

A. Valladares  
T. Dilla  
J. A. Sacristán

# La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad

Departamento de Investigación Clínica  
Lilly, S.A.  
Madrid

**Introducción.** Tras la realización del último examen sobre la situación mundial de la salud mental, la Organización Mundial de la Salud ha estimado que la depresión produce la mayor disminución en salud en comparación con otras enfermedades crónicas y ha instado a todos los países a aumentar las inversiones y la cobertura de servicios en esta materia.

**Metodología.** A la hora de invertir recursos en el cuidado de los pacientes con depresión, los estudios de costes de la enfermedad son complementarios a los de morbilidad y de gran relevancia a la hora de establecer políticas sanitarias. La finalidad de este trabajo es describir el impacto económico de la depresión en nuestro entorno a la luz de las últimas publicaciones a este respecto.

**Resultados.** El coste total de la depresión en Europa se ha estimado en 118 billones de euros, y la mayor parte de esta cifra (61%) se debe a los costes indirectos referidos a bajas por enfermedad y pérdidas de productividad. La carga económica de la depresión en España ascendería a 5.005 millones de euros anuales, con una distribución por categoría de recursos muy parecida a la europea.

**Conclusiones.** Los sistemas sanitarios y la sociedad tienen que hacer frente al alto coste de la depresión dado que conlleva una elevada utilización de recursos, principalmente fuera del sector sanitario. Existen diversas áreas de mejora con el objetivo de reducir la carga social de la depresión, pero la incorporación de la economía de la salud mental a las políticas sanitarias debe convertirse en una prioridad.

**Palabras clave:**

Depresión. Impacto económico de la enfermedad. Europa. España.

*Actas Esp Psiquiatr* 2009;37(1):49-53

## Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease

**Introduction.** Following the latest examination of the worldwide mental health situation, the World Health Organization has estimated that depression produces the greatest decrement in health compared with other chronic diseases, and has encouraged to all countries to increase investment and resources in this field.

**Methodology.** On investing resources for the care of patients with depression, cost of illness studies are a complement to morbidity-mortality studies, and are of great relevance in defining health care policies. The present study describes the economic impact of depression in our setting, in the light of the most recent publications on this subject.

**Results.** The total cost of depression in Europe has been estimated to reach 118 billion euros, and most of this amount (61%) is due to indirect costs associated with sick leave and productivity losses. The economic burden of depression in Spain could add up to 5.005 million euros a year, with a resource category distribution very similar to that found in Europe as a whole.

**Conclusions.** Health care systems and society must cope with the important costs of depression, which implies intense resource utilization, fundamentally outside the health care sector as such. There are a number of areas in which improvements can be made in order to reduce this important burden associated with depression, though the incorporation of health economics to public health care policies must become a priority.

**Key words:**

Depression. Economic impact of disease. Europe. Spain.

**Correspondencia:**

Amparo Valladares  
Departamento de Investigación Clínica  
Lilly, S.A.  
Av. de la Industria, 30  
28108 Alcobendas (Madrid)  
Correo electrónico: valladares\_maria\_amparo@lilly.com

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años la depresión se ha convertido en un objetivo prioritario en salud pública debido a su elevada prevalencia y a las consecuencias que origina sobre la sociedad en términos de mortalidad, morbilidad y costes econó-

micos y sociales. El proyecto European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) determinó que el 13% de los europeos desarrollará una depresión mayor en algún momento de su vida y un 4% lo hizo en los 12 meses previos a la realización del estudio<sup>1</sup>. El número total de personas que padecen depresión en Europa alcanzó los 21 millones en el año 2004<sup>2</sup>.

La depresión afecta de manera importante a las funciones físicas, mentales y sociales y se asocia con un mayor riesgo de muerte prematura. Dependiendo de su gravedad, puede dificultar la capacidad del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria, causando un gran deterioro en su funcionamiento habitual y en su calidad de vida<sup>3</sup>. En un reciente examen sobre la situación mundial de la salud mental se ha estimado que la depresión produce la mayor disminución en salud en comparación con otras enfermedades crónicas como angina, artritis, asma y diabetes<sup>4</sup>. Así, se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en Europa<sup>5</sup> y en el mundo<sup>6</sup> en términos de años de vida ajustados por discapacidad, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de incapacidad en el mundo, tras la patología cardiovascular<sup>7</sup>.

Pero la depresión afecta tanto a los pacientes como al conjunto de la sociedad, ya que tiene un impacto económico en la comunidad que va más allá de los costes directos vinculados con el uso de servicios sanitarios. La depresión afecta al rendimiento laboral del individuo e implica elevados costes derivados de la pérdida de productividad y del absentismo laboral<sup>8,9</sup>. Además hay otros costes intangibles, como, por ejemplo, los que se derivan de las oportunidades perdidas para los individuos que sufren enfermedades mentales y sus familiares. Por tanto, la estimación del coste económico de esta enfermedad constituye un aspecto fundamental para el mejor conocimiento de la magnitud del problema de salud y para la distribución eficiente de recursos sanitarios, humanos y materiales<sup>10</sup>.

Los estudios de costes de la enfermedad tienen como objetivo estimar cuánto se gasta la sociedad en una patología concreta e identificar los diferentes componentes del gasto. Estos estudios son complementarios a los de morbimortalidad y de gran relevancia a la hora de establecer políticas sanitarias destinadas a reducir los efectos indeseables de las enfermedades sobre los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad en general<sup>2,10</sup>. Desde que a principios de la década de 1990 se publicaron en Europa y Estados Unidos los estudios de referencia sobre costes de la depresión<sup>11-13</sup>, diversos autores han avanzado en el conocimiento del impacto económico de esta enfermedad. Recientemente se han publicado varias revisiones de la literatura al respecto<sup>15-17</sup>, así como los resultados del proyecto paneuropeo sobre «Costes de las patologías cerebrales en Europa», incluyendo la depresión<sup>2,14</sup>. La finalidad de este trabajo es poner en conocimiento el impacto económico

de la depresión en nuestro entorno a la luz de estas últimas publicaciones para identificar así distintas necesidades de investigación y desarrollo que consigan reducir la carga económica de esta enfermedad.

## COSTE ECONÓMICO DE LA DEPRESIÓN

Luppa et al. han realizado una revisión sistemática de los estudios de costes de la depresión, evaluando la calidad metodológica y comparando los resultados<sup>15</sup>. Los autores concluyeron que la depresión está asociada a un incremento considerable de los costes directos e indirectos. A pesar de las diferencias metodológicas en la estimación de los costes entre las 24 publicaciones localizadas, la media anual de los costes directos adicionales por paciente deprimido varía en un rango de 1.000-2.500\$ dependiendo de los diferentes modos de financiación. Los costes directos incluyen los costes médicos (gasto farmacéutico, hospitalario y ambulatorio) y no médicos (servicios sociales y transporte). Pocos estudios incluyen la valoración de costes indirectos, lo que hizo más difícil su estimación: 2.000-3.700\$ para costes de morbilidad (incapacidad, pérdida o restricción de la capacidad laboral atribuible a la enfermedad) y 200-400\$ para costes de mortalidad (pérdida de productividad a causa de la muerte prematura).

También Sobocki ha realizado en el año 2006 una revisión de la literatura sobre estudios de coste de la depresión analizando 19 publicaciones<sup>16</sup>. Aunque las diferencias en el diseño, objetivo y metodología aplicada en los diferentes estudios dificultó la comparación directa entre todos ellos, el autor concluye que los resultados claramente indican que el gasto de la depresión situado fuera del sector sanitario constituye la mayor parte, variando entre un 61 y 97% del coste total<sup>2,16</sup>.

Donahue et al. han observado en la bibliografía existente que la depresión conlleva una elevada utilización de recursos y gastos, muchos de los cuales no son resultado del coste de los tratamientos<sup>17</sup>. La depresión es también una causa importante de absentismo y disminución de la productividad laboral: se ha observado que los trabajadores con depresión cuentan entre 1,5 y 3,2 más días de incapacidad laboral transitoria al mes que sus compañeros no deprimidos. Según los autores, las publicaciones existentes sobre el impacto del tratamiento en los costes laborales sugieren que las ganancias obtenidas al reducir el absentismo y mejorar la productividad en el trabajo pueden compensar el coste de los tratamientos para la depresión.

## ¿CUÁNTO CUESTA LA DEPRESIÓN EN EUROPA?

En línea con estos resultados, recientemente se ha presentado un estudio sobre el coste económico de la depresión en Europa<sup>2</sup>. Los autores desarrollaron un modelo de

costes combinando datos epidemiológicos y económicos de la depresión publicados en la literatura y datos estadísticos de instituciones internacionales. El coste total de la depresión en Europa se ha estimado en 118 billones de euros, y de acuerdo con estudios previos la mayor parte de esta cifra se debe a los costes indirectos referidos a bajas por enfermedad y pérdidas de productividad (61%). El resto se divide entre cuidados ambulatorios (19%), hospitalizaciones (9%), tratamientos farmacológicos (8%) y mortalidad (3%).

Como consecuencia de que los costes indirectos son la categoría de gastos dominante, la mayoría de los costes se localizan en la población activa (89%), seguida de la población anciana que es responsable del 11% de los gastos. El grupo de edad más joven (0-17 años) sólo ocasiona una mínima parte de los costes, la mayoría de los cuales se deben a cuidados ambulatorios.

De este estudio también se desprende que el coste por paciente varía significativamente de unos países a otros, siendo los países con mayores ingresos nacionales y mayor gasto público en salud *per capita* los que presentan mayores

costes: Suiza, Alemania, Francia superan los 2.000 € por paciente en atención médica y tratamiento farmacológico, mientras que en España se reduce a 1.000 € por paciente.

## LA FACTURA ESPAÑOLA

En España la depresión es el trastorno mental más frecuente. Los resultados del estudio ESEMeD-España que ha evaluado la epidemiología de los trastornos mentales en población general española muestran una prevalencia de depresión del 10,55% a lo largo de la vida y de un 3,96% anual, y estas cifras se incrementarán considerablemente en el futuro<sup>18</sup>. Sin embargo, los estudios comparativos europeos sitúan a España entre los países del continente con menos casos de depresión<sup>2,19</sup>.

La depresión es la segunda causa de incapacidad laboral transitoria en España, sólo por detrás de las disfunciones en el aparato locomotor<sup>20</sup>. Su prevalencia en mujeres (14,47%) de más del doble que en varones (6,29%) y los principales factores de riesgo están relacionados con la ocupación: las personas de baja por enfermedad o maternal, los desempleados y quienes presentan una discapacidad son grupos poblacionales con mayor riesgo y que precisan mayor atención sanitaria. Además, haber estado casado y vivir en grandes ciudades son factores que también parecen estar asociados al riesgo de depresión en España<sup>18</sup>.

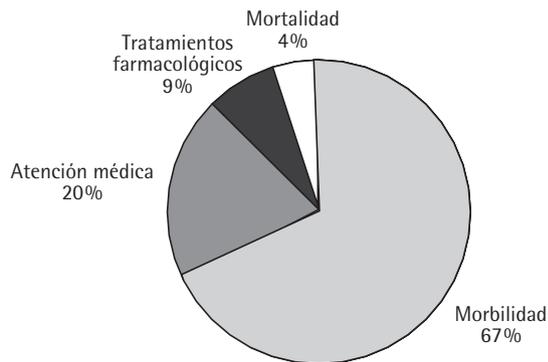
La carga económica de la depresión en España se ha analizado en diferentes estudios internacionales<sup>21-23</sup> y nacionales<sup>10,24</sup>. En el año 1998 el coste anual de la depresión se cifró en 745 millones de euros<sup>24</sup>, pero según la reciente estimación de Sobocki el coste actual ascendería a 5.005 millones de euros anuales, con una distribución por categoría de recursos muy parecida a la europea: costes indirectos, 71%, y costes directos, 29%<sup>2</sup>. Si analizamos la composición de los costes directos, se observa que a pesar del incremento en la prescripción de antidepresivos en España<sup>25</sup>, tan sólo el 9% de los costes totales corresponde al tratamiento farmacológico (fig. 1)<sup>2</sup>.

## REDUCIR LA CARGA DE ENFERMEDAD DE LA DEPRESIÓN

Diversos autores han puesto de manifiesto las siguientes áreas de mejora con el objetivo de reducir la carga social de la depresión:

- *Investigación en neurociencias.* Un mayor conocimiento de la neurofisiología de la enfermedad hará posible desarrollar nuevas estrategias de intervención que permitan reducir el tiempo de aparición de la respuesta terapéutica, tratar eficazmente los síntomas residuales de la depresión o reducir las cifras de depresión resistente. Sin embargo, existe una gran diferencia entre el coste que la depresión supone para la sociedad y lo que se invierte en investigación en este

Tabla 1	Cuadro resumen
	<p>La depresión es el trastorno mental más frecuente en la población general. El número total de personas que padecen depresión en Europa alcanzó los 21 millones en el año 2004. Los trastornos depresivos son una de las principales causas de carga global de enfermedad debido fundamentalmente a la discapacidad que ocasionan en las personas afectadas. La Organización Mundial de la Salud prevé que en el año 2020 la depresión sea la segunda causa de incapacidad en el mundo.</p> <p>El coste total de la depresión en Europa se ha estimado en 118 billones de euros, y la mayor parte de esta cifra (61%) se debe a los costes indirectos referidos a bajas por enfermedad y pérdidas de productividad.</p> <p>A pesar del incremento en la prescripción de antidepresivos, en España tan sólo el 9% del coste anual de la depresión se debe al tratamiento farmacológico.</p> <p>El coste de las enfermedades mentales en Europa es casi el doble que el del cáncer, y, sin embargo, sólo se dedican 38 millones de euros a la investigación pública de la depresión frente a los 1.500 millones de euros del cáncer.</p> <p>Tras la realización del examen sobre la situación mundial de la salud mental, la Organización Mundial de la Salud ha instado a todos los países a aumentar las inversiones y la cobertura de servicios en esta materia.</p> <p>La incorporación de la economía de la salud mental a las políticas sanitarias debe convertirse en una prioridad para asignar los recursos sanitarios disponibles de manera equitativa y evitar que sean ineficaces.</p>



**Figura 1** Distribución de los costes de la depresión en España por categoría de recursos<sup>2</sup>.

campo: el coste de las enfermedades mentales en Europa es casi el doble que el del cáncer, y, sin embargo, sólo se dedican 38 millones de euros a la investigación pública de la depresión frente a los 1.500 millones de euros del cáncer<sup>26</sup>.

- *Diagnóstico y tratamiento adecuado.* Los datos indican que en España actualmente podría haber aproximadamente 6 millones de personas deprimidas, de las cuales tan sólo una tercera parte ha recibido un diagnóstico adecuado<sup>27</sup>. Pero tan importante como evitar el infradiagnóstico es diferenciar los trastornos depresivos de aquellos que no lo son con el objetivo de no prescribir tratamientos a personas que realmente no tienen depresión. Por otro lado, la remisión total de la depresión, que es el objetivo de un tratamiento adecuado, está directamente relacionada con la reducción del coste de la enfermedad y la calidad de vida del paciente<sup>28</sup>. Las intervenciones dirigidas a aumentar las tasas de respuesta y remisión de la depresión pueden aumentar los costes directos a corto plazo, pero dada la pequeña aportación al coste total de la enfermedad es muy probable que sean compensadas por la reducción de los costes de morbilidad<sup>2,17</sup>.
- *Aumento del cumplimiento terapéutico.* La larga duración del tratamiento, el retardo en el comienzo de su acción, la falta de confianza del paciente en la eficacia de la medicación, los efectos adversos, la ausencia de información y conciencia de la enfermedad y el estigma social al que tienen que enfrentarse son factores que contribuyen a que el paciente abandone el tratamiento antidepressivo. Las consecuencias del abandono de la medicación tienen una gran relevancia no sólo en la calidad de vida del enfermo, sino también en el control del gasto que supone tratar una enfermedad, que en ocasiones exigen que el tratamiento se prolongue a lo largo de toda la vida<sup>27,29</sup>. Por tanto, ahora es necesario centrar los esfuerzos no sólo en medir y caracte-

rizar el incumplimiento terapéutico, sino en introducir programas e iniciativas que aumenten las tasas de adherencia y como consecuencia mejoren los resultados en salud<sup>30</sup>.

- *Desarrollo de políticas sanitarias que tengan en cuenta estrategias de intervención en salud mental eficaces, generalizables y asumibles por el sistema sanitario y que se dirijan por igual a la prevención y al tratamiento logrando un adecuado equilibrio entre ambos.* En los últimos años los gobiernos europeos han sido conscientes de la importancia de la salud mental en nuestro entorno tal y como demuestra la publicación de un plan de acción en salud mental para Europa<sup>31</sup>. Sin embargo, esta mayor conciencia no se ha visto traducida en una mayor inversión en servicios y actividades sanitarias<sup>32</sup>. Anteriormente se ha resaltado la importancia de la estimación del coste económico de los problemas mentales para realizar una asignación racional de recursos sanitarios, por lo que los estudios sobre el impacto económico de la enfermedad junto con los de coste-efectividad de diversas estrategias terapéuticas se han de convertir en una herramienta indispensable en la toma de decisiones. La «Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud», publicada por el Ministerio de Sanidad en 2007, presenta seis grandes líneas de actuación: promoción de la Salud Mental, prevención y erradicación del estigma social; atención sanitaria a los pacientes; coordinación entre instituciones, sociedades científicas y asociaciones; formación del personal sanitario; fomento de la investigación, y sistemas de información y evaluación<sup>33</sup>. Sin embargo, aunque el plan justifica la importancia sanitaria y social de los trastornos mentales y reconoce que en España se carece de suficiente información sobre la carga de la enfermedad, entre sus objetivos no incluye la economía de la salud mental, excepto la siguiente recomendación a las comunidades autónomas en el desarrollo de la línea estratégica de atención a los trastornos mentales: «proporcionar de forma continuada información científica sobre utilidad, efectividad y coste-eficiencia de los medicamentos a los profesionales sanitarios y pacientes»<sup>33,34</sup>.

En conclusión, la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en el mundo debido a su alta prevalencia, la afectación del funcionamiento y a su carácter crónico. Como consecuencia, los sistemas sanitarios y la sociedad tienen que hacer frente al alto coste de esta enfermedad dado que conlleva una elevada utilización de recursos y gastos, principalmente fuera del sector sanitario. Existen diversas áreas de mejora con el objetivo de reducir esta gran carga de la enfermedad depresiva, pero la incorporación de la economía de la salud a las políticas sanitarias debe convertirse en una prioridad para tomar decisiones destinadas a reducir los efectos indeseables de esta enfermedad sobre los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad en general.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; 21-7.
2. Sobocki P, Jonsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ* 2006;9:87-98.
3. Sobocki P, Ekman M, Agren H, Krakau I, Runeson B, Martensson B, et al. Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health* 2007;10:153-60.
4. Moussavi S, Chatteraji S, Verdes E. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370:851-8.
5. Olesen J, Leonardi M. The burden of brain diseases in Europe. *Eur J Neurol* 2003;10:471-7.
6. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859-77.
7. Murray CJL, López AD. The global burden of disease, a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard: Harvard University Press; 1996.
8. Ayuso JL. Concepto y clasificación. Aspectos epidemiológicos y significado socioeconómico de la depresión. *Salud Rural* 1999;3: 107-9.
9. Knapp M. Hidden costs of mental illness. *Br J Psychiatry* 2003; 183:477-8.
10. López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-González B. Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002. *Aten Prim* 2004;34:32-8.
11. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 1993;54: 405-18.
12. Rice DP, Miller LS. The economic burden of affective disorders. *Adv Health Econ Health Serv Res* 1993;14:37-53.
13. Jonsson B, Bebbington PE. What price depression? The cost of depression and the cost-effectiveness of pharmacological treatment. *Br J Psychiatry* 1994;164:665-73.
14. Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen HU, Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005;12(Suppl. 1): 1-27.
15. Luppá M, Heinrich S, Angermeyer MC. Cost-of-illness studies of depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2007;98:29-43.
16. Sobocki P. Health economics of depression. Tesis doctoral. Stockholm: Karolinska Institutet; 2006.
17. Donohue JM, Pincus HA. Reducing the societal burden of depression: a review of economic costs, quality of care and effects of treatment. *Pharmacoeconomics* 2007;25:7-24.
18. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Bare)* 2006; 126:445-51.
19. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179: 308-16.
20. Depresión, la segunda causa de baja por incapacidad temporal. *Jano on-line y agencias*, marzo 2004 (citado 25 de septiembre de 2007). Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=31688>.
21. Simon GE, Chisholm D, Treglia M, Bushnell D, LIDO Group. Course of depression, health services costs, and work productivity in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24:328-35.
22. Chisholm D, Diehr P, Knapp M, Patrick D, Treglia M, Simon G, et al. Depression status, medical comorbidity and resource costs. Evidence from an international study of major depression in primary care (LIDO). *Br J Psychiatry* 2003;183:121-31.
23. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12:19-29.
24. López JJ, editor. Libro blanco. Estudio socioeconómico sobre el coste social de los trastornos de salud mental en España. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief; 1998.
25. Ortiz Lobo A, Lozano Serrano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Aten Prim* 2005;35:152-5.
26. Sobocki P, Lekander I, Berwick S, Olesen J, Jonsson B. Resource allocation to brain research in Europe- a full report. *Eur J Neurosci* 2006; p. 1-24.
27. Martín A. Depresión: el cumplimiento terapéutico condiciona el gasto sanitario. *Rev Esp Econ Salud* 2004; 3:206-8.
28. Sobocki P, Ekman M, Agren H, Runeson B, Jonsson B. The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *Int J Clin Pract* 2006;60:791-8.
29. Katon W, Cantrell C, Sokol M, Chiao E, Gdovin J. Impact of antidepressant drug adherence on comorbid medication use and resource utilization. *Arch Intern Med* 2005;165:2497-503.
30. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006;166:2314-21.
31. WHO. Mental health action plan for Europe: facing the challenges, building solutions. Copenhagen: World Health organization; 2005.
32. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007; 370:878-89.
33. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. (Citado el 25 de septiembre de 2007.) Disponible en: <http://www.msc.es>.
34. Salvador-Carulla L. La economía de la salud mental en España. ¿Una asignatura pendiente? *Gac Sanit* 2007;21:314-5.