



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
ESCUELA DE POSGRADO

COSTOS DIRECTOS DEL
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN
MAYORES DE 18 AÑOS ENTRE EL 2014
Y 2016 EN EL COMPLEJO
HOSPITALARIO ALBERTO L. BARTON
THOMPSON

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN GERENCIA EN SALUD

ERIKA RUBY VALDIVIA BAZÁN

LIMA-PERÚ

2019

Asesor: Dr. Walter Humberto Castillo Martell

Dedicatoria y agradecimientos:

A Dios por sus dones y compañía constante.

A mis padres por enseñarme a perseverar y seguir siempre adelante.

A mis pacientes por ser el motor que inspira mi constante aprendizaje.

Financiamiento:

Autofinanciado

Tabla de contenidos

I . RESUMEN
II. INTRODUCCION:.....	1
III: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	4
IV. MARCO TEORICO:	5
4.1: LA DEPRESIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.....	5
4.1.1 DEFINICIÓN:.....	5
4.1.2: EPIDEMIOLOGÍA:.....	6
4.2: COSTOS EN SALUD:	7
4.2.1 : METODOLOGÍA ESTANDAR PARA ESTIMACIÓN DE COSTOS.....	8
4.2.3: COSTOS	8
4.2.5: ANTECEDENTES :	9
V. JUSTIFICACIÓN :	13
VI: OBJETIVOS:.....	15
OBJETIVO GENERAL:	15
OBJETIVOS ESPECIFICOS:	15
VII. METODOLOGIA:.....	17
7.1 TIPO DE ESTUDIO	17

7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	17
7.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	18
7.4: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	19
5.4.1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS/CRITERIOS DE DERIVACIÓN	26
5.4.1 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS.....	26
7.4.2. CONSIDERACIONES ETICAS	27
7.4.3. PLAN DE ANALISIS:.....	27
VIII. RESULTADOS:.....	29
IX. DISCUSIÓN	41
X. CONCLUSIONES:	47
XI. RECOMENDACIONES:.....	48
XII. REFERENCIAS	49
XIII. ANEXOS	
I. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ANEXO 1).....	
II. CRITERIOS DE DERIVACIÓN AÑO 2014- 2016 (ANEXO 2)	

I. RESUMEN

Objetivo: Determinar los costos directos del tratamiento de la depresión en mayores de 18 años entre el 2014 y 2016 en el Complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, transversal. Se revisaron 367 historias clínicas, base de datos de recursos humanos, farmacia, laboratorio y mantenimiento. Se recolectaron datos sobre variables clínicas, características del tratamiento (tiempo de diagnóstico, tipo de derivación, abandono de tratamiento) y costos. Los costos totales (en soles) se estimaron, por medio de la sumatoria de cinco unidades prestadoras de servicios (UPSS): Atención ambulatoria, estancia hospitalaria, farmacia, y diagnóstico por Imágenes. **Resultados:** El género femenino se presentó en 293 (77,9%) y masculino 83 (22,1%). Rango de edad más frecuente fue 65 años a mayores 178 (47,3%). El grupo clínico más frecuente fue depresivo recurrente 162 (43,1%). El tipo de derivación no fue adecuado en 211 casos (56,1%). 285 casos (75,8%) abandonaron el tratamiento. 42 casos (64,4%) fueron atendidos en el grupo de atención mixta. El mayor costo estuvo reflejado en pacientes con Depresión recurrente y atendidos en el grupo mixto (686.08 nuevos soles). **Conclusiones:** Los costos directos promedio más alto se observó en el grupo clínico depresivo recurrente (554.38 nuevos soles SD 510.02) y en el grupo de atención mixta (618.58 nuevos soles SD 553.06).

Palabra claves: Depresión, depresión leve, moderada, severa, recurrente; costos directos y análisis de costos.

ABSTRACT

Objective: To determine the direct costs of the treatment of depression in people over 18 years of age between 2014 and 2016 in the Alberto L. Barton Thompson Hospital Complex. Materials and Methods: Retrospective, cross-sectional study. We reviewed 367 clinical histories, database of human resources, pharmacy, laboratory and maintenance. Data were collected on clinical variables, treatment characteristics (time of diagnosis, type of referral, abandonment of treatment) and costs. The total costs (in soles) were estimated, by means of the sum of five service delivery units (UPSS): Ambulatory care, Hospital stay, Pharmacy, and Diagnostic Imaging. Results: The female gender was presented in 293 (77.9%) and masculine 83 (22.1%). The most frequent age range was 65 years to older 178 (47.3%). The most frequent clinical group was a recurrent depressant 162 (43.1%). The type of referral was not adequate in 211 cases (56.1%). 285 cases (75.8%) abandoned the treatment. 42 cases (64.4%) were treated in the mixed care group. The highest cost was reflected in patients with recurrent depression and treated in the mixed group (686.08 nuevos soles). Conclusions: The highest average direct costs were observed in the recurrent depressive clinical group (554.38 nuevos soles SD 510.02) and in the mixed care group (618.58 nuevos soles SD 553.06).

Keywords: Depression, mild, moderate, severe, recurrent depression; direct costs and cost analysis.

II. INTRODUCCION:

La depresión es una enfermedad con elevados costos tanto a nivel económico como social, debido a su gran impacto en aspectos personales, familiares y laborales de las personas afectadas por esta enfermedad. Este impacto económico se refleja tanto en el paciente como en sus familiares en el ingreso y en su capacidad para trabajar y hacer contribuciones (1). Se calcula que alrededor del mundo aproximadamente 350 millones de personas tienen depresión. (2).

Alrededor del mundo la depresión representa un costo anual promedio de 4,2 veces más alto que cualquier otra enfermedad. El 61% de estos gastos se deben a días de ausencia en el trabajo y pérdidas de productividad, 19% representa los costos de atención ambulatoria, 9% los costos de hospitalización, 8% gastos de farmacia y 3% en gastos asociados a la mortalidad. El 89% del gasto se da en población económicamente activa.(3)

En América Latina y el Caribe las enfermedades neuropsiquiátricas representan el 13% de la carga de morbilidad, 4 de 10 personas presenta un episodio depresivo a lo largo de su vida (2), estas cifras son similares a las de los países desarrollados, suponiendo una pérdida de 21'361,7776 años de vida perdidos por discapacidad (3). En países desarrollados de la Unión Europea los costos de los problemas de salud mental representan del 3% al 4% del Producto Nacional Interno(1).

En el Perú a nivel de ESSALUD se encontró en la elaboración de su plan institucional 2017-2021 que las enfermedades neuropsiquiátricas están entre las enfermedades que más carga de enfermedad causan. El 62.8% de la carga de

enfermedad de ESSALUD está en las enfermedades no transmisibles. En esta población para el año 2014 se había perdido 935,619 años de vida saludable (AVISA) a razón de 87.9 por mil asegurados. Asimismo, las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen un porcentaje importante de años vividos con discapacidad. (PLAN ESTRATEGICO 2017-2021)

En el 2013 ESSALUD identificó como problema de gestión institucional un incipiente desarrollo del primer nivel de atención. El 90% del gasto que ESSALUD realiza en prestaciones de salud se hace en los niveles de mediana y alta complejidad (4). La oferta disponible y el uso de recursos está designado a el área recuperativa. Este enfoque va quedando obsoleto en el contexto de la vuelta de la mirada hacia lo comunitario y con ello al fortalecimiento del primer nivel de atención.

La salud es un bien escaso y los presupuestos designados para mantenerla lo son aún más por lo que en la actualidad las actividades en las que se utilice estos recursos deben ser evaluadas a profundidad y conciencia. Para este fin el ámbito de la salud utiliza las evaluaciones económicas para la toma de decisiones sobre estrategias y presupuestos en salud.

III: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La OMS define "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". En los últimos años la dirección que se ha tomado en cuanto la salud ha permitido que la atención a la salud mental tome fuerza y atraiga los esfuerzos coordinados tanto de organismos internacionales (OMS, OPS) como nacionales (MINSA, ESSALUD, APP).

La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye en gran manera a la carga de morbilidad mundial. En el Perú la depresión se encuentra descrita dentro de las enfermedades neuropsiquiátricas, estas ocupan el primer lugar de carga de enfermedad en el país (ASIS 2011).

Este estudio se realiza para identificar aquellos costos directos de la depresión de pacientes atendidos con esta patología entre los años 2014 al 2016. Busca identificar aquellas actividades en la atención de los pacientes con depresión que generan mayores costos para el sistema público privado de salud.

Los costos directos estudiados son los médicos y los no médicos. Se dividió a los pacientes en grupos de estudios según entidad clínica que permitieran tomar decisiones acerca del abordaje en atención primaria versus atención especializada. Como variables principales se estudiaron abandono de tratamiento, tiempo de atención y tipo de derivación.

Esperamos que estos resultados permitan a la gerencia del Complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson el tomar decisiones acerca del impulso de la atención

primaria como primer abordaje de la depresión. Sea un primer paso para la propuesta de estrategias de mejora que nos permita brindar el mejor abordaje de estos pacientes a costos adecuados y que puedan ser la semilla en un futuro de nuevas políticas de salud.

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son los costos directos del tratamiento de la depresión en mayores de 18 años entre el 2014 y 2016 en el Complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson.?

IV. MARCO TEORICO:

4.1: La depresión como problema de salud pública

A nivel mundial entre el 2005 y el 2010 la prevalencia del Trastorno depresivo mayor aumento de 13.8 millones a 15.4 millones de adultos. El crecimiento más rápido se dió en la población mayor de 50 años. Una de las causa evaluadas para este crecimiento en prevalencia fue el deterioro de las condiciones laborales después del 2008 cuando los empleos a tiempo completo disminuyeron siendo 0.3 millones menos(5).

En los países de ingreso bajos y medios, entre un 76% y 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento. En los países de ingresos elevados, entre un 35% y un 50% recibe tratamiento (4)

4.1.1 Definición:

La depresión se caracteriza por presentar como síntomas principales el humor depresivo y la falta de interés y disfrute de las cosas. Como síntomas acompañantes tenemos problemas con la atención y concentración, ideas de inferioridad, ideas de culpa, alteraciones en los ritmos circadianos y presentar ideas de muerte o ideas psicóticas; estas últimas determinan la gravedad de la enfermedad, incluso pudiendo llegar al suicidio. (cie 10)

4.1.2: Epidemiología:

En America Latina y el caribe las enfermedades neuropsiquiatricas representan el 13% de la carga de morbilidad, 4 de 10 personas presenta un episodio depresivo a lo largo de su vida (6), estas cifras son similares a las de los países desarrollados, suponiendo una pérdida de 21'361,7776 años de vida perdidos por discapacidad (7). La depresión a nivel mundial causa en promedio 44 días de ausencia del trabajo por discapacidad transitoria en comparación con 42 días de ausencia por enfermedades cardiacas y 39 días de ausencia por dolor lumbar (1).

En el Perú, la depresión representa la primera causa de enfermedad (8). En el 2012 las enfermedades neuropsiquiatricas representaron el 17,4% de la carga de enfermedad nacional (9). El Estudio Mundial de Salud Mental en Perú obtuvo una prevalencia de 13.9

% de enfermedad mental en el año 2005, lo que significa que 13 de cada 100 peruanos había padecido una enfermedad mental (10). En cuanto a los criterios de gravedad, el 39.4% de las personas que se suicidan presentan un diagnóstico de depresión (9). En el caso de los trastornos psicóticos, estos se presentan en el 1% de la población de Lima y el 0,3 % de la población de las ciudades de la Sierra (11).

Acorde a los datos del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) en el 2014, el 11.8% de la población en Lima presenta algún trastorno mental. Entre Lima y las ciudades de la Sierra el 37.3% de la población presentó alguna vez en su vida un trastorno mental. A la edad de 65 años el 17,8 % de la población del Perú habría

presentado un trastorno de ansiedad y un 14,7% un trastorno del ánimo (10).

La depresión es una enfermedad con una gran carga económica en salud sin embargo pocos estudios de costos se llevan a cabo alrededor del mundo. Los estudios realizados son llevados a cabo en países del primer mundo tales como Estados Unidos y países industrializados de Europa.

4.2: Costos en salud:

En el ámbito de una gran demanda en salud y los escasos recursos, la gestión de costos es fundamental para la elaboración de estrategias de una institución que puedan asegurar la sostenibilidad de dicha empresa. Este análisis de costos permite utilizar eficientemente los recursos en salud y da las pautas para la toma de decisiones sobre dónde y como utilizar estos recursos. (Estructuración de costos). Actualmente existen muchas alternativas de tratamiento para la depresión, pero no hay suficiente conocimiento de sus consecuencias sobre los costos y su valor de los beneficios reales y potenciales para la salud (12).

En salud, se utilizan los estudios de costos para estimar los costos relacionados a una enfermedad. Se define como costo al valor monetario de los consumo de factores que supone el ejercicio de una actividad económica destinada a la producción de un bien, servicio o actividad (12).

Los métodos de estimación de costos son conocidos como top-down y bottom-up. El top down toma el gasto nacional total de todas las enfermedades y lo divide entre los principales diagnósticos a nivel nacional. En el bottom-up la recolección de estos datos se hace a partir de una muestra de pacientes, a través de los records de los pacientes o a través de diarios de costos, esta información se extrapola a toda la población en base a prevalencias nacionales (12)(13).

4.2.1 : Metodología estandar para estimación de costos.

Existen diferentes métodos para la estimación de costos, siendo una de ellos la estimación por microcosteo en la cual se utilizan para la valuación las tarifas del mercado y las de los convenios realizados con las empresas prestadoras de salud. En este enfoque la utilización de recursos se hace a través de la identificación de las cantidades utilizadas en unidades (número de consultas, número de medicamentos entregados, número de procedimientos realizados, días de permanencia en emergencia)

4.2.3: Costos

El costo de un recurso es el producto de la cantidad de recursos utilizado (cuantitativo) y el valor monetario de dicho recursos. Para estimar de forma sencilla los costos de intervención Prieto propone 3 pasos que incluyen identificar, cuantificar y valorar (16).

Identificación:

Como primer paso se debe de identificar aquellos recursos relevantes utilizados en el proceso a estudiar. Se tendrá en cuenta los costos directos realizados dentro del ámbito sanitario. Los costos directos son aquellos resultantes de servicios y productos sanitarios y no sanitarios. Incluyen los costos de atención ambulatoria, hospitalización, medicamentos, salarios, ayuda diagnóstica, etc.(17)(18).

Cuantificación:

Una vez identificado los costos de las actividades relevantes de estudio se debe de calcular la cantidad de recursos utilizados para llevar a cabo dicha actividades. La mejor manera para obtener esta información es hacerlo de forma desagregada ya que los costos serán diferentes según las características de la enfermedad y del paciente. (20). Para esa estimación se utiliza la estadística descriptiva.

Valoración:

Consta en asignar un precio unitario a cada recurso o actividad realizada. Estos pueden obtenerse según costo-oportunidad, a través de tarifarios (21).

4.2.5: Antecedentes :

Europa:

En el 2004 el total de afectados por depresión en Europa llegaba a un aproximado de 29 millones de los 466 millones de habitantes de este continente. El costo agregado total ascendía a 1077 mil millones de dólares de los cuales el 89%

correspondía al costo en la población económicamente activa, le seguía la población geriátrica con el 11% (17).

La diferencia en términos de costos ambulatorios va del 43%- 52% más alta en aquellos pacientes deprimidos. Estos porcentajes en términos de media de costos nos muestran que en los pacientes deprimidos hay un incremento de 763 a 979 dólares americanos en costos ambulatorios y de 1045 a 1700 dólares americanos en hospitalización (22).

Los costos directos llegan a 46 mil millones de dólares americanos, lo que correspondía al 35% del costo total. Dentro de este grupo el gasto predominante era el costo por atención ambulatoria, alcanzando 25 mil millones de dólares americanos para el 2004 (19% del costo total y el 53% del costo de salud). El costo de la medicación asciende a 10 mil millones de dólares americanos, el equivalente al 8% del costo total. Los gastos de hospitalización llegaba a 12 mil millones o el 9% del costo total. El gasto indirecto alcanzó la cifra de 86 mil millones de dólares americanos, lo que representaba el 65% del costo total. La mayoría absoluta de los gastos indirectos estaba representada por la morbilidad expresada en descansos médicos y jubilación adelantada. El costo por persona ascendía a aproximadamente 6300 dólares americanos en 6 meses, este costo aumentaba según la severidad de la enfermedad (17).

Al evaluar los gastos directos de acuerdo a la media anual de los costos directos por paciente asociados a la depresión, estos oscilan entre 1543 – 2746 dólares

americanos al año. (16)

Estados Unidos:

En los Estados Unidos la enfermedad mental es la causa del 59% de los costes económicos debidos a la pérdida de productividad debidos a enfermedad. Los problemas mentales son la principal causa de discapacidad en la población entre 15-44 años, lo que se refleja en 400 millones de días por incapacidad al año (5). Los trabajadores con depresión pierden de 1,5 a 3,2 días más por incapacidad que sus homólogos sin depresión.

Los costos directos del Trastorno depresivo mayor sumaron un total 98,9 mil millones de dólares americanos en el 2010. La mayoría de los costos se encuentran dentro de los costos de cuidado ambulatorio (18%) y hospitalización (10%) para el año 2010. Los costos directos por paciente fueron de 5988 dólares americanos para el 2010. Solo el 40% de este gasto se debe a costos directos (5)

América Latina:

En el estudio realizado por Moreno y Socha, se cuantificó que el evento tratamiento más costoso para el tratamiento de la depresión fueron los medicamentos. El costo farmacológico de la depresión moderada fue de 327 dólares americanos, en depresión recurrente sin síntomas psicóticos llegó a 1716 dólares americanos y en la recurrente con síntomas psicóticos alcanzó los 3070 dólares Americanos (6).

Perú:

“Para el año 2012 se perdieron a nivel nacional 5 mil millones de soles asociados a la depresión” Humberto Castillo (Ex director del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi).

En el año 2014 USAID realizó una evaluación económica sobre los costos de enfermedades mentales prevalentes en el Perú en población afiliada al Seguro integral de salud. Encontraron que el costo del tratamiento de la depresión ascendía 12 621 987 dólares americanos, lo que representaba el 58% del gasto total en enfermedad mental. El gasto en enfermedad mental representó el 91,4% del presupuesto asignado para el 2015(23).

V. JUSTIFICACIÓN :

El presente trabajo se justifica por las siguientes razones:

Modelo de financiamiento de salud en la modalidad de Asociación Público Privada (APP):

En marzo del 2010 ESSALUD firma contrato con la empresa Sociedades Operadora de Salud formándose así la primera Asociación Público Privada (APP) en salud del país. Esta asociación brinda servicios a través de Callao Salud con el hospital Alberto Leonardo Barton Thompson con su respectivo policlínico de atención primaria.

Dentro del contrato entre Callao Salud (Encargado del Complejo Hospitalario Alberto L. Barton Thompson) y ESSALUD en el acápite de determinación de la retribución por operaciones asistenciales (RPOA). El RPOA referencial se determinará estableciendo un presupuesto anual de costos de operación asistencial, referido a los niveles de operación que incluirá:

Costo del personal del servicio médico.

Gastos del personal asistencial no sanitario.

Costos de medicinas.

Costos de material fungible

Costos de insumos.

Gastos generales.

Utilidad.

El financiamiento se da por la modalidad de capitado para 250 mil asegurados con un aumento de hasta el 1 % sin necesidad de autorización de la sociedad operadora (Callao salud)

Dado el tipo de financiamiento per cápita es importante conocer de forma precisa y detallada los costos asociados a la depresión para poder tomar medidas dirigidas a un uso más eficiente de los recursos económicos asignados a la población afectada de esta enfermedad.

Redistribución de los recursos utilizados en salud mental:

Dentro del tratamiento de la depresión resulta de suma importancia evaluar posibles diferencias en los costos utilizados en el tratamiento de la depresión en relación a retraso en el diagnóstico, derivaciones inadecuadas a atención especializada o abandono de tratamiento. El poder identificar cuáles de estas circunstancias generan mayores costos permitiría formular, implantar y fortalecer estrategias para mejorar dichas actividades y efectivizar los procesos de atención, pudiendo así entregar una atención de calidad a un costo adecuado.

Abordaje actual de la salud mental:

En la actualidad la visión de la atención de la salud mental está siendo dirigida hacia un abordaje global liderado por la atención comunitaria lo que permitiría una vuelta a la sociedad del usuario con enfermedad mental. Para fortalecer el abordaje en atención primaria es de utilidad identificar los costos generados en atención primaria y especializada para poder mejorar el uso de recursos.

VI: OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los costos directos del tratamiento de la depresión en mayores de 18 años entre el 2014 y 2016 en el Complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características demográficas, clínicas (según grupos diagnóstico CIE 10), grupo de atención ambulatoria (atención primaria y/ o especializada o mixta), tiempos de inicio de tratamiento, tipos de derivación y abandono de tratamiento en pacientes en pacientes mayores de 18 años en tratamiento en el complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson, 2014-2016.
2. Valorar el consumo de recursos: consultas de atención primaria y especializada, estancia en emergencia, medicamentos, ayudas diagnósticas, atenciones administrativas, según diagnóstico CIE 10 y grupos de atención en pacientes en pacientes mayores de 18 años en tratamiento en el complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson, 2014-2016.
3. Estimar los costos directos según grupos clínico (CIE 10) en pacientes en pacientes mayores de 18 años en tratamiento en el complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson, 2014-2016
4. Estimar los costos directos según grupo de atención (Atencion primaria,

atención especializada y atención mixta) en pacientes en pacientes mayores de 18 años en tratamiento en el complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson, 2014-2016

VII. METODOLOGÍA:

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Evaluación económica parcial de tipo de costo de enfermedad. Se realiza desde la perspectiva del proveedor del servicio. Se realizó de forma observacional, transversal y retrospectiva.

La unidad de análisis fue individual ya que se recogió la información de cada paciente de la muestra.

7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población que se estudiará serán los paciente mayores de 18 años con diagnósticos de depresión (F32 –F34) realizados por el Médico de familia, Médico general o Psiquiatra, tratados en el complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson entre los años 2014 y 2016.

Muestra: Para población conocida de 2965 pacientes atendidos con las patologías descritas. Intervalo de confianza de 95%.

$$n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$$

n: 367

Dadas las principales diferencias clinicas en el diagnóstico a esta muestra se la agrupen cuatro grupos diagnosticos diferentes:

- 1.- Depresión
- 2.- Depresión leve
- 3.- Depresión moderada y severa.
- 4.- Depresión recurrente.

7.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

7.3.1.-- Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 18 años con los siguientes diagnósticos: Trastorno depresivo leve, moderado o severo (con o sin síntomas psicóticos), Trastorno depresivo recurrente, Trastorno depresivo persistente tratados durante abril 2014 y diciembre 2016.

Ambos sexos.

7.3.2.-- Criterios de exclusión:

Pacientes con diagnósticos de esquizofrenia, Trastorno bipolar, Trastorno de personalidad, adicciones, retraso mental o demencia.

Pacientes que vivan en residencias de ancianos o de rehabilitación.

7.4: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLES	VALORES
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Número de años cumplidos	Tiempo que ha vivido una persona en años contados desde su nacimiento al momento de la recolección de datos.	Años cumplidos , registrados en la historia clínica al momento de la recolección de datos.	Cuantitativa discreta	Edad en años
SEXO	Conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos dividiendolos en hombres y mujeres		Conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos dividiendolos en hombres y mujeres	Dato Registrado en la historia clínica	Cualitativa dicotómica nominal	1.- Masculino 2.- Femenino
CONSULTA EXTERNA	Servicio ambulatorio para para pacientes con una cita asignada previamente que acceden a una atención médica.	Consulta por médico general	Servicio ambulatorio para para pacientes con una cita asignada previamente que acceden a una atención médica por el médico general (12 minutos)	Consulta registrada en la historia clínica digital	Cuantitativa discreta	Número de consultas con médico general

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLES	VALORES
		Consulta por médico de familiar	Servicio ambulatorio para pacientes con una cita asignada previamente que acceden a una atención médica por el médico familia (12 minutos)	Consulta registrada en la historia clínica digital	Cuantitativa discreta	Número de consultas con médico de familia
		Consulta por psiquiatra	Servicio ambulatorio para para pacientes con una cita asignada previamente que acceden a una atención médica con psiquiatría (20 minutos)	Consulta registrada en la historia clínica digital	Cuantitativa discreta	Número de consultas con psiquiatra
		Consulta por psicólogo	Servicio ambulatorio para para pacientes con una cita asignada previamente que acceden a una atención	Consulta registrada en la historia clínica digital	Cuantitativa discreta	Número de consultas con psicólogo

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLES	VALORES
			médica por el Psicólogo (20 minutos)			
MEDICAMENTOS	Sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo o para aliviar un dolor físico.	Medicamentos Antidepresivos	Sustancia definida en el grupo farmacológico como antidepressivo (tricíclicos, ISRS, ISRSN)	Datos del registro de farmacia.	Cualitativa politómica nominal.	1. Fluoxetina 20 mg 2. Sertralina 50mg 3. Citalopram 20mg 4. Paroxetina 20mg 5. Venlafaxina 75mg 6. Mirtazapina 30mg 7. Amitriptilina 25 mg 8. Clomipramina 25mg
		Medicamentos Antipsicóticos	Sustancia definida en el grupo farmacológico como antipsicótico	Datos del registro de farmacia.	Cualitativa politómica nominal.	1. Quetiapina 200mg 2. Aripiprazol 15mg 3. Risperidona 2 mg 4. Haloperidol 10 mg 5. Sulpiride 200mg 6. Olanzapina 10mg
		Medicamentos Ansiolítico	Sustancia definida en el grupo farmacológico como ansiolíticos.	Datos del registro de farmacia.	Cualitativa politómica nominal.	1. Alprazolam 0,5 mg 2. Clonazepam 0,5mg 3. Clonazepam 2 mg 4. Diazepam 5mg 5. Diazepam 10mg
		Medicamentos Hipnóticos, Inductores del sueño	Sustancia definida en el grupo farmacológico como hipnóticos, inductores del sueño.	Datos del registro de farmacia.	Cualitativa politómica nominal.	1. Zolpidem 10mg
		Otros	Sustancias que no pertenecen a los grupos farmacológicos anteriores.	Datos del registro de farmacia.	Cualitativa politómica nominal.	1. Gabapentina 300mg 2. Biperideno 2 mg 3. Tiamina 100mg
TIEMPO DE ESTANCIA EN EMERGENCIA / UCI	Número de días contados desde el ingreso a emergencia hasta el alta del paciente	Días de estancia en emergencia/UCI	Número de días contados desde el ingreso a emergencia hasta el alta del paciente.	Conteo de número de días desde el ingreso a emergencias hasta el alta.	Cuantitativa discreta	1. Número de días
GRUPO DIAGNÓSTICO	Calificación o determinación de la enfermedad		Calificación o determinación de la enfermedad		Cualitativa politómica ordinal	1. Depresión (F32) 3. Depresión moderada-

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLES	VALORES	
	que hace el médico según los signos y los síntomas que se advierten en el enfermo.		que hace el médico según los signos y los síntomas que se advierten en el enfermo. Según CIE 10 (código internacional de enfermedades 10ma edición)				severa (F32.1, F32.2, F32.3)
						2. Depresión leve (F32.0, F32.8, F32)	4. Depresión recurrente (F33 1-9), F34
ESTADO DE TRATAMIENTO	Estado en el que se encuentra al momento de la recolección de datos.		Estado en el que se encuentra al momento de la recolección de datos.		Cualitativa dicotómica	1. Alta	
						2. En tratamiento	
TIEMPO DE INICIO DE TRATAMIENTO	Tiempo entre la asignación de una entidad diagnóstica y la instauración del tratamiento correspondiente según guías de práctica clínica.		Tiempo entre la asignación de una entidad diagnóstica y la instauración del tratamiento correspondiente según guías de práctica clínica.	Número de días entre la asignación de una entidad diagnóstica y la instauración del tratamiento correspondiente según guías de práctica clínica	Cuantitativa discreta	Número de días	
TIPO DE TRATAMIENTO	Tratamiento instaurado a una entidad diagnóstica según guías de práctica clínica internacionales		Tratamiento instaurado a una entidad diagnóstica según guías de práctica clínica internacionales	Cumplimiento de guías de práctica clínica internacionales.	Cualitativa dicotómica	1. Adecuada	
						2. No adecuada	
TIPO DE DERIVACIÓN	Estado de la derivación del paciente desde atención primaria		Estado de la derivación del paciente desde atención primaria: Adecuada (acorde a los criterios establecidos en el hospital al momento de la derivación) Inadecuada (no acorde a los criterios estableci	Cumplir criterios de derivación de atención primaria a consulta especializada.	Cualitativa dicotómica	1. Adecuada	
						2. No adecuada	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLES	VALORES
			dos en el hospital al momento de la derivación)			
TIEMPO DE DERIVACIÓN	Días desde el diagnóstico hasta La primera consulta en atención especializada		Días desde la primera consulta por síntomas depresivos hasta la primera consulta en atención especializada.	Número de días desde el diagnóstico hasta la primera consulta en atención especializada	Cuantitativa discreta.	Número de días.
GRUPO DE ATENCIÓN	Situación de la atención de paciente: solo por Atención primaria, sólo por atención especializada o por ambos.		Situación de la atención de paciente ; solo por Atención primaria, sólo por atención especializada o por ambos.	Profesionales por los que ha sido atendido durante el tratamiento de la depresión.	Cualitativa nominal.	1.MAP
						2.Especializada.
						3.Mixto
ABANDONO DE TRATAMIENTO.	Interrupción del tratamiento médico o farmacológico por decisión del paciente sin haber sido dado de alta por el médico tratante.		Interrupción del tratamiento médico o farmacológico por decisión del paciente sin haber sido dado de alta por el médico tratante.	No asistencia a citas programadas o no recojo de la medicación prescrita.	Cualitativa dicotómica.	1.Sí
						2.No
COSTOS DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DEPRESIÓN (COSTOS DIRECTOS SANITARIOS)		Costos de atención en emergencia	Costos en soles de la atención en emergencia. Incluye: hotelería, atención de médicos de emergencia, atención del psiquiatra, medicamentos prescritos, cuidados de enfermería	Costo en soles de la atención en emergencia según el cálculo de suma de los gastos.	Cuantitativa continua.	1.-- 0.01soles a más.
		Costos de farmacia	Costos en soles de los medicamentos prescritos durante el tratamiento ambulatorio.	Costos en soles de medicamentos según reporte de farmacia.	Cuantitativa continua	1.-- De 0.01 soles a más

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLES	VALORES
			Costo del técnico de farmacia	Costo del técnico de farmacia	Cuantitativa continua	1.-- De 0.01 soles a más
		Costos de diagnóstico	Costos en soles del tratamiento de comorbilidades. Incluye visitas a la emergencia, visitas con otras especialidades.	Costos en soles del tratamiento de comorbilidades según cálculo de número de consultas por costo de consulta del profesional quien realiza la atención.	Cuantitativa continua	1.-- De 0.01 soles a más.
			Costos de análisis de laboratorio o imágenes en el proceso diagnóstico.	Costos en soles de los análisis de laboratorio o imágenes e el proceso diagnóstico.	Cuantitativa continua	1.-- De 0.01 soles a más.
		Otros	Costo del personal de admisión	Costo del personal de admisión.	Cuantitativa continua	1.-- De 0.01 soles a más
			Costos de infraestructura y mantenimiento	Costos de oficina, servicios (luz, agua, internet), limpieza y mobiliario al año.	Cuantitativa continua	1.-- De 0.01 soles a más

5.4.1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS/CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Anexo 1 Y2

5 .4.1 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

Luego de las respectivas aprobaciones por parte del asesor, Escuela de postgrado de la Universidad Cayetano Heredia y la dirección del complejo Hospitalario Alberto Barton thompson. Se identificaron a través del sistema informativo HOSIX, las historia clínicas utilizando el código internacional de enfermedades (CIE 10).

Posteriormente se determino una muestra aleatoria y se agrupo esta en grupos diagnósticos (Depresivo, Depresivo leve, Depresivo moderado/severo y Depresivo Recurrente).

Se recolectó la información con el enfoque de microcosteo utilizando los tarifarios del convenio ESSALUD CALLAO SALUD y CALLAO SALUD con empresas privadas proveedoras de salud. Se estimación del costo se hizo mediante el producto de la cantidad utilizada y su tarifa correspondiente. Todos los precios se expresan en nuevos soles.

Las historias clínicas fueron revisadas y se comprobó que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. En una ficha de datos elaborada para este estudio se recogio los datos epidemiológicos y las variables para estimar costos.

7.4.2. CONSIDERACIONES ETICAS

Se eliminó todo tipo de información que identificara a los participantes tales como nombres, apellidos, números de contacto, utilizando sólo códigos de números para identificarlos.

Los datos de los participantes son guardados en las historias clínicas digitales con las medidas de seguridad dadas por el sistema HOSIX del Complejo hospitalaria Barton.

Los datos se guardaron en un archivo virtual protegido con clave de acceso.

Para este estudio no se firmó consentimiento informado, se ha obtenido el permiso de la dirección del hospital para la recopilación de información anónima del sistema hosix, base de datos de farmacia y área de compra, UNILAB.

El presente proyecto fue presentado al CIEI para evaluación y se ejecutó una vez fue aprobado por el mismo.

7.4.3. PLAN DE ANÁLISIS:

El registro de información fueron recogidos en la hoja de recolección y los datos fueron procesados con el programa STATA versión 12.

Para el análisis estadístico se agrupo la muestra por :

CIE 10 en 4 grupos:

- 1er grupo: Depresión.
- 2do Grupo Depresión leve.
- 3er grupo: Depresión moderada, Depresión severa sin y con síntomas psicóticos.
- 4to grupo: Trastorno depresivo recurrente.

Grupos de atención;

- Atención primaria: Pacientes atendidos únicamente por el médico de atención primaria
- Atención especializada: Pacientes atendidos únicamente por el especialista (Psiquiatra o psicólogo).
- Atención mixta (atención primaria y especializada): Pacientes atendidos de manera conjunta entre atención primaria y atención especializada

Las variables cuantitativas se expresaron en medias y desviaciones estándar. Las diferencias estadísticas se obtendrán con el T de Student o ANOVA. R Pearson R Spearman. . Para las variables cualitativas se utilizó test de Chi-cuadrado. Las diferencias serán consideradas significativas si tienen un $p \leq 0.05$.

VIII. RESULTADOS:

Tabla 1. Características demográficas y médicas de los pacientes mayores de 18 años en tratamiento en el complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson, 2014-2016 (n= 376)

Género	n	%
Masculino	83	22.1
Femenino	293	77.9
Edad		
18 a 24 años	9	2.4
25 a 44 años	79	21
45 a 64 años	110	29.3
65 o más	178	47.3
Media ± D.E.	60,8±17,8	
Mín-Máx	18 - 100	
Grupo clínico		
Depresivos	98	26.1
Depresivo leve	71	18.9
Depresivo moderado/grave	45	12
Depresivo recurrente	162	43.1

Tabla 1: El género femenino se presentó en 293 (77,9%) y masculino 83 (22,1%). Rango de edad más frecuente fue 65 años a mayores 178 (47,3%), le sigue el rango 45 a 64 años con 110 (29,3%). En relación a los grupos clínicos fueron con mayor representación, depresivo recurrente 162 (43,1%), seguido de depresivos 98 (26,1%).

Tabla 2. Características del tratamiento de los pacientes mayores de 18 años en tratamiento en el complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson, 2014- 2016 (n= 376)

Característica del tratamiento	n	%
Tipo de tratamiento al inicio		
Adecuado según guías de práctica clínica	281	74.7
No adecuado según guías de práctica clínica	95	25.3
Tipo de derivación		
Adecuado según criterios de derivación	165	43.9
No adecuado según criterios de derivación	211	56.1
Abandono del tratamiento		
Sí	285	75.8
No	91	24.2
	376	
Grupo de atención		
Sólo médico de atención primaria	51	13.6
Sólo por atención especializada	83	22.1
Mixto	242	64.4

Tabla 2: Se presentan las siguientes características del tratamiento . Tratamiento adecuado según guías de práctica clínica en 281 pacientes (74,7%). El tipo de derivación no fue adecuado según criterios de derivación en 211 casos (56,1%), le sigue la condición adecuado con 165 (43,9%). El abandono del tratamiento se dio en 285 casos (75,8%). En relación al grupo de atención se vio que 242 casos (64,4%) fueron atendidos en el grupo de atención mixta, sólo recibieron atención especializada 83 (22,1%) y sólo médico de atención primaria 51 (13,6%).

Tabla 3. Edad de los pacientes mayores de 18 años según grupo clínico en tratamiento en el complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson, 2014-2016

(n= 376)

Edad	Depresivo								Total	
	Depresivos		Depresivo leve		Depresivo moderado/grave		Depresivo recurrente			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18 a 24 años	5	1.3	1	0.3	1	0.3	2	0.5	9	2.4
25 a 44 años	23	6.1	11	2.9	8	2.1	37	9.8	79	21
45 a 64 años	25	6.6	15	4	14	3.7	56	14.9	110	29.3
65 o más	45	12	44	11.7	22	5.9	67	17.8	178	47.3
Total	98	26.1	71	18.9	45	12	162	43.1	376	100%

Chi-cuadrado de Pearson = 14,188 g.l. = 9 p = 0,116

Tabla 3: Observamos la edad y grupo clínico de los pacientes. En todas las presentaciones clínicas el grupo etario de mayor prevalencia fue el de 65 años a más. El trastorno depresivo recurrente se observó con mayor prevalencia en el rango etario de 65 años a más, esta combinación se presentó en 67 pacientes (17,8%). Seguido del grupo etario de 45 a 64 años con 56 pacientes (14.9%).

Tabla 4. Tiempos de atención según grupo clínico de los pacientes mayores de 18 años en tratamiento en el complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson, 2014-2016 (n=376)

Características del tratamiento	Grupos clínicos									Total
	Depresivos		Depresivo leve		Depresivo moderado/grave		Depresivo recurrente		Total	
Tiempos de diagnóstico	n	%	n	%	n	%	n	%		n
0 a 15 días	43	22.6	31	16.3	29	15.3	87	45.8	190	
16 a 90 días	9	19.6	11	23.9	4	8.7	22	47.8	46	p=0,103
91 a más	46	32.9	29	20.7	12	8.6	53	37.9	140	
Tipo de derivación										
Adecuada	55	33.3	41	24.8	28	17	41	24.8	165	p=0,000*
No adecuada	43	20.4	30	14.2	17	8.1	121	57.3	211	
Abandono de tratamiento										
Si	83	29.1	46	16.1	34	11.9	122	42.8	285	p=0,029*
No	15	16.5	25	27.5	11	12.1	40	44	91	

Tabla 4: En relación a las características del tratamiento de la depresión, la mayoría de casos con derivaciones no adecuadas pertenecían al grupo clínico de Depresión recurrente 121 casos (57.3%) versus derivaciones adecuadas en sólo 41 casos (24.8%). En los grupos clínicos de depresión y depresión leve las derivaciones

adecuadas fueron más frecuentes dando un total de 96 casos (58.1%) de todas las derivaciones adecuadas de la muestra estudiada. Esta correlación fue estadísticamente significativa ($p=0,000^*$). En relación al abandono de tratamiento fue más frecuente en los casos de Depresión recurrente 122 casos (42.8%). El menos abandono se dio en el grupo Depresión moderado/severa con 11 casos (12.0%). Esta asociación presentó significancia estadística ($p=0,029$). No hubo relación estadística significativa entre los tiempos de diagnóstico y los grupos clínicos.

Tabla 5. características del tratamiento según grupos de atención de los pacientes mayores de 18 años en tratamiento en el complejo hospitalario Alberto L. Barton

Thompson, 2014-2016 (n=376)

Características del tratamiento	Grupos de atención						Total	
	Atención primaria		Atención especializada		Atención mixta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tiempos de diagnóstico								
0 a 15 días	4	2.1	61	32.1	125	65.8	190	
16 a 90 días	0	0	8	17.4	38	82.6	46	p=0,000*
91 a más	47	33.6	14	10	79	56.4	140	
Tipo de derivación								
Adecuada	46	27.9	46	27.9	73	44.2	165	
No adecuada	5	2.4	37	17.5	169	80.1	211	p=0,000*
Abandono de tratamiento								
Si	36	12.6	61	21.4	188	66	285	
No	15	16.5	22	24.2	54	59.3	91	p=0,484

Prueba de Chi Cuadrado de Pearson

Tabla 5: Se observó que el 65.8% de los casos tratados en Atención Mixta fueron diagnosticados dentro del rango de 0-15 días. Seguido de los casos tratados en Atención Especializada diagnosticados en el rango de 0-15 días en el 32.1%. Dicha asociación fue estadísticamente significativa (p=0,000). En relación a los tipos de

derivación se evidenció que 169 casos (80.1%) atendidos en Atención Mixta fueron derivados no adecuadamente, estos datos fueron significativos estadísticamente ($p=0,000$). En el rubro de abandono no pudo determinarse una asociación estadísticamente significativa ($p=0,484$), en este caso se observó que 188 casos (66%) tratados en Atención mixta abandonaron tratamiento.

Tabla 6. Correlación entre el grupo de atención y el grupo clínico en pacientes mayores de 18 años en tratamiento en el complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson, 2014-2016 (n=376)

Correlación	Grupo Clínico								p	r*
	Depresivo	Depresivo				Recurrente				
		leve		mod/sev						
		N	%	N	%	N	%	N		
Atención primaria	23	23,5%	20	28,2%	5	11,1%	3	1,9%	<0.001	0.29
Atención Especializada	25	25,5%	14	19,7%	12	26,7%	32	19,8%		
Mixto	50	51,0%	37	52,1%	28	62,2%	127	78,4%		

* Coeficiente de correlación de Spearman

Tabla 6: Se observa una correlación lineal positiva R de Spearman 0,29 entre los grupos clínicos y los grupos de atención. La mayoría de pacientes de todos los grupos clínicos utilizó recursos pertenecientes al grupo de atención mixta, este porcentaje fue en aumento conforme la severidad de la entidad clínica.

Tabla 7. Costo promedio entre el grupo de atención y el grupo clínico en pacientes mayores de 18 años en tratamiento en el complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson, 2014-2016 (n=376)

Grupo de Atención	Grupo Clínico			
	Depresivo	Depresivo leve	Depresivo mod/sev	Depresión Recurrente
	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio
Atención primaria	266.55	339.15	739.17	419.83
Especializada	120.69	497.64	583.38	369.30
Mixto	370.90	429.77	449.31	686.08

Tabla 7: El grupo con mayor costo promedio fue la combinación de pacientes en el grupo de Depresión Recurrente que recibieron atención en el Grupo Mixto (686 .08 nuevos soles). Se observa que en el grupo de Depresión y Depresivo leve el mayor costo se da en atención mixta y especializada respectivamente.

Tabla 8. Comparación por costo desagregado en el grupo clínico en los pacientes mayores de 18 años en tratamiento en el complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson, 2014-2016 (n=376)

Costos	Grupo Clínico								p*
	Depresivo		Depresivo leve		Depresivo mod/sev		Recurrente		
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS	
Atenciones	107.42	212.69	195.61	330.75	173.22	255.51	155.44	144.27	0.069
Estancia hospitalaria	0.16	0.76	0.11	0.40	0.14	0.37	0.28	0.91	0.38
Ayuda diagnóstica	28.70	94.86	46.31	128.01	40.19	89.07	53.95	95.61	0.277
Administrativo	94.72	95.38	135.35	177.90	148.14	155.27	187.17	115.76	<0.001
Medicamentos	51.58	133.30	40.24	78.53	155.57	476.65	221.74	391.68	<0.001

* Análisis de Varianza (ANOVA)

Tabla 8: Se observa que los costos con significancia estadística $p = <0.001$ fueron aquellos comprendidos en el rubro de medicamentos y costo de personal administrativo. Estos costos más elevados se ven reflejados en los casos comprendidos en el grupo de depresión recurrente y depresión moderada y severa. En los grupos de menor severidad son las atenciones las que generaron mayor costo pero no se ha encontrado una significancia estadística en el rubro de atenciones.

Tabla 9: Comparación del costo total según el grupo de atención en pacientes mayores de 18 años en tratamiento en el complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson, 2014-2016 (n=376)

		Grupo de atención						p*
		Atención primaria		Especializada		Mixta		
Costo Total		Media	DS	Media	DS	Media	DS	
		350.37	369.00	347.02	587.72	554.38	510.02	<0.001

* Anova

Tabla 9: Esta tabla nos muestra que el costo total en el grupo de Atención Mixta fue mayor con 554.38 soles con SD 510.02 con una significación estadística de p=0.001.

Tabla 10. Comparación del costo total según el grupo clínico en pacientes mayores de 18 años en tratamiento en el complejo hospitalario Alberto L. Barton Thompson, 2014-2016 (n=376)

Grupo clínico								
Costo	Depresivo		Depresivo leve		Depresivo mod/sev		Depresión Recurrente	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Total	282.58	362.51	417.63	431.16	517.27	660.73	618.58	553.06

Anova $p = <0.001$

Tabla 10: Los casos atendidos dentro del grupo clínico de Depresión Recurrente generaron un costo mayor de 618.58 soles con SD 553.06 soles con una significación estadística $p = <0.001$

IX. DISCUSIÓN

A nivel nacional e internacional la depresión tiene una prevalencia mayor en el sexo femenino. En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental en el 2012 se encontró que la prevalencia anual de depresión era de 8,3% en mujeres en comparación a 3,8 % en hombres. En un estudio de prevalencia en población mexicana se encontró que la prevalencia de depresión es 5.8% en las mujeres y 2.5% en hombres (24). En la provincia constitucional del Callao en el 2012 la prevalencia anual de depresión fue de 6,7% (4,6- 9, 7) (25). En el presente estudio la mayor prevalencia de depresión se dio en el sexo femenino en un 77.9 % de la muestra .

En el presente estudio, el rango con mayor presentación de patología depresiva estaba entre los 43 a los 87 años. A pesar de que la mayor prevalencia se dio en el grupo etario de mayores de 65 años (47.3%) ; es en el grupo etario entre los 18 a 65 años (edades que corresponde a la población económicamente activa donde se presenta el mayor porcentaje de trastorno depresivo recurrente , entendido como más de dos episodios depresivos a lo largo de su vida lo que significaría costos en días de ausentismo (días no trabajados) y absentismo presencial (acuden a su trabajo pero no realizan sus labores)). Al ser personas en edad de trabajar es más probable que acudan presentando somatizaciones lo cual retrase la identificación del problema de salud mental ya que los médicos de atención primaria se encuentran en el proceso de incorporar cada vez más la exploración de trastornos mentales en sus evaluaciones. Asimismo, al encontrarse trabajando aumenta la posibilidad de

deserción de sus citas por lo que debemos asegurar una detección y tratamiento pronta y oportuna que permita la recuperación del paciente en el menor tiempo posible (25).

En este estudio se agruparon a los pacientes por grupos clínicos según la gravedad de los síntomas. El grupo representado por el trastorno depresivo recurrente fue el de mayor prevalencia con un 43.1%, seguido del grupo de depresivos sin especificación. Estos resultados juntos con los del grupo etario más frecuente coincide con los hallazgos de las prevalencias según rango de edad y diagnóstico descrita en el CIE 10. Según los hallazgos descritos en el CIE 10 el trastorno depresivo recurrente se manifiesta con mayor prevalencia sobre la quinta década de la vida (26). Aproximadamente un tercio de la población no considera la tristeza excesiva o depresión como un trastorno mental, lo cual abre opciones de investigación hacia la búsqueda de una posible relación entre este hecho y la mayor prevalencia de depresiones recurrentes.

En el 86.5% de las atenciones de la muestra estudiada, estuvo involucrado un profesional de atención especializada. En estas circunstancias de atención, estos pacientes fueron diagnosticados de manera más pronta, dentro de los 15 días de presentar los primeros síntomas. Alrededor de 70% de los pacientes atendidos por profesionales especializados en salud mental presentaron como diagnóstico depresión y depresión leve (ambos incluidos en el grupo de trastornos mentales comunes). Esto muestra un uso inadecuado de los recursos de personal especializado (mayores costos por consulta, aumento de los días de espera para cita

en especializada) y de las instalaciones y personal administrativo del hospital , ya que ambas son patologías para las cuales los médicos de atención primaria se encuentran capacitados para diagnosticar y tratar . El 57, 3% de pacientes con diagnostico de depresión sin especificar y de depresión leve fueron atendidos sólo por un especialista en salud mental. Probablemente sea el estigma y la falta de identificación con la salud mental la que esté generando retrasos en el abordaje desde atención primaria. Por el contrario, los grupos clínicos de depresión y depresión leve diagnosticados en atención primaria fueron en un 44% de casos diagnosticados luego de los 91 días de presentación de los síntomas. En este grupo de patologías se observó que un 45% de porcentaje abandonó el tratamiento.

El 64,4% de los pacientes evaluados recibieron tratamiento en el grupo de atención mixto. Asimismo, en todos los grupos clínicos el grupo de atención de mayor uso fue el mixto. El trastorno depresivo recurrente representa la mayoría de pacientes tratados en este grupo de atención (78.4%). Sin embargo, podemos observar que el 57,3% de estos pacientes fueron derivados de forma inadecuada. A pesar de la prontitud en el tratamiento, el 42,8% de estos pacientes abandonaron el tratamiento. El abandono del tratamiento en la depresión ha sido explicado en la bibliografía asociado a diferentes razones tales como factor económico bajo(27), interrupción de la atención, creencias acerca de la depresión, sensación de mejoría y de no necesitar tratamiento, y no generar gastos a nivel de consultas ambulatorias y farmacológicas según se ha observado en el trabajo hecho por Neira y colaboradores en su artículo percepción de mujeres consultantes de atención primaria sobre el abandono del tratamiento de depresión(27).

Catalina Serna en su estudio "Duration and adherence of antidepressant treatment (2003-2007) based on prescription database" encontró que el 78% de los pacientes abandonaron el tratamiento antes de los 6 meses, siendo los hombres quienes abandonan más tempranamente (2 meses) en relación a las mujeres (3 meses).

La investigación realizada por Párraga evidenció que a los 6 meses de seguimiento aproximadamente el 54% de pacientes había abandonado en alguna ocasión el tratamiento, basado en el recuento de comprimidos. Algunas de las variables relacionadas fueron la media de menor edad, ser pensionista, nivel educativo inferior a secundaria, no recibir tratamiento psicoterapéutico concomitante y menos de 4 visitas al médico de familia en los 3 meses previos al estudio (28).

El grupo con mayor media de costo total fue el de atención mixta con diagnóstico de Trastorno depresivo recurrente con un costo promedio de 686.08 soles. El 36% de la población atendida en el grupo mixto pertenecían al grupo clínico de depresión y depresión leve. Las personas que presentan esta patología pueden ser abordados en atención primaria. Por lo tanto, se ha realizado un gasto en atención especializada en el 36% de pacientes tratados. Resulta alarmante que el costo del tratamiento de la depresión en atención primaria fue el segundo más caro considerando que solo atendieron al 13.5% de la población en estudio. Este resultado podría relacionarse a la demora en el diagnóstico que se representaba en repetidas citas por quejas somáticas, falta de protocolización de un screening de trastornos mentales en las consultas de atención primaria y un nivel elevado de estigma.

Al analizar los costos desagregados del tratamiento de la depresión los datos

muestran que en el presente estudio los costos con significancia estadística se encontraban en el rubro de medicamentos y costos administrativos. Cabe resaltar que los costos promedio desagregados pertenecientes a medicamentos se dieron en la depresión recurrente y gastos más elevados en atenciones se encontró en los grupos depresión y depresión leve. A nivel internacional se ha determinado que los costos directos se ven en la atención ambulatoria seguida de la estancia hospitalaria y los medicamentos. Para el año 2004 a nivel europeo el gasto en atención ambulatoria ascendía al 19 % del gasto total de la depresión , seguida del gasto en estancia hospitalaria y en medicamentos (17). En Estados unidos para el año 2010 el gasto en atenciones ambulatorias ascendía al 18% de los gastos totales de la depresión seguido por la estancia hospitalaria en un 10% (5) .

Los costos directos promedios del tratamiento de la depresión en el presente estudio se observó en el grupo clínico depresión recurrente (554.38 nuevos soles SD 510.02) y el grupo de atención mixta (618.58 nuevos soles SD 553.06). La bibliografía muestra que el costo de la depresión aumenta conforme aumenta el grado de severidad de la misma (6).

El mayor costo se dio en los pacientes con depresión moderada/severa y depresión recurrente. Este resultado es esperable por la gravedad de los síntomas y el mayor uso de recursos necesarios para su mejoría, asimismo como las tasas de abandono y la necesidad de polifarmacia. Sin embargo, el costo de los trastornos mentales comunes basan su costo en ser atendidos por diferentes profesionales de atención primaria, por profesionales especializados, múltiples cambios de medicación y la

demora del diagnóstico, este hallazgo señala un uso inadecuado de los recursos asignados al presupuesto de la institución.

X. CONCLUSIONES:

1. La media de costo total fue mayor en el grupo de atención mixta/atención especializada con 901.4 soles que equivalen a un 157% más que la media del costo total en atención primaria con 350.37 soles.
2. A pesar de las diferencias en gravedad clínica, el costo de las atenciones fue similar tanto en el grupo leve (depresión y depresión leve) con 303.03soles, como en el de mayor gravedad (depresión moderada/severa y Trastorno depresivo recurrente) con 328.66 soles . En las entidades clínicas más graves (depresión moderada/severa y trastorno depresivo recurrente), los costos más elevados se dieron en medicamentos y gastos administrativos con una media de 712.62 soles.
3. Los grupos clínicos más severos (Depresión moderada/severa y Trastorno depresivo recurrente) representaron una media de costo un 62% más elevado que los grupos clínicos más leves (depresión y depresión leve). 1135.85 soles para las entidades graves versus 700.21 soles para las leves.
4. Los costos elevados que se presentan en los grupos de atención que incluyen a un especialista de salud mental y en los grupos clínicos leves estarían asociados a fallas en el modelo enfocado en la atención primaria tales como las derivaciones inadecuadas, demoras en la atención adecuada y abandono del tratamiento.

XI. RECOMENDACIONES:

1. Fortalecer las coordinaciones con atención primaria mediante reuniones, talleres de capacitación y fortalecimiento de conocimiento que permitan el inicio y seguimiento del tratamiento en atención primaria y derivaciones oportunas a atención especializada. Dando por consecuencia el abordaje de salud mental desde la comunidad a través de la atención del médico de familia.
2. Fortalecer el conocimiento y puesta en práctica de los criterios de derivación a atención especializada que permitan un uso adecuado de los recursos de especializada.
3. Elaborar estrategias tales como fortalecer la adherencia al tratamiento a través de fortalecer la figura del profesional de la salud tratante, intervenciones grupales a pacientes y familiares, que permitan aumentar la alianza terapéutica y disminuir el porcentaje de abandono de tratamiento.

XII. REFERENCIAS

1. Departamento de salud mental y abuso de sustancias OMS. Invertir en Salud Mental. OMS; 2004.
2. OMS | La depresión [Internet]. WHO. [citado 8 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
3. Valladares A, Dilla T, A Sacristán J. La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2009 [citado 29 de agosto de 2017];37(1). Disponible en: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/10/55/ESP/12816+12-1227.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. 2013.
5. Greenberg PE, Fournier A-A, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). J Clin Psychiatry. 2015;76(2):155–162.
6. Moreno Domínguez AM, Socha Ibáñez JL. Costos directos médicos del tratamiento de la depresión moderada, grave y recurrente en pacientes adultos en Colombia [Internet] [B.S. thesis]. 2016 [citado 29 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/handle/11158/601>

7. Friemel S, Bernert S, Angermeyer MC, König H-H. [The direct costs of depressive disorders in Germany]. *Psychiatr Prax.* abril de 2005;32(3):113-21.
8. Dirección General de Epidemiología. *Boletín Epidemiológico (Lima)*. Ministerio de Salud; 2015.
9. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Salud Mental. *Plan Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud; 2005.
10. Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2014;31(1):30–38.
11. Defensoría del Pueblo. *Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la Política Pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables.* informe defensorial N 140. 2008.
12. Sobocki P. *Health economics of depression.* [Stockholm]; 2006.
13. Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC, Amaddeo F, Gaité L, van Wijngaarden B. Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory-European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. *European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs.* *Br J Psychiatry Suppl.* 2000;(39):s28-33.
14. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by diagnosis-related groups. *Med Care.* 1980;18(2):i–53.

15. Ministerio de Salud. Documento Técnico «Metodología para la estimación de costos estándar en los establecimientos de salud». Resolución Ministerial N° 195-2009/MINSA [Internet]. 2009 [citado 5 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.gacetajuridica.com.pe/servicios/normaspdf_2009/Abril/01-04-2009.pdf
16. Luber MP, Hollenberg JP, Williams-Russo P, DiDomenico TN, Meyers BS, Alexopoulos GS, et al. Diagnosis, treatment, comorbidity, and resource utilization of depressed patients in a general medical practice. *Int J Psychiatry Med.* 2000;30(1):1-13.
17. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ.* junio de 2006;9(2):87-98.
18. Puig-Junoy J, Ortun-Rubio V, Pinto-Paredes JL. Los costes en la evaluación económica de tecnologías sanitarias. *Atención Primaria*; 2001.
19. Luber MP, Hollenberg JP, Williams-Russo P, DiDomenico TN, Meyers BS, Alexopoulos GS, et al. Diagnosis, treatment, comorbidity, and resource utilization of depressed patients in a general medical practice. *Int J Psychiatry Med.* 2000;30(1):1-13.
20. Doble B, Payne R, Harshfield A, Wilson ECF. Retrospective, multicohort analysis of the Clinical Practice Research Datalink (CPRD) to determine differences in the cost of medication wastage, dispensing fees and prescriber time of issuing either short (<60 days) or long (≥60 days)

prescription lengths in primary care for common, chronic conditions in the UK. *BMJ Open*. 4 de diciembre de 2017;7(12):e019382.

21. Prietoa L, Sacristána JA, Pintob JL, Badiac X, Antoñanzasd F. Análisis de costes y resultados en la evaluación económica de las intervenciones sanitarias 90.014. *Análisis Estud Clínicos En Oftalmol*. 2004;122(11):193.
22. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry*. septiembre de 2003;60(9):897-903.
23. HFG Project. Costo de enfermedades mentales prevalentes en Perú [Internet]. Healthcare presentado en; 20:44:51 UTC [citado 19 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/HFGProject/costo-de-enfermedades-mentales-prevalentes-en-per>
24. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública México*. 2005;47(1):S4-11.
25. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma revisión.
26. PhD MJ, Leslie Escobar, PhD student, Arriagada L, Sebastian Orellana, Ariel Castro MSc. Factores asociados al incumplimiento de los tratamientos con antidepresivos en Santiago, Chile. *Value Health J*. 2011;S115 S118.
27. PhD MJ, Leslie Escobar, PhD student, Arriagada L, Sebastian Orellana,

Arial Castro MSc. Factores asociados al incumplimiento de los tratamientos con antidepresivos en Santiago, Chile. Value Health J. 2011;S115 S118.

28. Parraga I, Lopez-Torres J, Del Campo J, Villena A, Morena S, Escobar F. Seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes que inician su consumo. Aten Primaria. 2014;46:357-66.

XIII. ANEXOS

I. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ANEXO 1)

ID:

DATOS DEMOGRAFICOS

Edad		
Sexo	1. Masculino	2.Femenino

DIAGNÓSTICO

1.F32	9.F33.1
2. F32.0	10.F33.2
3. F32.1	11.F33.3
4. F32.2	12.F33.4
5. F32.3	13.F33.8
6.F32.8	14.F33.9
7.F32.9	15. F34.1
8.F33	

Estado de tratamiento a la fecha	1. Alta	2. Tratamiento	3. Abandono
Tipo de tratamiento de inicio:	1. Adecuado	2. No adecuado	
Tiempo de diagnóstico (Número de días entre primeros síntomas y asignación de entidad diagnóstica):			
Tiempo de inicio de tratamiento (Número de días entre asignación de entidad diagnóstica y el inicio de tratamiento)			
Tiempo hasta recibir atención especializada (Número de días entre asignación de entidad diagnóstica y primera consulta en atención especializada).			

Tipo de derivación :	1. Adecuada	2. No adecuada.	
----------------------	----------------	-----------------	--

Abandono de tratamiento:	1. Sí	2. No	
Grupo de atención	1. MAP	2. Atención especializada	Mixto (MAP y Atención especializada)

COSTOS POR CONSULTA MÉDICAS:

Profesional	N° consultas	Costo /consulta	Total
Médico general			
Médico familia			
Psiquiatra			
Psicólogo			
Total			

III. COSTOS POR MEDICAMENTOS:

Fármaco	Costo unitario	Unidades entregadas	Total.
1 Fluoxetina 20mg			
2 Sertralina 50 mg			
3 Citalopram 20 mg			
4 Paroxetina 20mg			
5 Venlafaxina 75mg			
6 Mirtazapina 30mg			
7 Amitriptilina 25mg			
8 Clomipramina 25 mg			
1 Quetiapina 200mg			
2 Aripiprazol 15 mg			
3 Risperidona mg			
4 Haloperidol 10 mg			
5 Sulpiride 200mg			
6 Olanzapina 10mg			
1 Alprazolam 0,5mg			

2 Clonazepam 0,5 mg			
3 Clonazepam 2 mg			
4 Diazepam 10 mg			
1 Zolpidem 10 mg			
2 Gabapentina 300 mg			
2 Biperideno 2 mg			
3 Tiamina 100 mg			

IV. COSTOS POR ESTANCIA EN HOSPITAL / UCI

Variable	Número	Costo /unidad	Total
Días en emergencia			
Días en UCI			
Procedimiento			
Total			

V. COSTOS DIAGNOSTICO

Variable	Número	Costo /unidad	Total
Exámenes laboratorio			
Imágenes			
Atenciones comorbilidades			
Otros exámenes			

VII OTROS

Variable	Número de consultas	Costo /unidad	Total
Atención personal administrativo			
Mantenimiento de consultorio			

II. CRITERIOS DE DERIVACIÓN AÑO 2014- 2016 (ANEXO 2)

DIAGNOSTICO / SINTOMATOLOGIA	MOTIVO DE INTERCONSULTA	REQUERIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD/ EXAMENES AUXILIARES	ACTUACION DEL ESPECIALISTA/ EXAMENES	PRIORIDAD/ COMPROMISO DE ATENCIÓN
Depresión	Paciente con tratamiento y que no mejora en un periodo de 3 meses	Ninguno CortiSol TSH	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento hasta remisión sintomasy estable. • Psicología: apoyo emocional y manejo pensamiento distorsionado. • Seguimiento AP en 3 meses con indicaciones. 	8 – 15 días