

Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002

J. López-Bastida, P. Serrano-Aguilar y B. Duque-González

Objetivo. Evaluar el impacto económico, en términos de costes directos e indirectos, de las enfermedades mentales en Canarias durante el año 2002.

Diseño. El enfoque que se ha utilizado es el método del coste de la enfermedad. Los costes directos e indirectos se han estimado utilizando los costes de la prevalencia, es decir, los costes que se originan durante el año 2002. Se ha utilizado el enfoque de la teoría del capital humano.

Emplazamiento. Comunidad Autónoma Canaria, incluyendo atención primaria y atención especializada.

Participantes. Pacientes con enfermedades mentales.

Mediciones principales. Costes directos sanitarios (costes de las hospitalizaciones, consultas externas, atención primaria y fármacos). Costes indirectos (mortalidad anticipada, incapacidad temporal e incapacidad permanente).

Resultados. Los costes totales de las enfermedades mentales ascendieron a 189,59 millones de euros. Los costes directos sanitarios fueron de 81,67 millones de euros, el 43% de los costes totales y el 5,2% del gasto sanitario público en esta autonomía. Los costes indirectos ascendieron a 107,92 millones de euros, el 57% del total.

Conclusiones. A pesar de haberse adoptado un enfoque conservador, el elevado coste socioeconómico de las enfermedades mentales nos ayuda a definir mejor la dimensión del problema para establecer prioridades, además de iniciar un camino hacia estudios de coste-efectividad que permitan un debate más transparente sobre esta cuestión.

Palabras clave: Enfermedades mentales. Prevalencia. Costes. Islas Canarias.

SOCIO-ECONOMIC COSTS OF MENTAL HEALTH IN THE CANARY ISLANDS, SPAIN, IN 2002

Objective. To evaluate the economic impact in terms of direct and indirect costs of the mental health in Canary Islands (Spain) in 2002.

Design. The cost-of-illness method was used. Direct and indirect costs were estimated using prevalence cost, i.e., the costs produced in 2002. The human capital theory approach has been used.

Setting. Canary Islands, Spain, including primary health care and inpatient care.

Participants. Mental health patients.

Main measurements. Direct health costs (inpatients, ambulatory care, primary health care, and drugs). Indirect costs (premature death, short-term illness, and permanent disability).

Results. The total costs of mental health were 189,59 million euros. The direct health costs were 81,67 million euros, constituting 43% of the total costs and 5,2% of the total public health care budget in this region. The indirect costs of mental health were 107,92 million euros, representing 57% of the total costs.

Conclusions. Although this study adopts a conservative approach, the high socio-economic cost of the mental health helps us to define better the dimension of the problem to establish priorities besides opening a way towards cost-effectiveness studies that allow a more transparent debate on this topic.

Key words: Mental health. Prevalence. Costs. Canary Islands, Spain.

Servicio de Evaluación y Planificación. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife. España.

Correspondencia: Julio López Bastida.
Pérez de Rozas, 5, 4.º. 38004 Santa Cruz de Tenerife, España.
Correo electrónico:
jlopbas@gobiernodecanarias.org

Manuscrito recibido el 16 de octubre de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 8 de marzo de 2004.

Introducción

Las enfermedades mentales son una de las causas más importantes de morbilidad en los países occidentales, lo que origina unos costes económicos elevados para las personas y los sistemas de salud. Por lo 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 asignación de los recursos sanitarios, humanos y materiales, destinados a reducir los efectos indeseables de estas enfermedades crónicas sobre los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad en general.

En Canarias, una de cada 4 personas está en riesgo de presentar un trastorno mental a lo largo de su vida y esta proporción es superior en las islas de Gran Canaria y Lanzarote. Esto supone que, aproximadamente, unas 398.000 personas están en situación de riesgo¹. La prevalencia de las enfermedades mentales en la Comunidad Autónoma de Canarias es del 24,82% y los estudios realizados en otras comunidades muestran tasas de prevalencia similares².

Al igual que en los países de nuestro entorno, la mujer tiene un mayor riesgo de presentar un trastorno mental y/o es más proclive a expresar sus síntomas emocionales. El riesgo de presentar un trastorno mental es superior en las personas mayores¹, lo que hace de este colectivo el más sensible a estos trastornos.

En resumen, la epidemiología de la enfermedad mental en Canarias reproduce los datos obtenidos en otras comunidades españolas y muestra también similares condiciones y poblaciones de riesgo (jóvenes y mayores, mujeres, ámbito urbano, estado civil producto de alguna crisis y nivel socioeconómico bajo)².

La sintomatología depresiva y ansiosa se encuentra presente en un 25% de la población general y constituye uno de los principales problemas de salud por los que se acude a los centros de atención primaria².

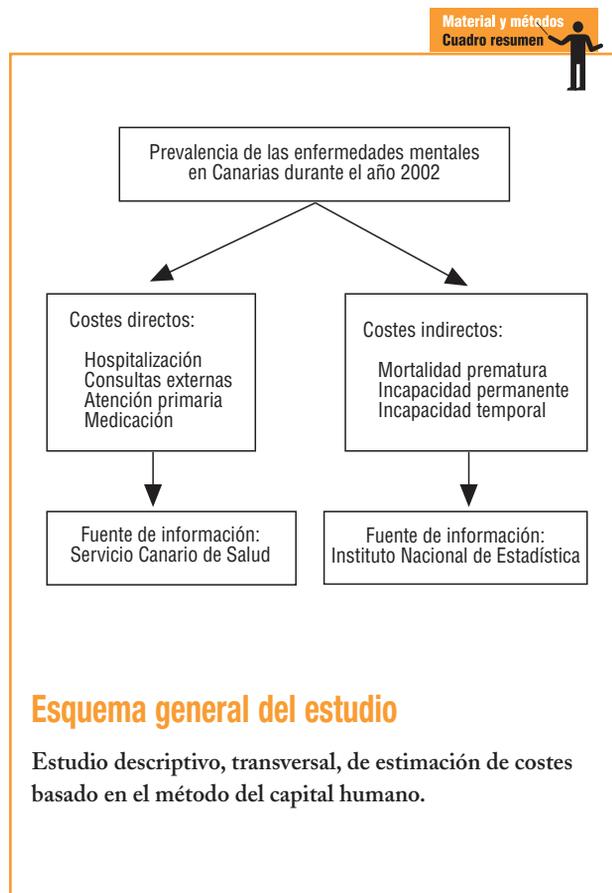
El objetivo de este estudio es estimar los costes directos e indirectos más relevantes relacionados con las enfermedades mentales en Canarias durante el año 2002.

Material y método

Metodología de costes

Para estimar el coste de las enfermedades mentales, se ha utilizado el método del coste de la enfermedad basado en la teoría del capital humano³⁻⁵. El enfoque que se ha empleado es el del coste de la prevalencia, es decir, los costes atribuibles a la prevalencia o existencia de la enfermedad en el año 2002. Esto incluye los costes directos e indirectos.

Se considera coste directo el consumo de recursos del sistema de atención sanitaria, incluyendo los correspondientes a la atención hospitalaria (tanto en régimen de hospitalización como de aten-



ción ambulatoria en consultas externas), los de la atención primaria y los fármacos. Los costes indirectos consisten en la disminución o pérdida de productividad debida a la mortalidad prematura y a la incapacidad laboral (transitoria y permanente) atribuible a las enfermedades mentales.

Costes directos

Para determinar el volumen de ingresos hospitalarios atribuibles a problemas relacionados con las enfermedades mentales, se ha recurrido a la información aportada por la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. El método utilizado consistió en la extracción del número total de enfermos dados de alta durante el año 2002 para cada código diagnóstico 290-319 de la clasificación internacional de enfermedades CIE 9-MC para enfermedades mentales, y su posterior transformación a los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). Se han empleado los costes por GRD de 2 hospitales de Canarias.

La estimación de los costes de aquellos pacientes en los que las enfermedades mentales se consignaban como diagnóstico secundario se ha obtenido a través del cómputo de las diferencias entre las estancias medias de pacientes con enfermedades mentales y sin enfermedades mentales. Las diferencias medias en estancias entre estos pacientes fueron de 3,35 días.

El volumen de las consultas especializadas externas se ha calculado en función de la información proporcionada por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas del Servicio Canario de Salud, a través de las consultas externas de salud mental de los diferentes hospitales canarios. El coste de la

consulta externa (primeras visitas y sucesivas) se ha obtenido de la base de datos de SOIKOS⁶.

El número total aproximado de visitas a los centros de salud relacionadas con la atención a los pacientes con enfermedades mentales se ha obtenido al promediar los resultados de varios estudios que contabilizaban 206.456 consultas anuales⁷. En estos estudios se estima que los pacientes con enfermedades mentales visitan al médico de familia con una frecuencia del 6,31% sobre el total de visitas efectuadas en atención primaria de salud (8.404.053 visitas en Canarias). Así pues, mediante la aplicación de este porcentaje obtenemos el total de visitas en los centros de salud para toda la Comunidad Canaria. El coste de la visita programada al médico familia se ha sacado de la base de datos de SOIKOS⁶.

La información sobre el consumo de fármacos para los pacientes con esta patología se ha obtenido a partir de los datos proporcionados por el Sistema de Información Farmacéutica del Servicio Canario de Salud (DIGITALIS). Los principales grupos farmacológicos incluidos para las enfermedades mentales han sido: antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, antidepresivos, psicoestimulantes y nootrópicos.

Costes indirectos

Entre los costes indirectos se incluye tanto la pérdida de producción debida a las enfermedades mentales como el impacto sobre toda la sociedad en términos de años de vida perdidos. Se puede distinguir entre la productividad perdida asociada a la mortalidad y la asociada a la morbilidad.

Para obtener los costes indirectos y su conversión en unidades monetarias, en la mayoría de estudios de este tipo se ha utilizado el método del capital humano³⁻⁵. Dicho enfoque transforma los años de vida en unidades monetarias mediante la aplicación de la ganancia media bruta por trabajador. Se ha criticado la utilización de este método⁸, pero a pesar de todo se ha utilizado de forma muy amplia debido a su facilidad de cálculo y a la falta de métodos alternativos^{4,9-14}. Este método usa como hipótesis básica la equivalencia entre el valor de la producción perdida y el salario asociado a la obtención de dicha producción. Es decir, un día de ausencia al trabajo implica una pérdida de la producción igual al salario que se percibiría por este mismo día.

Con el fin de valorar la magnitud de la mortalidad en los pacientes con enfermedades mentales, se calcularon los años de vida perdidos (AVP). Los AVP ofrecen una información suplementaria a las simples tasas de mortalidad, que en ocasiones pueden in-

fravalorar la importancia de la mortalidad por una causa determinada. La información sobre empleo, salarios y mortalidad se ha obtenido del Instituto Nacional de Estadística (INE)¹⁵.

La incapacidad permanente (IP) es otro de los componentes de los costes indirectos. Los datos de las personas que originaron IP en Canarias por una enfermedad mental se obtuvieron a partir de un estudio realizado por el INSALUD en el año 1994, en el que se recogía que el porcentaje de bajas debidas a enfermedades mentales ascendía al 7,69% de las incapacidades permanentes totales.

Los cálculos de la pérdida de productividad debida a la IP se estimaron aplicando la misma metodología que la usada para calcular las pérdidas ocasionadas por la mortalidad prematura. La información sobre los días de incapacidad transitoria (IT) se ha obtenido a través de los datos de pacientes con enfermedades mentales en baja laboral en toda la Comunidad Canaria. Para estimar el coste derivado de los días de trabajo perdido, se utilizó el valor medio de la duración de la baja laboral por enfermedad mental.

Resultados

Atención hospitalaria

Los costes totales de las hospitalizaciones para las enfermedades mentales ascendieron a 24,99 millones de euros. Las enfermedades mentales representaron un total de 3.052 ingresos con diagnóstico principal y 76.636 estancias, con una estancia media de 25,11 días. Éstas también causaron 16.108 ingresos con diagnóstico secundario y 53.962 estancias.

Atención ambulatoria (atención especializada y atención primaria)

Los costes totales de las consultas en la atención especializada y en la atención primaria para las enfermedades mentales fueron de 7,89 y 9,30 millones de euros, respectivamente. Las enfermedades mentales originaron un total de 207.904 consultas externas y 530.296 visitas en los centros de salud.

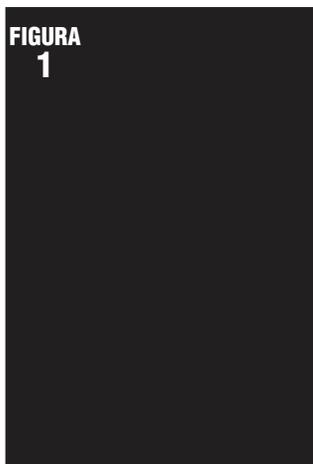


TABLA 1 Unidades físicas, utilización de recursos, costes directos, indirectos y totales asociados a las enfermedades mentales en Canarias (2002)

Unidades físicas		
Número de fallecidos	465	
AVP ^a	6.801	
AVPP ^b	3.194	
Días de baja laboral	722.978	
Utilización de recursos		
Ingresos	3.052	
Estancias	76.633	
Estancia media	25,11	
Consultas externas	207.904	
Atención primaria	530.296	
Costes directos		
	€	%
Atención hospitalaria	24.991.284	13,2
Atención primaria	9.303.509	4,9
Consultas externas	7.887.114	4,2
Fármacos	39.488.042	20,8
Subtotal	81.669.949	43,1
Costes indirectos		
Mortalidad anticipada	25.431.895	13,4
Incapacidad permanente	53.079.446	28,0
Incapacidad temporal	29.411.857	15,5
Subtotal	107.923.198	56,9
Costes totales	189.593.147	

^aAños de vida perdidos.

^bAños de vida productiva perdidos.

Fármacos

Los costes totales de los fármacos recetados para las enfermedades mentales representaron 39,49 millones de euros.

Mortalidad

El número de fallecimientos originados por las enfermedades mentales fue de 465 (239 varones y 226 mujeres), lo que causó una pérdida en años de vida de 6.801. Respecto a la mortalidad anticipada, el número de años productivos perdidos fue de 3.194. Aplicando la tasa de ocupación para cada año, la probabilidad de vida, la tasa de descuento del 3%, un incremento de productividad

del 2% y multiplicando por la ganancia media bruta, obtenemos un valor de 25,43 millones de euros para las pérdidas de productividad debidas a la mortalidad anticipada.

Incapacidad permanente y temporal

Los costes de las incapacidades permanentes representaron 53,079 millones de euros. Los costes por bajas laborales de los pacientes con enfermedades mentales representaron 29,41 millones de euros y ocasionaron 722.978 días de trabajo perdido.

Costes totales de las enfermedades mentales en Canarias en 2002

La tabla 1 nos ofrece los costes directos, indirectos y totales de las enfermedades mentales en Canarias en el año 2002. Además, en la figura 1 se presenta la distribución de los costes.

El coste social de las enfermedades mentales ascendió a un total de 107,92 millones de euros. El coste directo de la asistencia sanitaria fue de 81,67 millones de euros, lo que representa el 5,2% del gasto sanitario en Canarias.

Discusión

En las últimas décadas, las enfermedades mentales se han consolidado como uno de los problemas sociosanitarios de mayor importancia, tanto en Canarias como en el resto de España y de los países industrializados, debido a su elevada frecuencia (incidencia y prevalencia) y a las consecuencias que originan sobre la sociedad en términos de mortalidad, morbilidad y costes económicos y sociales. El impacto derivado de esta enfermedad sobre el entorno social, familiar y laboral de los enfermos es cada vez más importante, tanto en costes directos como indirectos.

El coste socioeconómico anual de las enfermedades mentales en Canarias supone 189,59 millones de euros. El impacto sobre los servicios sanitarios (costes directos) es menor (43% del total) que el impacto sobre los costes indirectos (57% del total). Al analizar la distribución interna de los costes que conforman cada uno de estos bloques, se observa que el que ocasiona el mayor coste es la incapacidad permanente, seguida, como segunda partida en importancia, por los costes debidos a los fármacos.

Si comparamos estos resultados con los procedentes de otros estudios sobre el coste de las enfermedades mentales (tabla 2), podemos comprobar que la distribución de los costes directos e indirectos es muy similar a la que muestran algunos estudios

TABLA 2 Costes de los trastornos mentales según diferentes estudios

Año del estudio	Autor/año	Coste directo	Coste indirecto	Lugar del estudio
1975	Hertzman P, 1983 ¹⁷	40%	60%	Suecia
1985	Hudson CG, 1994 ¹⁸	45%	55%	Estados Unidos
1985	Rice, 1992 ¹⁹	45%	55%	Estados Unidos

TABLA 3 Fallecimientos, años de vida perdidos, años de vida productivos perdidos y costes económicos de los accidentes de tráfico, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades mentales en Canarias (2002)

Problemas de salud	Fallecimientos	AVP	AVPP	Costes directos (millones de euros)	Costes indirectos (millones de euros)	Costes totales (millones de euros)	Costes sanitarios /gasto sanitario ^a
Accidentes de tráfico	155	6.339	4.101	224,46 (74%) ^b	78,95 (26%)	303,41	1,1%
Diabetes	499	5.692	856	74,86 (78%)	20,78 (22%)	95,64	4,8%
Cáncer	3.072	51.372	12.794	65,01 (35%)	118,18 (65%)	183,18	4,1%
Enfermedades cardiovasculares	4.205	42.690	7.141	150,57 (55%)	124,90 (45%)	275,47	9,6%
Trastornos mentales	465	6.801	3.194	81,67 (43%)	107,92 (57%)	189,59	5,2%

AVP: años de vida perdidos; AVPP: años de vida productivos perdidos.

^aCostes sanitarios de los diferentes problemas de salud en porcentaje del gasto sanitario total en Canarias.

^bLos costes directos incluyen: costes sanitarios, costes administrativos de las aseguradoras y costes de los daños materiales.

publicados en la bibliografía; no obstante, es difícil comparar estudios sobre el coste de la enfermedad si no utilizamos la misma metodología y si se basan en datos diferentes. Además, los precios relativos y totales difieren entre países, y distintos países tienen diferentes sistemas de salud.

En la tabla 3 se comparan algunos indicadores de las enfermedades mentales con otros problemas de salud para tener una idea de la magnitud de este problema.

Aún en la actualidad, continúan siendo muy escasos los estudios económicos realizados en España relacionados con la salud y la sanidad, por lo que no se favorece el desarrollo de actitudes críticas ni la maduración de los diferentes actores del sistema (políticos, gestores, clínicos, ciudadanos y pacientes) para participar en la toma de decisiones sobre el establecimiento de prioridades en la financiación de recursos.

La mayor presencia de los estudios económicos en el ámbito sanitario debiera partir de los estudios del coste de la enfermedad, y buscar una cierta continuidad hacia la realización de estudios de evaluación económica con objeto de contribuir a informar la selección de actuaciones coste-efectivas, reduciendo de esta manera la discrecionalidad en la priorización de la financiación de los programas sanitarios.

Los datos disponibles para llevar a cabo estas estimaciones de costes son limitados y “crudos”. Estas limitaciones se deben a las deficiencias en la calidad de los datos existentes y a la falta de información en algunas áreas. En este estudio no se han podido incluir los costes intangibles, caso de los relacionados con los cambios obligados en los hábitos de vida que requiere el tratamiento de la enfermedad, las restricciones crónicas del nivel de autonomía, la ansiedad, etc., que limitan los niveles de calidad de vida relacionada con la salud. Tampoco se ha podido estimar el coste de las urgencias hospitalarias, al no disponer de esta información los hospitales, ni los costes de los cuidados informales prestados por los cuidadores (principalmente familiares). Sin lugar a dudas, la disponibilidad de esta información contribuiría a ele-

var la exactitud y la suma total de los costes sociosanitarios de la atención a los pacientes con trastornos mentales en Canarias.

Este trabajo quiere contribuir a proporcionar información económica en el ámbito sanitario. Tal como ha ocurrido en otros lugares¹⁶, los estudios del coste de la enfermedad es-

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La tasa de prevalencia de las enfermedades mentales en Canarias corresponde a la de regiones y países del entorno occidental.
- Las enfermedades mentales se asocian más con el sexo femenino y la edad.
- La estimación del coste económico de las enfermedades mentales es fundamental para comparar la magnitud de los problemas de salud y para asignar recursos en política sanitaria.

Qué aporta este estudio

- El coste socioeconómico total en Canarias para los pacientes con trastornos mentales ascendió en 2002 a 189,59 millones de euros.
- El coste directo de la asistencia sanitaria ascendió a 81,67 millones de euros, lo que supone el 5,2% del gasto sanitario en el Servicio Canario de Salud. Los fármacos y la atención hospitalaria son los aspectos que más contribuyen a estos costes directos.
- Estos resultados se han de utilizar conjuntamente con la calidad de vida relacionada con la salud para evaluar el impacto de las políticas sanitarias centradas en este problema de salud.

tán sirviendo en Canarias para contribuir a establecer prioridades entre los diferentes problemas y necesidades de salud.

Bibliografía

1. Servicio del Plan de Salud e Investigación del Servicio Canario de Salud. Encuesta de Salud de Canarias 1997. Santa Cruz de Tenerife: Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias, 1998.
2. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud. Plan de Salud de Canarias 2003-2007. Santa Cruz de Tenerife: Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, 2003.
3. Hodgson TA, Meiners MR. Cost-of-illness methodology: a guide to assessment practices and procedures. *Milbank Mem Fund Q* 1982;60:429-91.
4. Max W, Rice DP, Mackenzie EJ. The lifetime cost of injury. *Inquiry* 1990;27:332-43.
5. Robinson JC. Philosophical origins of the economic valuation of life. *Milbank Q* 1986;64:133-55.
6. Base de datos de costes sanitarios SOIKOS. Barcelona: SOIKOS, 2001.
7. Gisbert R, Brosa M, Figueras M, Mindan E, Rovira J. El coste de la enfermedad en España: el coste de las enfermedades cardiovasculares. Madrid: Merck Sharp & Dohme de España, 1998.
8. Mishan EJ. Evaluation of life and limb: a theoretical approach. *J Polit Econ* 1971;79:687-705.
9. Henriksson F, Jonsson B. Diabetes: the cost of illness in Sweden. *J Intern Med* 1998;244:461-68.
10. Goeree R, O'Brien BJ, Goering P, Blackhouse G, Agro K, Rhodes A, et al. The economic burden of schizophrenia in Canada. *Can J Psychiatry* 1999;44:464-72.
11. Drummond MF, McGuire AJ, Black NA, Petticrew M, McPherson CK. Economic burden of treated benign prostatic hyperplasia in the United Kingdom. *Br J Urol* 1993;71:290-6.
12. López Bastida J, Serrano Aguilar P, Duque González B, Artiles Sánchez J. Los costes socioeconómicos de los accidentes de tráfico en las Islas Canarias en 1997. *Gaceta Sanitaria* 2001;15(5): 414-22.
13. López Bastida J, Serrano Aguilar P, Duque González B. Los costes socioeconómicos de la diabetes mellitas. *Aten Primaria* 2002;29(3):145-50.
14. López Bastida J, Serrano Aguilar P, Duque González B. Los costes socioeconómicos de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer en las Islas Canarias en 1998. *Gaceta Sanitaria* 2003;17(3):210-7.
15. Instituto Nacional de Estadística (INE). España en cifras 1998. Madrid: INE, The Netherlands, 1998.
16. Ministry of Health, Welfare and Cultural Affairs, Report on Choices in Health Care, 1993.
17. Hertzman P. The economic costs of mental illness in Sweden 1975. *Acta Psychiatr Scand* 1983;68(5):359-67.
18. Hudson CG, De Vito JA. Mental Health under National Health Care reform: the empirical foundations. *Health Soc Work* 1994;19(4):279-87.
19. Rice DP, Kelman S, Miller LS. The economic burden of mental illness. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43(12):1227-32.