

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Medicina
Curso 2022-2023

Costes socioeconómicos de los trastornos mentales y del comportamiento en Canarias en 2020

Autora

Dolores González Farrujia

Tutor

Francisco Rodríguez Pulido

Departamento de Medicina Interna, Dermatología y Psiquiatría
Área de Psiquiatría

Índice

1. Resumen	3
2. Abstract	4
3. Introducción	5
3.1. Revisión y antecedentes	6
3.2. Objetivo	7
3.3. Hipótesis	7
4. Material y métodos	8
4.1. Tipo y periodo de estudio	8
4.2. Muestra del estudio	8
4.3. Fuentes	8
4.4. Indicadores y variables	12
4.4.1. Coste directo	13
4.4.2. Coste indirecto	15
4.5. Procedimientos	17
5. Resultados	18
5.1. Cálculos	18
5.2. Costes directos	18
5.3. Costes indirectos	20
5.4. Costes totales de los trastornos mentales y del comportamiento	22
6. Discusión	24
7. Conclusiones	28
8. Bibliografía	29
Anexo I: tablas adicionales.	33
Anexo II: electrónico (Excel)	

1. RESUMEN

Introducción. La conciencia social sobre la importancia de la salud mental está en aumento, así como la carga de enfermedad debida a trastornos mentales. Para comprender las consecuencias de la inversión en atención sanitaria y el impacto de las enfermedades en la sociedad se emplean los análisis socioeconómicos. El objetivo principal de nuestro estudio fue actualizar la evaluación económica realizada por López-Bastida en 2002 y analizar si ha habido cambios en la distribución de los costes en los últimos 18 años.

Material y métodos. Se realizó un estudio de coste de enfermedad en la Comunidad Autónoma de Canarias en 2020, basado en la prevalencia de trastornos mentales entre los residentes. Los costes directos identificados en el estudio incluyeron hospitalizaciones, consultas de atención primaria, consultas de atención especializada y fármacos; Por otro lado se consideraron como costes indirectos la mortalidad prematura, incapacidad permanente e incapacidad temporal.

Resultados. En 2020, se estima que el costo total de la salud mental en Canarias ascendió a 321,5 millones de euros. De este total, los costos indirectos representaron el 66,3 %, mientras que los costos directos fueron del 33,7 %. Las variables que tuvieron un mayor impacto económico se ordenaron de la siguiente manera: la incapacidad temporal representó el 34 %, seguida de la incapacidad permanente con el 19,4 %, los gastos en fármacos con el 16,7 % y la mortalidad prematura con el 12,8 %.

Discusión. En comparación con los datos de 2002, se ha observado un incremento del coste indirecto asociado a la salud mental, específicamente en relación con la incapacidad temporal. Además, la atención comunitaria representa más proporción del coste directo en la actualidad que en 2002, y las hospitalizaciones una proporción menor.

Palabras clave. Trastornos mentales y del comportamiento; Coste socioeconómico; Coste de enfermedad; Costes directos; Costes indirectos; Canarias; 2020.

2. ABSTRACT

Introduction. Social awareness of the importance of mental health is increasing, as is the burden of disease due to mental disorders. Socioeconomic analyses are used to understand the consequences of healthcare investment and the impact of diseases on society. The main objective of our study was to update the economic evaluation conducted by López-Bastida in 2002 and to analyze whether there have been any changes in the distribution of costs in the last 18 years.

Material and methods. A cost-of-illness study was conducted in the Autonomous Community of the Canary Islands in 2020, based on the prevalence of mental disorders among residents. The identified direct costs in the study included hospitalizations, primary care visits, specialized care visits, and medications. On the other hand, premature mortality, permanent disability, and temporary disability were considered as indirect costs.

Results. In 2020, the total cost of mental health in the Canary Islands was estimated at 321.5 million euros. Of this total, indirect costs accounted for 66,3 %, while the 33,7 % left were direct costs. The variables that had the greatest economic impact were ranked as follows: temporary disability accounted for 34 %, followed by permanent disability with 19,4 %, medication expenses with 16,7 %, and premature mortality with 12,8 % left.

Discussion. Compared to the 2002 data, an increase in indirect costs associated with mental health has been observed, specifically in relation to temporary disability. Furthermore, community care currently accounts for a higher proportion of direct costs than in 2002, while hospitalizations represent a smaller proportion.

Key words. Mental and behavioral disorders; Socioeconomic cost; Cost-of-illness; Direct costs; Indirect costs, Canary Islands; 2020.

3. INTRODUCCIÓN

La incidencia de los trastornos mentales se incrementa cada año en España¹. En este sentido, el aumento de la concienciación sobre la salud mental está favoreciendo el desarrollo de estructuras de prevención de trastornos mentales a nivel autonómico, como el Plan de Salud Mental de Canarias (2019) o el Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Canarias (2021).

Por su parte, la creciente carga de enfermedad y la implantación de nuevos recursos para la prevención, manejo y rehabilitación de los trastornos mentales influye, cada vez más, en la necesidad de estudiar el coste que este grupo de enfermedades tiene para la sociedad.

En cifras, el 27,4 % de los españoles padece un problema de salud mental, siendo el trastorno de ansiedad el más frecuente²; mientras que la depresión es la quinta causa de Año de Vida Ajustado por Discapacidad (AVAD) en España, y la decimotercera a nivel mundial³. En Canarias, el 23,7 % de la población adulta podría padecer un trastorno mental, siendo el trastorno por ansiedad el problema más atendido en las consultas de atención primaria⁴.

Según la Encuesta de Salud de Canarias de 2015 se estima que el 10,8 % de la población ha tenido ideas suicidas alguna vez en la vida, siendo este pensamiento más frecuente en mujeres que en hombres. Sin embargo, al analizar la tasa de suicidios por 100.000 habitantes / año esta es de 4,46 en mujeres y 14,77 en hombres⁵.

En cuanto al perfil de las personas susceptibles de padecer trastornos mentales, el género masculino se ha mostrado más propenso en los niños y adolescentes jóvenes, mientras que en la edad adulta son más frecuentes en mujeres. Asimismo, la salud mental de los varones es más vulnerable en momentos de crisis económicas^{6,7}. La severidad de la sintomatología psíquica aumenta con la edad independientemente del sexo⁸.

La frecuencia de los distintos trastornos mentales varía según el género. En España los trastornos más prevalentes entre las mujeres son la ansiedad, la depresión y los trastornos del sueño; entre los hombres los trastornos del sueño son los más comunes, seguidos de la ansiedad y los trastornos hipercinéticos².

Por otro lado, existen ciertos factores de riesgo de cara a desarrollar trastornos mentales, como el padecimiento de un trastorno mental por parte de los progenitores⁹, la precariedad laboral, el desempleo o un bajo nivel socioeconómico¹⁰; este último factor tiene especial peso en Canarias, donde un 28,4 % de la población está en riesgo de pobreza¹¹. Si se estudia la

sintomatología depresiva en relación con la actividad económica encontramos que la mayor tasa de depresión se da en aquellas personas incapacitadas para trabajar —45,06 %—⁸.

Para abordar este conjunto de trastornos mentales la ley General de Sanidad de 1986 en su artículo 20 relativo a la salud estableció cuatro ejes básicos para el cuidado de la población en materia de salud mental. Estos cuatro principios han tenido un desarrollo desigual en el tiempo y por comunidades autónomas.

Todo lo comentado con anterioridad pone de manifiesto la importancia que tiene el estudio del impacto que tiene la salud mental en el Archipiélago; tanto en términos monetarios, dados los servicios existentes para la asistencia a la misma, como en términos sociales, la pérdida de calidad de vida asociada al padecimiento de un trastorno mental o la pérdida de productividad laboral.

3.1. Revisión y antecedentes

La salud es uno de los mayores sectores económicos en España, y su importancia se espera que aumente en las próximas décadas debido al envejecimiento de la población y a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Sin embargo aunque el sistema sanitario es el determinante de salud que más gasto supone, no es el que más salud genera. De ahí la importancia de los estudios socioeconómicos, que ayudan a entender estas complejas interacciones entre los factores sociales y económicos de la salud.

En esta línea, los estudios de coste de enfermedad analizan el impacto financiero que esta tiene en los individuos, las familias, los sistemas de salud y la sociedad en general; no obstante, presentan ciertas deficiencias a la hora de ayudar a la toma de decisiones, ya que no analizan el beneficio generado.

Para llevar a cabo una evaluación económica del impacto que generan en la sociedad los trastornos mentales y del comportamiento es necesario analizar tanto los costes directos como los indirectos. Los costes directos se corresponden con el coste de producción de los servicios a disposición del paciente, ya sean hospitalización, consultas de atención comunitaria, procedimientos diagnósticos, fármacos o terapias de rehabilitación.

Por otra parte, los costes indirectos contemplan la pérdida de productividad por mortalidad prematura o morbilidad, las pensiones, el coste de los cuidados informales o la pérdida de productividad de los familiares y cuidadores del enfermo.

Existen numerosos tipos de estudios que abordan los costes y los trastornos mentales: casos y controles¹², revisiones sistemáticas^{13,14}, estudios transversales de prevalencia^{15,16}... Las dificultades encontradas en los mismos para el desarrollo de la investigación se pueden resumir en la diversidad de metodologías empleadas y la consecuente dificultad para la comparación de resultados, la inexistencia de estudios en países de bajos y medios ingresos y la carencia de datos publicados sobre la asunto en cuestión.

En cuanto a la temática de los estudios, se observa que la mayoría se enfocan en trastornos de ansiedad y depresión, que son las patologías más prevalentes en la población y, por lo tanto, aquellas cuyas consecuencias e impacto es más conocido. Por otro lado, se reconoce un número menor de estudios que se centran en la esquizofrenia, que es otro trastorno frecuente pero menos prevalente que los anteriores.

Si hablamos de las variables analizadas, son más los estudios que evalúan los costes directos. Además aquellos que analizan los indirectos con frecuencia se limitan al cálculo de la pérdida de productividad del paciente, no así de sus familiares y cuidadores.

En la literatura se ha encontrado que existe una diferencia significativa entre los costes indirectos de los trastornos mentales respecto al de otras enfermedades, no ocurre lo mismo para los directos¹². Asimismo, la existencia de trastorno mental como comorbilidad incrementa el coste indirecto de otras enfermedades¹⁷.

Otras característica distintiva de los trastornos mentales tiene que ver con la duración de las bajas laborales. Si bien este no es el grupo de enfermedades que más incapacidades temporales causan, sí es el primero en cuanto a duración media de los episodios de incapacidad – 82,3 días de media -¹⁸.

3.2. Objetivo

El objetivo principal de este estudio es realizar una evaluación económica del coste de la salud mental en 2020, actualizando los resultados obtenidos por López-Bastida¹⁹ para el año 2002. Además se pretende analizar si la distribución del coste de la salud mental ha cambiado en estos últimos 18 años y de qué manera.

3.3. Hipótesis

Habiendo analizado variedad de estudios científicos que abordan el tema del coste de la salud mental en los últimos 20 años y en distintos territorios, lo esperable es:

- Los costes indirectos son mayores que los costes directos de los trastornos mentales²⁰⁻²³.

- El gasto en atención hospitalaria es mayor que el realizado en atención comunitaria²⁰.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Tipo y periodo de estudio

Este estudio se centra en realizar una evaluación de coste de enfermedad basado en la prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento durante el año 2020. Se ha decidido estudiar este año debido a que es el periodo más reciente para el cual están publicados la mayoría de los datos necesarios para la realización de la evaluación.

El trabajo se ha diseñado como un estudio transversal y se llevará a cabo desde una perspectiva social, si bien no pretendemos calcular cuánto le cuesta al Gobierno de Canarias la atención a la Salud Mental, sino analizar y comprende el impacto que estos trastornos generan en la sociedad.

4.2. Muestra del estudio

La muestra de este estudio está compuesta por la población de la Comunidad Autónoma de Canarias, que según datos del Instituto Canario de Estadística (ISTAC)²⁴ para el año 2020 se estimaba en 2.175.952 habitantes. Si desagregamos el dato por sexos se obtiene que un 50,54 % de la población son mujeres y un 49,46 % hombres.

En esta investigación nos centramos en la estimación de los costes relacionados con los pacientes diagnosticados de trastornos mentales y del comportamiento en la población canaria, cuando la obtención de esta información está disponible. Estas patologías se encuentran comprendidas en el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10).

Es importante aclarar que cuando nos referimos a trastornos mentales en este estudio, se trata de una abreviatura de trastornos mentales y del comportamiento. A lo largo del artículo se usarán indistintamente ambas terminologías.

4.3. Fuentes

En este apartado se explica el contenido de las bases de datos o webs de donde se obtuvo la información usada para el cálculo de los costes directos e indirectos, así como para la estimación de diversos indicadores. Creemos que la existencia de este apartado es necesaria para poder seguir el curso de la investigación dado lo compleja que ha resultado la obtención de los datos precisados.

A. El Ministerio de Sanidad tiene encomendado el desarrollo de un Sistema de Información Sanitaria del SNS. La información recabada se implementa en soporte digital en el marco de un Portal Estadístico, desde el que es posible acceder a la información estructurada y ordenada temáticamente²⁵. Aquí se encuentran dos de las bases de datos que hemos utilizado para la realización del estudio: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) y Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).



Figura 1. Ruta de acceso al Sistema de información Sanitaria del Ministerio de Sanidad

En el SIAP > Estadísticas de Población, Recursos y Actividad > Aplicación interactiva > Actividad²⁶ > Ordinaria: se contemplan las cifras de la actividad asistencial llevada a cabo en horario ordinario en los centro de salud.

En el SIAE > RAE-CMBD (Registro de Atención Especializada – Conjunto Mínimo Básico de Datos) se integran datos administrativos y clínicos de los pacientes atendidos en distintas modalidades asistenciales de Atención Especializada²⁷, como son por ejemplo las hospitalizaciones agudas.

Dentro de la base de datos RAE-CMBD existe un apartado denominado Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Estos son categorías de clasificación de pacientes que agrupan los episodios de hospitalización en un determinado número de clases con similar identidad clínica y consumo de recursos. Es decir, aportan una estimación del coste de la

hospitalización de grupos de patologías que consumen recursos similares; los costes se estiman con base en el Registro Español de Costes Hospitalarios²⁸.

B. El Sistema de Información Hospitalaria (SIH) aporta información sobre los recursos y la actividad realizada en los centros hospitalarios del Servicio Canario de la Salud²⁹. Su última actualización fue en 2019. Dada la ineficiencia de la búsqueda de otra fuente de información que contuviera datos sobre el número de consultas ambulatorias de atención especializada realizadas en 2020, se asumirán para nuestro estudio los datos de 2019.

C. El estudio de IQVIA: ‘La salud mental: el reto invisible’¹ evalúa varios factores relacionados con la salud mental en la población española para los años entre 2017 y 2021. Sus criterios de inclusión contemplan a personas mayores de 15 años con diagnóstico de depresión o ansiedad. Tras una amplia revisión bibliográfica, no se encontraron investigaciones cuyos resultados se ajustaran mejor a los criterios de nuestro estudio, por lo que se ha decidido asumir las conclusiones del estudio de IQVIA para el total de trastornos mentales en la población canaria.

D. El informe de 2020 de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria (GAPGC) refleja el coste de producción de los servicios prestados en Atención Primaria³⁰.

E. El Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 (PSMC)⁴, en el punto 5.4 Recursos económicos, contempla el dinero destinado en 2015 a gasto farmacéutico. Dado que no encontramos otra fuente que nos permitiera calcular el coste para 2020 asumimos como punto de partida los datos hallados en el PSMC.

F. El Instituto Canario de Estadística (ISTAC) es el órgano encargado de recoger estadísticas de la Comunidad Autónoma de Canarias. Esta información se encuentra en el encabezado ‘estadísticas’.



Figura 2. Ruta de acceso a la información en el Instituto Canario de Estadística.

En Sociedad > Salud > Análisis de mortalidad³¹: se encuentran los datos sobre fallecimientos según causa de muerte, suicidios y esperanza de vida por grupo de edad.

En Recopilación y síntesis > Mujeres y Hombres en Canarias > IV. Mercado de trabajo³²: se encuentran los datos sobre tasa de empleo por grupos de edad.

G. El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) gestiona y administra las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social. En el apartado de ‘Estadísticas, Presupuestos y Estudios’ queda registrada la actividad llevada a cabo por el Instituto. De ella se han obtenido cifras totales de incapacidad permanente y temporal para la Comunidad Autónoma de Canarias.



Figura 3. Ruta de acceso a la información del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

- Presupuestos y Estudios > Informes Económicos > Seguimiento económico de la Seguridad Social > Boletín informativo de la Seguridad Social: Gestión económica > 2020³³. Aquí se localizan los datos sobre incapacidad permanente
- Estadísticas > Otras prestaciones de la Seguridad Social > Incapacidad temporal > Ejercicio 2020³⁴.

H. FREMAP, mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 61, realizó un proyecto titulado: Estudio de la evolución de los “trastornos mentales y del comportamiento” en la incapacidad temporal³⁵. Toman datos sobre incapacidades temporales por contingencias comunes del total de las bajas tramitadas por ellos entre 2015 y 2021. Asumimos, dada la inexistencia de otra fuente que facilite datos que se ajusten más a los criterios de nuestro estudio (Organismos gestores: INSS y Mutuas Colaboradoras con la SS; Tipos de incapacidades: contingencias comunes, contingencias profesionales y R. E. Autónomos; y datos específicos sobre el motivo de la incapacidad temporal en la CA de Canarias), los resultados de esta investigación como válido para nuestros cálculos.

4.4. Variables

En el estudio se contempla el cálculo del coste de siete variables principales: cuatro de costes directos y tres de indirectos; enumeradas en la *Tabla 1*.

Tabla 1. Costes directos e indirectos. Fuente: Elaboración propia

Costes directos	Costes indirectos
Hospitalizaciones	Mortalidad prematura
Consultas atención especializada	Incapacidad permanente
Consultas atención primaria	Incapacidad temporal
Fármacos	

4.4.1. Costes directos

Los costes directos hacen referencia al gasto tangible asociado a la atención de la salud mental. Dada la perspectiva social de nuestro estudio, no solo se consideran los costes de los servicios prestados por el SCS, sino también los brindados por el sector privado de la salud, en aquellos casos en los que la obtención de esta información es posible. En esta línea, la perspectiva social tiene como objetivo comprender la carga de enfermedad que hay en la sociedad sin importar quién sea el proveedor de los servicios.

Hospitalizaciones

El número de altas de hospitalización aguda y el coste medio de los episodios contemplados se obtuvieron de la base de datos RAE-CMBD³⁶, en grupos relacionados por el diagnóstico (GRD: Estadísticos por Comunidad Autónoma – Grupos de Hospitales - Servicios).

Para la obtención de los datos referentes al número de pacientes cuyo diagnóstico principal al alta fue el de trastorno mental y del comportamiento fue preciso aplicar las siguientes medidas y dimensiones en la consulta interactiva del portal estadístico:

- Filtros: [Geografía de residencia]: Canarias.
- Filas: [Temporal / Año]: 2020; [Diagnóstico principal Categoría CCS CIE10]: 650 a 670.
- Columnas: [Medidas]: Nº de contactos depurados, Estancia media días (hospitalización), Coste Medio APR.

La categoría CCS (Sistema de Clasificación Clínica) es un sistema americano de agrupación de diagnósticos compatible con el CIE 10. Los diagnósticos comprendidos entre el código 650 y 670 del CCS se corresponden a los del capítulo V del CIE-10.

Consultas de atención especializada

Del Sistema de Información Hospitalaria del SCS se obtuvo el número de consultas llevadas a cabo por el servicio de psiquiatría, tanto las consultas totales como las primeras consultas²⁹.

En la bibliografía consultada no se encontraron datos del coste de las consultas ambulatorias de atención especializada en la CA de Canarias, por lo que se tomarán como referencia, a efectos indicativos, los publicados por el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón³⁷.

Consultas de atención primaria

De la base de datos del SIAP²⁶ se obtuvo el número de consultas llevadas a cabo en atención primaria por médicos de medicina de familia durante el año 2020. Para ello se aplicaron las siguientes dimensiones:

- Filtros: [Ámbito geográfico-Profesional]: Canarias.
- Filas: [Años]: 2020.
- Columnas: [Agrupación profesionales]: Medicina: Medicina de Familia; [Medidas]: consultas.

La información sobre el número de consultas obtenida del Ministerio de Sanidad no se encuentra desagrupada según el motivo de la misma; para estimar la proporción de visitas destinadas a la atención de trastornos mentales se ha recurrido al estudio de IQVIA ‘La salud mental: el reto invisible’¹. En él se estima que los pacientes con problemas de salud mental representan un 6.5% de las consultas que realizadas en 2020 en atención primaria.

De la GAPGC³⁰ se obtuvo el coste del acto sanitario en una consulta presencial de medicina de familia.

Fármacos

Los datos sobre el consumo de psicofármacos se han obtenido del PSMC de 2019 – 2023⁴. En él se estudia el gasto farmacéutico que supuso la compra de psicofármacos en atención primaria y especializada. Sin embargo para evitar duplicidades y sobreestimaciones, tendremos en cuenta únicamente los derivados de atención primaria; ya que el coste medio del episodio de hospitalización contempla el gasto farmacéutico y, sin embargo, en atención primaria se tuvo en cuenta el coste de la consulta sin prescripción.

Los psicofármacos tenidos en cuenta en el PSMC fueron: antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos; faltando datos sobre psicoestimulantes y nootrópicos para igualar el análisis al realizado por López-Bastida et al. 2002.

4.4.2. Costes indirectos

Los costes indirectos constituyen una parte importante e interesante del impacto generado por las enfermedades. El tiempo perdido, cuando se contempla como ‘pérdida de producción laboral’ tiene un claro valor monetario, sin embargo, el tiempo que se deja de invertir en actividades no remuneradas, como puede ser el ocio, también debería contemplarse³⁸.

En este trabajo se utiliza el método del capital humano para convertir los costes indirectos en unidades monetarias. Dicho enfoque transforma los años de vida en unidades monetarias mediante la aplicación de la ganancia media bruta por trabajador. 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 día¹⁹.

Se calcula únicamente el coste de la pérdida de productividad laboral debida a mortalidad prematura y morbilidad, diferenciando esta a su vez en incapacidad permanente y temporal. Además de estas tres variables se calculan ciertos indicadores en relación con la mortalidad prematura: AVP, APVP y APVLP. Con ello se pretende monitorear el impacto de los trastornos mentales y del comportamiento sobre la mortalidad prematura³⁹.

Mortalidad prematura (MP)

El cálculo del coste por mortalidad prematura contempla los fallecimientos con causa de muerte: capítulo V del CIE-10 y suicidios.

Los datos sobre defunciones se obtuvieron del ISTAC³¹ > 02 Defunciones de residentes según sexos, grupos de edad y causas de muerte (grandes grupos de CIE-10). Islas y años. Se seleccionaron los siguientes ítems:

- Filas: [Año]: 2020; [Grupos de edad]: Todos.
- Columnas: [Islas]: Canarias; [Causas de muerte]: V. Trastornos mentales y del comportamiento; [Sexo]: Ambos sexos, Hombres, Mujeres.

Por su parte, la información sobre suicidios se tomó del apartado ‘11 Suicidios de residentes según sexos y grupos de edad por años. Canarias’. Para las categorías [Año], [Grupos de edad] y [Sexo] se seleccionaron los mismos grupos que para las defunciones.

Las fórmulas para el cálculo de los Años de Vida Perdidos (AVP), los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) y los Años Potenciales de Vida Laboral Perdidos (APVLP) se encuentran en el apartado Procedimientos de este trabajo. Para el cálculo de los AVP se tienen en cuenta todos los grupos de edad; en los APVP se consideraron para la edad entre 1 y 79 años; y en la estimación de los APVLP se tomó como edad de jubilación los 67 años de edad para todos los grupos excepto para aquel cuya marca de clase son los 59,5 años, que se determinó en 65 años.

Para el cálculo de los AVP es necesario conocer la esperanza de vida por grupo de edad. Esta se obtuvo también del ISTAC³¹ > 26 Tablas de vida y esperanzas de vida de residentes según sexos y grupos de edad por años. Canarias.

- Filas: [Año]: 2020; [Grupos de edad]: Todos.
- Columnas: [Sexo]: Ambos sexos, Hombres, Mujeres; [Indicadores]: Esperanza de vida $X_i E_i$.

El coste de la mortalidad prematura es el sumatorio de la pérdida de producción para cada grupo de edad, es decir, la suma del dinero que los individuos habrían ganado en los años que restan desde que fallecieron hasta la edad de jubilación. El coste se obtiene al multiplicar el número de individuos de cada grupo de edad por la pérdida de producción. La pérdida de producción es el resultado de aplicar a la ganancia media bruta un incremento de productividad del 2% anual, una tasa de descuento anual del 3% y la tasa de empleo para cada grupo de edad (*Tabla 4*). El cálculo se muestra en el anexo II y se realiza por separado para hombres y mujeres dada la diferencia de ganancia media bruta anual y de la tasa de empleo. La edad de jubilación se determina de igual manera que en el cálculo de los APVLP.

La tasa de empleo por grupo de edad para el año 2020 también se obtuvo en el ISTAC³² > 02 ‘Tasas de actividad, paro y empleo según sexos y grupos de edad. Canarias y trimestres.’ Las categorías seleccionadas son las mismas que en los otros apartados.

La ganancia media bruta por trabajador para la CA de Canarias se obtuvo de la Encuesta Anual de Estructura Salarial del INE para el año 2020⁴⁰.

Incapacidad permanente (IP)

Los datos sobre el número de altas de IP asignadas en 2020 se obtuvieron del INSS, entendiendo como altas los movimientos de entrada a la percepción de una pensión por incapacidad. El boletín informativo de gestión económica de 2020 se publica por separado para

cada uno de los 12 meses del año. En la página 101 de cada uno de estos documentos mensuales se localiza la información de las altas por incapacidad permanente distribuidas por Comunidad Autónoma²⁷.

Respecto del total de IP concedidas, el porcentaje de aquellas que se deben a trastorno mental y del comportamiento varía según distintos estudios: López MA et al.⁴¹ lo estima en 11,6 % y Rodríguez Gallego⁴² en 3,1%; por lo que para nuestro estudio se tomará la media de los dos valores – 7,35 % -.

La estimación del coste de las IP por trastornos mentales y del comportamiento se ha calculado aplicando la misma metodología que en apartado anterior (mortalidad prematura). Para ello es necesario conocer la edad a la que se dio de alta a cada paciente, López MA et al.⁴¹ estima en 49 años la mediana de edad a la que los pacientes obtienen la IP, se asume esta edad para el cálculo del coste de la IP en nuestro trabajo.

Incapacidad temporal (IT)

Los datos sobre el número de días de IT para habitantes en la CA de Canarias se obtuvieron del Instituto Nacional de la Seguridad Social³⁴.

El porcentaje de días de bajas por trastornos mentales y del comportamiento sobre el total de días de baja en 2020 se obtuvo del estudio de FREMAP³⁵.

El cálculo del coste de día de baja laboral se estimó en base a la ganancia media bruta anual por trabajador para la CA de Canarias en 2020.

4.5. Procedimientos

Años de vida perdidos (AVP)

$$AVP = \sum_i D_i \times E_i$$

- D_i : nº de defunciones por grupo de edad i .
- E_i : esperanza de vida por grupo de edad i .

Años potenciales de vida perdidos (APVP)

$$APVP = \sum_i D_i \times a_i$$

- a_i : nº de años que restan desde la edad i hasta la edad límite considerada.

Años potenciales de vida laboral perdida (APVLP)

$$APVLP = \sum_i D_i \times R_i$$

- R_i : nº de años de vida laboral perdidos.

5. RESULTADOS

5.1. Cálculos

La obtención de algunos de los resultados se ha realizado mediante cálculos en hojas Excel, las cuales no se incluyen en este documento debido a su formato y tamaño. Estas hojas de cálculo se adjuntan como anexo electrónico (*Anexo II*).

5.2. Costes directos

Hospitalizaciones

En 2020 se llevaron a cabo 4.061 hospitalizaciones por trastorno mentales y del comportamiento, que ocasionaron un total de 175.162 días de estancia. La estancia media de los episodios contemplados fue de 45 días.

Aplicando el coste medio para cada GRD se estima que las hospitalizaciones en unidades de agudos supuso 28.522.665 € (ver cálculo en el *Anexo II*).

Consultas de atención especializada

En Canarias se llevaron a cabo 218.677 consultas en el servicio de psiquiatría durante el año 2019: 19.529 en régimen de primeras consultas y 199.148 consultas sucesivas. El coste aproximado de una primera consulta es de 103 € y de 49 € la sucesiva.

Primeras consultas: $19.529 * 103 = 2.011.487$ €

Consultas sucesivas $199.148 * 49 = 9.758.252$ €

El coste de las consultas en la unidad de psiquiatría, sumando primeras y sucesivas, fue de 11.769.739 €.

Consultas de atención primaria

En 2020 se atendieron un total de 9.050.157 de consultas de medicina de familia en la Comunidad Autónoma de Canarias. Se estima que el 6,5 % de las mismas se deben a problemas de salud mental, es decir, aproximadamente 588.260 consultas fueron destinadas a la atención de trastornos mentales.

Dado el coste estimado de 24,50 € de una consulta de Atención Primaria en Canarias se obtiene que el coste que representó la salud mental en 2020 ascendió a 14.412.375 €.

Fármacos

El gasto que supuso la compra de psicofármacos recetados en atención primaria se expone en la *Tabla 2*.

Tabla 2. Gasto en fármacos en el año 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del PSMC 2019 - 2023

Grupo farmacológico	Gasto total (€)
Antipsicóticos	26.878.888,78
Antidepresivos	17.895.683
Ansiolíticos	4.009.982,83
Hipnóticos	1.932.036,02
TOTAL	50.716.590,63

Contemplando un incremento del IPC del 5,9% entre enero de 2015 y diciembre de 2020⁴³ se estima que el gasto aproximado de los fármacos psicoactivos en atención primaria asciende a 53.708.870 € para el año 2020.

En el *Gráfico 1* se muestran los resultados obtenidos para las variables de costes directos en los años 2020 y 2002. La representación se realiza en forma de porcentaje en relación al total del coste directo.

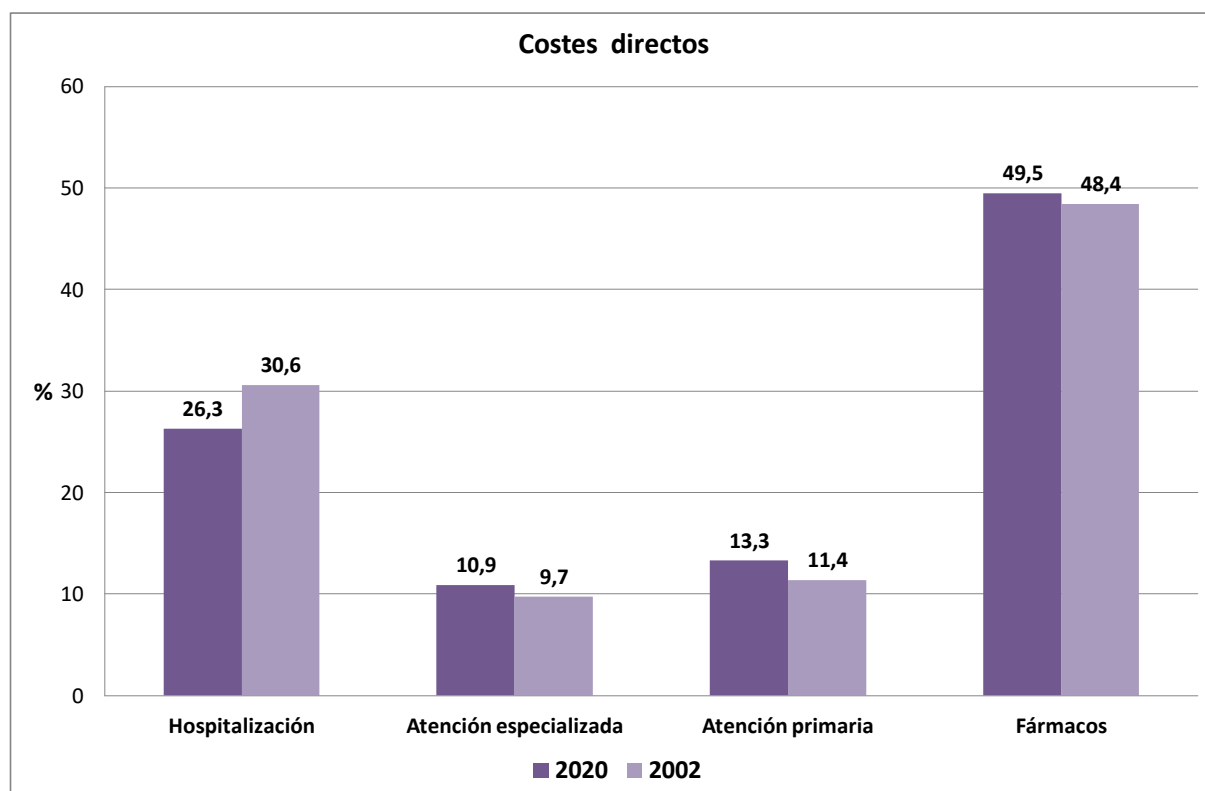


Gráfico 1. Resultados de costes directos para los años 2020 y 2002. Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en nuestro estudio y de los obtenidos por López Bastida en su estudio:

“Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002”¹⁹

5.3. Costes indirectos

Mortalidad prematura

En 2020 se notificaron en Canarias 640 defunciones a causa de trastornos mentales y del comportamiento y 208 suicidios, es decir, ocurrieron 848 fallecimientos en total (*Tabla 1 del Anexo*). Estas muertes prematuras supusieron 11.286,35 AVP (*Tabla 2 del anexo*), 6.045,5 APVP (*Tabla 3 del anexo*) y 3.116,5 APVLP (*Tabla 4 del anexo*).

En la *Tabla 3* se expone por grupos de edad el número total de fallecimiento acompañado de la producción perdida debido a mortalidad prematura.

Tabla 3. Cálculo del coste de la mortalidad prematura en hombres y mujeres. Fuente: elaboración propia a partir de datos del ISTAC, INE y cálculos propios

HOMBRES				
Grupos de edad (años)	Marca de clase (años)	Nº de muertes	Producción perdida (€)	Nº de muertes x producción perdida (€)
1-4	2,5	0	1.173.086,31	0
5-14	9,5	0	1.021.242,23	0
15-24	19,5	6	834.976,61	5.009.859,67
25-34	29,5	14	601.385,43	8.419.396,12
35-44	39,5	33	366.082,70	12.080.729,2
45-54	49,5	41	165.121,92	6.769.998,8
55-64	59,5	38	30.499,99	1.158.999,6
				33.438.983,4

MUJERES				
Grupo de edad (años)	Marca de clase (años)	Nº de muertes	Producción perdida (€)	Nº de muertes x producción perdida (€)
1-4	2,5	0	999.152,02	0
5-14	9,5	1	869.821,96	869.821,956
15-24	19,5	2	711.844,08	1.423.688,16
25-34	29,5	6	503.826,11	3.022.956,66

35-44	39,5	4	296.581,72	1.186.326,9
45-54	49,5	9	127.103,58	1.143.932,24
55-64	59,5	12	22.306,46	267.677,54
				7.914.403,45

La mortalidad prematura por fallecimientos cuya causa es un trastorno mental y del comportamiento y por suicidios suponen 33.438.983 € en hombres y 7.914.403 € en mujeres, es decir, un total de 41.353.387 €.

Incapacidad permanente

En Canarias 5.320 personas fueron dadas de alta por IP en 2020 según datos del INSS (suma de los informes mensuales). De estas, se estima que el 7,35 % se debieron a trastornos mentales, es decir, 391 incapacidades permanentes.

Se estima el coste de las IP por trastornos mentales fue de 62.365.524 €.

Incapacidad temporal

El número de días de incapacidad temporal disfrutados por pacientes de la CA de Canarias se reflejan en la *Tabla 4*.

Tabla 4. Número de días de incapacidad temporal en Canarias. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INSS, Ejercicio 2020

Incapacidad temporal		Hombres	Mujeres
INSS	Contingencias comunes	1.931.263	2.407.963
	Contingencias profesionales	24.528	13.218
	R. E. Autónomos	43.027	16.191
Mutuas colaboradoras con la SS	Contingencias comunes	3.041.365	3.502.791
	Contingencias profesionales	565.050	309.639
	R.E. Autónomos	691.798	499.154
	Total	6.297.031	6.748.956

Del total de días de baja laboral se estima que el 14,9 % se debieron a trastornos mentales y del comportamiento - 12,30 % en hombres y 16.19 % en mujeres -.

Hombres: $6.297.031 * 0,123 = 774.535$ días de IT por trastorno mental

Mujeres: $6.748.956 * 0,1619 = 1.092.656$ días de IT por trastorno mental

En cuanto a los días de IT debidos a trastornos mentales se registró un total de 1.867.191 días para ambos sexos. Por otro lado, la ganancia media bruta anual fue, en 2020 de 22.697,51 € en hombres y 20.461,63 € en mujeres. La estimación del coste se muestra a continuación:

Hombres: $774.535 \text{ días de IT} / 365 \text{ días} = 2.122 \text{ años de IT}$; $2.122 \text{ años} * 22.697,51 \text{ €/año} = 48.164.116,22 \text{ €}$

Mujeres: $1.092.656 \text{ días de IT} / 365 \text{ días} = 2.993,58 \text{ años de IT}$; $2.993,58 \text{ años} * 20.461,63 \text{ €/año} = 61.253.526,34 \text{ €}$

El coste de la incapacidades temporales en la Comunidad Autónoma de Canarias para trastornos mentales y del comportamiento supone 109.417.643 €.

En el *Gráfico 2* se presentan los resultados de las variables de los costes indirectos obtenidos para en los años 2020 y 2002. La representación se realiza en forma de porcentaje en relación al total de los costes indirectos.

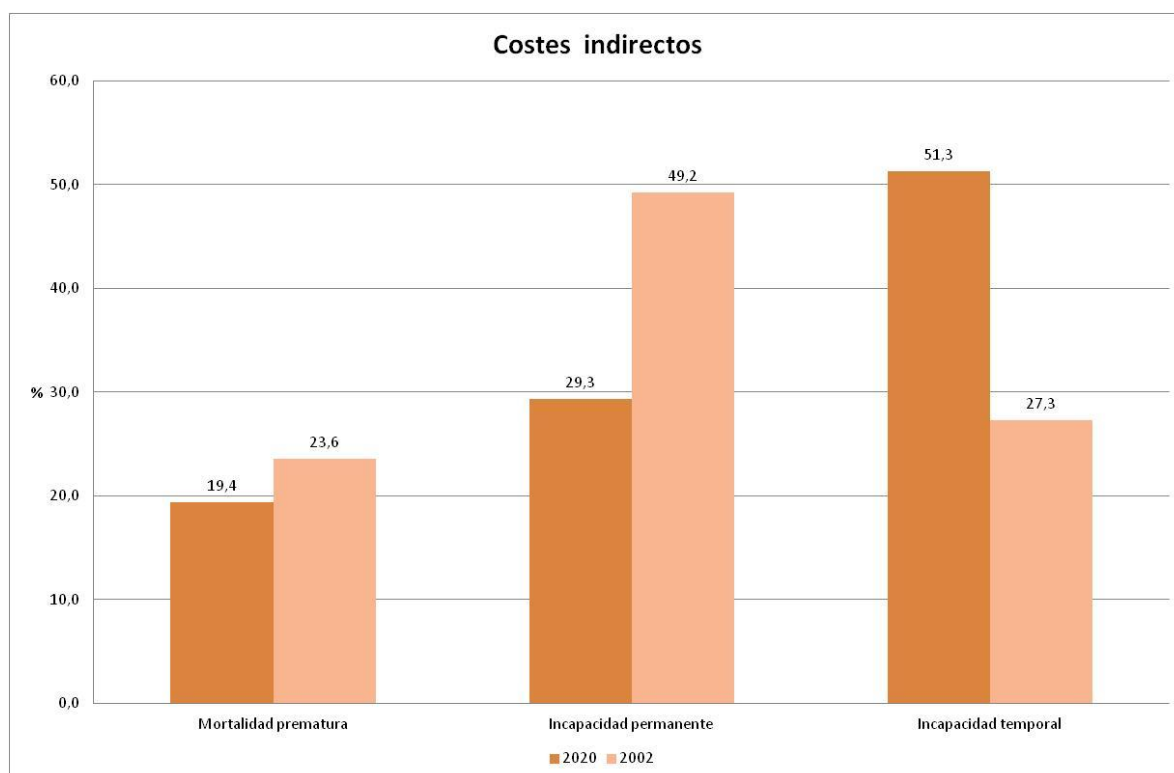


Gráfico 2. Resultados de costes indirectos para los años 2020 y 2002. Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en nuestro estudio y de los obtenido por López Bastida en su estudio: “Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002”¹⁹

5.4. Costes totales de los trastornos mentales y del comportamiento

La medición de la pérdida de salud y de productividad laboral y la utilización de recursos se muestra en la *Tabla 5* en forma de unidades físicas (días, estancias...).

En la *Tabla 6* se muestran, de forma comparada, los costes de los trastornos mentales estimados por López-Bastida en 2002 con los obtenidos en este estudio para 2020; dando respuesta al objeto principal de este estudio. Los datos se representan tanto en cifras absolutas como en porcentajes. Estos a su vez se han calculado para cada subgrupo (directos e indirectos), así como para el total.

Tabla 5. Pérdida de salud y de productividad laboral y utilización de recursos. Fuente: elaboración propia

	2020	2002
Pérdida de salud y de productividad laboral		
Número de fallecidos	848	465
AVP	11.286,35	6.801
APVP	6.045,5	3.194
APVLP	3.116,5	-
Días de baja laboral	1.867.191	722.978
Utilización de recursos		
Altas de hospitalización	4.061	3.052
Estancias (días)	175.162	76.633
Estancia media (días)	45	25,11
Consultas ambulatorias de atención especializada	218.677	207.904
Consultas de atención primaria	588.260	530.296

Tabla 6. Resultados. Fuente: Elaboración propia

	2020			2002		
	Coste (€)	% coste subgrupos	% coste total	Coste (€)	% coste subgrupos	% coste total
Costes directos		% coste directo			% coste directo	
Hospitalización	28.522.665	26,3	8,9	24.991.284	30,6	13,2
At. especializada	11.769.739	10,9	3,7	7.887.114	9,7	4,2
At. primaria	14.412.375	13,3	4,5	9.303.509	11,4	4,9

Fármacos	53.708.870	49,5	16,7	39.488.042	48,4	20,8
<i>Subtotal</i>	108.413.649	100	33,7	81.669.949	100	43,1
Costes indirectos		% coste indirecto			% coste indirecto	
MP	41.353.387	19,4	12,9	25.431.895	23,6	13,4
IP	62.365.524,4	29,3	19,4	53.079.446	49,2	28,0
IT	109.417.643	51,3	34,0	29.411.857	27,3	15,5
<i>Subtotal</i>	213.136.554	100,0	66,3	107.923.198	100	56,9
Total	321.550.203			198.593.147		

Los trastornos mentales y del comportamiento suponen en la Comunidad Autónoma de Canarias un coste de 321,5 millones de euros.

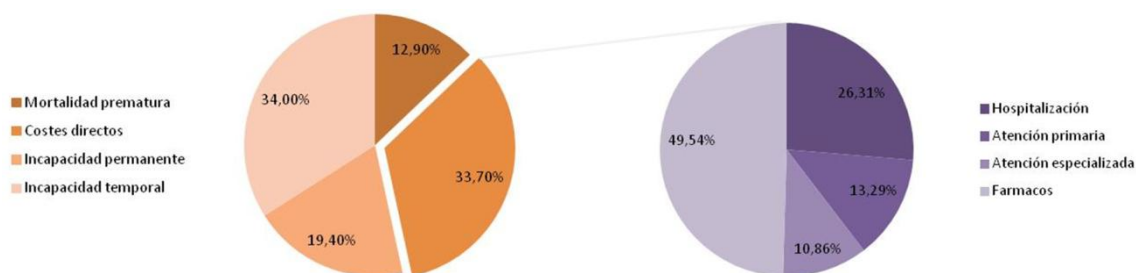


Figura 3. Distribución del coste de la salud mental en Canarias en 2020

6. DISCUSIÓN

La concienciación social sobre la importancia de la salud mental ha aumentado sustancialmente en estos últimos 20 años. Hoy en día se invierten muchos recursos y esfuerzos en la preservación de la salud mental y en la recuperación de las personas que padecen trastornos mentales. Estas premisas son el punto de partida para el desarrollo de este trabajo, cuyo objetivo es proporcionar una visión clara sobre el coste que tienen los trastornos mentales en la actualidad en Canarias. Es importante destacar que Canarias tiene un 25,22% de población desempleada³² y un 28,4 % en riesgo de pobreza¹¹.

Nuestra investigación revela que los costes indirectos de los trastornos mentales superan a los directos, suponiendo en la actualidad el 66,3 % del coste de la salud mental, frente al 33,7 % restante correspondiente a los costes directos. Estos resultados indican que el impacto económico derivado de la pérdida de productividad es mayor que la inversión realizada en la atención, diagnóstico y tratamiento de la patología. Es fundamental tener en cuenta que, si bien es importante abordar los costes directos, nuestros hallazgos confirman que los costes

indirectos tienen un impacto cada vez mayor en la sociedad y la economía, habiendo experimentado un aumento, a lo largo de estos 20 años, de 11 puntos porcentuales en la comunidad canaria.

Podemos afirmar que la distribución de los costes directos respecto a los indirectos en 2020 difiere significativamente de la correspondiente al año 2002 ($\chi^2_6=28,3$; $p < 0,001$), esta diferencia se debe principalmente al mayor coste de la incapacidad temporal. En la *Tabla 5* se observa que las unidades de pérdida de salud y productividad laboral están próximas a haberse duplicado en comparación al año 2002; sin embargo, la variación de las unidades de utilización de recursos aumentan pero en una proporción menor.

Charles Laidi et al.¹⁶ realizó un estudio similar al nuestro en Francia para el año 2018, cuyos hallazgos sobre costes directos e indirectos son muy similares a los nuestros. Obtuvieron una diferencia del 6 % en la distribución de los costes (directos 39,6 % e indirectos 60,4 %), por lo que vemos que la distribución global del coste de la salud mental en nuestra comunidad es similar a la de otras.

Los costes directos contemplan el gasto realizado en la atención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. Obtuvimos que el coste de los psicofármacos supone la mitad de los costes directos, seguido del gasto en hospitalizaciones de agudos, las consultas de atención primaria y en último lugar las consultas ambulatorias de atención especializada. A pesar de que en este caso los porcentaje de distribución de los costes parecen mantenerse bastantes similares entre 2002 y la actualidad, obtenemos que la diferencia entre ambos también es significativa ($\chi^2_6=28,3$; $p < 0,001$).

En el *Gráfico 1* se muestra la distribución de los costes directos dentro del subgrupo con el mismo nombre, y la comparación entre los resultados para el año 2020 y 2002. Se visualiza una relación interesante entre las mismas: en la actualidad la atención comunitaria tiene una representación mayor a la que tenía en 2002, la atención especializada aumenta un 1,2 % y un 1,9 % la atención primaria, lo que supone un crecimiento aproximado del 10 % para cada variable; además el porcentaje que representaba la atención hospitalizada en 2002 disminuye 4,3 puntos porcentuales tras 20 años.

Este hallazgo se corresponde con la dirección a la que se destinan los esfuerzos en materia sanitaria respecto a la salud mental. La OMS propone que las transformación de la salud mental pasa por reforzar la atención comunitaria²³. A nivel regional, en estos años se ha completado la red de atención al adulto y se ha comenzado a construir la red de atención infanto-juvenil.

En este punto nos parece muy interesante la realización de un estudio de coste-beneficio que evalúe no solo el coste de la atención sanitaria (hospitalización, Unidades de Salud Mental (USM), servicios de urgencias...) sino también el beneficio que estas generan en la población.

Las cifras sobre inversión en las USM no se han tenido en cuenta en nuestro estudio por lo que hay que ser cautelosos a la hora de interpretar las variaciones. Además, las cifras sobre psicofármacos retirados de las farmacias no se pueden desagregar según el diagnóstico de la persona que lo consume, por lo que se contemplan el total de psicofármacos retirados independientemente del trastorno a tratar.

Los costes indirectos suponen 213 millones de euros, un 66,3 % del coste total de la salud mental en Canarias para el año 2020; López-Bastida hayó en su investigación que los costes indirectos suponían un 56,9 %. Se encontró que la diferencia de distribución es estadísticamente significativa ($\chi^2=28,3$; $p < 0,001$).

Al analizar las variables de los costes indirectos y compararlos con los relativos al año 2002 (*Gráfico 2*) hallamos que la mortalidad prematura disminuye un 4,2 %, siendo en ambos años la variable que menos peso tiene: la diferencia sustancial se halló en las incapacidades laborales. La incapacidad permanente suponía en 2002 el 49,2 % del coste indirecto de los trastornos mentales, en nuestro estudio se reduce casi 20 puntos porcentuales; a su vez las incapacidades temporales suponían un 27,3 % del coste indirecto y para el año 2020 obtuvimos que representa el 51,3 %.

Este es un hallazgo inesperado. Revisamos la metodología del artículo de López-Bastida¹⁹ en busca de un posible planteamiento metodológico distinto al realizado en nuestra investigación, pero no se refleja en su artículo qué datos tomaron exactamente ni, de forma muy clara, cómo fueron tratados. Aceptamos por tanto la posibilidad de que la diferencia se deba al uso de una metodología distinta a la que nosotros empleamos y explicamos en nuestro trabajo.

Asimismo, sí podría explicarse esta variación, al menos parcialmente, por las condiciones de los empleos. La salud mental brinda las herramientas necesarias para el desarrollo del ser humano como la capacidad de relacionarse y de afrontar dificultades. Una mala salud mental frena el desarrollo al reducir la productividad, tensar las relaciones sociales y agravar los ciclos de pobreza y desventaja²³. Una muestra del interés que suscita la relación entre empleo y salud mental es el hecho de que el Ministerio de Trabajo y Economía Social haya formado una comisión de personas expertas sobre el impacto de la precariedad laboral en la salud mental⁴⁴.

La prevención primaria, definida como actividades de promoción de la salud implementadas con el fin de prevenir la aparición de enfermedad, es esencial en el campo de los trastornos mentales. Este grupo de enfermedades causa mucha discapacidad y pérdida de calidad de vida, por lo que actuar en disminuir la incidencia favorecerá la reducción de los costes indirectos. Existe evidencia de que los programas de aprendizaje social y emocional en las escuelas y las prohibiciones regulatorias de plaguicidas altamente peligrosos (para prevenir los suicidios) son intervenciones costoeficaces²³.

Las medidas que se pueden emprender en aras de prevenir la aparición de trastornos mentales y favorecer la recuperación de los pacientes deben tener un enfoque multisectorial²³, requiriendo la intervención en el sector laboral, educativo y sanitario, entre otros. Asimismo, la mejora de la situación no solo pasa por la toma de decisiones políticas, sino por la percepción social de la gravedad del problema.

Este estudio de coste de enfermedad quiere contribuir a proporcionar información sobre el impacto de los trastornos mentales en la sociedad, contribuyendo a la formación de un mapa que oriente la identificación de las carencias y guíe el emprendimiento de medidas que favorezcan el bienestar de los ciudadanos.

Las limitaciones encontradas en la identificación de los costes se pueden clasificar en dos grupos. En primer lugar, algunas limitaciones infraestiman el coste de las variables estudiadas debido a una visión incompleta de las mismas. Por ejemplo, al estudiar las hospitalizaciones, no se contempla el coste de la atención en servicios de urgencias, hospitales de día ni de media-larga estancia. En segundo lugar, existen limitaciones debido a la falta de consideración de ciertas variables, como el coste de los recursos sociosanitarios destinados a la atención del trastorno mental grave (recursos de alojamiento y centros de rehabilitación psicosocial), la pérdida de productividad no laboral (tiempo de ocio), los costes intangibles o la estimación del coste de los cuidados informales.

Estas limitaciones son relevantes en el caso de los trastornos mentales y del comportamiento, dada la alta tasa de discapacidad concedida por este diagnóstico y la gran pérdida de calidad de vida que conllevan. Charles Laidi et al.¹⁶ en Francia (2018) estima que la pérdida de calidad de vida supone el 51 % del coste total de los trastornos mentales y del comportamiento. Por todo ello sospechamos que en nuestro estudio solo estamos viendo la punta del iceberg.

Las limitaciones encontradas en la medición de los costes se deben a la dificultad para obtener los datos necesarios

En atención comunitaria especializada habría sido interesante poder analizar los costes producto de la atención multidisciplinar del enfermo en las USM. Sin embargo, solo se ha contemplado el gasto en consultas de psiquiatría debido a la falta de datos sobre psicología clínica, enfermería en salud mental y trabajadores sociales. Así mismo parece haber poca transparencia en cuanto al coste de una consulta de atención especializada, lo que nos obligó a obtener ese valor de otra CA.

En atención primaria se está cometiendo un error de infraestimación al considerar únicamente las consultas realizada a pacientes mayores de 15 años.

No se publica por parte del INSS las causas por la que aprueba una incapacidad permanente, lo que implica que la estimación del número de IP debidas a trastornos mentales puede no reflejar el valor real para la población canaria en 2020.

La obtención de los datos ha sido una tarea ardua. El método del capital humano no está exento de limitaciones, sin embargo es una herramienta ampliamente aceptada en el campo de la investigación y empleada para la estimación de los costes indirectos.

7. CONCLUSIONES

1. La distribución de los costes directos respecto a los indirectos difiere significativamente entre el año 2020 y el 2002 ($\chi^2_6=28,3$; $p < 0,001$).
2. El coste total de los trastornos mentales y del comportamiento en la CA de Canarias para 2020 fue de 321,5 millones de euros.
3. Los costes indirectos suponen el 66,3 % del coste total de los trastornos mentales y del comportamiento en 2020. La variable que más crecimiento experimentó fue la incapacidad temporal que pasó de suponer un 27,3 % en 2002 a un 51,3 % en 2020.
4. El gasto en atención hospitalaria es mayor que el de la atención comunitaria. Sin embargo esta representa más proporción del coste directo en la actualidad que en 2002.
5. La materia de nuestro estudio es infrecuente en la literatura científica, y nuestros hallazgos representan la punta del iceberg. Por diferentes razones no fueron incluidos el coste de los cuidados informales, de la pérdida de calidad de vida, ni los costes intangibles, lo que supone una infraestimación del impacto de los trastornos mentales.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. El reto invisible [Internet] Iqvia.com. [citado el 23 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/spain/brochure/iqvia_saludmental_elretoinvisible.pdf
2. Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021 [Consultado el 16 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
3. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado el 9 de abril de 2023]; 9(2):137–50. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00395-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00395-3/fulltext)
4. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. [Internet] gobiernodecanarias.org. [citado el 04 de abril de 2023] Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d7a0d910-4973-11e9-910b-f705e6f363c5/PSMC_completo.pdf
5. Servicio de Salud Mental DGPPAA del SCS. INFORME EPIDEMIOLOGICO SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA EN CANARIAS (2007-2021). [Internet] gobiernodecanarias.org [citado el 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/8a0f0d8d-a352-11eb-81a3-17340cf3d049/Informe-Conducta-Suicida.pdf>
6. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Gob.es. [Citado el 16 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
7. Basterra V. Evolución de la prevalencia de alto riesgo de trastornos mentales en población adulta española: 2006-2012. *Gac Sanit* [Internet]. 2017 [citado el 16 de mayo de 2023];31(4):324–6. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-evolucion-prevalencia-alto-riesgo-trastornos-articulo-S0213911117300626>
8. Encuesta Europea de Salud en España. Módulo 1. Estado de salud (Valores porcentuales y medias) [Internet] Gob.es. [Citado el 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/MODULO1RELATIVO.pdf>
9. Arroyo-Borrell E, Renart G, Saurina C, Saez M. Influence maternal background has on children’s mental health. *Int J Equity Health* [Internet]. 2017;16(1):63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-017-0559-1>
10. Hashmi R, Alam K, Gow J. Socioeconomic inequalities in mental health in Australia: Explaining life shock exposure. *Health Policy* [Internet]. 2020;124(1):97–105. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.10.011>

11. EAPN. 12º INFORME. El Estado de la Pobreza. Seguimiento de los indicadores de la Agenda UE 2030. 2015-2022 [Internet] eapn.es [Citado el 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/informe-2022-compilado.pdf>
12. Toghanian S, Dibonaventura M, Järbrink K, Locklear JC. Economic and humanistic burden of illness in generalized anxiety disorder: an analysis of patient survey data in Europe. *Clinicoecon Outcomes Res* [Internet]. 2014 [citado el 16 de mayo de 2023];6:151–63. Disponible en: <https://www.dovepress.com/economic-and-humanistic-burden-of-illness-in-generalized-anxiety-disor-peer-reviewed-fulltext-article-CEOR>
13. Ruiz-Rodríguez P, Cano-Vindel A, Muñoz Navarro R, Medrano L, Moriana JA, Buiza Aguado C, et al. Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad estrés* [Internet]. 2017 [citado el 22 de mayo de 2023];23(2–3):118–23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-impacto-economico-carga-trastornos-mentales-S1134793717300635>
14. Christensen MK, Lim CCW, Saha S, Plana-Ripoll O, Cannon D, Presley F, et al. The cost of mental disorders: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2020;29(e161):e161. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S204579602000075X>
15. Salvador-Carulla L, Bendeck M, Fernández A, Alberti C, Sabes-Figuera R, Molina C, et al. Costs of depression in Catalonia (Spain). *J Affect Disord* [Internet]. 2011;132(1–2):130–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032711000735>
16. Laidi, C., Blampain-Segar, L., Godin, O., de Danne, A., Leboyer, M., & Durand-Zaleski, I. (2023). The cost of mental health: Where do we stand in France?. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 69, 87–95. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.02.004>
17. Haschke A, Hutter N, Baumeister H. Indirect costs in patients with coronary artery disease and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Occup Med Environ Health* [Internet]. 2012;25(4):319–29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2478/S13382-012-0042-6>
18. Oliva-Moreno, J. Loss of labour productivity caused by disease and health problems: what is the magnitude of its effect on Spain’s Economy?. *Eur J Health Econ* 13, 605–614 (2012). <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0344-9>
19. López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-González B. Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002. *Aten Primaria* [Internet]. 2004 [citado el 19 de mayo de 2023];34(1):32–7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(04\)79448-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(04)79448-2)
20. Oliva-Moreno J, López-Bastida J, Montejo-González AL, Osuna-Guerrero R, Duque-González B. The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *Eur J Health Econ* [Internet]. 2009 [citado el 9 de abril de 2023];10(4):361–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19031056/>
21. Greenberg PE, Fournier A-A, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2015;76(2):155–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.14m09298>

22. Johnston K, Westerfield W, Momin S, Phillippi R, Naidoo A. The direct and indirect costs of employee depression, anxiety, and emotional disorders--an employer case study. *J Occup Environ Med* [Internet]. 2009;51(5):564–77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181a1f5c8>
23. Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos [Internet]. Who.int. World Health Organization; 16 de junio de 2022 [citado el 22 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
24. ISTAC [Internet]. Gobiernodecanarias.org. [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/.content/noticias/explotacion-estadistica-padron-municipal-canarias-noticia.html>
25. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: www.msssi.gob.es
26. Consulta Interactiva del SNS [Internet]. Gob.es. [citado el 25 de abril de 2023]. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/actividad>
27. Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. «BOE» núm. 35 (10 de febrero de 2015).
28. Subdirección general de información sanitaria. NORMA ESTATAL RAE-CMBD 2020 – NOTA INFORMATIVA. Ministerio de Sanidad 2022 [Internet] Gob.es. [citado el 17 de mayo de 2023] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CMBD/Nota_Metod_Norma_Estatal_2020.pdf
29. SCS. Sistema de Información Hospitalario (SIH) 2018-2019 [Internet]. Gobiernodecanarias.org. [citado el 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=bde27811-f84e-11e3-a788-5f1420c9318c&idCarpeta=3534f806-9fa8-11df-a8f7-a5f8b064fefa>
30. Memoria de Actividad 2020 [Internet]. Gobiernodecanarias.org. [citado el 23 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/gc/18/memorias/2020/canteronera.html>
31. ISTAC. Análisis de la Mortalidad/ Series anuales. Municipios de Canarias. 1999-2021 [Internet] Gobiernodecanarias.org. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/menu.do?uripub=urn:uuid:6fcd3c3d-3b28-4f06-b357-4b86a87d5da1>
32. ISTAC. Mujeres y hombres en Canarias / Mercado de trabajo [Internet] Gobiernodecanarias.org. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/menu.do?uripub=urn:uuid:73ddfdc7-1d04-4900-9512-d6d346e92a08>
33. Seguridad Social: Presupuestos y Estudios [Internet]. Seg-social.es. [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/PresupuestosEstudios/24658/47652/43278/4580e8b5-8074-4023-889a-d5593db725f0>

34. Seguridad Social: Estadísticas [Internet]. Seg-social.es. [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST45/EST46/53c10330-585d-48fe-85c6-a1ed1b01dc6c>
35. FREMAP. OBSERVATORIO DE SALUD. Estudio de la evolución de los “trastornos mentales y del comportamiento” en la incapacidad temporal E. OBSERVATORIO DE SALUD [Internet]. Fremap.es. [citado el 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://gestionit.fremap.es/Documents/pdf/informeTMC-REV0.pdf>
36. Registro de Atención Especializada (RAE-CMBD). Consulta Interactiva del SNS [Internet]. Gob.es. [citado el 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/N/rae-cmbd/rae-cmbd/grupos-relacionados-por-el-diagnostico-grd>
37. SaludInforma - Costes medios sanitarios [Internet]. Saludinforma.es. [citado el 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.saludinforma.es/portalsi/calidad-informacion-sanitaria/costes-medios-sanitarios>
38. Moreno JO, Oliva J. La valoración de costes indirectos en economía de la salud [Internet]. Ucm.es. [citado el 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/6688/1/9917.pdf>
39. Martínez R, Soliz P, Caixeta R, Ordunez P. Reflection on modern methods: years of life lost due to premature mortality-a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2019;48(4):1367–76. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50523/v43edyy2542019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
40. Nota de prensa - INE. Encuesta Anual de Estructura Salarial. Año 2020. [Internet] ine.es 2022 [Actualizado el 24 de junio de 2020; Citado el 9 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ees_2020.pdf
41. López MA, Duran X, Alonso J, Martínez JM, Espallargues M, Benavides FG. Estimación de la carga de enfermedad por incapacidad laboral permanente en España durante el período 2009-2012. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2014 [citado el 17 de mayo de 2023];88(3):349–58. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000300005
42. Rodríguez Gallego MB. Patologías psiquiátricas como causa de incapacidad permanente [Internet]. [Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RiUMA)]: Universidad de Málaga; 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10630/12160>
43. Cálculo de variaciones del Índice de Precios de Consumo [Internet]. INE. [citado el 26 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/varipc/verVariaciones.do;jsessionid=97C2A9F9222CD1B57F64A3046FA0F36D.varipc01?idmesini=1&anyoini=2015&idmesfin=12&anyofin=2020&ntipo=1&enviar=Calcular>
44. Ministerio de Trabajo y Economía Social. PRECARIEDAD LABORAL Y SALUD MENTAL. CONOCIMIENTOS Y POLÍTICAS. [Internet] Gob.es [Citado el 21 de mayo de 2023] Disponible en: <https://prensa.mites.gob.es/WebPrensa/noticias/ministro/detalle/4200>

Anexo 1*Tabla 1. Nº de muertes por grupos de edad y sexo. Elaboración propia a partir de datos del ISTAC*

Grupos de edad (años)	Marca de clase (años)	Defunciones			Suicidios			Total muertes		
		H	M	T	H	M	T	H	M	T
< 1	0,5	0	0	0				0	0	0
1 a 4 años	2,5	0	0	0				0	0	0
5 a 14 años	9,5	0	0	0	0	1	1	0	1	1
15-24	19,5	0	1	1	6	1	7	6	2	8
25-34	29,5	0	0	0	14	6	20	14	6	20
35-44	39,5	0	0	0	33	4	37	33	4	37
45-54	49,5	6	0	6	35	9	44	41	9	50
55-64	59,5	3	1	4	35	11	46	38	12	50
65-74	69,5	18	17	35	16	12	28	34	29	63
75-84	79,5	70	102	172	14	4	18	84	106	190
85-94	89,5	114	238	352	5	1	6	119	239	358
>94	94	14	56	70	1	0	1	15	56	71
Total		225	415	640	159	49	208	384	464	848

Tabla 2. Cálculo de los años de vida perdidos (AVP). Elaboración propia a partir de datos del ISTAC.

HOMBRES				MUJERES			
Grupos de edad (años)	Muertes (n)	Esperanza de vida por grupo de edad	AVP	Grupos de edad (años)	Muertes (n)	Esperanza de vida por grupo de edad	AVP
< 1	0	79,5	0	< 1	0	84,4	0
1-4	0	78,7	0	1-4	0	83,6	0
5-14	0	72,2	0	5-14	1	77,15	77,15
15-24	6	62,3	373,8	15-24	2	67,2	134,4
25-34	14	52,6	736,4	25-34	6	57,3	343,8
35-44	33	42,95	1417,35	35-44	4	47,45	189,8
45-54	41	33,45	1371,45	45-54	9	37,8	340,2
55-64	38	24,5	931	55-64	12	28,45	341,4
65-74	34	16,65	566,1	65-74	29	19,7	571,3

75-84	84	9,9	831,6		75-84	106	11,65	1234,9
85-94	119	4,6	547,4		85-94	239	5,2	1242,8
>94	15	0,5	7,5		>94	56	0,5	28
Total	384		6782,6		Total	464		4503,75

Tabla 3. Cálculo de los años potenciales de vida perdidos (APVP). Elaboración propia.

Grupos de edad (años)	Marca de clase (años)	Total muertes	ai	APVP
1-4	2,5	0	76,5	0
5-14	9,5	1	69,5	69,5
15-24	19,5	8	59,5	476
25-34	29,5	20	49,5	990
35-44	39,5	37	39,5	1461,5
45-54	49,5	50	29,5	1475
55-64	59,5	50	19,5	975
65-74	69,5	63	9,5	598,5
Total				6045,5

a_i: nº de años que restan desde la edad i hasta la edad límite considerada: 79 años.

Tabla 4. Cálculo de los años potenciales de vida laboral perdidos (APVLP). Elaboración propia

Grupos de edad (años)	Marca de clase (años)	Total	Años de vida laboral perdida según edad de fallecimiento	APVLP
1-4	2,5	0	49,0	0
5-14	9,5	1	49,0	49
15-24	19,5	8	45,5	364
25-34	29,5	20	35,5	710
35-44	39,5	37	25,5	943,5
45-54	49,5	50	15,5	775
55-64	59,5	50	5,5	275
Total				3116,5