



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

ANÁLISIS COSTO EFECTIVIDAD DEL PLAN GES PARA LA DEPRESIÓN

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS
PÚBLICAS

YAZNA DANIELA VERGARA PÉREZ

PROFESOR GUÍA:
FABIÁN DUARTE VÁSQUEZ

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
SYLVIA GALLEGUILLOS BURGOS
JAVIER FARÍAS SOTO

SANTIAGO DE CHILE
2019

**RESUMEN DE LA TESIS PARA OPTAR AL
TÍTULO DE:** Magíster en Gestión y Políticas
Públicas
POR: Yazna Daniela Vergara Pérez
FECHA: 30/09/2019
PROFESOR GUÍA: Fabián Duarte

ANÁLISIS COSTO EFECTIVIDAD DEL PLAN GES PARA LA DEPRESIÓN

Los trastornos mentales afectan a millones de personas en todo el mundo provocando graves consecuencias para quienes los padecen y para su entorno, lo que lo define como un importante problema de salud pública (OMS, 2017). En Chile, la principal carga por enfermedad se relaciona a condiciones neuropsiquiátricas, siendo la depresión el trastorno mental primordial que afecta a cerca del 5% de la población.

El plan de Garantías Explícitas en Salud (GES) desde el año 2006 incluye el trastorno depresivo en personas mayores a 15 años, entre las patologías a las que le otorga cobertura de tipo económica y oportuna. Por lo tanto, han transcurrido más de 12 años desde su implementación y a la fecha se desconoce su funcionamiento, puesto que no existen evaluaciones de impacto ni de su efectividad en el tratamiento de la depresión.

El objetivo de este trabajo es realizar una evaluación económica parcial de costo-efectividad de parte del tratamiento general de la depresión enmarcado en el GES, para lo cual se define el tratamiento a evaluar identificando su efectividad, se estiman los costos totales para la intervención desde el punto de vista del GES, y finalmente se define el costo-efectividad, tanto como valor específico como por un rango.

Para definir la efectividad, se escogió como unidad de análisis la psicoterapia y la consulta psicológica. Posteriormente, se realizó una revisión bibliográfica de la efectividad de la psicoterapia cognitiva-conductual o interpersonal, entre los cuales se seleccionaron estudios que estuvieran en la vecindad de 12 sesiones, número recomendado por Ministerio de Salud (2013). De esto se obtuvieron cuatro estudios que cumplían con las condiciones, obteniéndose que la probabilidad de que una persona recayera luego de más de un año de haber completado las sesiones es del 26%.

Con respecto a los costos, se analizó la base de datos de prestaciones bonificadas del año 2017 de la Superintendencia de Salud, encontrándose 126 prestaciones codificadas como psicoterapia o psicología clínica y bonificadas por el GES. De esto, se obtuvo que el valor de la mediana de las consultas es de \$23.725, al igual que el valor reembolsado por GES, por tanto, el valor mediano del gasto de bolsillo es de \$0. El costo-efectividad indica que para tener una probabilidad de que el 74% de las personas que completan las 12 sesiones de tratamiento no sufran una recaída luego de un año, se deben invertir \$284.700 por paciente.

Finalmente, la importancia de la realización de este estudio, a pesar de las limitaciones, es el ofrecer un punto de partida para llevar a cabo estudios posteriores en torno a la relación costo-efectividad del tratamiento de la depresión, esto permitirá entender la forma actual en que se está tratando el trastorno en el programa GES, y determinar si está surgiendo efecto, y de no ser así, posibilitará la realización de los cambios apropiados para que tengan resultados efectivos en la población.

TABLA DE CONTENIDO

1. ANTECEDENTES.....	1
1.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2. OBJETIVOS	3
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	3
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
2. MARCO CONCEPTUAL	4
2.1. TRASTORNO DEPRESIVO.....	4
2.2. FINANCIAMIENTO DE SALUD MENTAL	11
2.2.1. Financiamiento en Chile.....	12
2.2.2. Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES).....	14
2.3. ANÁLISIS COSTO EFECTIVIDAD (ACE)	17
2.3.1. Costos.....	18
2.3.2. Efectividad	19
3. DISEÑO METODOLÓGICO	20
4. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD	22
4.1. SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO	22
4.2. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD DE TRATAMIENTO.....	23
5. ANÁLISIS DE COSTOS.....	31
6. ANÁLISIS COSTO-EFECTIVIDAD	37
7. CONCLUSIONES	38
8. GLOSARIO	41
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
10. ANEXOS.....	47
10.1. DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO.....	47
10.2. DETALLE TRATAMIENTOS DE DEPRESIÓN	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2-1: Prevalencia de trastorno depresivo y pérdida de salud en Chile, comparado con Continente y Mundo.	6
Tabla 2-2: Factores de riesgo de trastorno depresivo.	9
Tabla 2-3: Tratamientos para la depresión.....	11
Tabla 2-4: Características de entidades de salud de Chile	12
Tabla 2-5: Patologías cubiertas por plan de Garantías Explícitas de Salud (GES)	14
Tabla 2-6: Perspectivas, tipo de costo, tipo de recursos y financiamiento	19
Tabla 4-1: Tratamientos considerados por el GES para enfrentar depresión leve, moderada y grave	22
Tabla 4-2: Estudios con efectividad de tratamiento de depresión	24
Tabla 4-3: Estudios escogidos de Vittengl et al. (2007)	27
Tabla 4-4: Estudios escogidos finales de Vittengl et al. (2007)	29
Tabla 5-1: Prestaciones seleccionadas.....	31
Tabla 5-2: Distribución por género y por tipo de beneficiario	33
Tabla 5-3: Detalle de costos por identificador	34
Tabla 5-4: Costos promedios	36
Tabla 10-1: Criterios diagnósticos de trastorno depresivo.	47
Tabla 10-2: Clasificación de tratamientos farmacológicos depresión.....	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2-1: Prevalencia de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por Región de la OMS.	5
Figura 2-2: Porcentaje AVISA de los principales trastornos mentales respecto al total de los AVISA de condiciones neuropsiquiátricas.	6
Figura 2-3: Porcentaje de la población que ha presentado ideación suicida entre los años 2016 y 2017.	7
Figura 2-4: Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente según sexo, Chile 2000 a 2016.	8
Figura 2-5: Comparación del porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental (%) entre Chile y países de diferentes ingresos.	13
Figura 2-6: Gasto promedio per cápita en atención de salud mental por los seguros público (Fonasa) y privados (Isapre).	13
Figura 2-7: Número de ingresos a GES de depresión para Fonasa e Isapre.	17
Figura 4-1: Distribución de estudios totales por autor	25
Figura 4-2: Número de resultados de efectividad para terapias más recurrentes en los estudios.	26
Figura 4-3: Frecuencia de porcentaje de recaída o recurrencia basado en los estudios escogidos de Vittengl et al. (2007)	29
Figura 4-4: Esquema de decisiones para obtener valor de efectividad.	30
Figura 5-1: Distribución prestaciones bonificadas por código	32
Figura 5-2: Distribución de personas que realizaron bonificación por edad	33
Figura 5-3: Esquema de decisiones para obtener prestaciones bonificadas a analizar.	34
Figura 5-4: Distribución de costo total por consulta.	35

1. ANTECEDENTES

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2017), los distintos tipos de trastornos mentales afectan a cerca de 450 millones de personas en todo el mundo y provocan importantes consecuencias para quienes los padecen y para su entorno, tanto en el deterioro de calidad de vida y salud, como en aspectos económicos, sociales y de derechos humanos y, por lo tanto, a nivel mundial se ha posicionado como un importante problema de salud pública.

El Ministerio de Salud (s.f.) asocia el origen de la mala salud mental a razones de tipo sociales, psicológicas y biológicas, por tanto, teniendo como objetivo disminuir la carga mundial de trastornos mentales es necesario abordarlos y entregar soluciones de forma integral. En miras de enfrentar este escenario es que en el año 2012 la Asamblea Mundial de la Salud dio a conocer el Plan de Acción sobre salud mental 2013 – 2020, el cual insta a los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a elaborar políticas que contribuyan a realizar un progreso en las etapas de tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación, bajo la premisa de que “no hay salud sin salud mental” (Organización Mundial de la Salud). Además, la importancia de enfrentar la problemática de los trastornos mentales se ratifica al incluirse dentro de uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU, refiriéndose a la necesidad de reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles, mediante prevención, tratamiento y promoción de la salud mental.

De entre los trastornos mentales, la depresión es el más frecuente llegando a afectar, con distinta intensidad, a 300 millones de personas en el mundo, lo que equivale a un 4,4% de la población mundial y significa un incremento de un 18% respecto de hace 10 años. Además, corresponde a la principal causa mundial de discapacidad, provocando más del 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en el año 2015 (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017) y la tercera causa de morbilidad, representando el 4,3% de la carga mundial, con estimaciones que la proyectan como la principal responsable en el año 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2011). Sumado a lo anterior, la OMS (2012) señala el padecimiento de depresión como la principal causa de que más de 800 mil personas se suiciden al año.

Se estima que más de la mitad de los afectados por depresión en todo el mundo, e incluso el 90% en algunos países, no acceden a tratamientos eficaces pese a que existen, debido a distintos obstáculos, tales como: estigmatización de los trastornos mentales y falta de apoyo a quienes lo padecen; evaluación clínica errónea, como ocurre en muchos países donde en ocasiones la depresión no logra ser diagnosticada o bien, se le diagnostica a personas que no la padecen; y falta de recursos y de personal de la salud con las competencias adecuadas (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En Chile, durante los últimos años, diversos estudios han evidenciado las actuales condiciones en las que se encuentra el país en términos de salud mental y las importantes consecuencias que conllevan. Las elevadas cifras de personas que presentan algún tipo de trastorno de salud mental (CNN Chile, 2018), el incremento del número de suicidios (León, 2019) y el aumento de consumo de psicofármacos (Droguett, Vidal, Medina, & Hoffmeister, 2019) encienden las principales alertas

respecto al tema.

Por otra parte, el impacto de los trastornos de salud mental se evidencia a nivel país en términos de las consecuencias en pérdida de productividad, donde el ausentismo laboral general que causan se estima entre un 35% y 40% (Siebert, 2016). Además, corresponden a la principal causa de tramitación de licencias médicas, tanto por medio de las Instituciones de Salud Previsionales (Isapre) como del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), alcanzando un 22% del total para el sistema en su conjunto, siendo también las que mayores días de ausencia justificado implican, alcanzando el 29% de los días pagados. En Fonasa se observa que el 76% de las licencias tramitadas por patologías mentales corresponde a mujeres y que de acuerdo a la edad, el 36% posee entre 25 y 34 años (Superintendencia de Seguridad Social, 2017).

Con respecto a la depresión, según el estudio de la Organización Panamericana de la Salud (2017), en el país existe un 5% de la población con trastorno depresivo, lo que equivale a más de 800.000 personas, pero un 18,3% reporta síntomas de depresión severa a moderada (Centro de Estudio de Conflictos y Cohesión Social (COES), 2018). Lo anterior corresponde a más de 140.000 años vividos con discapacidad lo que representa un 8,8% del total nacional.

Como forma de dar respuesta a los desafíos y necesidades de las personas que habitan el país, en materia de salud mental, el Ministerio de Salud ha establecido una hoja de ruta a través del Plan Nacional de Salud Mental el cual actualmente se encuentra en su tercera versión abarcando los años 2017 a 2025, mientras que las anteriores ediciones datan de los años 1993 y 2000. Este plan busca proponer objetivos estratégicos y metas a cumplir en temas de regulación y derechos humanos, provisión de servicios de salud mental, financiamiento, gestión de la calidad e intersectorialidad y participación.

El establecimiento de una línea estratégica por parte del Estado, para abordar la salud mental, sumado a la alta prevalencia de depresión en Chile y sus efectos en términos de deterioro de la calidad de vida y aspectos económicos de quienes lo padecen y del entorno cercano, llevó a que esta patología comenzara a formar parte de las enfermedades cubiertas por el plan de Garantías Explícitas en Salud desde julio del año 2006, lo que significa que las personas mayores a 15 años diagnosticadas con depresión, obtienen acceso a atención médica de forma oportuna, de calidad y con cobertura financiera tanto para aquellos cotizantes del sistema público como del privado (Ministerio de Salud).

El aspecto financiero es una importante limitante a la hora de enfrentar enfermedades de salud mental. Los bajos presupuestos en dicha materia obligan a optimizar el uso de los recursos disponibles, traduciéndose en un aumento del gasto de bolsillo de las personas. Tal es el caso de Chile, donde el presupuesto público se encuentra por debajo de la media mundial y de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (Ministerio de Salud, 2017).

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Han transcurridos más de diez años desde que la patología “Depresión en personas de

15 años y más” se incluyó como parte de las enfermedades cubiertas por el plan de Garantías Explícitas en Salud, por tanto, se ha vuelto necesario conocer si los esfuerzos económicos destinados al tratamiento del trastorno están siendo efectivos respecto a los resultados obtenidos. Cabe destacar que no existe bibliografía conocida respecto a evaluaciones en términos económicos que se hayan realizado del modelo de intervención concebido para abordar el trastorno depresivo, y que permita avalar o mejorar el actual desempeño. Lo anterior es respaldado por Vöhringer (Siebert, 2016) que reafirma la inexistencia de evaluaciones reales del impacto que tiene el GES en el tratamiento de enfermedades, planteando el desconocimiento de los verdaderos resultados. Por su parte, Errázuriz, Valdés, Vöhringer & Calvo (2015), señalan que además de incrementar los recursos para el financiamiento de salud mental, urge contar con investigación sobre pertinencia, eficiencia y costo-efectividad de intervenciones en el tema.

Es importante destacar que el desarrollo de esta tesis busca contribuir al debate sobre la importancia de tomar acciones respecto a temas de salud mental y en particular respecto a la depresión, debido al notable incremento que se ha producido en los últimos años, de personas que padecen dicho trastorno (Cordero, 2019) y por tanto la relevancia que ha alcanzado dentro de este grupo de enfermedades. Por sobre todo esta tesis busca ser una primera aproximación a estudios de esta naturaleza, que puedan abrir la puerta a la realización de proyectos posteriores y dé a conocer las dificultades para el desarrollo de los mismos, pero que, en definitiva, contribuyan a mejorar en términos de efectividad el funcionamiento del sistema en salud mental.

Es por lo anterior que la pregunta de investigación que guía el desarrollo de la tesis es: ¿el actual protocolo de intervención de la depresión, dentro del régimen de Garantías Explícitas de Salud resulta ser costo efectivo?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar una evaluación económica parcial de costo-efectividad de la depresión en personas mayores de 15 años, realizado en el marco del plan de Garantías Explícitas en Salud (GES).

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Definir tratamiento a evaluar para enfrentar la depresión.
2. Identificar consecuencias o efectos obtenidos de hacer uso de dicho tratamiento frente a la depresión.
3. Identificar costos directos implicados en el tratamiento en estudio de la depresión en los que interviene el plan GES y estimar los costos totales para la intervención.
4. Definir el rango de variación del costo-efectividad del tratamiento de la depresión en GES, tomando como base los límites entre los que se mueve la efectividad del tratamiento.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. TRASTORNO DEPRESIVO

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (s.f.) la depresión “es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (2017) resalta que la depresión es una condición de salud diagnosticable y que se diferencia de los sentimientos de tristeza, estrés o temor que se experimenta de forma ocasional en cualquier momento de la vida.

Operacionalmente, el trastorno depresivo es definido por el Ministerio de Salud (2013) como una alteración patológica del ánimo que se caracteriza por una disminución del humor que culmina en tristeza, la cual se manifiesta en conjunto con diversos síntomas que persisten como mínimo por dos semanas. Dichos síntomas se encuentran relacionados a tres tipos de alteraciones: en el pensamiento, en el ánimo y en la actividad. Es posible que se manifieste en cualquier momento durante el ciclo de vida y puede presentar episodios recurrentes, entre los cuales es posible experimentar una recuperación.

Los síntomas de trastornos depresivos, junto con la intensidad, frecuencia y duración de éstos varían según cada persona y enfermedad, siendo los principales los siguientes (Quintana, s.f.):

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o vacío.
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y/o impotencia.
- Irritabilidad.
- Pérdida de interés en las actividades que se disfrutaban en el pasado.
- Fatiga, cansancio y falta de energía.
- Alteraciones del sueño: insomnio, dormir demasiado, despertar muy temprano.
- Alteraciones en la alimentación: comer excesivamente/pérdida de apetito.
- Ideas suicidas.
- Dolores persistentes, dolores de cabeza, problemas digestivos o malestar persistente.

a) Epidemiología

Cifras de la Organización Panamericana de la Salud (2017) señalan que en el año 2015 más de 300 millones de personas en el mundo, lo que equivale al 4,4% de la población, padecieron trastorno depresivo, lo que significó un incremento de un 18,4% respecto al año 2005. El menor número de casos se presentó en la región de África (9%) y la mayor cantidad en la de Asia Sudoriental (27%).

Más en específico, el rango entre el que se mueve la prevalencia de depresión es desde un bajo porcentaje (2,6%) en los hombres de la Región del Pacífico Occidental a la más alta de 5,9% en mujeres de la Región de África. Además, es posible ver en todas las regiones que la depresión es más común en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%).

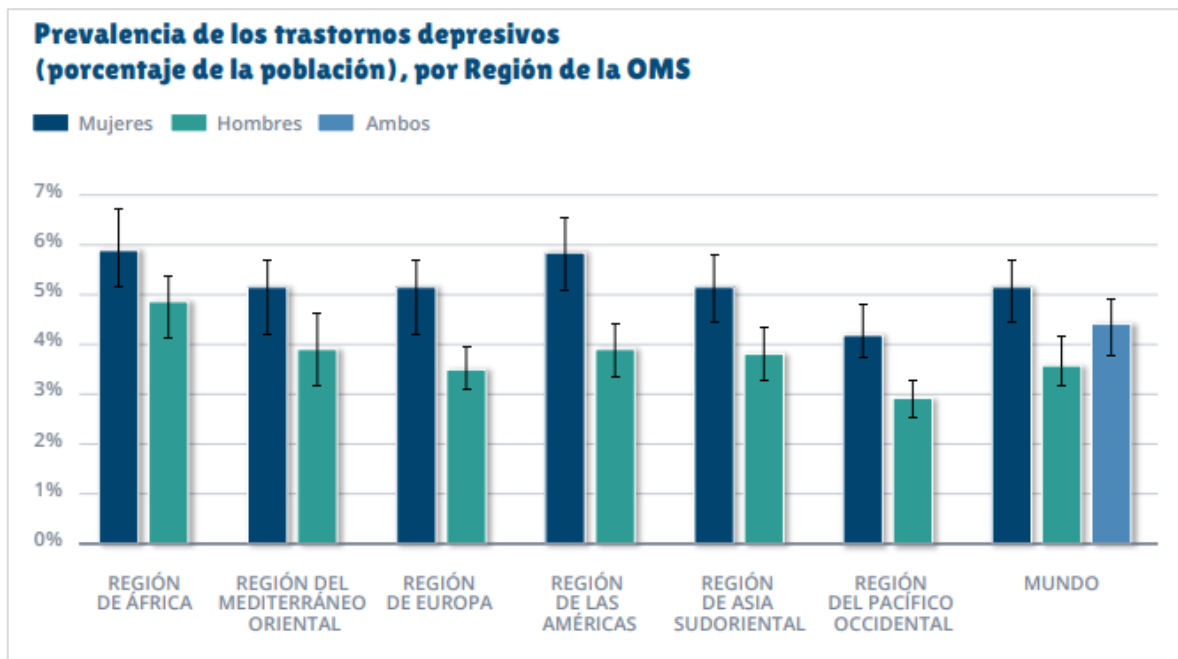


Figura 2-1: Prevalencia de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por Región de la OMS. Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2017).

La existencia de trastorno depresivo se mueve también en función de la edad, alcanzando su mayor tasa por sobre 7,5% en mujeres de edades entre 55 y 74 años, mientras que para los hombres el mayor porcentaje se alcanza entre las edades de 55 y 79 años, por sobre el 5,5%.

Las enfermedades mentales producen un impacto en la salud y el funcionamiento de quienes las padecen, esto es posible cuantificarlo por medio del índice AVD o años de vida ajustados por discapacidad, el cual se obtiene de multiplicar la prevalencia del trastorno por el nivel promedio de discapacidad relacionado al mismo. Para el año 2015, la Organización Panamericana de la Salud (2017) estimó que el trastorno depresivo producía más de 50 millones de años vividos con discapacidad a nivel mundial, donde más del 80% de esta carga corresponde a países de ingresos medianos y bajos, ubicándose así como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial (más del 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015) y se posiciona además como el principal factor que contribuye a las defunciones por suicidio, las cuales alcanzan 800 mil cada año.

Para Chile, según la Organización Panamericana de la Salud (2017), la prevalencia de trastorno depresivo y la pérdida de salud originado por el mismo problema presentan valores superiores al promedio mundial, sin embargo, si se compara con el continente, se observa una tendencia similar, como se puede ver en la Tabla 2-1.

Tabla 2-1: Prevalencia de trastorno depresivo y pérdida de salud en Chile, comparado con Continente y Mundo.

	Prevalencia trastorno depresivo		Pérdida de salud por trastorno depresivo	
	Total de casos	% de población	Total de años vividos con discapacidad	% del total de años vividos con discapacidad
Chile	844.253	5,0	149.514	8,8
Total Continente	48.160.000	5,2	5.106.000	9,3
Mundo	322.000.000	4,4	54.215.000	7,5

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2017). Elaboración propia.

Resaltar que, dentro de las enfermedades de naturaleza mental, en Chile la depresión ocupa el segundo lugar de prevalencia (5%), siguiendo de cerca al trastorno ansioso con 6,5%.

Para sumar antecedentes a lo anterior, de acuerdo al Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2008), el principal subgrupo que aporta a la carga por enfermedad, la cual es medida por el índice AVISA o años de vida saludable perdidos por discapacidad, corresponde a las condiciones neuropsiquiátricas, con un 23,2% de los AVISA, dentro de este subgrupo el trastorno más relevante es el depresivo unipolar con un 4,5% de los AVISA total. En la Figura 2-2 se presenta el porcentaje de AVISA de los principales trastornos mentales respecto al total de la carga por enfermedad aportada por el subgrupo condiciones neuropsiquiátricas, donde puede verse que la depresión es la que tiene la mayor carga por enfermedad.

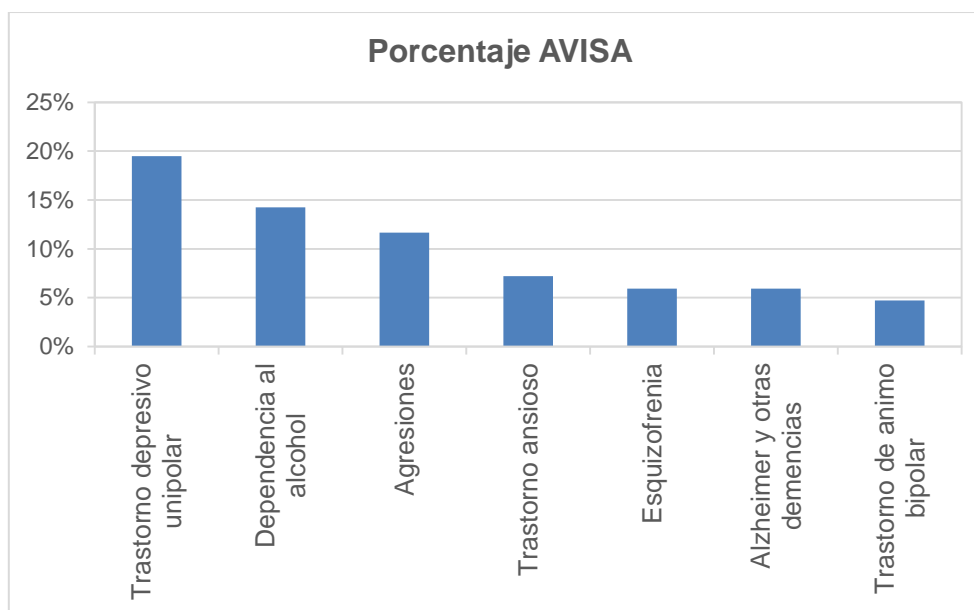


Figura 2-2: Porcentaje AVISA de los principales trastornos mentales respecto al total de los AVISA de condiciones neuropsiquiátricas.

Fuente: Elaboración propia.

A pesar del índice de prevalencia de trastorno depresivo indicado por el organismo internacional, existe un número mayor de chilenos que presentan indicios del problema, como deja en evidencia el módulo de salud mental de la Encuesta Nacional de Salud 2016 – 2017, donde un 15,8% de la población tiene síntomas que hacen pensar en la existencia de depresión y, siguiendo la tendencia mundial, este número corresponde a un 21,7% de las mujeres y el 10% de los hombres. Lo anterior se condice por los resultados del estudio de COES (2018), donde un 18,3% de las personas encuestadas reporta síntomas de depresión severa a moderada.

Como fue mencionado anteriormente, el incremento de los suicidios es un indicador de la presencia de patologías de tipo mental, en particular de la depresión. La misma Encuesta Nacional de Salud (2016 – 2017) presenta los resultados respecto a la pregunta “Alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse en los últimos 12 meses”, donde un 2,2% de la población ha tenido algún tipo de ideación suicida, siendo mayor en mujeres (con un 2,8%) y en el grupo etario de 25-34 años (con un 3,6%). Los resultados expuestos se presentan en la Figura 2-3.

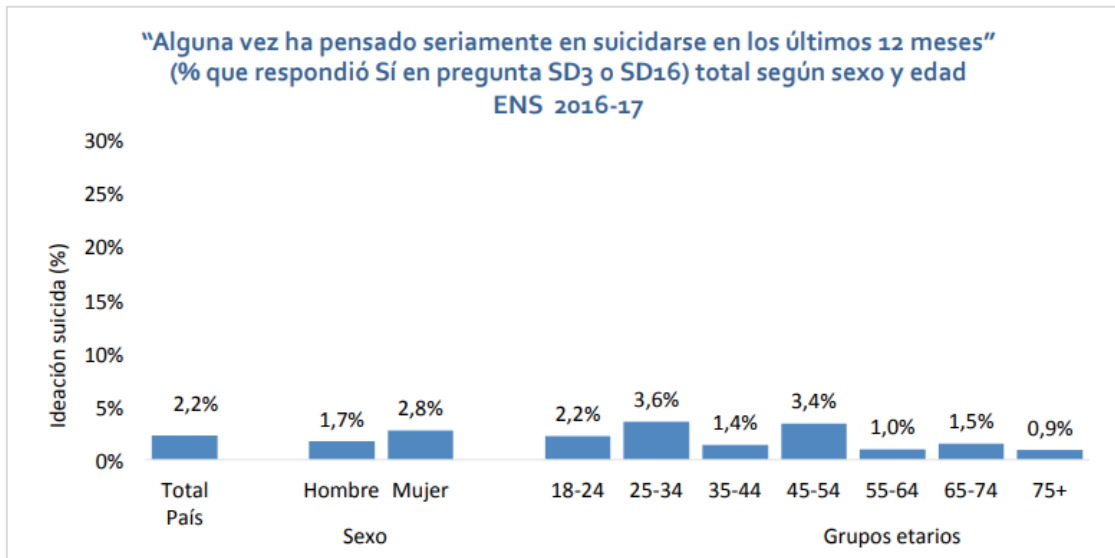


Figura 2-3: Porcentaje de la población que ha presentado ideación suicida entre los años 2016 y 2017.
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Ministerio de Salud (2018).

A continuación se presenta la tendencia que ha seguido la mortalidad por lesiones autoinfligidas en la población chilena desde el año 2000 al 2016, donde puede verse que los suicidios en hombres más que triplican el mismo tipo de fallecimiento de las mujeres. Sin embargo, estudios señalan que la brecha de género en cuanto a intento de suicidio es menor, puesto que los hombres tienden a usar métodos más letales cuando intentan suicidarse (OCDE, 2017). Chile es el segundo país de la OCDE que más ha incrementado su tasa de suicidios, considerando el período desde el año 1995 al año 2009, con un incremento del 54,9 % (OCDE, 2011). En la Figura 2-4 puede observarse que entre los años 2008 a 2011 se produjo un incremento en la mortalidad por suicidio, la cual disminuye en los años posteriores, aun así los valores evidenciados en Chile son alarmantes, puesto que se encuentran cercanos a los índices presentes en los países centroeuropeos que son quienes poseen las tasas más elevadas del mundo (Agencia

AFP, 2016).

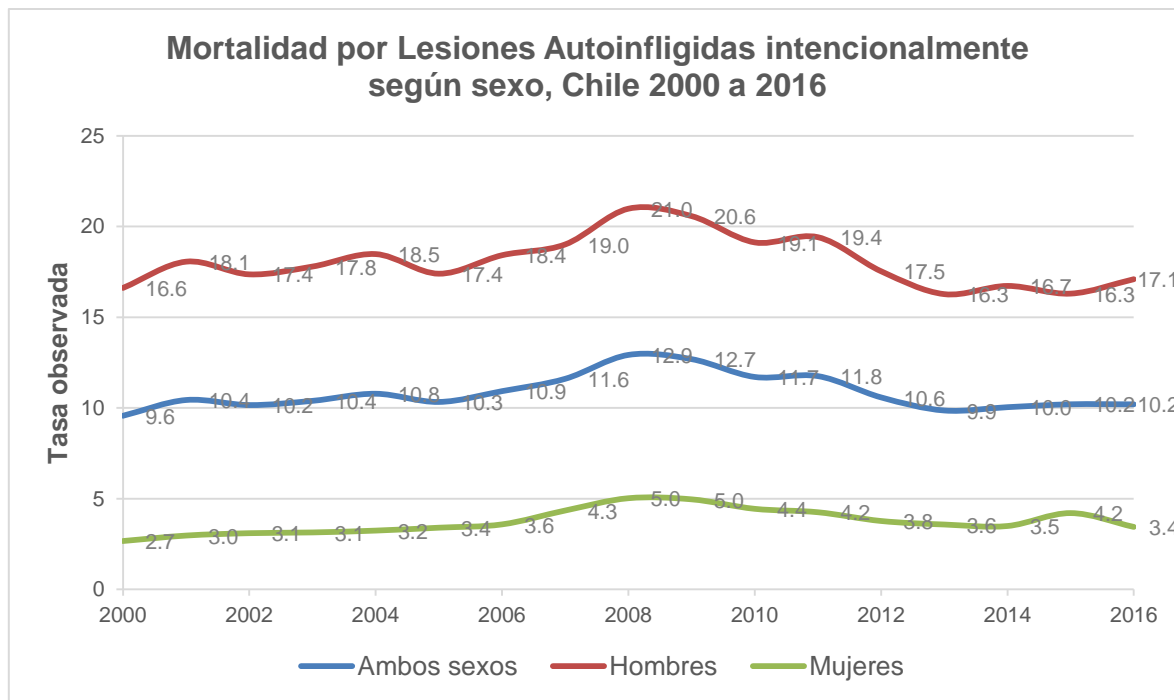


Figura 2-4: Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente según sexo, Chile 2000 a 2016.
 Fuente: Departamento de estadísticas e información de salud, Ministerio de Salud. Elaboración propia.

De acuerdo con el Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social (COES) (2018), en el módulo 6: Salud y Bienestar del Estudio Longitudinal Social de Chile, existe una marcada correlación entre depresión y nivel socioeconómico, donde puede observarse que la prevalencia de síntomas de categoría depresión moderada a severa en el primer decil de ingreso per cápita del hogar es de 13% versus un 2% en el décimo decil de ingreso.

Lo anterior se relaciona con la desigualdad respecto al nivel educacional, donde quienes poseen mayor nivel de estudios presentan mejores índices de salud mental, siendo la prevalencia de manifestaciones del trastorno depresivo más de cuatro veces mayor en personas con educación básica contra los que poseen educación universitaria. Y en la misma tendencia de lo presentado por la Encuesta Nacional de Salud (2016 – 2017), la prevalencia de los síntomas del problema es mayor en mujeres que en hombres, y además, estos últimos tienden a tratarse menos que las mujeres (7% versus 15,5%) (Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social (COES), 2018).

El mismo estudio también presenta los resultados de prevalencia de acuerdo con la ciudad de residencia, evidenciando que las ciudades pequeñas presentan una mayor prevalencia de síntomas de trastorno depresivo más severos (9,6%), en contraposición a la menor prevalencia en áreas metropolitanas como Santiago (6,4%), Valparaíso (5,5%) y Concepción (5,3). Sumado a esto, la zona norte del país presenta mayor prevalencia de síntomas más severos, siendo un 11,1% de los encuestados, frente al 10,2% de la zona centro-sur y 6,6% de la zona sur.

b) Causas del trastorno depresivo

La probabilidad de desarrollo del trastorno depresivo se encuentra asociado a un amplio grupo de factores, de los que se desconoce la forma en que estos se relacionan o bien la ponderación de cada uno en la ocurrencia del episodio depresivo. Sin embargo, es posible agrupar los factores de acuerdo a sus características en: personales y sociales, cognitivos y biológicos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2014), los que se presentan en detalle en Tabla 2-2.

Tabla 2-2: Factores de riesgo de trastorno depresivo.

Factores personales y sociales
<ul style="list-style-type: none">• Mayor prevalencia e incidencia del trastorno depresivo en mujeres que en hombres• Presencia de enfermedades crónicas físicas y mentales, y su relación con consumo de alcohol y tabaco• Rasgos neuróticos de personalidad, presencia de trastornos depresivos, distimia• Antecedentes de ataques de pánico en hombres• Migraña• Bajo nivel de recursos económicos• Circunstancias laborales adversas• Estado civil: soltero, divorciado o viudo• Estrés crónico y exposición a adversidades como desempleo, luto o traumatismo psicológico• Discriminación y exclusión social• Riesgo de violencia y violación de derechos humanos
Factores cognitivos
<ul style="list-style-type: none">• Esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales• Reactividad hacia eventos negativos, estilo rumiativo de respuesta, sesgos atencionales
Factores biológicos
<ul style="list-style-type: none">• Poseer un familiar de primer grado con trastorno depresivo mayor es un factor genético predisponente pero no condicionante• Presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina• Déficit de monoaminas a nivel del sistema servicio central, fundamentalmente serotonina y/o noradrenalina

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2014).

Cabe destacar que el ambiente laboral es una importante incubadora de elementos que pueden desencadenar un trastorno depresivo, debido a que en esta dinámica se encuentran presentes factores de riesgo tales como alta demanda psicológica, el elevado nivel de estrés y tensión, el ambiente y la inseguridad producida por inestabilidad laboral (Ministerio de Salud, 2013). Está demostrado que la participación en programas de prevención contribuye a reducir la depresión (Organización Mundial de la Salud, 2018), es por esto que en el ambiente laboral es recomendable la aplicación de instrumentos, que permitan identificar factores de riesgos y aplicar un plan de intervención con el fin de disminuir los riesgos en el lugar de trabajo, previniendo posteriores trastornos (Ministerio de Salud, 2013).

c) Clasificación del trastorno depresivo

Existen diversos criterios de clasificación del trastorno depresivo. La Organización Panamericana de la Salud (2017) define dos subcategorías principales en función de presencia de los síntomas:

- Trastorno depresivo mayor: Según el número y la intensidad de los síntomas depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Los incidentes leves provocan dificultad para llevar a cabo actividades laborales y sociales comunes, sin afectarlas en su totalidad, las que sí se ven notoriamente afectadas durante un episodio depresivo grave, el cual incluso puede ser conducente al suicidio.
- Distimia o trastorno depresivo persistente: Corresponde a una forma permanente o crónica de depresión leve, es decir, los síntomas son similares a un episodio depresivo, pero de menor intensidad y mayor duración.

En función de las causas del trastorno depresivo se pueden clasificar en (Quintana, s.f.):

- Depresión endógena: No presentan una causa externa manifiesta. Quienes padecen este tipo de depresión presentan alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa, dificultad de concentración y baja autoestima. Existen de dos tipos:
 - Depresión unipolar: Los pacientes presentan un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, durante al menos dos semanas. Se presenta con pérdida de interés por las actividades que anteriormente eran gratificantes.
 - Depresión bipolar: Se presentan en conjunto episodios maníacos y depresivos separados por intervalos de estado de ánimo normal. Los episodios maníacos se manifiestan como un estado de ánimo exaltado y energético lo que deriva en hiperactividad, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.
- Depresión exógena: Se debe a una causa externa bien definida como la pérdida de alguien cercano o enfermedad grave. Depende de la cantidad de estímulo ambiental estresor y de la naturaleza individual de la persona.
- Depresión orgánica: Ocurre como consecuencia de síntomas físicos de una enfermedad o por consumo de un determinado medicamento. Cuando el problema es solucionado la depresión desaparece.

d) Tratamientos

El tratamiento de la depresión tiene por objetivo la remisión de los síntomas del paciente, así como la restauración de sus funciones básicas y la evitación de las recaídas. Es conveniente que el tratamiento sea integral reuniendo las intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y, en ocasiones, electro-convulsiva (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2014). La terapia más adecuada se escoge en función de los hallazgos clínicos y otros factores como historia previa, disponibilidad de tratamientos, preferencia de los pacientes, capacidad de apoyo y contención del entorno. En Tabla 2-3 se enlistan los principales tratamientos para la

depresión, para mayor detalle ver Anexo 10.2.

Tabla 2-3: Tratamientos para la depresión

Tratamientos psicoterapéuticos
<ul style="list-style-type: none">• Terapia Cognitivo Conductual• Terapia Interpersonal• Terapia Psicoanalítica• Terapia cognitivo-conductual computarizada• Autoayuda guiada• Terapia electroconvulsiva
Otros tratamientos
<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento farmacológico• Ejercicio físico

Fuente: Elaboración propia.

2.2. FINANCIAMIENTO DE SALUD MENTAL

El financiamiento de salud mental se encuentra incluido en el contexto financiero de la atención sanitaria general. Existen tres formas de financiar los sistemas de salud: cotización privada individual, cotización privada colectiva y financiación pública.

Existen muchos factores que influyen en un financiamiento insuficiente de la atención en salud mental, entre los cuales se puede mencionar: situación económica deficiente de los países involucrados, falta de reconocimiento de los trastornos de salud mental y las consecuencias que producen, incapacidad de los afectados o de sus familiares para financiar un tratamiento y falta de entendimiento de los gestores políticos respecto a las formas de prevenir o tratar los problemas de salud mental, lo que los lleva a potenciar el financiamiento de otros servicios que consideran de mayor beneficio para la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2009).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2009), los principios claves sobre los que se basa el financiamiento de salud mental son: accesibilidad, que se refiere a la facilidad de obtención de servicios; calidad, referida a si los servicios prestados están acorde al nivel de necesidad y si son consistentes con los conocimientos actuales; idoneidad de los servicios en función de los resultados y la eficiencia o maximización de los recursos.

Las características que debe presentar un buen financiamiento del sistema de salud mental, según la Organización Mundial de la Salud (2009) son:

- Las personas deben estar protegidas frente a riesgos financieros catastróficos, por lo cual deben minimizarse los pagos en efectivo o deben ser gastos bajos en bienes y servicios. Puesto que algunos trastornos de salud mental se extienden por períodos extensos, en caso de crisis, el individuo o la familia puede pagar algunas sesiones, pero puede no ser asequible en el largo plazo.
- Las personas ricas subvencionan a las pobres, hasta cierto punto. Esto depende de la cobertura y lo progresivo que sea el sistema tributario y de quién está cubierto por los seguros sociales o privados.
- Las personas sanas deberían subvencionar a las enfermas.

2.2.1. Financiamiento en Chile

En Chile, está estipulado por ley que el 7% del sueldo o pensión que reciba una persona con tope imponible, debe ser destinado para efectos de salud. Los organismos que se encuentran facultados para recibir el porcentaje de cotización de salud a cambio de otorgar prestaciones de salud y gestionar las licencias médicas son: Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que pertenece al sector público y las Instituciones de Salud Previsional (Isapre) que pertenecen al sector privado, evidenciando la existencia de un sistema mixto (Isapres de Chile, s.f.). Las principales características de las entidades de salud se presentan en Tabla 2-4:

Tabla 2-4: Características de entidades de salud de Chile

Sistema	Administración	Financiamiento	Prestadores	Tipo	Características generales
FONASA (SNSS)	Estatal	Individuos (7% cotización obligatoria salud) Estado (aportes fiscales)	Estado Privado (MLE)	Sistema Estatal de Seguro Social (Bismark)	Solidario Cobertura: 76% población
Isapres	Privadas con fines de lucro (Abiertas y Cerradas)	Individuos (7% cotización obligatoria salud más aportes adicionales)	Privado	Seguros privados de Salud	No Solidario (Riesgos) Cobertura: 19% población
Fuerzas Armadas	Estatal	Individuos y Estado	Estatal	Seguro Social de Salud	Solidario Cobertura: 3% población

Fuente: Isapres de Chile, s.f.

Los beneficiarios de Fonasa pueden optar a uno de sus cuatro planes (A, B, C y D), los cuales permiten acceder a los servicios por medio de dos modalidades de atención: Atención Institucional (MAI) y libre elección (MLE). La primera incluye todos los establecimientos públicos del país y algunos privados integrados a la red para entregar prestaciones en específico, a esta atención pueden optar todos los beneficiarios (Fondo Nacional de Salud). La MLE o también llamada red Privada, está formada por los prestadores tipo individual, es decir profesionales de la salud, y por prestadores de tipo institucional que hayan suscrito un convenio con el Seguro Público de Salud para recibir a los beneficiarios de Fonasa (Fondo Nacional de Salud). Con respecto a la prima, esta corresponde únicamente al monto de la cotización legal.

Por su parte, las Isapres son entidades privadas que funcionan sobre la base de un esquema de seguros y el precio de cada plan depende de la cobertura de este, la libertad para elegir prestadores y el riesgo de los beneficiarios. Por tanto, existen múltiples planes y múltiples primas, aunque un mismo plan tiene igual prima pero multiplicado por el factor de riesgo del cotizante. El plan GES, en Isapres, tiene igual prima para todos los afiliados a una misma entidad privada, pero varía entre ellas (Isapres de Chile, s.f.).

Con respecto al presupuesto, se tiene que al año 2012, el porcentaje del monto de salud en el sistema público destinado a salud mental fue de 2,16%, prácticamente el

mismo que en el año 2007 (2,14%), lejos del objetivo de 5% propuesto por el Plan Nacional para el año 2010. En comparación al resto de los países, el presupuesto en salud mental de Chile es un poco menor al que destinan los países de ingreso medio alto (2,38%) y considerablemente menor al promedio de los países de ingreso alto (5,1%) (Ministerio de Salud, 2014).

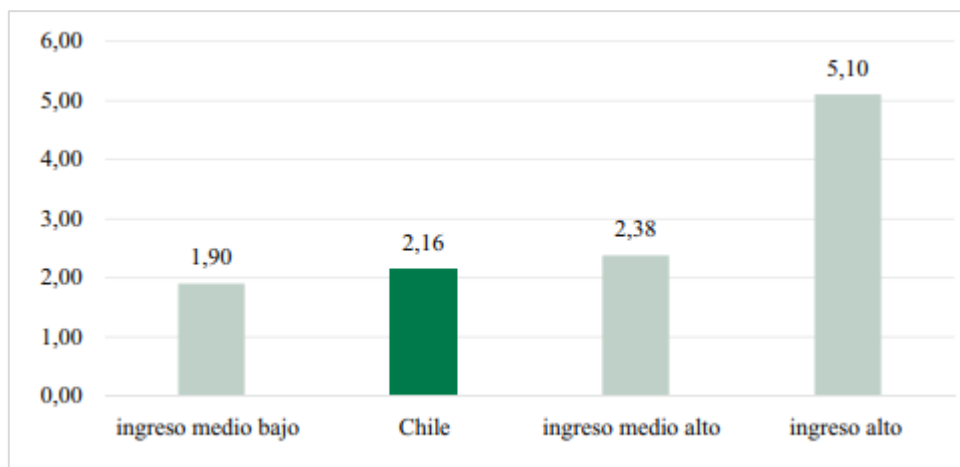


Figura 2-5: Comparación del porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental (%) entre Chile y países de diferentes ingresos.
Fuente: Ministerio de Salud, 2014.

El bajo presupuesto destinado a cubrir las patologías de salud mental da cuenta de una discriminación a las personas que padecen dichos trastornos. Históricamente las enfermedades mentales han tenido menor cobertura de parte de distintas instancias de financiamiento respecto a las enfermedades físicas (Errázuriz, Valdés, Vöhringer, & Calvo, 2015).

En términos de la entidad que realiza la bonificación de salud, las Isapres gastaron en el año 2012 un porcentaje similar al del presupuesto público en atención a salud mental, llegando al 2,84% de los fondos totales destinados a bonificaciones de atención de salud. Además, cabe destacar que per cápita, el promedio de gasto de Isapres en salud mental es mayor en relación al mismo gasto que Fonasa (Ministerio de Salud, 2014).

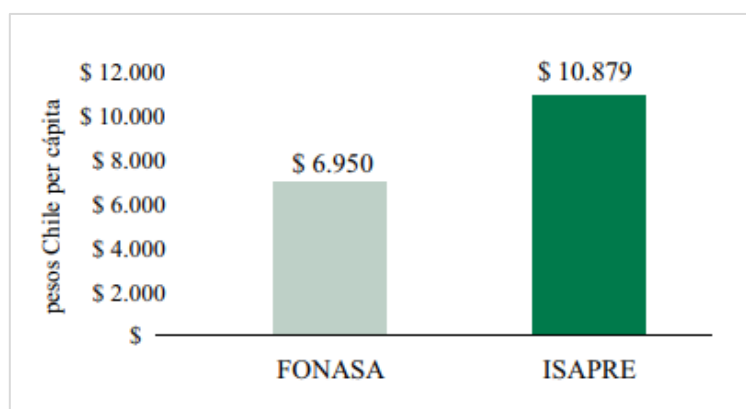


Figura 2-6: Gasto promedio per cápita en atención de salud mental por los seguros público (Fonasa) y privados (Isapre).
Fuente: Ministerio de Salud, 2014.

Fonasa cubre todos los trastornos mentales en sus modalidades libre elección y atención institucional, además de abastecer de medicamentos psicotrópicos esenciales de forma gratuita. Por su parte, el seguro privado también otorga cobertura a todos los problemas mentales, pero con limitaciones en el número de prestaciones y con copago elevado. Además, las personas deben hacer el pago de los medicamentos directamente de su bolsillo, salvo en algunos casos en que el seguro otorga una bonificación no superior al 80% del valor del medicamento. Finalmente, los beneficiarios tanto de Fonasa como de Isapre que sufran de un trastorno mental comprendido en el GES, tienen iguales garantías, con un número elevado de prestaciones y bajo copago (Ministerio de Salud, 2014).

2.2.2. Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES)

El Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES), anteriormente llamado AUGE (Acceso Universal a Garantías Explícitas), corresponde a un conjunto de problemas de salud que tienen garantizada su cobertura por parte de Fonasa (Fondo Nacional de Salud) y las Isapres (Instituciones de Salud Previsional). Este comenzó a funcionar en julio del año 2006 y consideraba 56 enfermedades, las cuales aumentaron a 80 en julio del 2013 (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2013). La Tabla 2-5 presenta un listado con las patologías comprendidas en el GES.

Tabla 2-5: Patologías cubiertas por plan de Garantías Explícitas de Salud (GES)

<p>Accidentes graves</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politraumatismo grave • Traumatismo craneo encefálico o grave • Trauma ocular grave • Gran quemado 	<p>Enfermedades de la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento quirúrgico de cataratas • Vicios de refracción en personas de 65 años y más • Retinopatía diabética • Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático
<p>Enfermedades del corazón y cerebro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infarto agudo de miocardio • Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso • Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más • Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales • Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más • Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más • Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más 	<p>Tratamiento de cánceres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer cervicouterino • Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado • Cáncer de mama en personas de 15 años y más • Cáncer en personas menores de 15 años • Cáncer de testículo en personas de 15 años y más • Linfomas en personas de 15 años y más • Cáncer gástrico • Cáncer de próstata en personas de 15 años y más • Leucemia en personas de 15 años y más • Cáncer colorectal en personas de 15 años y más • Cáncer de ovario epitelial • Cáncer vesical en personas de 15 años y más • Osteosarcoma en personas de 15 años y más
<p>Enfermedades crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5 • Diabetes Mellitus tipo 1 • Diabetes Mellitus tipo 2 • Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA 	

<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más • Hemofilia • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio • Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada • Fibrosis quística • Artritis reumatoídea • Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más • Asma bronquial en personas de 15 años y más • Enfermedad de parkinson • Artritis idiopática juvenil • Esclerosis múltiple remitente recurrente • Hepatitis crónica por virus Hepatitis B • Hepatitis C • Hipotiroidismo en personas de 15 años y más • Lupus eritematoso sistémico 	<p>Salud en personas menores de 15 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años • Disrafias espinales • Fisura labiopalatina • Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años • Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años • Estrabismo en personas menores de 9 años • Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años • Displasia luxante de caderas • Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 4 años
<p>Salud del adulto mayor de 65 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endoprótesis total de cadera en personas de 65 y más años con artrosis de cadera con limitación funcional severa • Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más • Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más • Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono 	<p>Intervenciones quirúrgicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años • Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años • Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas • Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
<p>Salud bucal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud oral integral para niños y niñas de 6 años • Urgencia odontológica ambulatoria • Salud oral integral del adulto de 60 años • Salud oral integral de la embarazada 	<p>Parto, prematuridad y enfermedades del recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de parto prematuro • Síndrome de dificultad respiratorio en el recién nacido • Analgesia del parto • Retinopatía del prematuro • Displasia broncopulmonar del prematuro • Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
<p>Tratamiento preventivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal • Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori 	<p>Salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia • Depresión en personas de 15 años y más • Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderada de alcohol y drogas en personas menores de 20 años • Trastorno bipolar en personas de 15 años y más

Fuente: Superintendencia de Salud.

Las garantías que otorga el plan de salud GES son (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2013):

- Garantía explícita de acceso: es obligación tanto de Fonasa como de Isapre asegurar las prestaciones de salud. Para el caso de la depresión, garantiza que

todo beneficiario de 15 años y más, con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento integral (Fuentes, 2008).

- Garantía explícita de calidad: atención de salud garantizada por prestadores registrados o acreditados.
- Garantía explícita de oportunidad: existencia de plazo máximo para recibir las prestaciones de salud garantizadas en sus distintas etapas: diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Para el caso de la depresión, en su intensidad leve o moderada se debe iniciar el tratamiento luego de la confirmación diagnóstica y en la atención primaria. Para la depresión grave el paciente debe ser evaluado por un especialista dentro de los 30 días desde la derivación (Fuentes, 2008).
- Garantía explícita de protección financiera: cobertura económica de acuerdo con el tramo de ingreso, es decir, la contribución, pago o copago máximo que debe realizar el afiliado por prestación (Fondo Nacional de Salud,s.f.), que se clasifican como sigue:
 - Tramo A de Fonasa: Corresponde a las personas carentes de recursos, y la cobertura de GES es de un 100% de los costos.
 - Tramo B de Fonasa: Corresponde a las personas con ingresos menores a \$288.000 al mes, que son cotizantes. La cobertura de GES es de un 100% de los costos.
 - Tramo C de Fonasa: Corresponde a las personas que tienen ingresos entre \$288.001 y \$420.480 al mes y que son cotizantes. La cobertura de GES es de un 90% de los costos.
 - Tramo D de Fonasa: Corresponde a personas con ingresos mayores a \$420.481 al mes y que son cotizantes. La cobertura de GES es de 80% de los costos.
 - Afiliado o carga de Isapre: La cobertura de GES es de un 80% de los costos.

Cabe destacar que una vez diagnosticada la depresión el especialista tiene la obligación legal y ética de informar al paciente que corresponde a una patología cubierta por el GES, de modo que éste decida si es atendido por los prestadores que le ofrece su sistema de salud privado o bien se atiende por el sistema libre elección (Fuentes, 2008).

En la Figura 2-7 es posible dar cuenta de la cantidad de ingresos anuales al GES de depresión tanto de Fonasa como de Isapre.

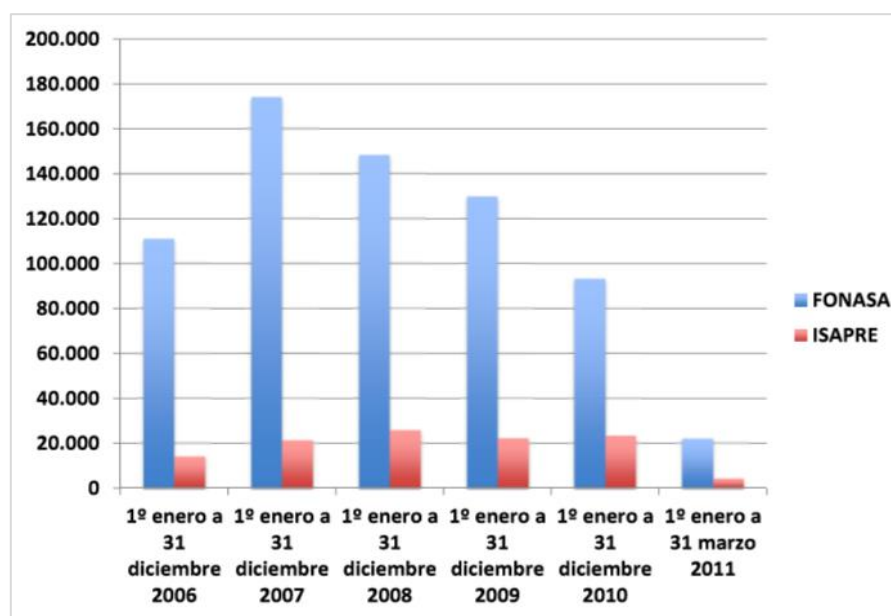


Figura 2-7: Número de ingresos a GES de depresión para Fonasa e Isapre.
Fuente: Ministerio de Salud, 2011.

2.3. ANÁLISIS COSTO EFECTIVIDAD (ACE)

Las evaluaciones económicas en el sector salud son frecuentemente utilizadas como apoyo a la toma de decisiones, esto debido a que en los sistemas de salud se encuentra manifiesta la necesidad de proveer servicios sanitarios de calidad, satisfaciendo a una demanda potencial ilimitada en un contexto de recursos escasos (Zárate, 2010).

Para que se considere una evaluación económica como tal, debe cumplir que se realice un análisis tanto de los costos como de las consecuencias del programa o tratamiento y considerar dos o más alternativas realizando una comparación entre ellas. De no cumplirse alguna de las condiciones se considera una evaluación económica de tipo parcial, pudiendo realizarse una identificación y valoración de costos, una descripción de efectos o resultados de un tratamiento o una descripción de ambas cosas a la vez (Pinto Prades & Sánchez Martínez, s.f.)

El análisis costo-efectividad es el tipo de evaluación económica más utilizado actualmente, debido a que permite determinar qué intervenciones son prioritarias dados los beneficios que producen usando los recursos económicos disponibles. Numéricamente el ACE se determina como el cociente entre los costos netos de una intervención, expresado en términos monetarios y las consecuencias de ésta, medidas en la unidad natural utilizada en la práctica clínica, como puede ser años de vida ganados, número de vidas salvadas, calidad de vida, entre otros. Si el resultado de este cociente es bajo, quiere decir que la intervención es eficiente, puesto que se requiere un menor costo por cada unidad de beneficio neto, por otra parte, si el cociente es alto, la intervención es menos eficiente (Prieto et al., 2004).

Algunas consideraciones relevantes a tener en cuenta al desarrollar un análisis económico son (Loza et al., 2011):

- Destinatarios o usuarios: Conocer los destinatarios del análisis o quienes harán uso de él, los cuales pueden ser los tomadores de decisión, para quienes resulte útil la información obtenida. Esto es importante para obtener el método más adecuado y la forma de presentar resultados.
- Perspectiva o punto de vista: Corresponde al escenario desde donde se evalúa el problema, el cual es necesario para definir los costos a considerar. Esta puede ser desde el paciente, médico, financiador o desde la perspectiva social (ver detalle en 2.3.1)
- Horizonte temporal: Es importante definir el horizonte temporal en el cual se realiza la evaluación, con el fin de que los resultados reflejen la realidad de lo que ahí se produce.

2.3.1. Costos

Los costos corresponden al valor asociado al uso de recursos en el proceso productivo, y deben dar respuesta a tres etapas: identificación, medición y valoración. La identificación intenta dar respuesta a qué recursos se involucran en la intervención sanitaria, la medición determina cuantas unidades de los recursos se utiliza, finalmente la valoración define cuánto cuestan las unidades medidas, para lo cual se puede recurrir a los precios de mercado (Ministerio de Salud, 2013).

Los costos pueden ser clasificados de distinta forma, el Ministerio de Salud (2013) presenta las siguientes categorías de clasificación:

- Costos relacionados con la provisión de la intervención sanitaria.
- Costos asociados al acceso a la intervención.
 - Costos directos o monetarios, se relacionan con el acceso tales como transporte, copagos, dietas especiales, entre otros.
 - Costos de oportunidad del tiempo del paciente y/o familia usado para acceder a la intervención.
- Costos futuros.
 - Costos relacionados a la condición en la que se habría incurrido de no realizarse la intervención.
 - Costos relacionados con la condición incurrida en los años ganados debido a la intervención.
 - Costos no relacionados a la condición, consecuencia de los años ganados debido a la intervención.

La definición de la perspectiva a usar permite definir los costos a utilizar para realizar la evaluación económica. En Tabla 2-6 se muestra la relación entre las perspectivas y los tipos de costos, además de los tipos de recursos y financiamiento.

Tabla 2-6: Perspectivas, tipo de costo, tipo de recursos y financiamiento

Perspectiva			Tipo de Costo	Tipo de recursos						Financiamiento
Sociedad	Sistema de Salud (sector público + sector privado)	Sistema de Salud + Paciente	A	Profesionales de la salud	Medicamentos	Insumos	Equipamiento	Infraestructura	Servicios de ambulancia	E
			Costos asociados al uso de recursos para la provisión de la intervención							Tercer pagador
	Paciente	Sistema de Salud + Paciente	B	Medicamentos	Ortesis	Costo transporte	Pago a cuidadores	Dietas especiales		G
			Costos asociados al uso de recurso del paciente y sus familiares	Paciente y/o familia						
		C	Tiempo usado para tratados	Tiempo usado en recibir la intervención	Tiempo usado por los cuidadores					
		D	Productividad	Externalidades						H
			Costos para otros sectores							Cualquier agente de la sociedad distinto del tercer pagador o el paciente /familia.

Fuente: Ministerio de Salud, 2013.

2.3.2. Efectividad

De acuerdo al Ministerio de Salud (2010), la efectividad corresponde a la medición de los resultados que se obtienen de las intervenciones de salud en situaciones concretas. En general, incluye los siguientes factores:

- Adherencia a las intervenciones: grado en que el comportamiento del paciente responde a la intervención médica.
- Cumplimiento de prestadores: se relaciona al desempeño de los prestadores y la ejecución correcta de la intervención.
- Eficacia: se refiere a los resultados obtenidos de la intervención si esta se aplicara en condiciones ideales y óptimas.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

El enfoque de la investigación llevada a cabo es cuantitativo y el tipo de estudio es evaluativo, mediante la realización de un análisis económico de costo-efectividad. El desarrollo de este trabajo tiene como unidad de análisis la terapia psicológica recomendada por el GES para tratar la depresión. La muestra considera a todos los cotizantes de Isapres o cargas de estos, mayores a 15 años y que hayan recibido atención médica de salud mental, tanto de psicología o psicoterapia cubiertas por el GES. No se consideran las personas cotizantes de Fonasa puesto que no se cuenta con el detalle de dicha información. En cuanto a la temporalidad, se escoge trabajar con la información disponible para el año 2017, debido a que es el año de mayor proximidad al actual del cual se posee información procesada.

A continuación, se describen las actividades a desarrollar para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación:

- i. Revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias, que entreguen información detallada de los tratamientos empleados en el marco del GES para enfrentar la depresión. Esta actividad contribuye al cumplimiento del objetivo número uno.
- ii. Revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias, tales como informes del Ministerio de Salud, con el fin de conocer las terapias empleadas y recomendadas en el marco del GES para tratar la depresión y seleccionar la que se utilizará para realizar el análisis costo-efectividad, en base a aquellos que cuenten con mayor información de efectividad y permitan un acceso a información de costo riguroso. De esta forma se da cumplimiento al primer objetivo.
- iii. Revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias, principalmente de artículos médicos, tales como meta-análisis, que permitan conocer las unidades de medición de efectividad más comunes para los tratamientos que hacen frente a la depresión. La misma revisión permite obtener resultados de efectividad de intervenciones de trastorno depresivo. Esta actividad contribuye a dar cumplimiento al segundo objetivo específico.
- iv. A partir de los resultados de la revisión bibliográfica se seleccionan aquellos que presentan una configuración de tratamiento semejante, de acuerdo a un rango de sesiones en torno al número recomendado por el GES para enfrentar la depresión. De este conjunto de datos se realiza un análisis estadístico que permita definir un valor en particular para la efectividad. De esta forma se da cumplimiento al segundo objetivo específico.
- v. Definir la perspectiva económica desde donde se realiza el análisis del estudio, lo que permite determinar los costos a considerar para el análisis. Para obtener los costos se utiliza la base de datos de la Superintendencia de Salud denominada "Prestaciones bonificadas". Estos datos permiten acceder solo a las prestaciones de quienes cotizan o son carga de Isapre. Se seleccionan aquellas personas que

en el año 2017 accedieron a consulta psicológica o psicoterapia y fueron bonificadas por el GES. A partir de esto se realiza un análisis estadístico de la información y se obtiene el valor promedio de los costos. De esta forma, se da cumplimiento al tercer objetivo.

- vi. Considerando los costos y efectividad definidos con los pasos anteriores, se realiza el análisis costo efectividad del tratamiento, con las consideraciones usadas. De esta forma, se da cumplimiento al objetivo general.
- vii. A partir del estudio de efectividad, se define un rango de tratamiento efectivo dado por la semejanza de tratamiento al recomendado por el Ministerio de Salud. De esto se obtiene un rango entre los que se mueve el costo-efectividad, considerando los límites del rango de efectividad, así como sus costos por sesiones. Esta actividad da cumplimiento al cuarto objetivo.

4. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD

4.1. SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

El plan de Garantías Explícitas en Salud (GES) ofrece protección financiera a las siguientes enfermedades dentro de la patología número 34, que corresponde a “depresión en personas de 15 años y más” (Superintendencia de Salud):

- Tratamiento depresión leve
- Tratamiento depresión moderada
- Tratamiento depresión grave
- Tratamiento depresión con psicosis, alto riesgo suicida o refractariedad, fase aguda
- Tratamiento depresión con psicosis, alto riesgo suicida o refractariedad, fase mantenimiento

Con el objetivo de definir el tratamiento a estudiar para el análisis costo-efectividad, de acuerdo a (Alvarado & Rojas, 2011) las formas más efectivas de hacer frente al trastorno depresivo se basan en el uso de fármacos antidepresivos, psicoterapias o ambos. De acuerdo a la Guía Clínica AUGE (Ministerio de Salud, 2013), los tratamientos para la depresión mayor en sus modalidades leve, moderada y grave presentan una base de tratamientos común, mientras que se incorporan otros a medida que se incrementa la gravedad del padecimiento. Por su parte, la depresión con psicosis y refractaria tienen como base los fármacos, como se observa en Tabla 4-1:

Tabla 4-1: Tratamientos considerados por el GES para enfrentar depresión leve, moderada y grave

Tratamientos		
Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
<ul style="list-style-type: none">• Consejería• Intervención psicosocial grupal• Actividad física• Guía autocuidado	<ul style="list-style-type: none">• Consejería• Intervención psicosocial grupal• Actividad física• Guía autocuidado• Farmacoterapia	<ul style="list-style-type: none">• Consejería• Intervención psicosocial grupal• Actividad física• Guía autocuidado• Farmacoterapia• Psicoterapia
Depresión con psicosis		Depresión refractaria
<ul style="list-style-type: none">• Fármacos antidepresivos y antipsicóticos		<ul style="list-style-type: none">• Fármacos antidepresivos• Potenciación con Litio• Potenciación con Hormona Tiroidea

Fuente: Ministerio de salud, 2013. Elaboración propia.

A partir del detalle de los tratamientos anteriormente expuesto, se opta por considerar como unidad de estudio a la psicoterapia debido a que a pesar de que la farmacoterapia corresponde a una parte importante del tratamiento para la depresión moderada, grave y para las variantes con psicosis y refractaria, dicha información no se encuentra detallada dentro de la información proporcionada por la Superintendencia de Salud, por lo tanto no es posible realizar la estimación del suministro de psicofármacos en el marco de GES. Por lo tanto, al considerar como unidad de análisis la psicoterapia,

el estudio se enfoca en el tratamiento de depresión grave.

Cabe destacar que la psicoterapia corresponde a un tratamiento de colaboración realizado entre una persona y un psicólogo, donde éstos aplican procedimientos validados científicamente para contribuir a la creación de hábitos más sanos y efectivos (American Psychological Association). Debido a que la psicoterapia es realizada por un psicólogo, es que la consulta psicológica se suma a la consulta de psicoterapia como unidad de análisis, particularmente durante el apartado de costos.

De acuerdo con la Guía Clínica AUGE, Actualización en Psicoterapia (Ministerio de Salud, 2017), las corrientes psicoterapéuticas recomendadas son la Cognitivo Conductual y la Interpersonal, de las cuales dicha guía señala que, para tratar a personas mayores de 18 años, los resultados de mejoría fueron similares. Por su parte la Terapia Cognitiva Conductual es más efectiva que placebo o que no realizar intervención y presenta evidencia de complementación a tratamiento farmacológico. Mientras que en la Terapia Interpersonal los pacientes presentan menor riesgo de abandono de tratamiento.

4.2. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD DE TRATAMIENTO

Una vez definido que el tratamiento considerado para realizar el análisis de efectividad corresponde a la psicoterapia, se realiza una revisión bibliográfica con el objetivo de determinar efectividades de tratamiento. Para la recopilación de información fueron utilizados buscadores científicos tales como Google Académico, Scielo y ERIC, y buscadores dedicados a la medicina tales como MedLine y NCBI.

El objetivo de la revisión bibliográfica fue encontrar estudios que analicen la efectividad para un escenario particular de muestra y condiciones de tratamiento, así como meta-análisis de efectividad de tratamiento. La búsqueda fue realizada usando frases que incorporen los conceptos de efectividad, psicoterapia y depresión, como “efectividad tratamiento depresión” o “meta-análisis tratamiento depresión”, o bien mencionando explícitamente la terapia cognitiva conductual o la interpersonal. Debido a que también la finalidad de esta búsqueda era determinar una unidad de medida de efectividad de los tratamientos, es que se intentó hacer la investigación minimizando las restricciones al momento de buscar.

A partir de la información obtenida de la pesquisa se encontraron las siguientes unidades de medida de efectividad:

- AVISA evitados: Los AVISA (o DALYs en inglés por Disability Adjusted Life Years) corresponden a los años de vida saludables ajustados por la discapacidad que genera una enfermedad, estos resultan de la suma de años perdidos por mortalidad prematura más los de vivir en discapacidad. Por lo que los AVISA evitados corresponden a los años de vida que son evitados de perder (Lara-Muñoz et al., 2010).
- Días libres de depresión: Los DFD (Depression Free Days en inglés) corresponden a una medida resumen de la severidad de los síntomas depresivos en un período de tiempo, por lo que resulta válido para estimar resultados de

tratamiento en el curso de cambios de síntomas en el tiempo (Vannoy, Arian, & Unützer, 2010).

- Remisión: Implica que los signos y síntomas de la enfermedad, en este caso depresión, se encuentren ausentes o prácticamente ausentes, asociándose a una recuperación de funcionalidad diaria que previamente tenía el paciente (Romera, Pérez, & Gilaberte, 2013).
- Porcentaje libre de recaída o recurrencia: Probabilidad de que no aparezca un episodio depresivo mayor en un tiempo posterior a la remisión de los síntomas (Vallejo, 2008).
- Mejoramiento: Corresponde al progreso respecto al padecimiento de sintomatología depresiva, lo que no quiere decir que los pacientes hayan alcanzado el máximo beneficio o retornado a sus funciones normales (Leichsenring, 2001).

Luego de la revisión bibliográfica, se llega a tres estudios, los cuales corresponden a tres meta-análisis, cada uno de ellos se centra en un tipo de efectividad para los distintos tipos de psicoterapia evaluada: el estudio de Leichsenring (2001), presenta la efectividad como porcentaje de pacientes mejorados, el meta-análisis de De Maat, considera la tasa de remisión, mientras que Vittengl (2007), evalúa la recaída o recurrencia. Las principales características que presentan los estudios se muestran en Tabla 4-2.

Tabla 4-2: Estudios con efectividad de tratamiento de depresión

N°	Autores	Año	Nombre	Información contenida
1	Falk Leichsenring	2001	Efectos comparativos de psicoterapia psicodinámica de corto plazo y terapia cognitiva-conductual: una aproximación meta-analítica	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio analizado • Diagnóstico • Población • Duración de depresión • Características psicoterapia • Número de sesiones • Comparación • Porcentaje de pacientes mejorados • Comparación entre psicoterapia psicodinámica de corto plazo y terapia cognitiva-conductual
2	Saskia M. de Maat Jack Dekker Robert A. Schoevers Frans de Jonghe	2006	Eficacia relativa de la psicoterapia y terapia combinada en el tratamiento de la depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio analizado • Tratamientos • Sesiones de tratamiento • Rating medio de depresión según escala Hamilton • Porcentaje de remisión • Porcentaje de abandono de tratamiento • Definición de remisión considerando escala Hamilton de depresión

3	Jeffrey R. Vittengl Lee Anna Clark Todd W. Dunn Robin B. Jarrett	2007	Reduciendo la recaída y recurrencia en depresión unipolar: un meta-análisis comparativo de los efectos de terapia cognitiva-conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio analizado • Características del paciente sometido a tratamiento • Características del tratamiento • Definición de respuesta al tratamiento considerando escala Hamilton de depresión • Definición de recaída o recurrencia de acuerdo a escala Hamilton de depresión • Semanas que definen la recaída o recurrencia • Número de personas que respondieron favorable al tratamiento • Porcentaje de recaída o recurrencia
---	---	------	--	---

Fuente: Leichsenring (2001), de Maat et al. (2006) y Vittengl et al. (2007). Elaboración propia.

La cantidad de estudios disponible para analizar son en total 53, los cuales se encuentran en un rango temporal de 1981 a 2006, cada uno de los cuales comprende el análisis de una a tres alternativas para enfrentar la depresión, generando así un total de 122 datos de efectividad entre terapias individuales y combinaciones de terapias incluyendo fármacos. Como fue mencionado, dependiendo del autor se observan distintas unidades de medida de la efectividad del tratamiento de la depresión, cuya cantidad de estudios totales se presenta en Figura 4-1.

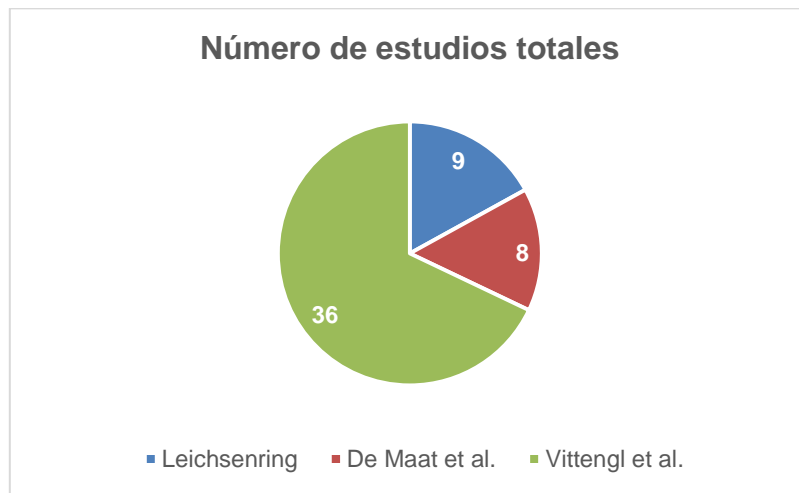


Figura 4-1: Distribución de estudios totales por autor

Cada estudio posee sus propias terapias de análisis, siendo las más recurrentes la cognitiva-conductual, la cognitiva y la interpersonal. En Figura 4-2 se muestra el número de resultados de efectividad por terapia para cada uno de los meta-análisis definidos por autor.

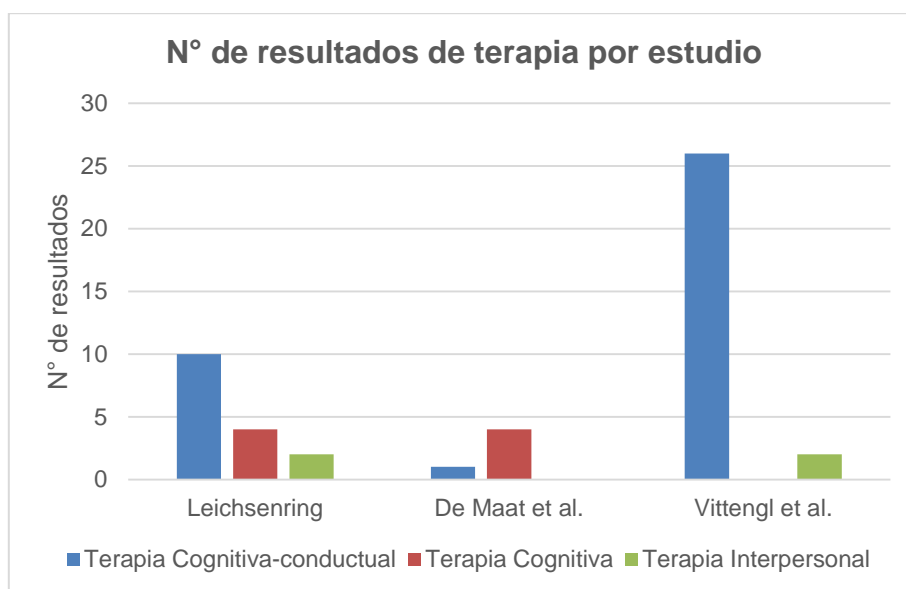


Figura 4-2: Número de resultados de efectividad para terapias más recurrentes en los estudios.

A raíz de las figuras anteriores, es posible ver que el estudio de Vittengl et al., es el que presenta una mayor cantidad de información respecto a la efectividad de tratamientos, más aún, presenta 26 resultados enfocados en la terapia cognitiva-conductual, el número más alto de todos los tratamientos frente a los menos de 5 resultados de efectividad obtenido por la terapia interpersonal y la conductual. Por lo tanto, debido a que la terapia cognitiva-conductual es una de las recomendadas por GES para enfrentar la depresión, se opta por trabajar con el estudio de Vittengl et al., esto da como consecuencia que la efectividad será medida como el porcentaje probable de no sufrir una recaída o recurrencia una vez finalizada la terapia.

A partir de los 26 resultados obtenidos, se descartan aquellos que consideran la medida de efectividad luego de una fase de monitoreo o de continuación del tratamiento cuyo objetivo es la prevención de recaída, aquellos donde se obtuvo de forma posterior a la finalización de las terapias realizadas en la fase aguda del paciente o de mayor intensidad de síntomas. De esta forma se llega a un total de 16 estudios, los cuales miden la efectividad un número de semanas posteriores a la finalización del tratamiento en fase aguda. Las características de estos estudios tales como semanas después del tratamiento consideradas y definición de recurrencia, se presentan en Tabla 4-3.

Tabla 4-3: Estudios escogidos de Vittengl et al. (2007)

Estudio	Características del tratamiento	Definición de respuesta de tratamiento de fase aguda	Definición de recaída o recurrencia	Semanas después del fin del tratamiento fase aguda	Porcentaje de recaída - recurrencia
Evans et al. (1992)	12 semanas	BDI \leq 15	BDI \geq 16 por \geq 2 semanas	104	21
Gortner et al. (1998)	20 sesiones por 16 semanas	Sin episodio de depresión mayor por 8 semanas consecutivas seguidas del tratamiento fase aguda	Episodio de depresión mayor	104	46,4
Hautzinger et al. (1996)	24 sesiones en 8 semanas	HRSD \leq 8 y BDI \leq 8	IDSC \geq 21 por \geq 2 meses	52	51
Hollon et al. (2005)	16 semanas	HRSD \leq 12 en el fin de fase aguda	Episodio de depresión mayor o HRSD \geq 14 por \geq 2 semanas	52	30,8
Jacobson et al. (1993)	20 sesiones	Sin Trastorno Depresivo Mayor y BDI \leq 9	BDI \geq 16	52	15
Jarrett et al. (1998)	20 sesiones por 10 semanas	HRSD \leq 10	Episodio de depresión mayor	104	74
Jarrett et al. (2001)	12 a 14 semanas con sesiones de 50 a 60 minutos, dos veces por semana las primeras 8 semanas, luego una vez por semana	Sin Trastorno Depresivo Mayor y HRSD \leq 9	Episodio depresivo mayor	104	50,4
Jarrett et al. (2000)	20 sesiones dos veces por semana por 10 semanas	Sin Trastorno Depresivo Mayor y HRSD \leq 9	Episodio depresivo mayor o retratamiento para depresión	104	83
Segal et al. (2006)	20 sesiones distribuidas una por semana y con duración de 50 minutos	Sin episodio de depresión mayor y HRSD \leq 10 por \geq 12 semanas	Episodio de depresión mayor y BDI \geq 15 o HRSD \geq 16	78	39
Shapiro et al. (1995)	8 a 16 sesiones de 1 hora distribuidas una por semana	BDI \leq 8	BDI \geq 16, o BDI \geq 9 y retratamiento para depresión	52	6,9
Shea et al. (1992)	16 semanas	Sin episodio de depresión mayor por 8 semanas consecutivas siguientes al tratamiento agudo	Episodio depresivo mayor	78	36,4

Simons et al. (1986)	20 sesiones de 50 minutos por 12 semanas	BDI < 10	Retratamiento para depresión o BDI ≥ 16	52	20
Thase et al. (1992)	20 sesiones por 16 semanas, 2 sesiones por semana por las primeras 4 semanas y posteriormente una sesión	HRSD ≤ 10 por ≥ 2 semanas y ≥ 50% reducción en HRSD	Episodio de depresión mayor y HRSD ≥ 15	52	32
Jarret et al. (1998)	20 sesiones por 10 semanas	HRSD ≤ 10	Episodio depresivo mayor	35	45
Jarrett et al. (2000)	20 sesiones dos veces por semana por 10 semanas	Sin Trastorno Depresivo Mayor y HRSD ≤ 9	Episodio depresivo mayor o retratamiento para depresión	35	50
Jarrett et al. (2001)	12 a 14 semanas con sesiones de 50 a 60 minutos, dos veces por semana las primeras 8 semanas, luego una vez por semana	Sin Trastorno Depresivo Mayor y HRSD ≤ 9	Episodio depresivo mayor	35	30,9

Fuente: Reduciendo la recaída y recurrencia en depresión unipolar: un meta-análisis comparativo de los efectos de terapia cognitiva-conductual (2007).

De la tabla anterior es posible ver que cada estudio tiene sus propias definiciones para establecer cuando el paciente está respondiendo al tratamiento, ya sea considerando el BDI (inventario de depresión de Beck) o HRSD (escala de evaluación de depresión de Hamilton), buscando principalmente, que el BDI sea menor a 8 y la HRSD menor a 9. Además, la definición de recurrencia también es distinta y es medido por las mismas escalas, pero mayoritariamente, la forma de identificar la recaída es por medio de la presencia de un episodio de depresión mayor.

Por otra parte, la cantidad de semanas después del fin del tratamiento de la fase aguda consideradas para medir el porcentaje de recurrencia, también varía entre los estudios, siendo principalmente la media del valor 68 semanas y la mediana 52 semanas. Por lo tanto, al no ser una distribución normal se opta por considerar la medida a las 52 semanas, sin embargo, en ambos casos la recaída corresponde a un período superior a un año de cumplido el proceso.

Con respecto a la efectividad, en la Figura 4-3 se presenta la distribución del porcentaje de recaída o recurrencia, de modo de observar que existe una leve tendencia a una distribución normal, sin embargo no es completamente clara a partir del gráfico, ni mucho menos se encuentra acotada a un rango en particular. Es posible destacar que la mayor cantidad de estudios sitúa el valor de la recaída entre el 31% y 50%, siendo el valor medio de 39% y la mediana de 38%.

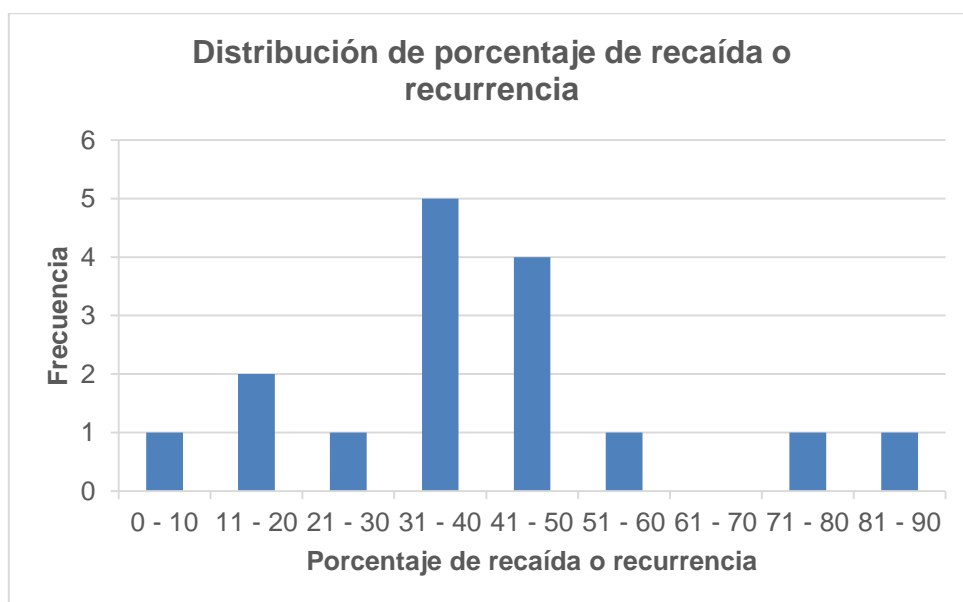


Figura 4-3: Frecuencia de porcentaje de recaída o recurrencia basado en los estudios escogidos de Vittengl et al. (2007)

De acuerdo con el Ministerio de Salud (2017), se recomienda no realizar más de 12 sesiones de psicoterapia para personas con depresión grave, debido a que por cada sesión adicional el efecto en la mejoría es pequeño, siendo una reducción de 0,038 puntos en la escala estandarizada de evaluación, respecto a los costos potenciales, que son elevados, por lo tanto, el panel que realiza la recomendación establece que los costos de la intervención superan los potenciales beneficios. En base a la sugerencia, se opta por considerar la efectividad de los estudios que estén basados en la evaluación de un rango de 8 a 16 sesiones, esto pues se encuentran en la vecindad de las 12 sesiones recomendadas. Considerando el filtro descrito se llega a un total de 4 estudios cuyas características de tratamiento, respecto a semanas y/o sesiones, además de la efectividad, medida como el porcentaje de pacientes que no tuvo una recaída o recurrencia, se presenta en Tabla 4-4.

Tabla 4-4: Estudios escogidos finales de Vittengl et al. (2007)

Estudio	Características tratamiento	Valor efectividad
Evans et al. (1992)	12 semanas	79%
Hollon et al. (2005)	16 semanas	69,2%
Shapiro et al. (1995)	8 a 16 sesiones de 1 horas distribuidas una por semana	93,1%
Shea et al. (1992)	16 semanas	63,6%

De acuerdo a los datos anteriores, las efectividades para un rango de 8 a 16 sesiones se encuentran entre un 63,6% a 93,1%. De esto, se obtiene que el valor de la media es

76% y la mediana 74%. Debido a la baja densidad de datos resulta complejo realizar una afirmación respecto de los datos. La cercanía entre la media y mediana permite entender que los datos siguen una distribución simétrica, sin embargo, al ser rigurosos, se obtiene que como la mediana es menor que la media la distribución de datos está sesgada a la derecha. En este caso, se considera el valor de la mediana de los datos como el valor de la efectividad del tratamiento para la depresión, es decir, el porcentaje de pacientes que no recaen es de un 74%, considerando 8 a 16 sesiones de terapia cognitiva-conductual.

A continuación, se resumen las decisiones tomadas para llegar al valor dado de efectividad:

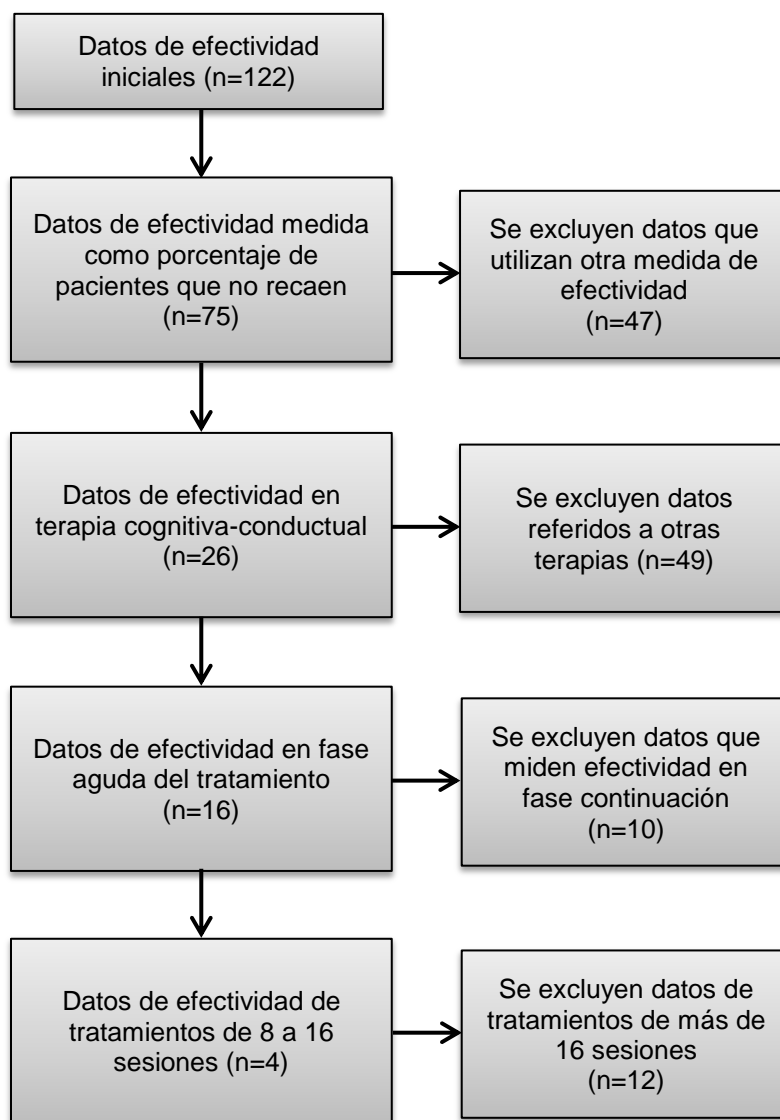


Figura 4-4: Esquema de decisiones para obtener valor de efectividad.

5. ANÁLISIS DE COSTOS

Primero que todo cabe destacar que este estudio de costo que permite el análisis económico parcial de tipo costo-efectividad, es desde la perspectiva de lo que el programa GES desembolsa como bonificación de las prestaciones.

Para desarrollar el análisis de costos se consideraron las bases de datos entregadas por la Superintendencia de Salud “Pbonificada_201701” a “Pbonificada_201712”, que corresponden a las prestaciones bonificadas en conjunto por todas las aseguradoras de salud privadas desde enero a diciembre de 2017. La principal información que proporcionan las bases de datos mencionadas es:

- Información del beneficiario: rut, sexo, edad, tipo de beneficiario
- Información del prestador: rut, comuna, región
- Información de la prestación: código, pertenencia de código
- Frecuencia de bonificación
- Costos: valor facturado, valor bonificado, monto de copago

Para conocer el código de las prestaciones que serán de utilidad, se revisa la base de datos “Arancel_Isapre_2017”, la cual presenta un listado de 9441 códigos de prestaciones junto con su denominación, además de la pertenencia del mismo. Acá se realiza una primera selección con todos aquellos códigos que tengan alguna relación con salud mental, seleccionando por palabras como “psicólogo”, “psiquiatra” y “psicoterapia” y las derivaciones de estas palabras, llegando a un total de 41, entre los que se encuentran consultas, evaluaciones, días u horas cama y procedimientos como electroshocks. Posteriormente, se descartan aquellas prestaciones orientadas al público infantil, procedimientos, hospitalizaciones, atenciones grupales o de pareja y consultas exclusivamente psiquiátricas, psicopedagogía, neuropsicología. Lo anterior permite llegar a un total de 7 prestaciones, las cuales son:

Tabla 5-1: Prestaciones seleccionadas

Código	Descripción
101011	Consulta psicológica
101856	Consulta psiquiátrica adulto (incluida psicoterapia individual, de pareja, familiar u otro)
101862	Consulta psicólogo clínico adultos
103003	Consulta o control por psicólogo
901005	Atención psiquiátrica o psicoterapia de familia, individual, de relajación o de manejo
902001	Consulta psicólogo clínico adulto
902002	Psicoterapia individual

Una vez definidos los códigos a considerar, se procede a obtener el universo de prestaciones bonificadas bajo dichos códigos, para lo cual usando la base de datos “Pbonificadas”, se filtran dichas prestaciones.

Posteriormente, se define los tipos de cobertura de financiamiento de prestación a utilizar, entre los que siguen:

- CAEC: Cobertura adicional para enfermedades catastróficas
- GES: Garantías explícitas de salud
- GES-CAEC
- No bonificado
- Plan complementario
- Otro

De lo anterior, se seleccionan aquellas prestaciones bonificadas por GES y GES-CAEC. Posteriormente se procede a obtener la información de aquellos que tienen 15 años o más, esto debido a que el tratamiento para depresión en el GES otorga cobertura a personas de dicho rango etario. Finalmente, del análisis de dicha base de datos, se obtienen los siguientes antecedentes:

- Del total de siete prestaciones seleccionadas, solo tres son atendidas por medio de GES, las cuales corresponden a los siguientes códigos: 901005 (Atención psiquiátrica o psicoterapia de familia, individual, de relajación o de manejo), 902001 (Consulta psicólogo clínico adulto) y 902002 (Psicoterapia individual).
- La cantidad de prestaciones bonificadas por GES, bajo los códigos indicados en el punto anterior, son 126, las cuales se distribuyen por tipo de prestación como se muestra en Figura 5-1.

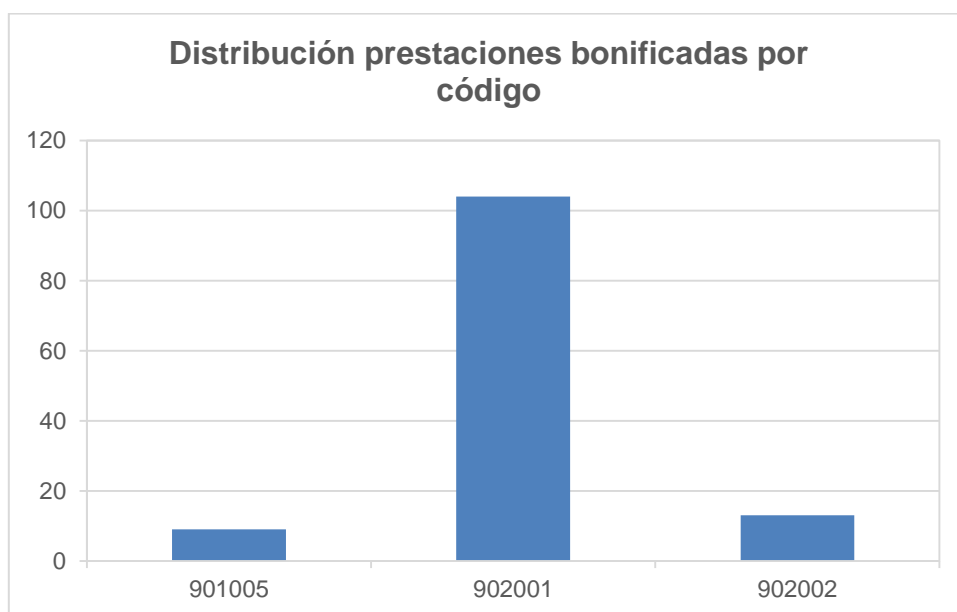


Figura 5-1: Distribución prestaciones bonificadas por código

- La cantidad de personas mayores a 15 años que bonificaron alguna prestación de acuerdo a los códigos indicados, son 27. La distribución por género y por tipo de beneficiario se observa en Tabla 5-2. La distribución de acuerdo a edad, se muestra en la Figura 5-2.

Tabla 5-2: Distribución por género y por tipo de beneficiario

	Hombres	Mujeres	Total
Carga	3	6	9
Cotizantes	11	7	18
Total	14	13	27

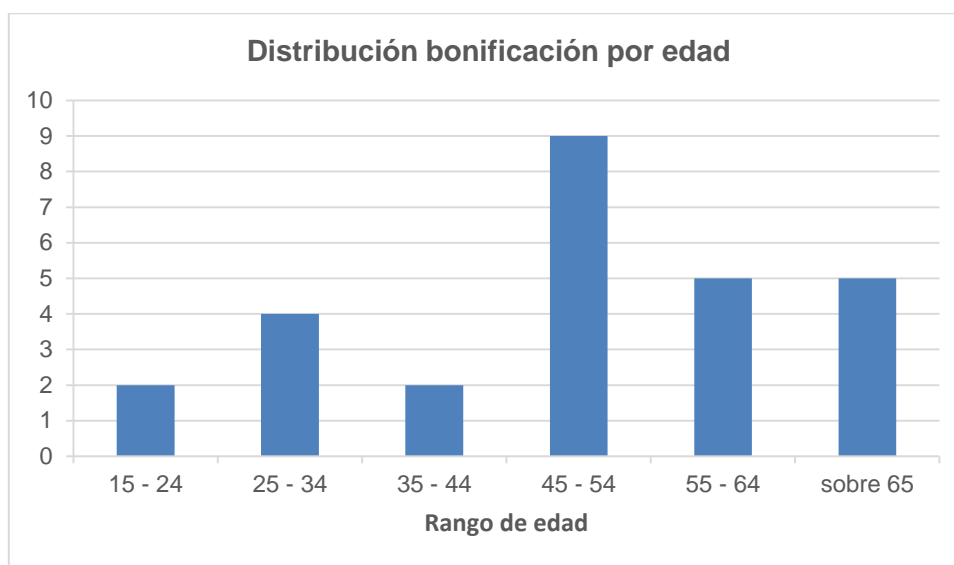


Figura 5-2: Distribución de personas que realizaron bonificación por edad

- De lo anterior es posible ver que el número de hombres y mujeres que realizan la bonificación es similar. Por otra parte, el grupo etario entre 45 a 54 años, es el que concentra el mayor número de bonificaciones por prestaciones de salud mental.
- Las atenciones de las prestaciones bonificadas seleccionadas fueron realizadas en su totalidad en la Región Metropolitana.

A continuación, se presenta un esquema que evidencia los pasos seguidos para obtener la base de datos a trabajar, junto con el total de prestaciones:

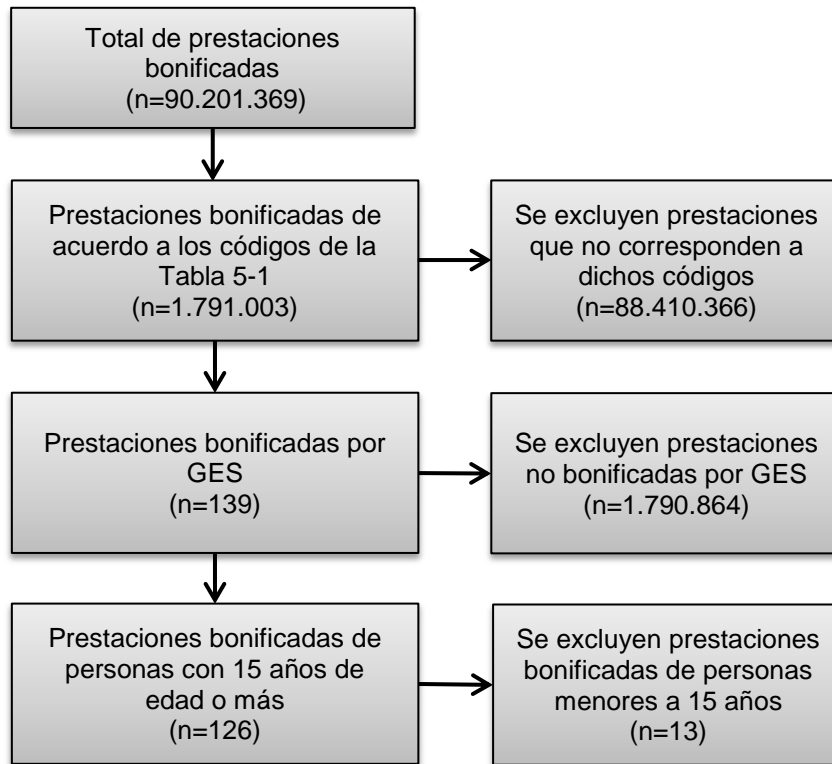


Figura 5-3: Esquema de decisiones para obtener prestaciones bonificadas a analizar.

La base de datos entrega, en cuanto a costos, como fue mencionado anteriormente, el valor facturado que corresponde al costo total de la consulta de salud mental, valor bonificado o monto que bonifica el programa que realiza la cobertura del servicio y monto de copago, es decir, lo que cancela el usuario por la atención, para cada prestación bonificada. Identificando a aquellos que hacen uso de la bonificación de la atención mediante GES, es posible obtener los costos de las consultas de salud mental. En la Tabla 5-3 se muestra en detalle los costos para cada persona (identificador).

Tabla 5-3: Detalle de costos por identificador

Identificador	Número de prestaciones bonificadas	Valor facturado	Valor bonificado	Monto copago
52094	1	31.100	31.100	0
183601	11	260.975	260.975	0
239404	10	237.250	237.250	0
486009	4	152.300	113.885	38.415
636453	23	551.867	551.867	0
639675	1	14.900	14.900	0
794756	1	18.730	18.730	0
982620	1	40.296	40.296	0
1249999	6	134.610	134.610	0
1602304	1	29.294	29.294	0

1736372	3	67.305	21.933	45.372
1743266	3	87.882	87.882	0
1933619	1	18.756	18.756	0
2347199	2	44.870	44.870	0
2542144	1	24.000	24.000	0
2683148	6	178.488	47.298	131.190
2708667	14	314.090	314.090	0
2851350	1	67.487	10.104	57.383
3022808	3	100.650	100.650	0
3292909	1	15.630	15.630	0
3316373	1	19.300	19.300	0
3529237	6	146.478	146.478	0
6710862	1	40.296	40.296	0
6754385	9	168.804	168.804	0
9306729	1	33.550	7.578	25.972
77106748	8	237.530	237.530	0
78023229	6	142.350	142.350	0
Total general	126	3.178.788	2.880.456	298.332

La cantidad de sesiones reembolsadas por cada beneficiario se encuentre entre una a 23. El valor del costo unitario de la consulta se encuentra en el amplio rango de \$14.900 a \$67.487, mientras que el porcentaje de cobertura de la prestación se mueve entre el 12% y 100%, y por tanto el monto del copago máximo evidenciado es de \$57.383. En Figura 5-4 se presenta la frecuencia de los costos unitarios por consulta, encontrándose concentrado entre los \$20.000 y los \$25.000.

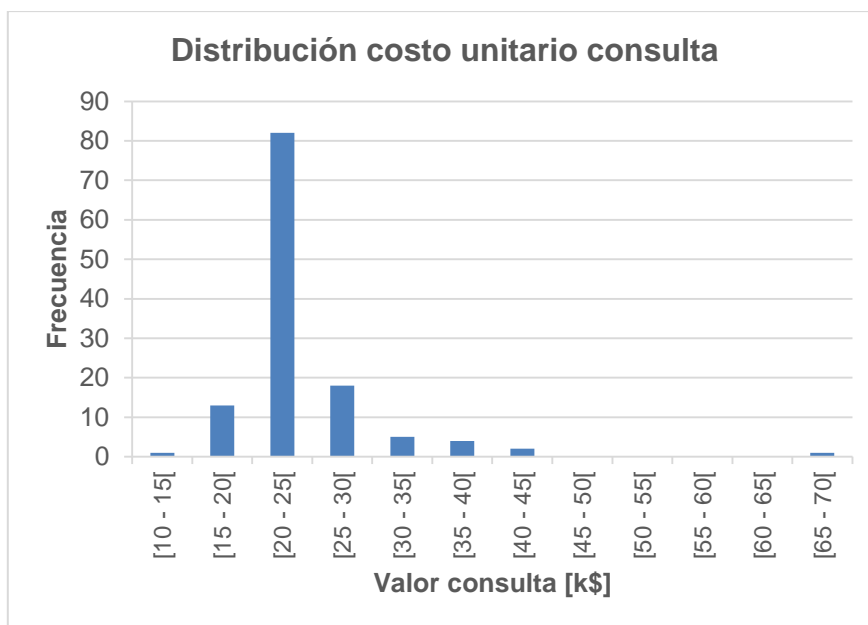


Figura 5-4: Distribución de costo total por consulta

De la Tabla 5-3, es posible obtener los valores totales facturados, bonificados y de copago, considerando las 126 prestaciones bonificadas. Además, en la Tabla 5-4 se presentan la media y mediana del monto facturado de atención psicológica, el bonificado por GES y el copago.

Tabla 5-4: Costos promedios

	Valor facturado	Valor bonificado	Monto copago
Media	25.228	22.861	2.368
Mediana	23.725	23.725	0

Considerando los valores de la mediana debido a que los costos no siguen una distribución normal, se obtiene que el valor bonificado, es decir el valor que GES destina a la cobertura de las consultas psicológicas contempladas en sus problemas es en promedio \$23.725, equivalente al valor facturado, puesto que el porcentaje de bonificación tiene como mediana el 100%. Por lo tanto, el copago de las personas es de \$0.

Como la efectividad medida se obtiene considerando la realización de 12 sesiones de atención enfocadas en el tratamiento de la depresión, el costo para el GES por medio de la bonificación de un porcentaje de dichas sesiones se obtiene amplificando el valor de la bonificación de una sesión por 12, por lo cual el costo es \$284.700.

En términos generales, considerando que la tasa de prevalencia de depresión en el país es de aproximadamente un 5% (Tabla 2-1), lo que equivale a que 844.253 personas padecen trastorno depresivo en alguna de sus modalidades, es posible conocer una estimación de los costos que debería reembolsar GES con el objetivo de que todos aquellos quienes sufran esta patología, reciban tratamiento que les contribuya a remitir los síntomas depresivos considerando una alta probabilidad de no recaer.

Para determinar cuántas personas presentan síntomas de depresión en su intensidad severa, se considera el estudio realizado por COES (2018), donde el 7,2% de las personas encuestadas poseen dichos síntomas, este valor corresponde al 14,6% de quienes padecen algún tipo de depresión. Por lo tanto, proyectando dicha tendencia, se puede estimar que el 14,6% del 5% del país posee depresión severa, es decir, 123.261 personas, por lo tanto, serían candidatos a obtener el tratamiento de psicoterapia por medio de Terapia Cognitiva Conductual considerando 12 sesiones. Lo anterior se traduce en que GES debería reembolsar más de \$ 35.092 millones para contribuir a la remisión de síntomas de las personas que padecen depresión severa. Considerando que el presupuesto de salud mental, en el año 2012 equivalió al 2,16% de la cartera de salud, es decir el presupuesto de salud ese año fue US\$ 9.096 millones, y por tanto a salud mental le correspondió US\$ 196 millones, (considerando el valor del dólar en \$ 600 como valor promedio y conservador), se tiene que se requiere destinar US\$ 58 millones para atención exclusiva de terapias por depresión, lo cual equivale a cerca de un 30% del presupuesto total para salud mental. Esta aproximación al año 2017 puede hacerse puesto que los presupuestos para salud y salud mental no presentan grandes variaciones respecto a esos años.

6. ANÁLISIS COSTO-EFECTIVIDAD

A partir de los análisis realizados en las secciones anteriores es posible definir el valor costo-efectividad. Para lo cual se reemplazan los valores obtenidos en la siguiente ecuación:

$$ACE = \frac{\text{Costo}}{\text{Efectividad}}$$

$$ACE = \frac{284.700}{0,74}$$

La razón anterior indica que el costo de obtener un 74% de efectividad del tratamiento para una persona, entendida como para evitar que el paciente recaiga por un período de mínimo un año con un 74% de probabilidad, luego de completadas las 12 sesiones obligatorias es de \$284.700.

Debido a que la efectividad fue obtenida como un valor mediano de los datos estudiados, y debido a la baja densidad de información obtenida, resulta conveniente conocer el rango, es decir valores mínimo y máximo, entre los cuales se mueve el costo-efectividad para el tratamiento destinado a enfrentar la depresión. De acuerdo a la Tabla 4-4, se puede observar que la mínima efectividad se obtiene para 16 sesiones con un 63,6%, mientras que la máxima es de 93,1% para igual número de sesiones. Reemplazando en la relación costo-efectividad se obtiene:

$$ACE_{\text{mínimo}} = \frac{379.600}{0,931}$$

$$ACE_{\text{máximo}} = \frac{379.600}{0,636}$$

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, para obtener una alta probabilidad de no recaer en el cuadro depresivo, de entre un 63,6% y 93,1%, se requiere invertir más de 379 mil pesos para evitar dicho suceso.

7. CONCLUSIONES

En el último tiempo se ha evidenciado un incremento en la prevalencia de distintos trastornos mentales, lo que ha quedado al descubierto en la opinión pública debido a distintos hechos noticiosos que se pueden revisar en los artículos de prensa, entre los que se encuentran el incremento de suicidios y aumento de licencias médicas asociadas a alguna condición mental, entre otros. El escenario descrito permite suponer que el actual sistema de restitución de la salud mental presenta falencias en alguna de sus aristas, tales como, ausencia de políticas de prevención de trastornos mentales, bajo presupuesto público para la salud mental y la estigmatización respecto a consultar a profesionales de esta área, los que han impedido dar una respuesta adecuada a la población afectada.

El plan de Garantías Explícitas en Salud corresponde a un importante intento por entregar acceso a prestaciones oportunas, de calidad y con protección financiera para aquellas enfermedades que representan un alto número de años de vida perdidos por discapacidad, entre las que se encuentra la depresión. La elevada prevalencia de este trastorno dentro de la población, no se ve reflejada en el universo de las prestaciones de los cotizantes y cargas de Isapre, puesto que considerando las prestaciones asociadas a consultas psicológicas y de psicoterapias, éstas representan un 2% de las totales bonificadas, y dentro de las definidas como salud mental, las cubiertas por GES representan un 0,01%. Sin embargo, de acuerdo con información de la Superintendencia de Salud la cantidad de casos de depresión ingresados hasta el año 2016 en Fonasa cuadruplican a los de Isapre (Instituto de Políticas Públicas en Salud, s.f.).

El bajo uso de GES para enfrentar el trastorno depresivo, limitandose a atenciones de psicoterapeuta y psicólogo, permite concluir que este programa no resulta relevante para la atención de personas con trastornos depresivos que se encuentran en Isapre. Entre la causa que podría explicar tal hecho se encuentra que el GES asigna un prestador específico lo que obliga a los pacientes a cambiar el prestador habitual del que hace uso, y por tanto a preferir atenderse en exclusiva por medio de Isapre (cuyo número de prestaciones posibles de bonificar se encuentran restringidas) y por atención de forma particular de lo que no existe un registro.

Con respecto al primer objetivo, el protocolo de tratamientos para enfrentar la depresión considerando sus distintas intensidades y variantes incluye fármacos, consejerías, intervenciones grupales, actividad física, guías de autocuidado y psicoterapias. Sin embargo, de acuerdo Alvarado & Rojas (2011), los principales tratamientos se basan en farmacoterapia y psicoterapia. Considerando la información obtenida de la base de datos Prestaciones Bonificadas, otorgadas por la Superintendencia de Salud, es posible obtener detalle de las prestaciones en salud de diferentes especialidades, entre ellos las atenciones en el marco de la salud mental. Por lo anterior se opta por utilizar como unidad de análisis la psicoterapia y las atenciones psicológicas, puesto que forman parte del grupo de tratamientos de la depresión grave. Se descarta el tratamiento farmacológico puesto que no se encuentra registro detallado de la prescripción de antidepresivos a quienes se atienden por medio de GES.

En este punto es posible encontrar una limitación al estudio dada porque el análisis se

enfoca en un tipo de tratamiento particular, siendo que la forma de enfrentar la depresión de acuerdo al protocolo propuesto por el MINSAL se realiza de forma integral, cubriendo distintas áreas e incorporando distintos tipos de tratamientos.

Con respecto al segundo objetivo, de acuerdo con el MINSAL el número de sesiones óptimas corresponde a 12, tomando esto como base, la revisión bibliográfica entrega una efectividad de un 74%, sin embargo, al incrementar el número de sesiones a 16 se observa una alta variabilidad de la efectividad, entre un 63,6% y 93,1%. Es decir, se puede extrapolar que la cantidad de sesiones definidas ofrece una probabilidad de entre un 63,6% a 93,1% de que quien padece de depresión no sufra una recaída. A pesar de que la efectividad es un valor alto, es importante plantear la necesidad de realizar estudios que permitan definir las condiciones que contribuyen a incrementar la efectividad del tratamiento en particular, y además en forma integrada con los restantes tratamientos.

En línea con lo anterior, parece ser insuficiente el número de sesiones que recomienda GES para curar una depresión grave, por lo que sería conveniente profundizar en el real impacto del conjunto de sesiones, además de conocer si es que ese número de sesiones se está cumpliendo, y si es que consigue que los pacientes se encuentren en condiciones de volver a su vida cotidiana. Por lo tanto, es relevante realizar seguimientos de los pacientes, de forma de también identificar a aquellos que abandonan el tratamiento y definir estrategias para evitar la deserción.

En esta parte del estudio se enfrentó una limitante dada por la información encontrada producto de la búsqueda de estudios, pues estos, además de posicionarse en un gran rango de años, ofrecían resultados de efectividad de un espectro diverso en cuanto a número de sesiones, tipo de terapia, público objetivo y más aún, respecto a la unidad de medida de la efectividad, que en muchos de ellos no se adecuaba a lo recomendado por el GES como tratamiento de la depresión. Esto llevó a que el número de resultados, es decir la muestra que entrega la efectividad fuera bajo, y por lo tanto, no realmente significativo. Es por esto que el valor de la efectividad es más bien un valor referencial.

Con respecto al tercer objetivo, en términos de los costos, es posible ver que el valor de la mediana de una sesión cuesta \$23.725, siendo el porcentaje bonificado por GES de de un 100%, y por tanto el copago de quienes consultan por psicólogo un valor mediano igual a \$0. Sin embargo, el número de sesiones que reembolsa GES es de 12, por lo tanto, si aquellas personas requieren de un mayor número de consultas, se debe pagar el costo total, lo que en ocasiones ofrece dificultades para acceder al servicio, y finalizar el tratamiento, lo que trae consecuencias para las personas que padecen la enfermedad, pues las garantías de acceso que plantea GES se ven limitadas.

Considerando la prevalencia de la depresión grave en Chile, es posible hacer una estimación de cuanto le costaría al GES bonificar el tratamiento compuesto por las 12 sesiones de Terapia Cognitiva Conductual al universo de personas que padecen la enfermedad, lo cual asciende a cerca de US\$ 58 millones, lo que equivale a aproximadamente un 30% del presupuesto destinado exclusivamente a salud mental. Dicho porcentaje contribuye a la idea explícitamente manifiesta en programas de salud, respecto de la importancia de incrementar el presupuesto de salud mental, puesto que además de destinar financiamiento a un tratamiento particular de la depresión, existen

otras enfermedades mentales de elevada carga y las que también requieren apoyo económico.

En términos de costos, también se evidenciaron algunas limitaciones que dificultan el desarrollo de un estudio robusto. Solo fue posible obtener información de aquellos que cotizan o son carga de sistema de salud privado, Isapre, por medio del acceso a las bases de datos de la Superintendencia de Salud. Sin embargo, no se tuvo la misma suerte con respecto a la información de los cotizantes de la institución pública, Fonasa. Es, por tanto, que el estudio no representa una realidad extrapolable a todo el país. En este punto hubiese sido provechoso contar con la información de Fonasa de forma de poder realizar un paralelo con Isapre, lo que hubiese permitido obtener significativos resultados.

Otra de las limitaciones que se identificaron al momento de estudiar la base de datos, es que no es posible conocer, un dato de gran relevancia, como es el diagnóstico asociado a la prestación, por lo cual se desconoce el verdadero número de personas que consultaron a psicólogo para tratar el trastorno depresivo.

Con respecto al cuarto objetivo y el general se obtiene que, para tratar a una persona con 16 sesiones de terapia cognitiva conductual, se requieren sobre 379 mil pesos para obtener una probabilidad entre 63,6% y 93,1% de no recaer luego de un año de haber finalizado el tratamiento. Sin embargo, al definir dicho costo efectividad para las 12 sesiones recomendadas por el GES, es posible decir que se requieren más 284 mil pesos para obtener un 74% de probabilidad de que el paciente no recaiga posterior a un año de concluir dicho número de sesiones. Lo expuesto anteriormente, habla de probabilidades elevadas, sin embargo, como se indicó en otro punto, es necesario robustecer dicha información de forma de tener un estudio que entregue resultados fehacientes y que permita contribuir al desarrollo de políticas de salud mental.

Sumado a lo anterior, la importancia que tiene la realización de este estudio, a pesar de las limitaciones y dificultades que implicó su desarrollo, es el ofrecer un punto de partida para llevar a cabo estudios posteriores en torno a la relación costo-efectividad del tratamiento de la depresión por ser uno de las enfermedades de mayor prevalencia y de mayor carga por discapacidad, esto permitirá entender la forma actual en que se está tratando el trastorno depresivo en el marco del programa GES, y definir si está surgiendo efecto, y de no ser así, contribuirá a realizar los cambios apropiados para que tengan resultados efectivos en la población. Además, las limitaciones mencionadas, permiten evidenciar la requisición de mayor atención en dichos asuntos, de forma de aportar en aumentar el número de estudios en la materia y que en definitiva contribuyan a la toma de decisiones respecto a este importante problema de salud pública.

8. GLOSARIO

- AVD: Años de vida ajustados por discapacidad
- AVISA: Años de vida saludable perdidos por discapacidad
- BDI: Inventario de depresión de Beck
- CAEC: Cobertura adicional para enfermedades catastróficas
- COES: Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social
- DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4° edición)
- FONASA: Fondo Nacional de Salud
- GES: Garantías Explícitas en Salud
- HRSD: Escala de evaluación de depresión de Hamilton
- ISAPRE: Institución de Salud Previsional
- MINSAL: Ministerio de Salud de Chile
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ONU: Organización de las Naciones Unidas
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- TCC: Terapia Cognitiva-Conductual
- TIP: Terapia Interpersonal

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia AFP. (12 de Mayo de 2016). Chile es el país con mayor incidencia de enfermedades mentales de América Latina. *24 Horas*.
- Alvarado, R., & Rojas, G. (2011). El programa nacional para el diagnóstico y tratamiento de depresión en atención primaria: una evaluación necesaria. *Revista médica de Chile*.
- American Psychological Association. (s.f.). *Entendiendo la psicoterapia*. Obtenido de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (s.f.). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Asociación Europea de Psicoterapia. (17-18 de octubre de 2003). *Definition of the profession of Psychotherapy*. Obtenido de <https://www.europsyche.org/contents/13219/definition-of-the-profession-of-psychotherapy>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (6 de marzo de 2013). *Plan GES o AUGE*. Obtenido de [https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/plan-ges-\(ex-auge\)](https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/plan-ges-(ex-auge))
- Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social (COES). (2018). *Resultados Primera Ola Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC)*.
- CNN Chile. (11 de 10 de 2018). *¿Cómo está Chile en cuanto a salud mental?* Obtenido de https://www.cnnchile.com/pais/como-esta-chile-en-cuanto-a-salud-mental_20181011/
- Cordero, M. (12 de Marzo de 2019). Presión del entorno y redes sociales: Las razones tras el aumento de depresión entre adolescentes. *Duna*.
- de Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & de Jonghe, F. (2006). Eficacia relativa de la psicoterapia y terapia combinada en el tratamiento de la depresión.
- Droguett, N., Vidal, C., Medina, B., & Hoffmeister, L. (2019). Factores asociados al consumo de psicofármacos sin receta en Chile. *Medwave*.
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P., & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*.
- Fondo Nacional de Salud. (s.f.). *Garantías*. Obtenido de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/coberturas/auge/garantias>
- Fondo Nacional de Salud. (s.f.). *Red Privada (Modalidad MLE)*. Obtenido de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/red-privada>
- Fondo Nacional de Salud. (s.f.). *Red Pública Preferente (MAI)*. Obtenido de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/red->

preferente#introduccion

Fuentes, X. (2008). Garantías Explícitas en Salud (GES) en depresión. *Medwave*.

Instituto de Políticas Públicas en Salud. (s.f.). *Informe OMS: Más de un millón de chilenos sufre ansiedad y 850 mil tienen depresión*. Obtenido de <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/analisis-y-estudios/salud-mental/informe-oms-mas-de-un-millon-de-chilenos-sufre-ansiedad-y-850-mil/2017-02-24/141446.html>

Isapres de Chile. (s.f.). *Isapres 1981-2016*.

Jimenez, J. P. (2003). El tratamiento psicoterapéutico de la depresión: una visión crítica integrada. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*.

Lara-Muñoz, M., Robles-García, R., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D., & Medina-Mora, M. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental*.

Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analysis approach. *Clinical Psychology Review*.

León, P. (10 de Febrero de 2019). *Diario Uchile*. Obtenido de Suicidio en Chile: cuando la salud mental no es prioridad para el Estado: <https://radio.uchile.cl/2019/02/10/suicidio-en-chile-cuando-la-salud-mental-no-es-prioridad-para-el-estado/>

Loza, C., Castillo-Portilla, M., Rojas, J., & Huayanay, L. (2011). Principios básicos y alcances metodológicos de las evaluaciones económicas en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*.

Ministerio de Salud . (2018). *Encuesta Nacional de Salud, 2016-2017*.

Ministerio de Salud. (2006). *Guía clínica para el tratamiento de personas con depresión*.

Ministerio de Salud. (2010). *Estudio Costo-efectividad de Intervenciones en Salud*.

Ministerio de Salud. (6 de Octubre de 2011). *Redgesam*. Obtenido de <http://www.redgesam.cl/files/Alfredo%20Pemjean%20Salud%20mental%20y%20GES%206%20Octubre,%202011.pdf>

Ministerio de Salud. (2013). *Guía clínica auge, depresión en personas de 15 años y más*.

Ministerio de Salud. (2013). *Guía metodológica para la evaluación económica de intervenciones en salud en Chile*.

Ministerio de Salud. (2014). *Evaluación del sistema de salud mental en Chile*.

Ministerio de Salud. (2017). *Guías Clínicas AUGE para el tratamiento de la depresión*

en personas mayores de 15 años: Actualización en Psicoterapia.

Ministerio de Salud. (23 de Octubre de 2017). *Minsal da a conocer Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/minsal-da-a-conocer-plan-nacional-de-salud-mental-2017-2025/>

Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental*.

Ministerio de Salud. (s.f.). *Atención de personas con depresión en el AUGE*.

Ministerio de Salud. (s.f.). *Depresión*. Obtenido de <https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/depresion/>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*.

Navarro, J. (2011). Análisis Costo Efectividad. *Economía y Gestión de la Salud*.

Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. (2007). *Salud mental en Europa: políticas y prácticas*.

OCDE. (2011). *Health at a Glance 2011*.

OCDE. (2017). *Health at a Glance 2017*.

Organización de las Naciones Unidas. (s.f.). *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Organización Mundial de la Salud . (s.f.). *Salud mental: Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Financiación de la salud mental*.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país*.

Organización Mundial de la Salud. (Agosto de 2012). *Salud mental: Prevención del suicidio (SUPRE)*. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

Organización Mundial de la Salud. (Abril de 2017). *Trastornos mentales*. Obtenido de <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Organización Mundial de la Salud. (22 de Marzo de 2018). *Depresión*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (22 de marzo de 2018). *Depresión*. Obtenido de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Depresión*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes*.

Pinto Prades, J., & Sánchez Martínez, F. (s.f.). *Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones*.

Pontificia Universidad Católica de Chile. (2008). *Informe Final: Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*.

Prieto, L., Sacristán, J., Antoñanzas, F., Rubio-Terrés, C., Pinto, J., & Rovira, J. (2004). Análisis coste-efectividad en la evaluación económica de intervenciones sanitarias. *Revista Medicina Clínica*.

Quintana, E. (s.f.). *El papel de enfermería en la depresión mayor*.

Romera, I., Pérez, V., & Gilaberte, I. (2013). Remisión y funcionalidad en el trastorno depresivo mayor. *Actas Españolas de Psiquiatría*.

Sandiumenge, A., Torrado, H., & Grupo de trabajo de analgesia y sedación SEMICYUC. (2008). Depresión y uso de antidepresivos en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*.

Siebert, F. (9 de Mayo de 2016). *La salud mental es el área de la medicina que produce mayor pérdida de productividad para el país*. Obtenido de <http://www.uchile.cl/noticias/121352/la-salud-mental-es-el-area-que-produce-mayor-perdida-de-productividad>

Superintendencia de Salud. (s.f.). *Conozca las 80 patologías que cubren las Garantías Explícitas en Salud*.

Superintendencia de Salud. (s.f.). *Problema de salud AUGE N°34*. Obtenido de http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-608.html#accordion_3

Superintendencia de Seguridad Social. (2017). *Estadísticas Nacionales de LM y SIL*.

Thase, M., Simons, A., McGeary, J., Cahalane, J., Hughes, C., Harden, T., y otros. (1992). Relapse after cognitive behavior therapy of depression: potential implications for longer courses of treatment.

Vallejo, J. (2008). *Prolongación de terapia antidepresiva*. Obtenido de Intramed: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=56264>

Vannoy, S., Arean, P., & Unützer, J. (2010). Advantages of using estimated depression-free days for evaluating treatment efficacy. *Psychiatr Serv*.

Vittengl, J., Clark, L., Dunn, T., & Jarrett, R. (2007). Reduciendo la recaída y recurrencia en depresión unipolar: un meta-análisis comparativo de los efectos de terapia cognitiva-conductual.

Zárate, V. (2010). Evaluaciones económicas en salud: Conceptos básicos y clasificación. *Revista Médica de Chile*.

10. ANEXOS

10.1. DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO

Los criterios para el diagnóstico de un trastorno depresivo se definen por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría a través de su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su cuarta versión (DSM-IV).

Tabla 10-1: Criterios diagnósticos de trastorno depresivo.

A	Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo: por lo menos uno de los síntomas: <ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.2. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros)9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico
B	Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto
C	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
D	Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo)
E	Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Fuente: (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, s.f.)

10.2. DETALLE TRATAMIENTOS DE DEPRESIÓN

- Tratamientos psicoterapéuticos

De acuerdo con la Asociación Europea de Psicoterapia (2003), la psicoterapia corresponde al tratamiento integral, consciente y planificado de los trastornos psicosociales, psicosomáticos y de comportamiento o estados de sufrimiento, por medio del empleo de métodos psicoterapéuticos científicos, a través de una interacción entre una o más personas tratadas, y uno o más psicoterapeutas. La psicoterapia tiene por objetivo mitigar o eliminar los síntomas, cambiar actitudes y patrones de comportamiento alterado y favorecer la madurez, el desarrollo, la salud mental y bienestar de la persona tratada. Las principales terapias psicológicas se definen a continuación.

Terapia Cognitivo Conductual:

La terapia cognitiva resulta ser una modalidad de terapia más frecuentemente estudiada para el tipo de trastorno depresivo. La intervención actúa sobre un problema específico intentando modificar creencias, actitudes y pensamientos negativos que afectan el estado emocional. Usa un amplio rango de técnicas orientada a una reeducación cognitiva, sin destacar los aspectos emocionales o de apoyo, como un factor curativo. Habitualmente incluye técnicas conductuales, de ahí que se denomine terapia cognitiva-conductual. El objetivo es entregar herramientas prácticas de autoayuda que pueden seguir empleándose y perfeccionándose una vez terminado el proceso terapéutico. Esta terapia explica el desencadenamiento de un trastorno depresivo debido a percepciones negativas respecto a sí mismo, el entorno y el futuro, carencia de habilidades sociales, entre otros (Quintana, s.f.). La TCC es altamente estructurada y de carácter breve, con sesiones que oscilan entre los 50 minutos, y de frecuencia semanal, llegando a 15 o 20 sesiones.

Terapia Interpersonal:

La Terapia Interpersonal (TIP) pone el foco terapéutico en la conexión entre los síntomas depresivos y los problemas interpersonales actuales, con el objetivo de reducir los síntomas por medio de la resolución o afrontamiento de conflictos. Fue concebido como un tratamiento breve administrado en las fases agudas de la depresión, donde el terapeuta vincula los síntomas depresivos con alguna de las áreas interpersonales: duelos patológicos, conflictos de rol interpersonal, transición de roles o déficit interpersonal, para luego ofrecer estrategias específicas para las áreas problemáticas. Finalmente, el terapeuta ayuda al paciente a ser consciente de los logros terapéuticos y a desarrollar formas de identificar y enfrentar síntomas depresivos en caso de que aparezcan en el futuro (Jimenez, 2003).

Terapia Psicoanalítica:

Para el psicoanálisis lo importante respecto al paciente deprimido es la existencia de un deseo psicológicamente irrenunciable junto con la convicción de la incapacidad propia de realizarlo, el sello de esta terapia es la resolución del conflicto inconsciente mediante el conocimiento de la vía que llevó a la depresión. Para enfrentar dicho conflicto se

puede trabajar con dos técnicas: psicoterapia dinámica y focal. La primera es de larga duración, pudiendo extenderse por más de un año, con una frecuencia de 2 a 3 veces por semanas y se basa en el establecimiento de un foco de comprensión consciente que surge por la interpretación de las verbalizaciones y conductas del paciente durante la sesión. Mientras que la segunda es más corta, 4 a 6 meses y de 1 a 2 sesiones por semana y requiere de una actitud más activa del terapeuta quien comunica los patrones conductuales recurrentes (Jimenez, 2003).

Terapia cognitivo-conductual computarizada

Corresponde a una intervención estructurada similar a la TCC estándar, la cual se realiza por medio de un computador, donde el contacto con los profesionales se realiza al inicio del programa, en el seguimiento o en momentos puntuales si es que es necesario (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2014).

Autoayuda guiada

Esta terapia se basa en el uso de diferentes materiales diseñados para reducir los síntomas depresivos. Los profesionales deben evaluar si la lectura del material de apoyo tiene un impacto en los pacientes. La clasificación de las intervenciones como autoayuda guiada considera una interacción mínima de los profesionales con los pacientes, donde no debe ser mayor a 3 horas y puede ser en formato individual, grupal o vía correo electrónico (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2014).

Terapia electroconvulsiva (TEC)

Esta terapia busca generar una crisis comicial mediante la estimulación eléctrica del sistema nervioso central. El TEC es eficaz en episodios depresivos graves y en situaciones de riesgo de suicidio. Actualmente es una técnica controvertida pues para algunos profesionales es una técnica segura y efectiva, mientras que para otros es obsoleta y dañina (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2014).

- Tratamientos farmacológicos

Los antidepresivos son fármacos que buscan mejorar los síntomas asociados a la depresión, suprimiendo las ideas o síntomas depresivos y no modifican el estado de ánimo de quienes lo consumen. Se administran a los pacientes de acuerdo al cuadro clínico diagnosticado, al perfil de reacciones adversas y tolerabilidad, respuesta previa al tratamiento, comorbilidad, preferencias del paciente y costos. No se recomienda en pacientes con depresión leve puesto que la relación riesgo-beneficio es bajo. Estos fármacos poseen un tiempo de latencia de 2 a 4 semanas, mientras que pueden pasar 4 a 6 meses antes de que haga un pleno efecto terapéutico (Quintana, s.f.). Estos medicamentos varían de acuerdo con la estructura química y el mecanismo de acción, y se clasifican como se muestra en

Tabla 10-2.

Tabla 10-2: Clasificación de tratamientos farmacológicos depresión

Clasificación	Tipo	Función	Fármacos
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)		Inhiben la monoaminoxidasa lo que provoca un aumento de serotonina y noradrenalina. No son ampliamente usados, más bien se recomienda cuando los tratamientos con otros antidepresivos fallan.	Inhibidores irreversibles y no selectivos: tanilcipromina. Inhibidores reversibles y selectivos de MAO-A: moclobemida.
Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas	Antidepresivos tricíclicos, tetracíclicos y heterocíclicos	Semejantes en características farmacológicas como en efectos secundarios. Debido a su perfil de efectos adversos está indicado para pacientes con depresión grave y/o resistente.	Tricíclicos: Imipramina, Amitriptilina, Clomipramina, Nortriptilina, Doxepina, Trimipramina. Tetracíclico: Trazodona. Heterocíclicos: Amoxapina, Maprotilina, Mianserina.
Inhibidores selectivos	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	Los diferentes medicamentos tienen igual utilidad terapéutica. Tienen período de latencia de entre 2 y 4 semanas. Son los antidepresivos con mayor evidencia y mejor balance beneficio- riesgo por lo que se deben considerar en primer lugar.	Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina.
	Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina (IRNA)	Útil en depresiones inhibida, con efectos secundarios relativamente bajos, puede provocar insomnio e hipertensión.	Reboxetina
	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)	Comparte mecanismo de acción con los antidepresivos tricíclicos pero suelen ser mejor tolerados.	Venlafaxina, duloxetina, desvenlafaxina
	Antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos selectivos (NaSSA)	Proviene de los antidepresivos tetracíclicos y favorecen el sueño y tiene poder ansiolítico.	Mirtazapina

	Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRDN)	Posee mecanismo de acción antidepressivo desconocido. Inhibe débilmente la recaptación de noradrenalina y dopamina. Puede provocar hipertensión y aumento de frecuencia cardíaca.	Bupropión
	Otros	Mejora sintomatología depresiva y calidad del sueño. Se utiliza en pacientes con diagnóstico mixto entre depresión y ansiedad y puede provocar dependencia.	Agomelatina

Fuente: Sandiumenge et al. (2008) & Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2014).
Elaboración propia.

- Ejercicio físico

El ejercicio se define como una actividad física que se utiliza para el tratamiento de la depresión, caracterizada por ser realizable, estructurada y que es posible de desarrollar individual o en grupo. Puede ser de tipo aeróbica (entrenamiento de capacidad cardio-respiratoria) o anaeróbica (entrenamiento de fuerza, flexibilidad, coordinación, relajación muscular).

El ejercicio físico produce una mejoría en el ánimo y bienestar de quienes lo practican. Algunas explicaciones respecto de su importancia en la depresión radican en que la práctica física es percibida como positiva por lo que las personas consiguen retroalimentación positiva y esto contribuye a aumentar la autoestima, por otra parte la actividad física provoca cambios fisiológicos en cuanto a las concentraciones de endorfinas y monoaminas, las que mejoran el bienestar subjetivo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2014).