

Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria

Antoni Sicras Mainar^a / Javier Rejas Gutiérrez^b / Ruth Navarro Artieda^a / Josep Serrat Tarrés^c /
Milagrosa Blanca Tamayo^d / Silvia Díaz Cerezo^e

^aDirección de Planificación, Badalona Serveis Assistencials, Badalona, Barcelona, España; ^bDepartamento de Investigación de Resultados en Salud, Unidad Médica, Pfizer España, Alcobendas, Madrid, España; ^cDepartamento de Medicina Interna, Badalona Serveis Assistencials, Badalona, Barcelona, España; ^dDepartamento de Psiquiatría, Badalona Serveis Assistencials, Badalona, Barcelona, España; ^eInvestigación de Resultados en Salud, Artac Bioestudios, Madrid, España.

(Patterns of health services use and costs in patients with mental disorders in primary care)

Resumen

Objetivos: Determinar el patrón de uso de servicios y costes en pacientes que demandan atención por problemas mentales (PM) en asistencia primaria en situación de práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 15 años, con al menos una demanda de atención por PM, atendidos por 5 equipos de atención primaria durante el año 2004. Se formó un grupo comparativo con el resto de pacientes sin PM. Las variables fueron: edad, sexo, casuística/comorbilidad, utilización de recursos sanitarios y costes ambulatorios correspondientes (medicamentos, procedimientos diagnósticos y visitas). Se empleó el análisis de regresión logística múltiple y modelos de ANCOVA.

Resultados: Se incluyeron 64.072 pacientes, de los cuales 11.128 presentaron algún PM (17,4%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 16,7-18,1). Los pacientes que demandaron atención por PM presentaron un mayor número de problemas de salud (6,7 frente a 4,7; $p < 0,0001$) y de utilización de recursos sanitarios, particularmente visitas médicas/paciente/año (10,7 frente a 7,2; $p < 0,0001$). El coste medio anual en pacientes con PM fue significativamente superior (851,5 frente a 519,2 euros; $p < 0,0001$) y se mantuvo después de corregir por edad, sexo y comorbilidades, con un coste diferencial de 72,7 euros (IC del 95%, 59,2-85,9). Todos los componentes del coste por paciente fueron mayores en el grupo de pacientes con PM.

Conclusiones: Los pacientes que han demandado atención por algún PM presentan un elevado número de comorbilidades y un mayor coste anual por paciente en el ámbito de la atención primaria.

Palabras clave: Trastorno mental. Utilización de recursos. Estudio de costes. Atención primaria.

Abstract

Objectives: To determine the pattern of services use and costs of patients requiring care for mental disorders (MD) in primary care in the context of routine clinical practice.

Methods: We performed a retrospective study of patients older than 15 consulting primary care at least once for MD, attended by 5 primary care teams in 2004. A comparative group was formed with the remaining outpatients without MD. The main measurements were age, gender, case-mix/comorbidity and health resource utilization and corresponding outpatient costs (drugs, diagnostic tests and visits). Multiple logistic regression analysis and ANCOVA models were applied.

Results: A total of 64,072 patients were assessed, of which 11,128 had some type of MD (17.4%; 95% CI, 16.7-18.1). Patients consulting for MD had a greater number of health problems (6.7 vs. 4.7; $p < 0.0001$) and higher resource consumption, mainly all-type medical visits/patient/year (10.7 vs. 7.2; $p < 0.0001$). The mean annual cost per patient was higher for patients with MD (851.5 vs. 519.2 euros; $p < 0.0001$), and this difference remained significant after adjusting by age, sex and comorbidities, with a differential cost of euros 72.7 (95% CI, 59.2-85.9). All components of outpatient management costs were significantly higher in the MD group.

Conclusions: Outpatients seeking care for some type of MD had a high number of comorbidities and showed greater annual cost per patient in the primary care setting.

Key words: Mental disorders. Health care resource utilization. Costs study. Primary health care.

Correspondencia: Antoni Sicras Mainar.
Dirección de Planificación y Desarrollo Organizativo.
C/ Gaietà Soler, 6-8, entlo.
08911 Badalona. Barcelona. España.
Correo electrónico: asicras@bsa.gs

Recibido: 31 de mayo de 2006.

Aceptado: 6 de noviembre de 2006.

Introducción

Los problemas mentales (PM) originan importantes deterioros en áreas del funcionamiento psíquico, afectan al equilibrio emocional, el rendimiento intelectual y la adaptación social de los sujetos, y son causa de sufrimiento para el propio en-

fermo y su familia. En la clasificación realizada por la Organización Mundial de la Salud, es una de las principales enfermedades causantes de discapacidad¹. Según el estudio ESEMeD/MEDEA, que evaluó la incidencia y el abordaje de los PM en varios países de Europa en el año 2000, el 9,2% de la población española padece algún tipo de PM². Sin embargo, hay que tener presente que una tercera parte de los casos psiquiátricos detectados presentan simultáneamente más de un PM, lo que dificulta su diagnóstico diferencial³.

Las enfermedades mentales son atendidas frecuentemente en los centros de atención primaria (AP). En este sentido, diversos estudios muestran que cerca de un 25% de los pacientes padece algún trastorno⁴⁻⁷ y que un 30% de la población presenta algún trastorno psiquiátrico en un período de 12 meses⁷. Además, el nivel de resolución de casos psiquiátricos desde el médico de AP se ha incrementado sustancialmente en los últimos años debido, entre otros factores, al desarrollo del conocimiento de estos problemas y al despliegue de los servicios psiquiátricos comunitarios^{8,9}.

El coste económico de los PM es elevado, tanto por los costes directos derivados de los servicios sociales y sanitarios como por los indirectos ocasionados por la pérdida de empleo, la menor productividad laboral y las repercusiones sociales en las familias o la muerte prematura de los sujetos. Diversos estudios cifran estos costes en más del 20% del gasto sanitario total anual¹⁰⁻¹². En nuestro país, un estudio de costes de la enfermedad los situó en 189,59 millones de euros, de los que un 43% correspondió a costes directos (hospitalizaciones, consultas, fármacos, etc.) y el resto a costes indirectos (mortalidad, incapacidad temporal/permanente)¹². La estimación del coste económico de los PM es fundamental para realizar una asignación racional de recursos sanitarios. El objetivo de este estudio es analizar el patrón de uso de los servicios y costes en pacientes que demandan atención por PM en AP en situación de práctica clínica habitual.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio transversal, multicéntrico a partir de la revisión retrospectiva de los registros médicos de pacientes adultos seguidos en régimen ambulatorio. La población de estudio estuvo formada por personas de ambos sexos de 5 centros reformados de AP (Apenins-Montigalá, Morera-Pomar, Montgat-Tiana, Nova Llorreda y La Riera) gestionados por Badalona Serveis Assistencials S.A., que dan cobertura a una población urbana de unos 107.280 habitantes, de los que un 15,6% es mayor de 64 años. La población asignada es en su mayoría urbana, de nivel socioeconómico medio-bajo, con predominio industrial. El tipo de organización es de carácter reformado, con titularidad pública y provisión

de servicios privada (concertados con el CatSalut), siguiendo un modelo empresarial. Además, la empresa cuenta con una dotación de personal, una política de formación, un modelo organizativo y una cartera de servicios similares a las de la mayoría de centros de atención primaria de Cataluña; con un modelo de gestión descentralizada y servicios estructurales únicos.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes atendidos durante el año 2004, con una edad superior a 15 años, que demandaron asistencia por PM mentales. Fueron excluidos los sujetos trasladados a otros centros de AP, los fallecidos, los que no acudieron a los centros, los desplazados o fuera de zona y los que sólo se visitaron con los especialistas integrados. El PM se definió como un síndrome clínico específico, inesperado, que podía manifestarse como una alteración comportamental, psicológica o biológica, obtenido a partir de la Clasificación Internacional de la AP (CIAP-2), en el componente 7 de las enfermedades y problemas de salud psicológicos.

Se obtuvieron las variables edad (continua y por rangos) y sexo, el índice de masa corporal (IMC), el estado laboral (pensionistas), los hábitos de salud (tabaquismo y alcoholismo), así como los antecedentes personales de hipertensión arterial (K86), dislipemia (T93), diabetes mellitus (T90, todos los tipos), hábito tabáquico (P17), alcoholismo (P15), obesidad (T82), cardiopatía isquémica (K74, isquemia cardíaca con angina; K75, infarto agudo de miocardio; K76, isquemia coronaria), accidente cerebrovascular (K90; K91, isquemia cerebral transitoria), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (R95, obstrucción crónica del flujo aéreo), asma bronquial (R96) y todos los tipos de neoplasias malignas. Se cuantificó el número de problemas de salud atendidos por cada paciente/año (comorbilidad) y se consideró como un proceso de atención de una enfermedad equiparable al diagnóstico.

Los recursos sanitarios consumidos obtenidos a partir de los registros propios de cada centro fueron las visitas o citas realizadas en el centro de AP, las derivaciones efectuadas a los especialistas de referencia, las solicitudes de las pruebas complementarias de soporte y la prescripción farmacéutica a cargo del CatSalut. La visita realizada se definió como una cita programada entre el equipo de profesionales y el paciente por una demanda o problema de salud, en el propio centro o en su domicilio. En el caso de una actividad realizada por 2 profesionales conjuntamente, se contabilizó la que figuraba en la agenda de citaciones.

El diseño del sistema de costes se definió teniendo en cuenta las características de la organización y el grado de desarrollo de los sistemas de información disponibles. La unidad de producto asistencial que sirvió de base al cálculo final fue el coste/paciente atendido durante el período de estudio. Según su dependencia con el volumen de actividad desarrollada se consideraron los cos-

Tabla 1. Características generales de la serie estudiada y hábitos de salud de los pacientes que demandan asistencia

Variables estudiadas	Con PM (n = 11.128)	Sin PM (n = 52.944)	Total (n = 64.072)	p
Edad media (DE), años	54,7 (17,7)	45,3 (18,7)	46,9 (18,9)	< 0,0001
15-44 (%)	29,2	52,0	48,0	
45-64 (%)	39,2	29,6	31,3	
65-74 (%)	16,2	10,3	11,3	
> 74 (%)	15,4	8,1	9,4	
Sexo (mujeres) (%)	56,7	53,3	53,9	< 0,0001
Pensionistas (%)	44,0	27,0	30,0	< 0,0001
IMC	28,5	27,0	27,3	< 0,0001
Tabaquismo (%)	19,5	22,6	22,0	0,033; 1,1 (1-1,1) ^a
Alcoholismo (%)	2,6	1,4	1,6	< 0,0001; 1,8 (1,6-2,1) ^a

Valores expresados en porcentaje o media (desviación estándar [DE]). ^aOdds ratio ajustada por edad y sexo (intervalo de confianza del 95%).
IMC: índice de masa corporal; PM: problema mentales.

tes fijos/semifijos (con criterio de imputación) y los costes variables. Se consideraron como costes fijos/semifijos (estructura) los relativos a personal (sueldos y salarios), bienes de consumo y un conjunto de gastos pertenecientes a los servicios externos, de acuerdo con el Plan General Contable para los Centros de Asisten-

Tabla 2. Distribución de las causas incluidas en el grupo de problemas mentales demandados

CIAP	Descripción	n	%	IC del 95%
P70	Demencias	550	0,9	0,1-1,7
P71	Psicosis orgánicas/delirio	39	0,1	0,0-1,1
P72	Esquizofrenia/paranoia	263	0,4	0,0-1,2
P73	Psicosis afectivas	367	0,6	0,0-1,4
P74	Problemas de la ansiedad/ estado de ansiedad	2.413	4,1	3,3-4,9
P75	Problemas de somatización /conversión	73	0,1	0,0-0,8
P76	Depresión/problemas depresivos	6.592	10,3	8,2-12,4
P77	Suicidio/intento de suicidio	97	0,2	0,0-1,1
P78	Neurastenia/ <i>surmenage</i>	336	0,5	0,0-1,3
P79	Fobia/trastorno compulsivo	195	0,3	0,0-1,1
P80	Problemas de la personalidad	237	0,5	0,4-1,2
P85	Retraso mental	102	0,2	0,0-1,1
P99	Otros problemas psicológicos /mentales	70	0,1	0,0-0,8

CIAP: Clasificación Internacional de la Atención Primaria; IC: intervalo de confianza.

cia Sanitaria, y como variables, los relacionados con las solicitudes diagnósticas, terapéuticas o derivaciones efectuadas por los profesionales del centro. Los diferentes conceptos de estudio y su valoración económica fueron los siguientes: *a)* pruebas complementarias, incluidas las de laboratorio (gasto medio por petición), radiología convencional (tarifa por cada prueba solicitada) y pruebas de soporte (tarifa por cada prueba solicitada); *b)* interconsultas o derivaciones efectuadas a los especialistas de referencia o a los centros hospitalarios de carácter ordinario o urgentes (tarifa adaptada por derivación), y *c)* prescripciones (recetas médicas agudas, crónicas o a demanda; precio de venta al público por envase). Las tarifas utilizadas procedieron de estudios de contabilidad analítica realizados en la propia organización o de precios establecidos por el CatSalut (fuente: Orden de la Generalitat de Catalunya de 22 de diciembre de 1995. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya). A partir de los costes semifijos se obtuvo un coste medio por visita realizada y se efectuó un reparto directo final para cada paciente atendido durante el período de estudio. Por tanto, el coste por paciente (Cp) fue: Cp = (coste medio por visita × número de visitas [costes semifijos]) + costes variables.

Como paso previo al análisis, y en particular a la fuente de información perteneciente a las historias clínicas informatizadas (OMIAP), se revisaron cuidadosamente los datos, observando sus distribuciones de frecuencia y buscando posibles errores de registro o de codificación. La calidad de los datos se consideró adecuada y se obtuvieron de forma informatizada, respetándose la confidencialidad de los registros marcada por la ley. Se efectuó un análisis estadístico descriptivo-univariante con valores de media, desviación estándar (DE) e intervalos de confianza (IC) del 95%; se comprobó la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene. En el análisis bivariante se utilizaron las pruebas de la t de Student, el ANOVA, la χ^2 y la correlación de Pearson o de Spearman. Se efectuó un análisis de regresión logística para las variables categóricas dicotómicas (ajustado por edad y sexo) con procedimiento paso a paso hacia delante para la corrección del modelo. La comparación del coste ambulatorio de los PM se realizó mediante el análisis de la covarianza (ANCOVA), con el sexo, la edad y el número de comorbilidades como covariables (estimación de medias marginales; ajuste de Bonferroni). Se utilizó el programa SPSSWIN versión 12, estableciendo una significación estadística para valores de $p < 0,05$.

Resultados

De una selección inicial de 90.032 sujetos mayores de 15 años asignados a los centros, fueron atendidos 64.072 (intensidad de uso: 71,2%; frecuentación: 4,7

Tabla 3. Distribución y número de comorbilidades según la presencia o ausencia de problemas mentales

VARIABLES ESTUDIADAS	Total ^a (n = 64.072)	Con PM ^a (n = 11.128)	Sin PM ^a (n = 52.944)	OR ^b (IC del 95%)	p
Hipertensión arterial (%)	20,2	33,7	17,4	1,6 (1,5-1,7)	< 0,0001
Dislipemia (%)	21,4	33,9	18,8	1,6 (1,5-1,7)	< 0,0001
Diabetes mellitus (%)	8,4	11,5	7,8	1,0 (0,9-1,1)	0,776
Obesidad (%)	8,6	13,4	7,6	1,6 (1,5-1,7)	< 0,0001
Cardiopatía isquémica (%)	3,2	5,9	2,7	1,4 (1,3-1,5)	< 0,0001
Accidente vasculocerebral (%)	1,0	1,5	0,7	1,2 (1-1,5)	0,022
EPOC (%)	2,6	4,4	2,3	1,1 (1-1,3)	0,027
Asma bronquial (%)	4,0	4,1	4,0	1,2 (1,1-1,3)	0,004
Neoplasias malignas (%)	3,1	6,4	2,4	2,1 (1,9-2,3)	< 0,0001
Problemas de salud atendidos (media, DE)	5,0 (3,5)	6,7 (3,9)	4,6 (3,3)	1,0 (1-1,1) ^c	< 0,0001
Comorbilidades (media, DE)	0,96 (1,08)	1,37 (1,21)	0,88 (1,03)	0,3 (0,2-0,3) ^c	< 0,0001

Valores expresados en porcentaje o media (desviación estándar [DE]). ^aValores observados. ^bOR = *odds ratio* ajustada por edad y sexo. ^cDiferencia de los valores corregidos por edad y sexo (ANCOVA).

DE: desviación estándar; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*; PM: problemas mentales.

visitas/100 habitantes) y cumplieran con los criterios de inclusión. En la tabla 1 se describen las características generales y los hábitos de salud de los pacientes estudiados. El 17,4% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 16,7-18,1) presentaba al menos un PM. Durante el período de estudio, se contabilizaron 320.825 problemas de salud y 503.028 visitas en AP. El promedio de problemas de salud atendidos por visita/año fue de 0,61; la edad media en el grupo de PM fue mayor (54,7 frente a 45,3 años; $p < 0,0001$), con una mayor proporción de sujetos en el subgrupo de personas mayores de 74 años, un porcentaje de pensionistas del 44% y de mujeres del 56,7%.

Las causas de asistencia más frecuentes en el grupo con PM (tabla 2) fueron la depresión/problemas depresivos, los problemas de la ansiedad/estado de ansiedad y las demencias (10,3, 4,1 y 0,9%, respectivamente). La distribución y el número de comorbilidades según la presencia de PM aporta datos sobre la asociación de estas enfermedades y los PM. El número anual de problemas de salud atendidos fue mayor en el grupo de PM, con una diferencia media con respecto al grupo que demanda atención mental (corregida por las variables edad y sexo) de 1 (IC del 95%, 1,0-1,1) y 0,3 (IC del 95%, 0,2-0,3), respectivamente. La presencia de algún PM se relacionó con una mayor pro-

Tabla 4. Utilización de recursos sanitarios ambulatorios y costes anuales por paciente según presencia o ausencia de problemas mentales

RECURSOS/COSTES (EUROS)	Total ^a (n = 64.072)	Con PM ^a (n = 11.128)	Sin PM ^a (n = 52.944)	Diferencias corregidas ^b
Recursos sanitarios				
Visitas médicas	7,8 (7,9)	10,7 (9,0)	7,2 (7,6)	1,40 (1,3-1,6) ^c
Derivaciones al especialista	0,7 (0,9)	0,8 (1,1)	0,6 (0,9)	0,07 (0,05-0,09) ^c
Pruebas complementarias	0,7 (1)	1,1 (1,2)	0,6 (0,9)	0,23 (0,21-0,25) ^c
Principios activos	4,3 (3,8)	5,9 (4,3)	4,0 (3,6)	0,04 (0,01-0,09) ^c
Costes anuales/paciente (€)^d				
Visitas médicas	157,0 (159,1)	214,0 (180,2)	145,0 (151,6)	28,5 (25,5-31,4) ^c
Derivaciones al especialista	36,7 (52,9)	45,1 (59,3)	34,9 (51,3)	4,1 (2,9-5,1) ^c
Pruebas complementarias	25,6 (33,5)	39,4 (40,4)	22,6 (31,1)	10,7 (10,1-11,4) ^c
Farmacéuticos	357,6 (683,2)	553,1 (819,9)	316,6 (643,3)	29,3 (17,4-41,2) ^c
Coste total	576,9 (795,1)	851,5 (943,2)	519,2 (747,6)	72,6 (59,2-85,9) ^c

Valores expresados en porcentaje o media (desviación estándar [DE]).

^aValores observados.

^bDiferencia de los valores corregidos por las variables edad y sexo y comorbilidades (intervalo de confianza del 95%).

^c $p < 0,0001$.

^dCoste unitario (promedio) expresado en euros (año 2004).

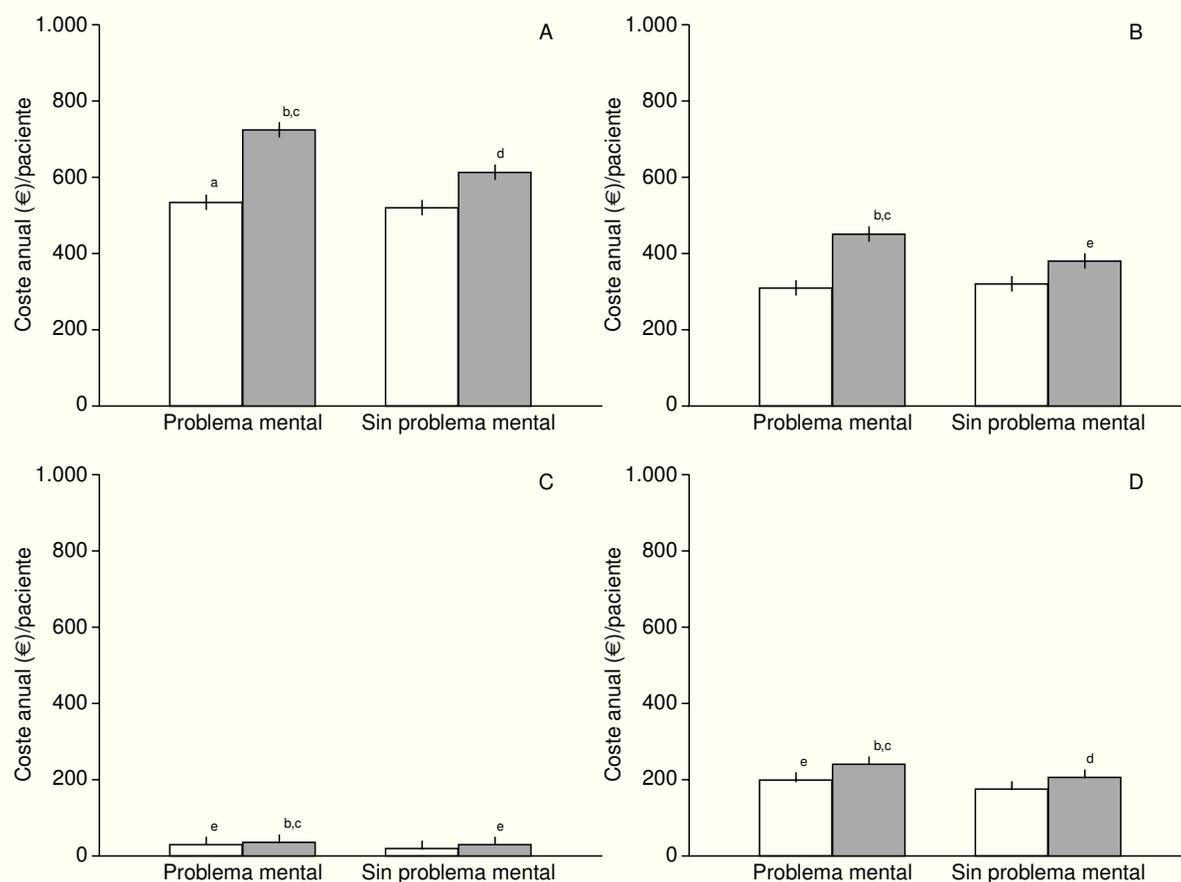
PM: problemas mentales.

babilidad de presentar las siguientes enfermedades (tabla 3): neoplasias malignas (*odds ratio* [OR] = 2,1), hipertensión arterial (OR = 1,6), dislipemia (OR = 1,6), obesidad (OR = 1,6) y cardiopatía isquémica (OR = 1,4).

El coste total de la atención de los pacientes que demandan asistencia, en condiciones de práctica clínica habitual, ascendió a 36.962.099,7 euros, de los cuales el 27,2% correspondió a costes fijos/semifijos y el restante 72,8% a costes variables (derivaciones a especialistas [6,4%], pruebas complementarias [4,4%] y prescripción farmacéutica [62%]). La utilización de recursos sanitarios fue significativamente mayor en el grupo que demanda atención por PM en todos los niveles analizados (tabla 4). Los costes totales anuales por paciente, sin corregir, fueron mayores en el grupo con algún PM, de 851,5 frente a 576,9 euros, con una diferencia media ajustada por edad, sexo y comorbi-

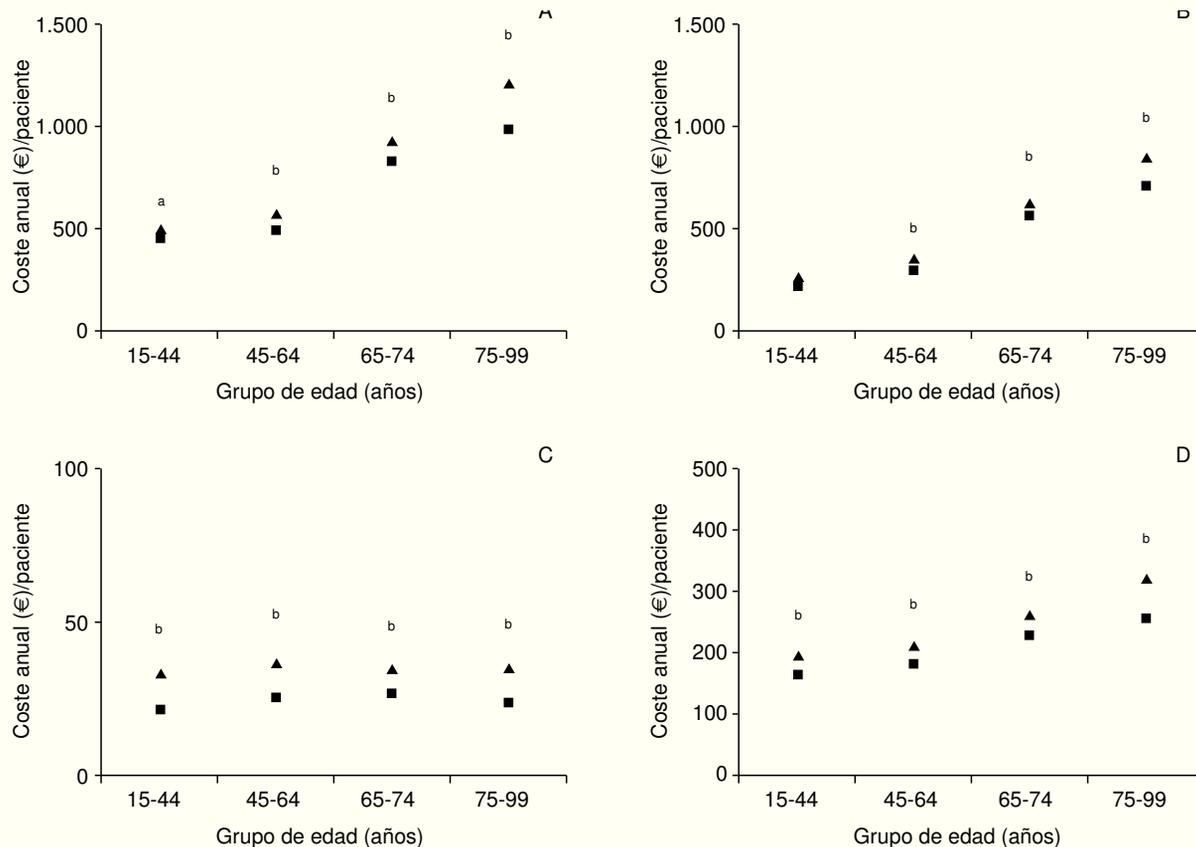
dades de 72,6 euros (IC del 95%, 59,2-85,9; $p < 0,0001$). Los costes ambulatorios anuales por paciente, desagregados en sus componentes (visitas médicas, derivaciones al especialista, pruebas complementarias y prescripción farmacéutica) fueron mayores en todos los casos en el grupo con PM. Las mayores diferencias corregidas se encontraron en los costes farmacéuticos (29,3 euros; IC del 95%, 17,4-41,2). Las mujeres mostraron unos costes ambulatorios por paciente/año, totales y desagregados, mayores que los hombres, independientemente de la presencia de algún PM (fig. 1). El grupo con algún PM (tanto hombres como mujeres) presentó los mayores costes, excepto en los costes farmacéuticos, en que no se apreciaron diferencias entre los hombres con PM y sin PM (fig. 1, panel B). Los costes ambulatorios anuales por paciente, tanto totales como desagregados, fueron mayores en el grupo de

Figura 1. Costes ambulatorios anuales por paciente, totales y desagregados en sus componentes principales, según el sexo y la presencia de problemas mentales (PM). Datos expresados como media (intervalo de confianza del 95%). A) Costes totales. B) Costes farmacéuticos. C) Costes de las pruebas complementarias. D) Costes de las visitas médicas (atención primaria y especialista).



□Hombre. ■Mujer. ^a $p < 0,0001$ frente a mujer sin PM. ^b $p < 0,0001$ frente a hombre con PM. ^c $p < 0,05$ frente a hombre sin PM. ^d $p < 0,0001$ frente a hombre sin PM. ^e $p < 0,0001$ frente a hombre sin PM.

Figura 2. Costes ambulatorios anuales por paciente, totales y desagregados en sus componentes principales, según la edad y la presencia de problemas mentales (PM). Datos expresados como media (intervalo de confianza del 95%). A) Costes totales. B) Costes farmacéuticos. C) Costes de las pruebas complementarias. D) Costes de las visitas médicas (atención primaria y especialista).



^aSin PM. ^bCon PM. ^{*}p < 0,01. ^bp < 0,0001.

algún PM, para todos los rangos de edad, exceptuando los costes farmacéuticos para el rango de 15-44 años, que eran similares, tuvieran o no algún PM (fig. 2). El análisis de regresión logística múltiple mostró que los factores explicativos del coste total ambulatorio (R^2 corregida = 0,336; $p = 0,0001$) fueron la edad ($\beta = 15,2$; $p < 0,0001$), el número de comorbilidades ($\beta = 221,9$; $p < 0,0001$), el sexo (mujer = 0, hombre = 1; $\beta = -115,5$; $p < 0,0001$) y la presencia de algún PM ($\beta = 76,8$; $p < 0,0001$).

Discusión

Los centros de AP están cada día más implicados en la detección y el tratamiento de los PM. Cerca de un 80% de los pacientes psiquiátricos atendidos en salud mental procede del ámbito de la AP y su primer contacto

con la asistencia sanitaria ha sido a través del médico de familia¹³. Nuestro estudio muestra que la proporción de pacientes con demanda de atención por algún PM en los centros de AP es del 17,4%, y la depresión y la ansiedad son los problemas más frecuentes. Estas proporciones son sensiblemente inferiores a las observadas en otros países europeos, como Bélgica, donde utilizando como instrumento de medida el cuestionario PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) se llegó a alcanzar una tasa de prevalencia del 42,5%¹⁴, o Dinamarca, donde aproximadamente la mitad de los pacientes atendidos por el médico de familia cumplía con criterios de PM según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10.^a revisión (CIE-10)¹⁵. Sin embargo, los estudios coinciden en señalar que los problemas ansioso-depresivos se encuentran entre los más frecuentes en los centros de AP^{14,15}.

El análisis de nuestros resultados muestra una asociación entre la demanda de PM y la hipertensión ar-

terial, dislipemia, obesidad, cardiopatía isquémica y neoplasias malignas, independientemente de la edad y el sexo. Como cabía esperar, el número de comorbilidades es un factor relacionado con el coste. No obstante, los pacientes con algún PM mostraron un mayor coste ambulatorio total que los pacientes sin PM, incluso después de corregir por el efecto del mayor número de comorbilidades; también cabe suponer que es posible, por el diseño del estudio, que el mayor uso de servicios y de costes de estos pacientes se deba a su estado general y que la petición de asistencia mental (por ansiedad/depresión) sea consecuencia de su peor estado físico a pesar del ajuste.

El género femenino se mostró como otro de los factores asociados a un mayor coste; diversos estudios han sugerido que es una variable predictora de mayor utilización de servicios, diferencia más patente en el ámbito de la AP, con independencia del problema y de la región geográfica⁴. Sin embargo, también hay que señalar que en algunos registros españoles los hombres presentan las mayores tasas de frecuentación y, en general, parecen estar incrementándose las tasas entre ellos¹⁶, aunque esta observación no se ha constatado en nuestro estudio. En los estudios de utilización de psicofármacos también se observa un mayor porcentaje de tratamientos entre las mujeres, que podría deberse a esta mayor frecuentación de los centros de AP⁹. Si el patrón de actuación de los hombres está cambiando, puede que esta discrepancia entre costes de hombres y mujeres se reduzca con el tiempo.

El resultado más relevante de este estudio es que los pacientes con demanda de atención mental muestran un mayor consumo de recursos sanitarios en todos los niveles, independientemente de la edad, el sexo y la morbilidad, con lo que incurren en un mayor coste/paciente/año, y la mayor diferencia se observa en el coste farmacéutico. Este coste podría deberse al mayor número de principios activos consumidos, pero no podemos descartar que parte de esta diferencia se deba a un mayor coste de adquisición de los psicofármacos o a que a este tipo de pacientes se le estuviese prescribiendo medicamentos de última generación, de mayor precio, para tratar otros PM. El segundo componente del coste con mayor importe fue la visita en AP; en la bibliografía consultada se señala que, en general, los pacientes psiquiátricos solicitan más frecuentemente atención y que lo hacen con mayor frecuencia en consultas de AP que en las de psiquiatría¹⁷. Vázquez-Barbero et al¹⁸, en un estudio sobre la epidemiología y uso de recursos sanitarios relacionado con la salud mental en AP, observaron que los pacientes con PM tenían unas tasas de consulta superiores a los que no presentaban ninguna enfermedad mental. Las tasas de consulta más altas también se asociaron con las variables demográficas del sexo (mujer) y la edad. En otros estudios con pacientes hiperfrecuentadores se confir-

mó que este tipo de pacientes suelen ser mayores de 50 años, con enfermedades crónicas y disfunciones psíquicas¹⁹⁻²¹, y las alteraciones mentales eran el cuarto motivo de consulta más frecuente. El 20% de los hiperfrecuentadores en todos los rangos de edad y el 50% de los de 35-44 años presentaron riesgo de PM. En referencia a las derivaciones al especialista, los estudios realizados sobre las causas de las derivaciones desde AP al servicio de salud mental muestran que la supervisión del caso (50,7%) y la confirmación diagnóstica (8,9%) son los 2 motivos más frecuentes de derivación²². La dificultad del diagnóstico y el tratamiento de los PM, junto con la percepción de falta de conocimientos en esta materia²², puede influir en que este tipo de pacientes se derive al especialista con más frecuencia.

No hemos hallado ningún otro estudio en el que la unidad de análisis sea el coste/paciente con PM con la metodología utilizada. Este coste podría variar en función del estilo de práctica clínica llevado a cabo en los diferentes centros asistenciales de AP y en las distintas comunidades autónomas, y puede que el coste que se atribuye a los pacientes mentales corresponda en mayor medida a los pacientes con un mayor grado de discapacidad, detectados con más facilidad²³, y presumiblemente son mayores consumidores de recursos sanitarios. Por tanto, para conocer con mayor exactitud los costes derivados del consumo de recursos sanitarios de los pacientes con PM, se debe continuar trabajando en la detección y el correcto diagnóstico de estos pacientes y se deberían realizar estudios más extensos en los que participasen centros de todo el territorio nacional; además, sería de suma importancia medir la proporción de sujetos con una demanda de atención de salud mental que son derivados al especialista y su permanencia o reiteración.

En nuestro estudio no se han tenido en cuenta los costes derivados de las hospitalizaciones, las visitas a urgencias hospitalarias, dado que nuestro objetivo era centrarnos en el ámbito de la AP, aunque sería interesante que se evaluase el consumo de estos recursos en futuras investigaciones, ya que su impacto es elevado. También se han excluido los pacientes fallecidos, a pesar de que repercute en un mayor coste total por estar menos tiempo en el análisis, y su impacto es bajo.

De la misma manera, y como se describe en la literatura científica, el componente relativo a los costes sociales representa la parte más importante del coste de los PM, cuando la perspectiva de evaluación que se elige es la de la sociedad^{24,25}. No obstante, los datos obtenidos en AP pueden ser una fuente de información importante para que las autoridades sanitarias puedan adoptar medidas apropiadas y coste-efectivas en este nivel asistencial, cada día más implicado con los PM²⁶⁻²⁹. En conclusión, a pesar de las posibles limitaciones de los estudios observacionales, nuestros

resultados ponen de manifiesto que los pacientes que han demandado atención por algún problema de salud mental presentan un elevado número de comorbilidades y un mayor coste anual en el ámbito de la AP.

Bibliografía

1. Ustun TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, et al. Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. WHO/NIH Joint Project CAR Study Group. *Lancet*. 1999;354:111-5.
2. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;420 Suppl:21-7.
3. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:445-51.
4. Ustun TB. The global burden of mental disorders. *Am J Public Health*. 1999;89:1315-8.
5. Patel V, Saraceno B, Kleinman A. Beyond evidence: the moral case for international mental health. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1312-5.
6. Philbil JT, Connely JE, Wofford AB. The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med*. 1996;1:9-15.
7. Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services in primary care. *Br J Psychiatry*. 1997;170:6-11.
8. Beltrán-Vilella M, Salleras-Marcó N, Camps-García C, Solanas-Saura P, Igual-Massalles E, García-Oria M. Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. *Aten Primaria*. 2001;28:39-45.
9. Vedia C, Bonet S, Forcada C, Parellada N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:239-247.
10. Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, Van der Maas PJ. Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study. *BMJ*. 1998;317:111-5.
11. Patel A, Knapp MRJ. Cost of mental illness in England. *Mental Health Res Rev*. 1998;5:4-10.
12. López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-González B. Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002. *Aten Primaria*. 2004;34:32-8.
13. Téllez JM, Cerecedo MJ, Pascual P, Buitrago R. La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria. ¿Un reto a nuestro alcance? *Aten Primaria*. 2005;35:7-13.
14. Ansseau M, Dierick M, Buntinks F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2004;78:49-55.
15. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders, results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med*. 2005;35:1175-84.
16. Montero S, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J, et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit*. 2004;18:175-81.
17. Katerndahl DA. Problemas conductuales y psiquiátricos. En: Taylor RB, editor. *Medicina de familia, principios y práctica*. 5.ª ed. New York: Springer; 1995. p. 289-331.
18. Vázquez-Barquero JL, García J, Simón JA, Iglesias C, Montejo J, Herran A, et al. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry*. 1997;170:529-35.
19. Llorente S, López T, García LJ, Alonso S, Alonso P, Muñoz P. Perfil del hiperfrecuentador en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1996;5:579-83.
20. García LJ, Alonso M, Salvadores J, Alonso PS, Muñoz P, Blanco AM. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1996;18:484-9.
21. Ortega MA, Roca G, Iglesias M, Serrano JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de servicios sanitarios. *Aten Primaria*. 2004;33:78-85.
22. Arrillaga M, Sarasqueta C, Ruiz M, Sánchez A. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Aten Primaria*. 2004;33:491-5.
23. Collings S, and The MaGPIe Research Group. Disability and the detection of mental disorders in primary care. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2005;40:994-1002.
24. Andlin-Sobocki P, Jonson B, Wittchen HU, Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol*. 2005;12 Suppl 1:1-27.
25. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15:357-76.
26. Vázquez-Polo FJ, Negrín M, Cabases JM, Sánchez E, Haro JM, Salvador-Carulla L. An analysis of the costs of treating schizophrenia in Spain: a hierarchical Bayesian approach. *J Ment Health Policy Econ*. 2005;8:153-65.
27. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*. 2004;34:597-611.
28. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med*. 2005;35:1773-83.
29. Serrano-Blanco A, Gabarron E, García-Bayo I, Soler-Vila M, Carames E, Penarrubia-Maria MT, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of antidepressant treatment in primary health care: a six-month randomised study comparing fluoxetine to imipramine. *J Affect Disord*. 2006;91:153-63.