticos incluyeron, en orden de frecuencia, hipertensión arterial, intoxicaciones, lesiones externas, sida, cefalea, otro hipotiroidismo, asma y diabetes. En síntesis, de la comorbilidad médica, 60% corresponden a enfermedades crónicas, 16% a lesiones y 16% a intoxicaciones.

Características sociodemográficas

La edad promedio fue de 41,4 años. El porcentaje de pacientes según estado civil, nivel educativo y régimen de seguridad social en cada institución participante se presenta en la Tabla 2. Del total de la muestra, 36,3% de los pacientes eran solteros, 28,9% eran casados y 16,5% vivían en unión libre. En el 27,1% y 28,6% de los pacientes el nivel educativo era primaria o secundaria, respectivamente, y en el 18,7% de los casos, universitario. En cuanto a la distribución

Tabla 1. Diagnósticos psiquiátricos de egreso

Código DSM-IV TR	%
Trastorno depresivo recurrente	37,77
Episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente moderado	7,56
Episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente grave sin síntomas psicóticos	36,33
Episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente grave con síntomas psicóticos	7,20
Episodio depresivo mayor y trastorno depresivo no especificado	10,43
Distimia	0,72
Total	100,0

de régimen de seguridad social, casi el 87% de los pacientes tenían seguridad social; 57,7% de ellos estaban afiliados al régimen contributivo; el 20,1%, al régimen subsidiado, y 9,0%, a un régimen especial. Se observaron variaciones en estas tres características por institución, en particular en cuanto a nivel educativo y régimen de afiliación.

Respecto a las áreas de ocupación, la mayoría de los pacientes se encontraban en actividades productivas, las más frecuentes eran: ama de casa (15,4%), administrador (10,6%), operadores de equipo y transporte (7,0%). Aproximadamente el 12% de los pacientes no tenían empleo ni lo estaban buscando (categoría “cesantes” o “ninguno”) y 3% de ellos figuraron como desempleados; 5,9% se encontraban estudiando. No fue posible determinar los ingresos de los pacientes, ya que este dato no estaba consignado en la mayoría de historias clínicas.

Costos directos de hospitalización

COSTO PROMEDIO POR PACIENTE Y COMPONENTES DE COSTO

La Tabla 3 resume los costos promedio por paciente y sus respectivos componentes. En pesos del 2010, el costo total promedio se encontró en 1,68 millones de pesos; el valor más bajo era de 769.000 pesos y el más alto, de 2,6 millones de pesos. En cuanto a los componentes del costo total, se observó que la estancia representa el mayor porcentaje del costo de la atención de la depresión durante una hospitalización, con un promedio de 74,1% y un rango entre 49,6% y 82,4%. Los honorarios psiquiátricos dieron cuenta del 9,5% del costo total durante la hospitalización, con una variación importante entre las distintas instituciones (rango: 0,7% a 14,7%). Los medicamentos, por su parte, representaron en promedio 8,3% del costo total, y una institución se

Tabla 2. Estado civil, nivel educativo y régimen de seguridad social de pacientes hospitalizados por depresión, según institución (A-H) y total

Estado civil (porcentaje columna)									
	A	B	C	D	E	F	G	H	Total
Soltero	33,3	26,9	36,1	45,5	32,3	40,5	35,7	37,5	36,3
Casado	28,6	30,8	27,8	24,2	54,8	27,0	7,1	30,0	28,9
Separado	0,0	7,7	13,9	3,0	0,0	10,8	25,0	17,5	9,5
Divorciado	16,7	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9
Viudo	2,4	3,9	5,6	0,0	0,0	5,4	3,6	2,5	2,9
Unión libre	14,3	11,5	16,7	24,2	12,9	16,2	28,6	10,0	16,5
Sin dato	4,8	19,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	2,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nivel Educativo (porcentaje columna)									
	A	B	C	D	E	F	G	H	Total
Ninguno	2,4	0,0	2,8	3,0	3,2	0,0	0,0	0,0	1,5
Primaria	9,5	0,0	52,8	51,5	29,0	18,9	42,9	15,0	27,1
Secundaria	31,0	3,9	36,1	33,3	35,5	29,7	32,1	22,5	28,6
Técnico	19,1	0,0	2,8	0,0	12,9	10,8	10,7	20,0	10,3
Universitario (con o sin título)	28,6	3,9	2,8	12,1	16,1	37,8	7,1	30,0	18,7
Posgrado (con o sin título)	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	3,6	2,5	1,5
Sin dato	7,1	92,3	2,8	0,0	3,2	0,0	3,6	10,0	12,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Regimen de seguridad social (porcentaje columna)									
	A	B	C	D	E	F	G	H	Total
Contributivo	85,7	57,7	38,9	18,2	83,9	59,5	3,6	95,0	57,7
Especial	11,9	38,5	0,0	0,0	12,9	13,5	0,0	0,0	9,0
Subsidiado	0,0	0,0	38,9	78,7	0,0	5,4	46,4	0,0	20,1
Desplazado	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	1,1
Vinculado	0,0	0,0	19,4	3,0	0,0	13,5	35,7	0,0	8,6
No asegurado	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	8,1	0,0	5,0	8,6
Sin dato	0,0	3,9	2,8	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	1,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

desvió notoriamente del promedio general, hasta llegar al 24,9%. Los demás componentes (laboratorios, insumos, imaginología e interconsultas) representaron una parte menor del costo de la atención de pacientes hospitalizados por depresión.

COSTO PROMEDIO POR DÍA

El promedio de días de estancia fue de 11,5, con una mediana de 9 y un rango entre 2 y 56 días (Tabla 4). Al dividir el costo total por días de estancia, el costo promedio por día a

Tabla 3 Costo promedio por paciente en cada institución, valores totales y % del costo total, por categoría de costo por ciudad (pesos de 2010)

Institución	Total	Estancia	Honorarios psiquiatría	Honorarios interconsultas	Otros honorarios	Laboratorios	Imaginología	Medicamentos	Otros
A	768.912	633.410 82,4%	5.696 0,7%	0 0,0%	0 0,0%	62.112 8,1%	392 0,1%	62.914 8,2%	3.197 0,4%
B	1.597.361	943.597 59,1%	211.879 13,3%	14.041 0,9%	0 0,0%	50.859 3,2%	0 0,0%	397.947 24,9%	0 0,0%
C	2.644.452	2.066.905 78,2%	145.465 5,5%	18.611 0,7%	142.411 5,4%	93.192 3,5%	0 0,0%	162.926 6,2%	18.477 0,7%
D	1.501.049	1.188.996 79,2%	187.154 12,5%	23.195 1,5%	0 0,0%	40.810 2,7%	3.808 0,3%	56.696 3,8%	0 0,0%
E	1.952.234	1.595.262 81,3%	157.670 8,0%	1.748 0,1%	0 0,0%	57.389 2,9%	0 0,0%	147.520 7,5%	0 0,0%
F	2.316.180	1.844.423 79,6%	236.366 10,2%	4.111 0,2%	0 0,0%	36.801 1,6%	2.819 0,1%	190.807 8,2%	437 0,0%
G	1.528.628	1.151.604 75,3%	185.415 12,1%	26.632 1,7%	24.775 1,6%	49.475 3,2%	4.818 0,3%	68.602 4,5%	3.313 0,2%
H	1.271.983	630.989 49,6%	186.936 14,7%	106.153 8,3%	10.118 0,8%	114.502 9,0%	38.414 3,0%	100.184 7,9%	48.291 3,8%
Total	1.680.474	1.245.288 74,1%	159.206 9,5%	25.636 1,5%	22.803 1,4%	64.978 3,9%	7.024 0,4%	140.255 8,6%	10.403 0,6%

precios del 2010 estaba en 150.000 pesos, con un mínimo de 81.000 y un máximo de 217.000. En todas las instituciones se observó variabilidad en los costos diarios y en algunas de ellas valores extremos, como lo ilustra la Figura 1.

Costos totales directos de hospitalización

La Tabla 5 presenta el costo total directo de hospitalización por depresión en pesos del 2010, para la población entre 18 a 65 años, por género, para las seis ciudades de Colombia estudiadas. Los supuestos empleados para obtener este valor se describen a continuación. Se calcula que el total de personas con diagnóstico de *depresión mayor* en estas ciudades puede estar alrededor de 456.000; ésta puede ser de moderada o severa en unas 383.000. Dado que en Colombia el 28% de las personas con depresión severa y el 10% de las

personas con depresión moderada consultan o buscan ayuda, y que de las personas que consultan, los porcentajes de las que requieren ser hospitalizadas pueden estar en 16% y 66% para depresión moderada y severa, respectivamente, el número total de personas que se hospitalizan puede estar cerca a 26.000. Si se añade que de las personas con depresión moderada y severa, un 10% y 30% se rehospitalizan, el total de hospitalizaciones asciende a 32.000.

Al multiplicar este número por el costo promedio de hospitalización por persona (1,6 millones de pesos), se obtiene que el costo total directo de hospitalización por depresión severa o moderada en las seis ciudades podría estar alrededor de 54.000 millones, de los cuales 41.000 millones corresponde a mujeres y 13.000 millones a hombres.

Al usar el modelo anterior, se varió el parámetro de acceso a los

Tabla 4. Días de estancia promedio, según institución

Institución	Días de estancia		
	Promedio	Mínimo	Máximo
A	10,0	3	28
B*	12,8	4	37
C	13,7	2	42
D	9,7	3	20
E	13,0	3	36
F	15,1	3	56
G	14,2	4	35
H	5,6	2	12
Total	11,5	2	56

* Nota: se eliminó un valor extremo de 379 días

Tabla 5. Costo total de hospitalización de Depresión Mayor moderada y severa en seis ciudades de Colombia y sus respectivos parámetros de cálculo, año 2010

Parámetro para cálculo de costos	Hombres		Mujeres		Total
1. Población 18-65 años en las 6 ciudades del estudio.	3.890.957		4.381.411		8.272.368
2. Prevalencia depresión mayor último año.	4%		7%		
3. Número de personas con depresión mayor.	136.183		319.843		456.026
	Moderada	Severa	Moderada	Severa	
4. Porcentaje de personas según severidad de depresión.	87%	19%	55%	28%	
5. Número de personas según severidad de depresión.	91.243	25.875	175.914	89.556	382.587
6. Porcentaje de personas que acuden a consulta según severidad.	10%	28%	10%	28%	
7. Número de personas que acuden a consulta según severidad.	9.398	7.193	18.199	24.897	59.607
8. Porcentaje de personas que se hospitalizan según severidad.	16%	66%	16%	66%	
9. Número de personas que se hospitalizan según severidad.	1.504	4.748	2.899	16.432	25.582
10. Porcentaje de personas que se re-hospitalizan según severidad.	10%	30%	10%	30%	
11. Número de personas que se re-hospitalizan según severidad.	150	1.424	290	4.930	6.794
12. Total de personas que se hospitalizan según severidad.	1.654	6.172	3.189	21.361	32.376
13. Costo promedio de hospitalización.	1.680.474				
14. Costo total hospitalización según severidad.	2.779.592.124	10.371.511.707	5.358.970.149	35.897.059.179	54.407.133.159

Fuentes de información según fila

1. Población DANE 18-65 años (proyección año 2010).
2. ENSM 2003.
3. Cálculo de los autores, filas 1x2.
4. Gómez 2004.
5. Cálculo de los autores, filas 3x4.
6. Wang 2004.
7. Cálculo de los autores, filas 5x6.
8. Opinión de los expertos.
9. Cálculo de los autores, filas 7x8.
10. Opinión de los expertos.
11. Cálculo de los autores, filas 9x10.
12. Cálculo de los autores, filas 9+11.
13. Cálculo de los autores, datos historias clínicas.
14. Cálculo de los autores, filas 12x13.

servicios psiquiátricos, tomando en cuenta que en Colombia existen barreras de acceso a la consulta que podrían ser eliminadas, y se supuso que el porcentaje de personas con trastornos depresivos que acuden a consulta llega al grado más alto observado en el ámbito internacional. Este es el caso en Bélgica, donde 62% de las personas con un trastorno mental severo y 38% de las personas con un trastorno mental moderado acuden por lo menos a una consulta al año (20). Bajo este escenario, el costo de hospitalización por depresión en la población entre 18 a 65 años en las seis ciudades estudiadas se incrementaría a 134.000 millones de pesos.

Ahora, suponiendo que los parámetros epidemiológicos y de acceso a los servicios psiquiátricos del modelo son válidos para el ámbito nacional, si se toma del dato de la población colombiana entre 18 a 65 años (25 millones de personas), en el 2010, el valor del costo total directo de hospitalización por depresión estaría alrededor de 162.000 millones de pesos, y podría ascender a 399.000 millones de pesos si se mejoraran las condiciones de acceso.

Discusión

A pesar de la evidencia existente de la carga de enfermedad relacionada con la depresión en Colombia, ésta continúa siendo de baja prioridad en la agenda de salud pública nacional. Esto se refleja en la ausencia

de políticas concretas dirigidas a la prevención y manejo de los trastornos depresivos, restricciones en la disponibilidad de medicamentos y acceso a servicios de salud mental en los planes obligatorios de salud y en la limitada asignación de recursos para la salud mental en general. Por ejemplo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (21), en el 2005 Colombia se situaba dentro de los países latinoamericanos con las cifras más bajas de recursos asignados a salud mental como porcentaje del presupuesto total de salud (0,08%).

La falta de información de las implicaciones económicas de los trastornos depresivos, tanto en términos de recursos monetarios requeridos para su manejo y de pérdidas en productividad asociadas con ausentismo laboral, retiro temprano y mortalidad prematura, contribuye a perpetuar la inercia existente en torno a la necesidad de realizar inversiones en la salud mental de los colombianos.

El presente estudio se constituye en un punto de partida hacia la cuantificación de la carga económica de la depresión en la sociedad colombiana, concretamente en términos de los recursos monetarios que se están utilizando para el manejo de la enfermedad en el ámbito hospitalario. Las cifras obtenidas se podrían considerar válidas para el país, por cuanto se incluyeron ocho instituciones públicas y privadas de seis grandes ciudades, en diferentes regiones del país, y las características sociodemográficas de los pacientes concuerdan, en general,

con estudios de representatividad nacional (3,18, 21).

En cuanto a los valores absolutos de costos diarios de la hospitalización, hay indicios de que estos valores pueden ser bajos, pues a pesar de que incluyen todos los componentes de una hospitalización, se sitúan alrededor de las tarifas del manual SOAT 2005 para estancia hospitalaria; por ejemplo, la cifra reconocida para habitación bipersonal en instituciones de tercer nivel dedicadas exclusivamente a la atención psiquiátrica, ajustada a precios del 2010, estaría en 157.000 pesos (22).

En relación con los componentes del costo total por paciente, el hallazgo de que la estancia representa el mayor rubro en el costo de la hospitalización de la depresión en la mayoría de las instituciones se puede relacionar a que en los cuadros depresivos rara vez se requieren insumos adicionales, como exámenes, y a que los medicamentos que se encuentran en el plan obligatorio de salud son de bajo costo.

Las diferencias en estancia observadas en las instituciones participantes probablemente reflejan las características de los pacientes atendidos; son menores los días estancia en instituciones que manejan pacientes agudos, mientras que las más altas corresponden a unidades mentales que reciben pacientes con mayor probabilidad de ser crónicos, por las dificultades en su red social de apoyo. En sólo una institución el costo de medicamentos como por-

centaje del total ascendió a 25%, circunstancia que pudo obedecer, entre otras razones, a la falta de uso de medicamentos genéricos o a falta de negociaciones conjuntas que habitualmente se usan en algunas instituciones.

Los valores calculados del costo total directo de hospitalización de la depresión mayor en la población entre 18-65 años proporcionan un rango dentro del cual pueden estar los requerimientos monetarios que deberían presupuestarse para cubrir estos servicios, con las siguientes consideraciones. Por un lado, los valores mínimos probablemente subestiman el costo total de hospitalización, ya que las tasas de consulta utilizadas provienen de un estudio que fue realizado hace siete años y es probable que durante este tiempo haya mejorado el acceso a los servicios, debido al incremento en la afiliación a la seguridad social, y tanto pacientes como médicos son bastante más sensibles al diagnóstico de depresión y a su clínica, lo que deriva en un mayor reconocimiento de esta problemática.

Por otro lado, los valores máximos sirven, principalmente, para dar una orientación respecto a los fondos que deberían planearse para poder atender idóneamente la problemática de la depresión que requiere tratamiento hospitalario. Y, finalmente, aunque la literatura internacional coincide en que los costos de hospitalización pueden llegar a repre-

sentar el 70% de los costos directos totales de la depresión (23), queda pendiente cuantificar los costos en el ámbito ambulatorio. Los resultados presentados se complementarán con los resultados de la fase prospectiva de este estudio, que culminará pronto, y que adicionará información sobre los costos indirectos de la depresión en la población adulta de Colombia.

Otras líneas de investigación que deben complementar el presente estudio de la carga económica de la depresión incluyen la identificación de características clínicas y sociodemográficas de los pacientes y características institucionales que inciden en los costos; estudios sobre modelos de tratamiento encaminados a reducir las tasas de hospitalización, e investigaciones sobre factores relacionados con evolución más favorable del paciente posterior a la hospitalización. Adicionalmente, se requieren estudios de efectividad y costoefectividad de las intervenciones para prevenir y tratar los trastornos depresivos, lo cual permitirá hacer un uso más eficiente de los recursos disponibles para este fin.

Agradecimientos

La ejecución de este estudio fue posible gracias a la financiación de Colciencias, mediante el contrato 326-2007. Se agradece la contribución de Roberto Estevez, como asistente de investigación, a la recolección y procesamiento de la información.

Referencias

1. WHO. Burden of mental and behavioural disorders. World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Report; 2001. p. 19-46.
2. Murray CJL, López AD, eds. The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected estimates. Cambridge: Harvard School of Public Health; 1996.
3. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004;184: 386-92.
4. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Estudio Nacional de Salud Mental. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2003.
5. Acosta N, Rodríguez J. Carga de enfermedad Colombia 2005: Resultados alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08. Bogotá: CENDEX; 2008.
6. Mathers CD, Loncar D. Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results. Geneva: World Health Organization; 2005.
7. Sartorius N. The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 15:8-11.
8. Wells KB, Rogers W, Burnam A, Greenfield S, Ware JE Jr. How the medical comorbidity of depressed patients differs across health care settings: results from the Medical Outcomes Study. *Am J Psychiatry*. 1991;148(12):1688-96.
9. Hemp P. Presenteeism: at work-but out of it. *Harv Bus Rev*. 2004;82(10):49-58, 155.
10. Kessler RC, Greenberg PE, Mickelson KD, Meneades LM, Wang PS. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *J Occup Environ Med*. 2001;43(3):218-25.
11. Greenberg PE, Kessler RC, Nells TL, Finklestein SN, Berndt ER. Depression in the workplace: an economic perspective. In: Feighner JP, Boyer WF

- editors. Selective serotonin re-uptake inhibitors: advances in basic research and clinical practice. 2nd Ed. New York: J Wiley; 1996.
12. Hu TW. Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003. J Ment Health Policy Econ. 2006;9(1):3-13.
 13. NHS Executive, Great Britain Dept of Health. Burdens of disease: a discussion document. Leeds: Department of Health; 1996.
 14. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. J Clin Psychiatry. 1993;54(11):405-18.
 15. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA, et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? J Clin Psychiatry. 2003;64(12):1465-75.
 16. Valladares A, Dilla T, Sacristan JA. Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease. Actas Esp Psiquiatr. 2009;37(1):49-53.
 17. Rice DP. Estimating the cost of illness. Health Economic Series No 6. Washing U.S Dept of Health; 1966.
 18. DANE. Censo General 2005 [Internet]. Bogotá: DANE [citado 2010 Jul 29]; Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=307&Itemid=124.
 19. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masís D, Gil Laverde JF, Rondon Sepulveda M, Diaz-Granados N. The prevalence of and factors associated with depression in Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(6):378-86.
 20. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 2004;291(21):2581-90.
 21. WHO. Mental Health Atlas. 2005. Disponible en www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/index.html.
 22. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Informe de Actividades al Honorable Congreso de la República. 2009 [citado 29 jul. 2010]; Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/Doc-NewsNo18834DocumentNo10391.PDF>.
 23. Berto P, D'Ilario D, Ruffo P, Di Virgilio R, Rizzo F. Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review. J Mental Health Policy Econ. 2000;3(1):3-10.

Conflictos de interés: Los autores no reportan conflictos de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 28 de mayo del 2010
Aceptado para publicación: 1º de agosto del 2010*

*Correspondencia
Diana Pinto Masís
Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana
Carrera 7ª No. 40-62, piso 2
Bogotá, Colombia
dpinto@javeriana.edu.co*