



**Universitat  
Pompeu Fabra**  
*Barcelona*



**Colección Health Policy Papers**

**2018 – 06**

**LA SALUD MENTAL  
ENTRE LO DICHO Y LO HECHO**

**Guillem López Casasnovas**

**Catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra**

**Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)**

**Barcelona**





La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF), al amparo del apoyo incondicionado por convenio con la Obra Social “la Caixa”.

*"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"*



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

**Barcelona, Maig 2018**



## **LA SALUD MENTAL. ENTRE LO DICHO Y LO HECHO**

**Guillem López Casanovas, Catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra, Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)**

### **INTRODUCCION**

Si en algún ámbito encontramos disociación entre la carga social que supone la enfermedad y la escasa priorización que merece su abordaje en materia de financiación es la salud mental. En este texto exploraremos esta dicotomía, sus causas y posibles alternativas desde el análisis de la Economía de la Salud.

En efecto, la carga que suponen los problemas de salud mental en nuestro país, al igual que en la mayoría de países del mundo desarrollado tiene sus raíces en el coste de los tratamientos (el menor de sus factores), las consecuencias ligadas a su mayor cronicidad –que van desde las recaídas al suicidio-, a los efectos indirectos en costes no médicos –ocupabilidad menor, baja productividad, absentismo laboral- y por encima de los costes, la erosión en el bienestar de los propios individuos (discapacidades), de sus familias (calidad de vida) y de la comunidad en general (inseguridad).

Su cuantificación económica en general muestra unas cifras que superan los dos puntos del PIB y un gasto que supera por muy poco el 5% del gasto sanitario público. No me entretendré ahora a justificar estos u otros datos, en detalle de bibliografía anotada ya importante. Pero sí conviene destacar que pese a los múltiples problemas asociados a la salud mental, la apariencia es que la política sanitaria no le presta la atención debida.

### **LOS DATOS**

Los trastornos mentales comunes presentan un gran impacto sobre las personas y sobre la sociedad, tanto si se evalúan los costes, cuantificando en unidades monetarias la utilización de recursos atribuida a la enfermedad, como si se mide la carga producida por los mismos, bien a través de la calidad de vida relacionada con la salud, en años de vida ajustados a la calidad (AVAC o QALYs) con que se viven dichos años, o bien se evalúa dicho impacto por la discapacidad que producen estos trastornos, en forma de años vividos ajustados por discapacidad (AVAD o DALYs).

Existen diferentes tipologías a la hora de realizar el cálculo de los costes: -sanitarios, -no sanitarios, -por pérdida de productividad o indirectos, -de morbilidad, -de

mortalidad, -costes en función de quién los soporta (el sector sanitario, el paciente y su familia u otros sectores), -diferentes formas de medir el consumo de recursos, -así como de métodos de valoración monetaria de los costes.

Según Oliva *et al* (2006) los códigos correspondientes a los diagnósticos de trastornos de ansiedad, disociativos y somatomorfos, disfunción fisiológica con origen en factores mentales, reacción aguda al estrés y perturbación de emociones específicas de la infancia y de la adolescencia, respectivamente, supusieron en el año 2002 un total 789 millones de euros. La distribución fue la siguiente: el 53.22% fueron costes indirectos, unos 420 millones de euros, y el 46.74% costes sanitarios directos, en los que los psicofármacos ocuparon el primer puesto con un coste total de 194 millones de euros. Pero hay que señalar que estos datos se obtuvieron solo de los pacientes que habían acudido a atención hospitalaria.

Para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el estudio ANCORA observó para dicho paciente en las consultas de atención primaria (AP), en las de especialidades, en pruebas de laboratorio y en medicación unos costes sanitarios (1,206 euros por paciente) que solo alcanzan el 20% del coste total, el cual asciende a 5,819 euros por paciente con TAG, siendo en su gran mayoría costes sociales indirectos debidos a la discapacidad para el trabajo.

A su vez, con datos del 2008, comparando los costes originados por pacientes con TAG frente a pacientes sin este trastorno, en diferentes países europeos incluida España, se encontró que los costes sanitarios directos en Europa ascienden a 659 euros y los costes indirectos a 2,208 euros, pero además estos costes aumentan con la gravedad de los síntomas, pues existe una gran diferencia entre los costes relativos que generan los pacientes con TAG severo frente al grupo control, especialmente en España, en concreto 8,922 euros frente a 1,748 euros.

Para la depresión: En CostDep para Cataluña se estimaron los costes de la depresión para el año 2006 en 735.4 millones de euros para Cataluña. Los costes directos sanitarios supusieron 155.6 millones de euros (21.2%) y los costes indirectos, 579.8 millones (78.8%). Los fármacos alcanzaron el 65% de los costes directos. En cuanto a la distribución de los costes indirectos, la incapacidad laboral permanente (IP) supuso 353 millones de euros (48% del total) y los costes indirectos por mortalidad (suicidio atribuido a depresión) ascendieron a casi 27 millones de euros. El coste medio por persona adulta y año alcanzar los 122.8 euros, unos 102.8 euros per cápita, mientras que por caso tratado de depresión se alcanzarían los 1,800 euros anuales.

A su vez, en un estudio realizado para la ciudad de Sabadell se analizaron los costes y la carga de la depresión en los años 2007 y 2008, los costes directos supusieron el 48.5% del total, pero no se incluyeron los costes indirectos asociados a la IP, aunque los autores estimaron que de haberlos incluido se habría alcanzado una media de 140 euros per cápita y año.

En cuanto a los costes indirectos de los trastornos mentales comunes, Romero *et al.* encontraron que la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC) debidas a procesos depresivos es más prolongada que lo que el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) estima como duración óptima (30-60 días). Así, la duración media de la ITCC por depresión en una muestra de 1,292 trabajadores fue de 6 meses, muy superior a la duración óptima. El coste medio por proceso debido a incapacidad laboral temporal (ILT) por depresión en Cataluña se ha estimado en 5,570 euros y el coste medio por paciente es algo más alto, 6,013 euros, ya que algunos pacientes sufren más de un proceso de ILT.

Para los trastornos de ansiedad, se repite la misma situación que en procesos depresivos, pues también generan ITCC más largas que las marcadas por el INSS (20-30 días para la mayoría de trastornos de ansiedad). La mediana de la duración de la ITCC en una muestra de 1,161 trabajadores con trastornos de ansiedad (N = 1,161) fue de 83 días, pero el 25% de estas bajas duraron más de 148 días, unos 5 meses.

En resumen, la heterogeneidad de los resultados de los distintos estudios se producen respecto de lo hasta aquí analizado: -por las bases de datos utilizadas (hospitalarias, encuestas de salud o considerando la prevalencia de dichos trastornos), -por la inclusión o no de diferentes tipos de costes, -por el hecho que en la realización de estos cálculos no están incluidos los casos sub-clínicos (según el estudio ESEMeD, un 11.9% de la población española consumía tranquilizantes sin tener síntomas suficientes para un diagnóstico de trastorno de ansiedad o depresivo, -tampoco están incluidos los trastornos adaptativos con alta prevalencia y costes significativos ni los sobrecostes de pacientes que, teniendo problemas crónicos de salud (entorno al 16% de prevalencia), presentan trastornos de ansiedad y depresivos comórbidos (aproximadamente la mitad, un 8%), cuyos costes se duplican (Instituto Nacional de Estadística, 2011).

A pesar de esta disparidad se objetiva que los costes generados por los trastornos emocionales son muy elevados, en torno al 2.2% del PIB en el 2010, casi la mitad del coste de todos los trastornos mentales, debido a su alta prevalencia. Por lo demás, el gasto sanitario del paciente con TAG se multiplicó por 2.7, frente al gasto del paciente sin problemas emocionales; mientras que el gasto por hiperfrecuentación a las consultas médicas se multiplicó por 3.4 y el gasto en medicamentos por 3.3. Tanto la hiperfrecuentación y el consumo de psicofármacos como el abandono del tratamiento favorecen el desarrollo de la cronicidad y la discapacidad.

En los costes no sanitarios o indirectos, se observa que los trastornos mentales comunes acarrear procesos de ILT de duración bastante mayor (3-4 veces) que la considerada óptima por el INSS para dichos trastornos, como depresión y ansiedad, y una parte considerable de estos pacientes, cuya mediana de edad se encuentra en 49 años, alcanzan una IP, lo que supone mayores costes. Esto puede ser debido, por una

parte, a su elevada prevalencia pero, también, a que menos de una tercera parte de los pacientes (30.5%) siguen un tratamiento mínimamente acorde con la evidencia científica.

En cuanto a la carga de la enfermedad, medida por discapacidad, también es elevada a pesar de que a menudo la ausencia de datos acerca de la mortalidad prematura asociada, puesto que estos trastornos están vinculados a un mayor riesgo de suicidio (un riesgo atribuible estimado a la población de un 28% para intentos de suicidio en pacientes con trastorno depresivo mayor; mientras que para el TAG fue del 4.0%).

Además, la diversidad vista tiene como consecuencia que en la mayoría de los estudios analizados se infraestima el impacto de dichos trastornos al excluirse costes derivados, tales como los costes ocasionados en accidentes de tráfico, domésticos, o caídas con rotura de cadera, que bajo los efectos de los psicofármacos se producen.

Tampoco se incluyen los costes debidos a esa interacción sinérgica entre problemas emocionales y condiciones físicas crónicas, que exacerba la enfermedad física, comórbida con problemas de salud mental, estimándose que eleva los costes totales de la atención médica por lo menos un 45% para cada persona con una condición crónica y problemas de salud mental comórbidos.

Los costes por paciente de cada trastorno se consideraron en tres categorías: (1) los costos directos de atención médica, que incluyeron los costos de atención hospitalaria, atención ambulatoria, medicamentos y procedimientos médicos y dispositivos; (2) los costos directos no médicos comprenden cuidado informal, costos de adaptación y costos de transporte; y (3) los costos indirectos se restringieron a la ausencia temporal o permanente del trabajo y la jubilación anticipada. Se excluyeron los costos indirectos debido a la mortalidad prematura, los costos intangibles y los costos de la delincuencia debido a la falta de datos o métodos valiosos. Los costos indirectos se valoraron utilizando el enfoque del capital humano. Los costos relacionados con la investigación también fueron excluidos. Pese a ello una debilidad esperada puede provenir de la doble contabilización, dada la dificultad de separar ciertas intersecciones, y en todo caso en ausencia de análisis de los aspectos distributivos de los costos.

*Costo por paciente:* el costo anual promedio por paciente fue de 2.440 €, aunque hubo una gran variación según el diagnóstico (desde 402 € para el dolor de cabeza hasta 36.946 € para la esclerosis múltiple). El costo medio por paciente de los trastornos mentales fue mayor (2.494 €) que el de los trastornos neurológicos (2.378 €). Sin embargo, cuando el dolor de cabeza, un trastorno de alta prevalencia de bajo costo, no se tuvo en cuenta, el costo medio por paciente de los trastornos neurológicos fue de 16.309 €. Costos sociales: el costo social de los trastornos cerebrales en España 2010 se estimó en 84,000 millones de euros. Sobre la base de un número total de ciudadanos en España de casi 46 millones, el costo promedio de trastornos cerebrales

por habitante y año en España fue de 1.725 €. El trastorno cerebral más costoso en España fue la demencia con 15,402 millones de euros.

*Distribución del tipo de costes:* los trastornos mentales representaron 46,000 millones de euros, lo que representa el 55% de los costes sociales de todos los trastornos cerebrales considerados. Los costos sociales de los trastornos neurológicos sumaron 38,000 millones de euros (45% del total). La demencia fue el trastorno más costoso y representó casi el 20% de los costos sociales.

Sesgos de subestimación: no hubo estimaciones para España ni de ningún país europeo sobre costos directos no médicos para tumores cerebrales, cefaleas, trastornos psicóticos, trastornos del sueño y trastornos somatoformes, y sobre los costos indirectos de la discapacidad intelectual. Estos conceptos no pudieron incluirse en las estimaciones finales, lo que resultó en una subestimación de los costos totales. También pueden afectar los costos indirectos de los trastornos en niños y adolescentes, así como también se asumió que la demencia era nula. Las personas afectadas no formaban parte de la población trabajadora y los costos sociales subestimados de los trastornos cerebrales también pueden resultar de la mortalidad intangible, relacionada con el crimen y la mortalidad. Dichos costes no fueron evaluados.

## **ALGUNAS EXPLICACIONES POSIBLES DE LOS RESULTADOS**

Desde la experiencia y comprensión de los procesos de financiación que se derivan del análisis económico aplicado a la salud nos atrevemos a derivar las siguientes consideraciones:

En la Salud Mental se localizan hoy impactos individuales y sociales, más que en presupuestarios públicos o empresariales, de lo que supone hoy la elevadísima carga que supone la SM. La identificación de los problemas concretos que alberga el área de Salud Mental es compleja, va de enfermedades a trastornos pero con interacciones entre si y afectando múltiples códigos diagnósticos; la falta de precisión de las medidas que los identifican tampoco ayudan (de una esquizofrenia, trastorno psicótico, un dolor de cabeza...) y la relativa efectividad de algunos tratamientos o su adecuación y adherencia contrastable (antipsicóticos) en algunos casos no cuenta con evidencia favorable suficiente. Además, si las soluciones son más comunitarias que a través de la institucionalización la centrifugación de responsabilidades de la política pública es más probable; también si los tratamientos exigen más coordinación (lo que puede suponer más desresponsabilización) o cuando los resultados son si acaso a más largo plazo (frente al cortoplacismo que a menudo embarga el sustantivo de la política sanitaria).

Por lo demás, cuanto menos *estaturizado* esté el personal al frente de la prestación de cuidados más probable es que el compromiso financiero decaiga (provisión vía conciertos, organizaciones sin ánimo de lucro, concesiones público-privadas... no suelen ser prioritarias en situación de consolidación fiscal). Cuando menos específica sea la especialidad médica desde la que se ejerciten los cuidados, menos probable es que la SM cuente con un grupo de presión importante para su abordaje. Cuando más afecte la enfermedad a parados, ancianos, mujeres y jóvenes menos valor es probable que se dé a parte de sus costes. Cuando menos se sepa de las causas que generan

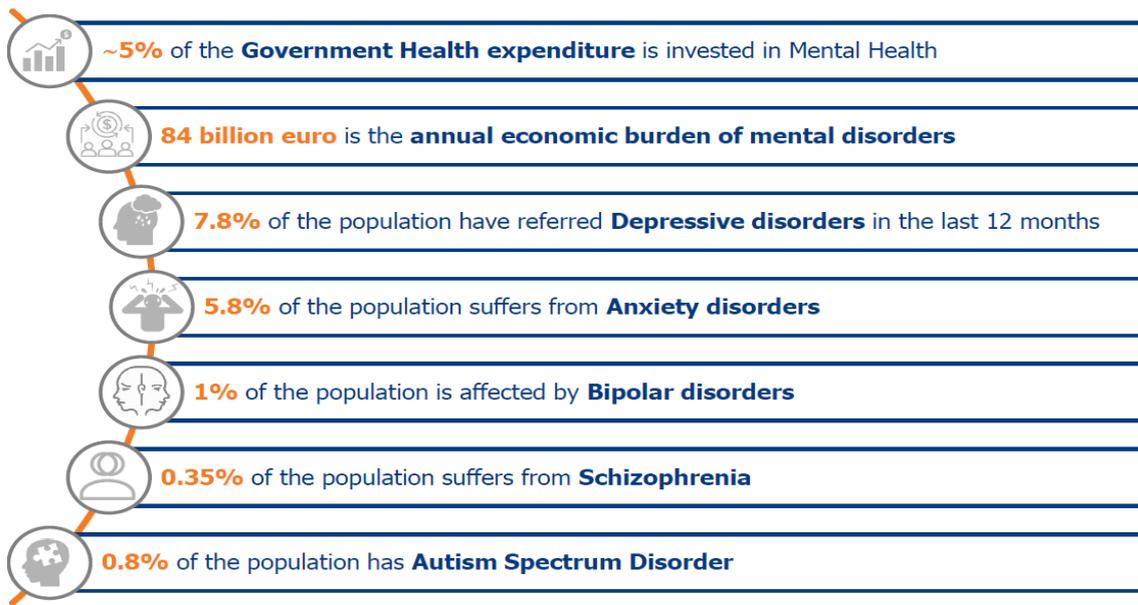
pérdida de SM, más endogeneidad se le atribuya -por ejemplo, la salud mental ya como causa o como efecto de la situación económica- sepamos de sus transiciones (de niño a adulto, en sus intersecciones -varios diagnóstico a la vez- o complementariedades sobrevenidas, menos foco es probable que asigne el responsable de la política pública. Cuanto más indescifrable sea de un trastorno el componente propio (por ejemplo, en una adicción) respecto de uno circunstancial (exógeno) más difícil resulta concretar la responsabilidad pública a tener en cuenta en su abordaje. Finalmente, cuanto más compartimentado esté el tratamiento entre organizaciones responsables (entre lo sanitario y lo social, en la infancia y como adulto, etc.) menor será el incentivo a valorar la actuación de cada cual según el resultado.

Ante el anterior estado de cosas que se da en elevado porcentaje en el campo de la Salud mental, desde la experiencia y el conocimiento que permite el análisis económico en lo que se refiere a los aspectos de financiación apuntaríamos de modo simétrico a las anteriores consideraciones: La conveniencia de que una mayor parte de los costes anteriores trascienda a los presupuestos públicos y o empresariales; por ejemplo en el primer caso por la vía que abre la asunción de costes de la dependencia o en el segundo a través de indemnizaciones con cargo a la empresa en ILTs primeros días, *burn outs*, *stress o mobbing* empresarial que requieran el pago de una prima de seguro. Una segunda consideración radica en apalancar mejor la financiación longitudinal de los resultados a largo plazo a través de la interposición de un *budget holder*, *tutor o bróker* de salud que así pueda atender a circunstancias temporales desde su única responsabilidad; o de otro modo cabría valorar alguna propuesta para ciertos tipos de tratamiento en los que las propias compañías farmacéuticas integran horizontalmente la cadena de valor de la salud a partir del medicamento, quedando a su responsabilidad el coste de los cuidados que deban complementarse, a cambio de un pago fijo, por episodio o prospectivo anual en caso de crónicos.

Parecería igualmente oportuno aprovechar los contextos de la descentralización sanitaria para apoyar desde los propios proveedores innovaciones en Salud Mental que una vez evaluadas se diseminen como buenas prácticas. Alejarse en todo caso de protocolos estándares debiera conllevar responsabilidad fiscal en cuanto a la diferente priorización del gasto autonómico a favor de aquellas otras formas de SM, o a cargo de usuarios si la gestión es de proveedores concretos (riesgos compartidos) más que de gobiernos autonómicos en su conjunto. Ello ha de permitir señalar mejores resultados con que sin aportación financiera para empujar en su caso una mayor financiación presupuestaria. La inserción de las anteriores cuestiones en el concepto de la 'economía sostenible', que empieza a ser etiqueta forzada para las actuaciones públicas, debiera también ayudar a la mejor consideración de aspectos de SM hoy relegados por el financiador público. Finalmente parece oportuno que se otorgue mayor trascendencia a los buenos resultados, evidenciables en sus aspectos de beneficios, en materia de aseguramiento, valoraciones periciales, indemnizaciones judiciales, costes por escolarización perdida, etc.) acercando la Salud Mental a la realidad económica de la que se pueda derivar un respecto a sus tratamientos vista su prevalencia e incidencia en la salud de los ciudadanos.

Barcelona 30 de Mayo del 2018

## ANEXO DE DATOS Y CUADROS



Source: WHO, 2011; Oleguer Pares-Badell et al., "Cost of Disorders of the Brain in Spain", 2014; Global Burden of disease, 2017

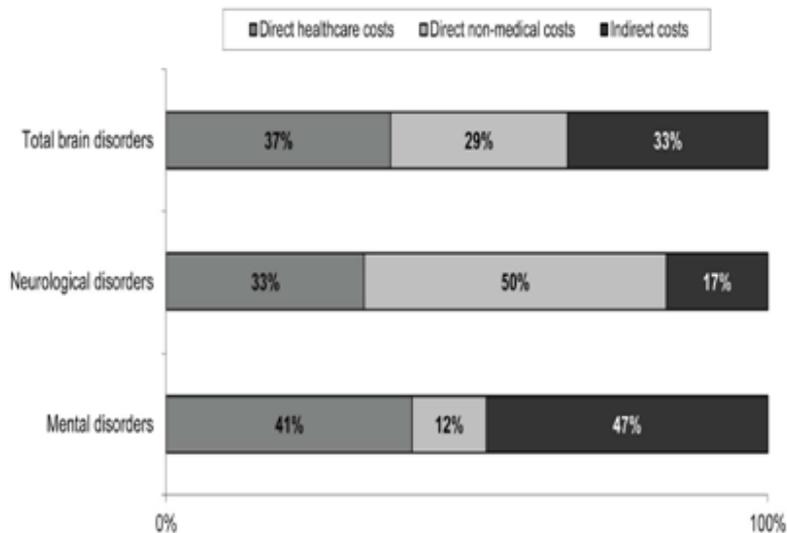
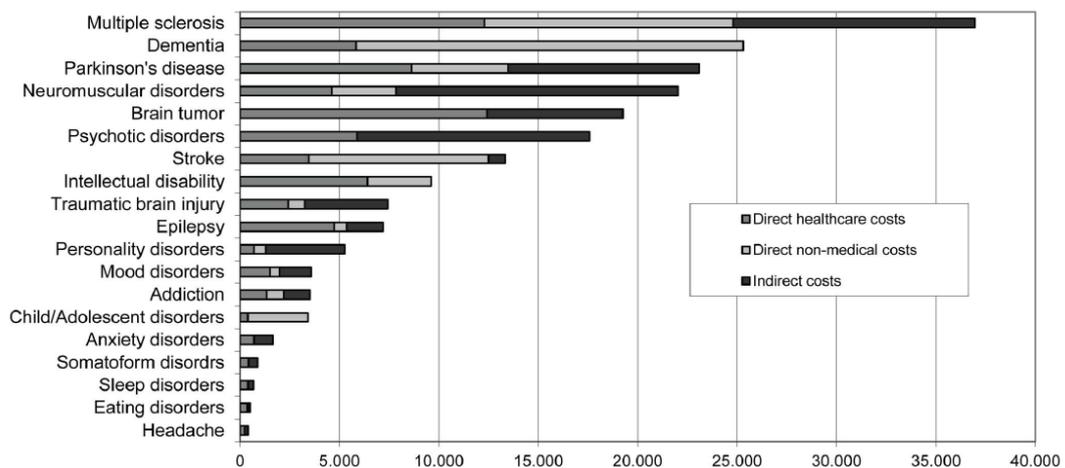
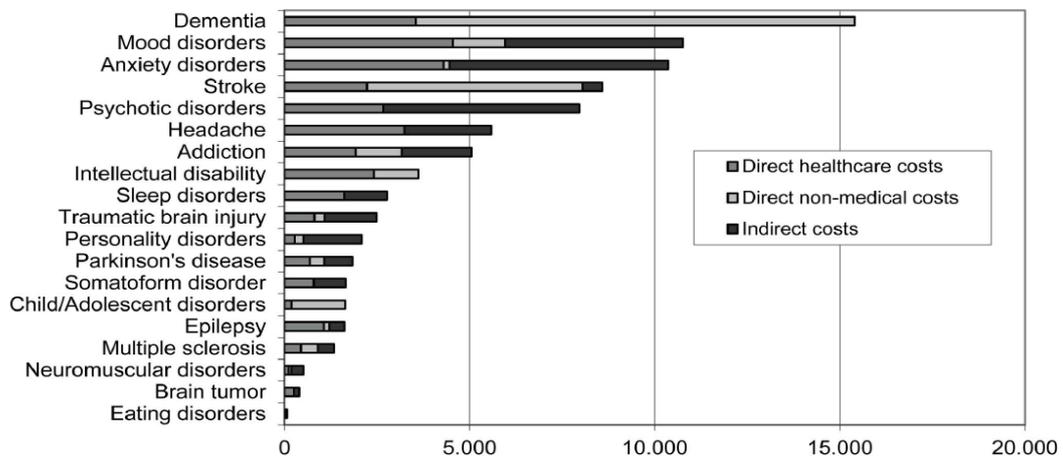


Figure 4. Distribution of types of costs in brain disorders, neurological disorders and mental disorders.  
doi:10.1371/journal.pone.0105471.g004



**Figure 2. Per-patient cost by disorder and types of costs in Spain (€, 2010).**  
doi:10.1371/journal.pone.0105471.g002



**Figure 3. Societal cost by disorder and types of costs in Spain (€ million, 2010).**  
doi:10.1371/journal.pone.0105471.g003

**Table 3. Number of people, per-patient cost and societal cost by type of costs for all disorders in Spain 2010.**

	Number of patients	Per patient cost (€, 2010)			Total	Societal costs (€ million, 2010)			Total
		Direct healthcare costs	Direct non-medical costs	Indirect costs		Direct healthcare costs	Direct non-medical costs	Indirect costs	
Addiction <sup>a</sup>	1,417,560	1,335	867	1,315	3,517	1,919	1,247	1,890	5,056
Anxiety disorders	6,238,499	689	24	948	1,661	4,300	150	5,914	10,365
Brain tumor <sup>a</sup>	26,695	12,438	0	4,826	19,254	257	0	141	398
Child/Adolescent disorders <sup>a</sup>	480,074	392	3,021	0	3,413	188	1,450	0	1,638
Dementia	608,751	5,830	19,473	0	25,303	3,549	11,850	0	15,402
Eating disorders <sup>a</sup>	131,949	364	45	90	499	48	6	12	65
Epilepsy	225,346	4,734	619	1,827	7,180	1,067	140	412	1,618
Headache	13,908,125	233	0	198	482	3,244	0	2,341	5,585
Intellectual disability <sup>a</sup>	376,777	6,409	1,203	0	9,612	2,415	1,207	0	3,622
Mood disorders <sup>a</sup>	3,002,725	1,514	469	1,061	3,584	4,546	1,410	4,807	10,763
Multiple sclerosis	36,193	12,291	12,495	12,160	36,946	445	452	440	1,337
Neuromuscular disorders <sup>a</sup>	21,003	4,605	3,227	14,185	22,016	106	74	326	506
Parkinson's disease	78,789	8,614	4,866	5,012	23,091	687	388	767	1,842
Personality disorders <sup>a</sup>	396,532	697	383	3,979	5,259	276	231	1,578	2,085
Psychotic disorders <sup>a</sup>	413,650	5,870	0	11,705	17,576	2,663	0	5,110	7,973
Sleep disorders <sup>a</sup>	4,872,265	396	0	284	680	1,611	0	1,158	2,769
Somatiform disorder <sup>a</sup>	1,812,405	426	0	405	891	789	0	861	1,650
Stroke	646,025	3,461	9,032	835	13,329	2,229	5,817	538	8,584
Traumatic brain injury <sup>a</sup>	335,260	2,412	810	4,183	7,426	809	278	1,403	2,489
<b>Total</b>	<b>34,323,684</b>	<b>908</b>	<b>720</b>	<b>813</b>	<b>2,440</b>	<b>31,149</b>	<b>24,768</b>	<b>27,897</b>	<b>83,749</b>

<sup>a</sup>European imputation was used for all costs.

<sup>b</sup>European imputation was used for indirect costs.

<sup>c</sup>European imputation was used for unipolar depression direct non-medical costs and bipolar disorder indirect and direct non-medical costs.

<sup>d</sup>European imputation was used for neuromuscular disorders except for amyotrophic lateral sclerosis.

doi:10.1371/journal.pone.0105471.t003

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayuso-Mateos, J. L., Recacha, P. G., Haro, J. M., Carulla, L. S., Polo, F. J. V., Hernández, M. Á. N., & Chisholm, D. (2008). Reducing the Burden of Mental Illness in Spain.
- Hazo, J. B., Gandré, C., Leboyer, M., Obradors-Tarragó, C., Belli, S., McDaid, D., ... & van Os, J. (2017). National funding for mental health research in Finland, France, Spain and the United Kingdom. *European Neuropsychopharmacology*, 27(9), 892-899.
- Oliva-Moreno, J., López-Bastida, J., Montejo-González, A. L., Osuna-Guerrero, R., & Duque-González, B. (2009). The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 10(4), 361-369.
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PloS one*, 9(8), e105471.
- Persson, Petra, and Maya Rossin-Slater. 2018. "Family Ruptures, Stress, and the Mental Health of the Next Generation." *American Economic Review*, 108 (4-5): 1214-52.
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Navarro, R. M., Medrano, L., Moriana, J. A., Aguado, C. B. & González-Blanch, C. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés*.
- Sabes-Figuera, R., Knapp, M., Bendeck, M., Mompart-Penina, A., & Salvador-Carulla, L. (2012). The local burden of emotional disorders. An analysis based on a large health survey in Catalonia (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 24-29.
- Salvador-Carulla, L., Bendeck, M., Fernández, A., Alberti, C., Sabes-Figuera, R., Molina, C., & Knapp, M. (2011). Costs of depression in Catalonia (Spain). *Journal of affective disorders*, 132(1), 130-138.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Fratiglioni, L. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.

