

---

## **Análisis y costes de utilización de servicios de la esquizofrenia en Navarra durante los tres primeros años de la enfermedad**

### ***Analysis and costs of utilisation of the schizophrenia services in Navarra during the first three years of the disease***

C. Agustench<sup>1</sup>, J.M. Cabasés<sup>1</sup> y grupo Psicost<sup>2</sup>

---

#### **RESUMEN**

La esquizofrenia ocasiona un impacto económico considerable sobre el paciente, su familia y la sociedad en general, por la importante cantidad de costes que genera en términos de recursos sanitarios necesarios para el tratamiento y cuidado, pérdidas de productividad, sufrimiento y dolor. Este trabajo desarrolla una metodología de estimación de los costes sociales directos e indirectos de la esquizofrenia en Navarra, de acuerdo a una aproximación de "abajo a arriba" según un modelo de incidencia. Se seleccionaron pacientes procedentes de una área adscrita al centro de Salud Mental de Burlada con una edad entre 15 y 45 años, con diagnóstico de esquizofrenia confirmado en el momento de la evaluación (DSM-IV). El coste anual por paciente ascendió a 1.230.392 ptas en el primer año tras el diagnóstico, reduciéndose al 75,2% en el segundo año y al 54,1% en el tercer año. Los costes directos representaron el 46,7% en el primer año y el 34,7 y 42,9% en los años segundo y tercero, respectivamente. Destaca la importancia relativa de los cuidados informales en el conjunto de los costes, que alcanzaron el 36, 40 y 42% respectivamente de los costes totales. Se ha realizado también un intento de aproximación de los costes anuales de la esquizofrenia en Navarra para el primer y tercer año desde el diagnóstico, obteniendo un coste total entre 63 y 140 millones de pesetas para el primer año y entre 34 y 76 millones de pesetas en el tercer año.

**Palabras clave:** Esquizofrenia. Costes. Incidencia. Utilización de servicios.

#### **ABSTRACT**

Schizophrenia has a considerable economic impact on the patient, his family and on society in general, due to the significant volume of costs that it generates in terms of the health resources needed for treatment and care, losses in productivity, suffering and pain. This paper develops a methodology for estimating the direct and indirect social costs of schizophrenia in Navarra, following a "bottom to top" approach according to a model of incidence. Patients were selected from an area ascribed to the Mental Health Centre of Burlada, aged between 15 and 45 years, with a diagnosis of schizophrenia confirmed at the time of evaluation (DSM-IV). The annual cost per patient rose to 1,230,392 pesetas in the first year after diagnosis, falling to 75.2% of this figure in the second year, and to 54.1% in the third year. The direct costs represented 46.7% in the first year, and 34.7% and 42.9% in the second and third years respectively. The relative importance of informal care within the costs as a whole is striking; these respectively reached 36, 40 and 42% of total costs. We also tried to estimate an approximate figure for the annual costs of schizophrenia in Navarra for the first and third year after diagnosis. We obtained a total cost of between 63 and 140 million pesetas for the first year, and between 34 and 76 million pesetas for the third year.

**Key words:** Schizophrenia. Costs. Incidence. Utilisation of services.

*ANALES Sis San Navarra 2000, 23 (Supl. 1): 83-93.*

---

1. Universidad Pública de Navarra.  
El presente trabajo se ha realizado con una beca FIS 94/1961 y una ayuda BIOMED CT 94/1304.
2. Grupo multidisciplinario constituido para la contribución española al proyecto europeo BIOMED CT94/1304.

**Correspondencia:**  
D. Juan Cabasés Hita.  
Universidad Pública de Navarra  
Departamento de Economía  
Campus Arrosadía s/n  
31006 Pamplona  
Tfno. 948 169335  
Fax 948 169169  
E-mail : jmcabases@unavarra.es

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe una importante demanda de datos económicos sobre el coste de las enfermedades a la hora de planificar y tomar decisiones en el ámbito sanitario, en especial en aquellos trastornos con una alta carga de morbilidad como la esquizofrenia.

Se trata de una enfermedad mental, generalmente crónica, que se caracteriza por experiencias internas inusuales, una discapacidad funcional persistente, y comportamiento social inapropiado para el individuo<sup>1</sup>. Afecta entre un 0,5 y un 1% de la población, con una incidencia anual estimada en un 1 ó 2 casos por 10.000; en el caso particular de Navarra la incidencia se sitúa en torno al 0,22%.

La esquizofrenia es una enfermedad con un impacto económico considerable tanto sobre el paciente, como sobre su familia y la sociedad en general. Esto es debido a la importante cantidad de costes que genera en términos de los recursos sanitarios necesarios para el tratamiento, rehabilitación y cuidado; reducciones o pérdidas de productividad como consecuencia de su morbilidad; sufrimiento y dolor de los pacientes, sus familias y amigos.

En un estudio realizado en EE.UU. sobre los costes de las enfermedades mentales, la esquizofrenia como enfermedad individual ocupaba el primer lugar, con un 26% de los costes directos, un 16% del total de los costes indirectos por morbilidad, y el 11% de los costes indirectos por mortalidad. La esquizofrenia también implica otros costes directos no sanitarios como aquéllos relacionados con el crimen, subsidios, encarcelamiento y cuidados familiares. En el estudio de Rice y Miller<sup>2</sup> estos costes representaban un 54,5% del total de los costes directos, sobre unos gastos totales asociados a la esquizofrenia de 32.538 millones de dólares en 1990.

Los estudio de costes pueden desarrollarse desde dos aproximaciones completamente diferentes: desde “arriba a abajo” (*topdown approach*) o de abajo a arriba (*bottom-up approach*). El enfoque elegido dependerá del objetivo buscado con el análisis.

En el abordaje de “arriba a abajo” se utilizan datos macroeconómicos (ej. consumo global de antipsicóticos, hospitalizaciones por la enfermedad, tasa de suicidios, índices generales de criminalidad o de absentismo laboral, etc.), juicios de expertos y datos extraídos de grandes estudios epidemiológicos para estimar los costes de la enfermedad en un país o área concreta. La mayor parte de los estudios utilizan esta aproximación; muchos de ellos coinciden en el enorme impacto que esta enfermedad tiene en el coste sanitario de países como EE.UU.<sup>2,3</sup>, Reino Unido<sup>4,5</sup> o Dinamarca<sup>6</sup>.

Sin embargo, este tipo de estimación macroeconómica tiene una utilidad muy limitada y serios problemas de orden metodológico incluso en aquellos países con una buena base de datos sobre los costes relacionados con los servicios de salud. Si los resultados se utilizaran con el fin de controlar los costes, éste sería el enfoque adecuado, dado que permite identificar los principales componentes del gasto y de los recursos, así como identificar posibles objetivos para la economía.

El diseño de “arriba abajo” puede considerarse como un ejercicio sofisticado de estimación de costes, pero en ninguna medida puede sustituir a los estudios de “abajo a arriba”. Estos últimos se basan en la recogida de casos en el medio real, para posteriormente estimar los costes de cada individuo y por agregación obtener como resultado el coste global de la muestra.

Los estudios de costes también pueden realizarse bajo un criterio diferente: prevalencia o incidencia. Los diseños de coste prevalencia intentan conocer el coste total de la muestra en un momento determinado del tiempo, estimando el coste global para la sociedad de todos los pacientes, en cualquier estadio de la enfermedad. Este tipo de estudios aportan una información útil sobre la utilización de servicios y sus costes asociados, pero no permiten aproximarnos de una forma adecuada a los costes de la enfermedad, que deben ser evaluados desde una perspectiva del coste incidencia, esto es, a partir del análisis de los costes desde el inicio de la enfermedad y a lo largo del curso de la misma.

Si el objetivo buscado en el análisis es la toma de decisiones sobre qué tratamiento aplicar, entonces el enfoque incidencia será más apropiado. Este tipo de estudios de costes presentan dificultades técnicas y temporales en el caso de las enfermedades crónicas, y de hecho, no existe ningún estudio de este tipo sobre los costes de la esquizofrenia, aunque sea una aproximación parcial al modelo<sup>7</sup>. Los problemas metodológicos y conceptuales relacionados con estos estudios han sido revisados recientemente por Goldberg<sup>8</sup>.

En este trabajo se pretende desarrollar una metodología de estimación de los costes sociales directos e indirectos de la esquizofrenia en Navarra, de acuerdo a una aproximación de "abajo a arriba" según un modelo de incidencia, así como, recoger sobre la base de la información disponible, tanto la utilización de recursos formales como los informales por paciente durante los tres primeros años de la enfermedad desde el diagnóstico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Selección de la muestra y recogida de datos

Para este estudio se eligió una muestra de pacientes (n=41) procedentes de un área adscrita al centro de Salud Mental de Burlada (59.000 habitantes), que cubre un sector asistencial en Navarra. La zona cuenta con una amplia red de servicios psiquiátricos siguiendo un enfoque de atención comunitaria: un Centro de Salud Mental para el tratamiento ambulatorio de los pacientes, diversas unidades de hospitalización (unidad de agudos en hospital general, y hospitalización de agudos, media y larga estancia en hospital psiquiátrico), Hospital de Día y Centro de Día.

Se seleccionaron aquellos pacientes de ambos sexos con una edad (entre 15 y 45 años), con diagnóstico de esquizofrenia confirmado en el momento de la evaluación (DSM-IV) y que contactaron por primera vez con la red asistencial a causa de su enfermedad en el periodo de referencia. El periodo de reclutamiento de datos se fija en cuatro años (1989 a 1990, 1991, 1992). Dado que en Navarra existe un registro de casos desde 1987, es posible estimar el

número de sujetos del sector que realmente son atendidos en dicho centro.

### Material

La utilización de servicios sanitarios y sociales, medicación, pruebas diagnósticas, así como el tiempo en cuidados informales y la capacidad de producción pérdida por absentismo laboral del paciente y de sus familiares, ha sido recogida a través del Cuestionario para Evaluación de Costes de la Esquizofrenia (CECE), que se nutre de tres fuentes de información: la historia clínica, el paciente y el familiar responsable.

El CECE es un cuestionario desarrollado para la recogida de información sobre costes por el Grupo Psicost (Grupo para el estudio de los costes de la esquizofrenia en España), al que pertenecen los autores; se basa en parte en el *Client's Service Receipt Interview* (CSRI) de Knapp y cols<sup>9</sup>. Consta de seis apartados: A. Módulo sociodemográfico (características estables, situación legal y convivencia); B. Módulo clínico (datos estables y datos anuales); C. Módulo de utilización de servicios; D. Módulo de productividad y E. Módulo adicional de fuentes y calidad en la recogida de la información.

### Análisis de datos

Las variables de estudio corresponden a los ítems del CECE, e incluyen características sociodemográficas (edad, estado civil, escolarización, profesión, relación con el tutor responsable, tipo de convivencia,...); variables de utilización de servicios (consultas médicas, consumo de medicamentos, otros tratamientos, pruebas diagnósticas, utilización de servicios comunitarios, cuidados informales), y capacidad de producción pérdida por el paciente y sus familiares.

Los recursos utilizados cada año han sido valorados en dinero a precios de 1994, según los datos de costes unitarios de los diferentes recursos en los servicios de salud mental y asistencia social de Navarra.

Los cuidados informales se han calculado utilizando la definición de uno de los criterios de valoración establecidos previamente por Wright (1995)<sup>10</sup>. Se ha recogido

do los tiempos de dedicación diarios al paciente, por término medio en el último mes, por parte de sus cuidadores para su cuidado personal, preparación de comidas, transporte, labores de la casa, actividades recreativas y de compañía, compras y realización de gestiones. Esto ha permitido realizar una estimación de las horas anuales por cuidados informales que reciben estos pacientes, medidos según el tiempo que los familiares han destinado a estas labores, así como una estimación restrictiva de los costes indirectos en función de la capacidad de producción y pérdida de productividad por absentismo laboral y baja de los propios pacientes o familiares que se encuentran en situación de empleo normal.

Para la valoración monetaria del tiempo de absentismo laboral y de cuidado informales, se ha aplicado los salarios medios mensuales en España publicados por el Instituto Nacional de Estadística para 1994. Los costes indirectos corresponden al coste medio por paciente y por familiar (trabajador o no) debido a los días de trabajo perdidos a causa de la enfermedad. Además se ha realizado una estimación desglosada de los costes indirectos por paciente y familiar que trabajan.

Se ha realizado un análisis de sensibilidad con la variable más relevante, el sala-

rio, para obtener un intervalo de costes medios totales para cada uno de los años estudiados.

Se han identificado sin dar una expresión monetaria, algunos costes intangibles asociados a la enfermedad, como el grado de funcionamiento y discapacidad de los pacientes en cada anualidad. Sin embargo, no se ha realizado una evaluación específica ni evaluado la calidad de vida de los pacientes ni tampoco la afectación psicológica de los familiares encargados del cuidado de los pacientes.

## RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 41 pacientes pertenecientes al área de salud mental de Burlada. Todos los pacientes presentaban diagnóstico de esquizofrenia (DSM-IV) confirmado en el momento de la entrevista, evaluándose los tres primeros años de curso desde su primer contacto con la red asistencial a causa de su enfermedad.

### Datos sociodemográficos

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los individuos de la muestra en el momento de la entrevista, en el tercer año de la enfermedad desde el contacto asistencial. La mayor parte de los sujetos eran varones,

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la muestra en el tercer año.

		%
Edad media (DE)	27,9±5,8	
Hombres	26	65
Solteros	36	90
<b>Tipo de convivencia</b>		
Familia de origen	33	82,5
Familia propia	4	10,0
Solo	1	2,5
Residencia psiquiátrica	1	2,5
Hospital psiquiátrico	1	2,5
<b>Ocupación</b>		
Empleado	15	37,5
Estudiante	3	7,5
Ama de casa	3	7,5
Desempleado	9	22,5
Otros	10	25,0

solteros, con estudios primarios o secundarios incompletos, profesión no cualificada y con una edad media de 28 años en el momento de la entrevista. Convivían mayoritariamente, 82%, con su familia de origen. La situación laboral resultó ser bastante estable a lo largo de los tres años, con una media de un 22,5% de desempleados frente a un 37,5% de pacientes en empleo normal.

### Datos de utilización de servicios

La tabla 2 recoge los resultados de utilización de servicios en cada año analizado, pudiéndose observar los diferentes cambios experimentados en el transcurso de la enfermedad. En general, se observa un descenso de las consultas totales a medida que avanza la enfermedad, resultando ser un 55% y un 49 % menores en el segundo y tercer año. Los descensos más

significativos se producen en las visitas al psiquiatra (69%), psicólogo (52%) y otros especialistas.

En la utilización de recursos hospitalarios (Hospital General y Psiquiátrico) cabe señalar el descenso importante en un 85% de la utilización de los hospitales, en el tercer año.

También se observa, en el caso de los recursos intermedios una disminución significativa en la utilización del Hospital de Día, reduciéndose un 50% el segundo año y hasta un 6% en el tercero. Los días de ocupación del centro de terapia ocupacional descienden alrededor de un 55% en los dos años siguientes después del diagnóstico.

### Análisis de costes

En la tabla 3 se presentan los resultados globales. El coste anual por paciente

**Tabla 2.** Datos de utilización de servicios durante los tres primeros años (las cifras se refieren al número de visitas o días de estancia para el total de individuos de la muestra).

	Año 1	Año 2	Año 3
<b>Consultas Asistenciales</b>			
<i>Sector Público</i>			
Psiquiatra	321	223	207
Psicólogo	62	29	46
Trabajador social	8	12	9
Enfermera Psiq.	136	130	124
Terapia de grupo	0	0	6
Urgencias	5	1	3
Médico general	66	52	27
Otros Especialistas	300	12	0
<i>Sector Privado</i>			
Psiquiatra	11	25	24
Psicólogo	0	21	0
Medicina alternativa	0	1	4
Consultas Totales	909	506	450
<b>Recursos Hospitalarios</b>			
Hospital General	518	0	9
Hospital Psiquiátrico	24	30	77
U. Media-Larga estancia	0	365	365
<b>Recursos Intermedios</b>			
Hogar Protegido	365	365	365
Hospital de Día	686	342	46
Centro de Terapia Ocupacional	244	379	374

**Tabla 3.** Costes medios de atención sanitaria y social a pacientes esquizofrénicos (1994) enfoque incidencia (ptas).

	Año 1	Año 2	Año 3
<b>Costes directos</b>			
Consultas Asistenciales	76.084	48.550	40.515
Recursos Hospitalarios	295.572	131.519	153.185
Recursos Intermedios	164.410	108.734	58.976
Fármacos	34.923	32.221	32.264
Pruebas Diagnósticas	3.908	1.222	1.233
Total costes directos	574.897	322.246	286.173
Costes indirectos	207.431	228.696	95.198
Costes cuid. informal	448.064	375.305	284.574
Costes totales	1.230.392	926.247	665.945

esquizofrénico ascendió a 1.230.392 ptas. en el primer año tras el diagnóstico, reduciéndose al 75,2% en el segundo año y al 54,1% en el tercer año. Los costes directos representaron el 46,7% en el primer año y el 34,7 y 42,9% en los años segundo y tercero, respectivamente. Los cuidados informales suponen el 36, 40 y 42% respectivamente de los costes totales. Y los costes indirectos, que provienen mayoritariamente de la pérdida de capacidad productiva de los propios pacientes, alcanzaron el 16, 24 y 14% cada uno de los tres primeros años. Los familiares declaran una pérdida de trabajo mínima. La importancia relativa de los costes indirectos decrece con el tiempo.

La composición por servicios ofrece una información más precisa de la evolución de los costes directos en los tres primeros años de la enfermedad a partir del diagnóstico. Estos datos se presentan en la tabla 4 donde los costes directos de asistencia sanitaria y social para la muestra total son desagregados según los diferentes servicios utilizados.

Se observa el poco peso relativo de las consultas asistenciales y la medicación y la gran importancia tanto de los recursos hospitalarios como de los intermedios en los costes totales.

La hospitalización en unidades de agudos representa el 50% de los costes directos del primer año, y sólo el 1,7% del tercero. Esta evolución se corresponde con una utilización decreciente de este servicio. El Hospital de Día es el segundo recur-

so comunitario en importancia el primer año. El consumo de fármacos tiene una importancia relativa creciente representando, el 6,1, 10 y 11,3% de los costes directos cada año.

La utilización de servicios individualizados (urgencias, psiquiatra, médico general, etc.) representa un coste ligeramente superior al de los medicamentos, 13,2, 15,1 y 14,2%, respectivamente para cada uno de los años. Las pruebas diagnósticas apenas afectan al coste.

En la figura 1 se refleja gráficamente la evolución de la distribución de los costes medios por utilización de servicios, costes indirectos y cuidados informales atribuidos a la esquizofrenia en los tres primeros años para la muestra. El porcentaje de costes originados por las visitas asistenciales se mantiene prácticamente constante a lo largo de los tres años, alrededor de un 5%; al igual que la hospitalización que supone un 23-24% de los costes totales durante el primer y tercer año. Mientras los recursos intermedios disminuyen de un 13%, a un 12% y a un 9%. Al consumo de medicamentos se le atribuyen unos costes del 3% para cada uno de los dos primeros años, pasando a un 5% en el tercer año. Se aprecia un descenso del peso de los costes indirectos que suponen un 17% el primer año y sólo un 14% el tercer año. Se observa, como más significativo, el aumento de los cuidados informales que ganan en importancia con el transcurso de la enfermedad ascendiendo desde un 37% el primer año a un 43% el tercer año.

**Tabla 4.** Desagregación de los costes directos medios por paciente para cada uno de los tres años.

	Año 1		Año 2		Año 3	
<b>Consultas asistenciales</b>						
Urgencias	1.839	2,4%	365	0,7%	1.103	2,7%
Psiquiatra	36.969	48,6%	25.862	53,0%	22.213	54,8%
Psicólogo	6.127	8,1%	6.338	13,0%	4.227	10,4%
Enfermera Psiq.	11.094	14,6%	8.955	18,4%	8.287	20,5%
Trabajador Social	1.489	2,0%	1.224	2,5%	796	2,0%
Terapias Grupo	0	0,0%	0	0,0%	401	1,0%
Médico General	6.859	9,0%	5.404	11,1%	2.806	6,9%
Medicina alternativa	0	0,0%	171	0,4%	683	1,7%
Otros Especialistas	11.707	15,4%	468	1,0%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>76.084</b>	<b>13,2%</b>	<b>48.787</b>	<b>15,1%</b>	<b>40.515</b>	<b>14,2%</b>
<b>Recursos hospitalarios</b>						
U. Agudos H. General	287.526	97,3%	9.146	7,0%	4.996	3,3%
U. Agudos H. Psiquiátrico	8.046	2,7%	0	0,0%	25.816	16,9%
U. Media y Larga Estancia	0	0,0%	122.373	93,0%	122.373	79,9%
<b>Total</b>	<b>295.572</b>	<b>51,4%</b>	<b>131.519</b>	<b>40,8%</b>	<b>153.185</b>	<b>53,5%</b>
<b>Recursos intermedios</b>						
Hogares Protegidos	36.828	22,4%	35.628	32,8%	35.828	60,8%
Hospital de Día	117.624	71,5%	56.640	52,1%	7.887	13,4%
Centro Terapia Ocupacional	9.958	6,1%	16.466	15,1%	15.261	25,9%
<b>Total</b>	<b>164.410</b>	<b>28,6%</b>	<b>108.734</b>	<b>33,7%</b>	<b>58.976</b>	<b>20,6%</b>
Fármacos	34.923	6,1%	32.221	10,0%	32.264	11,3%
Pruebas diagnósticas	3.908	0,7%	1.222	0,4%	1.233	0,4%
<b>Total</b>	<b>574.897</b>	<b>100%</b>	<b>322.483</b>	<b>100,0%</b>	<b>286.173</b>	<b>100,0%</b>

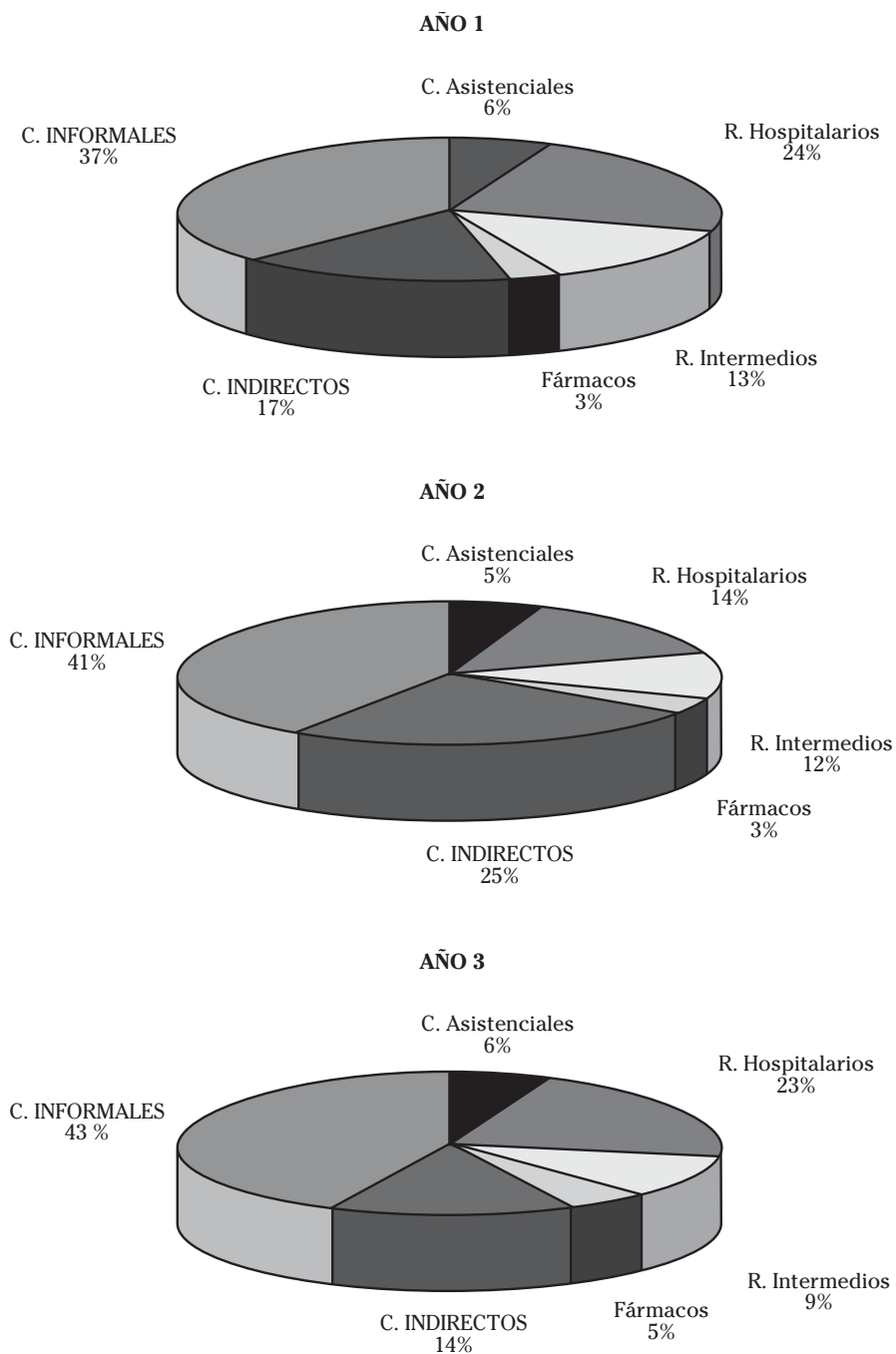
Se ha realizado un intento de aproximación de los costes anuales de la esquizofrenia en Navarra para el primer y tercer año desde el diagnóstico. Para ello se ha tomado un intervalo de incidencia de la enfermedad con un rango inferior del 0,01% y con un rango superior estimado según la incidencia en Navarra (0,022%). Esta cifra se aproxima a la mediana de incidencia de la esquizofrenia en los estudios internacionales efectuados hasta la fecha<sup>7</sup>.

Aplicado sobre la población de Navarra, se obtiene un resultado estimado entre 52 y 1.148 casos nuevos por año. Según los costes por paciente obtenidos en la muestra analizada para cada uno de los años, esto supone un coste total entre 63 y 140 millones de pesetas para el primer año y entre 34 y 76 millones de pesetas en

el tercer año después del diagnóstico de la enfermedad.

### Análisis de sensibilidad

La estimación realizada a partir del análisis de sensibilidad con la variable salario (Tabla 5), nos da como resultado un intervalo de costes medios totales para cada uno de los tres años estudiados. En el rango inferior (horas de cuidados informales y días de trabajo perdidos, valorados según el salario mínimo interprofesional de 1994), se observa una disminución del coste medio total hasta un 68, 61 y 66% respectivamente, de los costes estimados para el primer, segundo y tercer año de curso de la enfermedad. En el rango superior del intervalo (horas de cuidados informales y días perdidos por paciente y familiar según salario medio), los costes



**Figura 1.** Distribución de los costes medios atribuidos a la esquizofrenia en los tres primeros años de curso de la enfermedad.



**Tabla 5.** Análisis de sensibilidad de los costes medios indirectos de la esquizofrenia en los tres primeros años desde el diagnóstico: A) Rango inferior (salario mínimo) B) Rango superior (salario medio).

	Año 1		Año 2		Año 3	
	Rango Inferior	Rango Superior	Rango Inferior	Rango Superior	Rango Inferior	Rango Superior
Costes directos	574.897		322.246		286.173	
Costes indirectos						
C.I. Paciente	82.533	200.740	94.401	225.874	38.656	92.496
C.I. Familiar	2.216	6.691	1.034	2.821	984	2.703
Total	84.749	207.431	95.435	228.695	39.640	95.199
C. Informales	180.233	448.064	148.323	375.305	114.578	284.574
Costes totales	839.879	1.230.392	566.004	926.246	440.331	665.946

medios totales corresponden a los estimados anteriormente (Tabla 3). Señalar que al estimar los cuidados informales y las pérdidas de productividad según el salario mínimo, estos dos tipos de costes pierden peso en el coste medio total. Así los costes indirectos pasan a representar el 10, 16 y 9% del coste medio total para cada uno de los años, y los costes por cuidados informales suponen el 21 y 26% de los costes totales, en los dos últimos años.

## DISCUSIÓN

Este estudio constituye un paso importante en el conocimiento de los costes de la esquizofrenia en nuestro país, donde sólo existen algunos estudios previos como el realizado en la Comunidad Autónoma Vasca (1988)<sup>11</sup> sobre los costes de atención a pacientes psicóticos crónicos y el estudio sobre costes de la esquizofrenia en España realizado por el grupo Psicost (1997)<sup>12</sup>.

La recogida de la muestra se efectuó mediante un sistema activo de búsqueda de casos, lo que llevó a detectar casos de incidencia oculta, cuyo tiempo de evolución podría haber sido mayor. La selección del contacto asistencial con salud mental como punto de inicio se debe a la dificultad de identificar los primeros síntomas de la enfermedad en muchos pacientes con rasgos esquizoides o síntomas prodrómicos de difícil clasificación.

En lo que respecta al rango de costes presentes en el estudio debemos señalar

que pese a que la información sobre costes debería ser siempre lo más exhaustiva posible, se ha optado por un criterio restrictivo, descartando aquellos datos de escasa fiabilidad en la muestra, como por ejemplo los derivados de conflictos con la justicia y prisión y los relacionados con la utilización de servicios sanitarios no psiquiátricos.

Los costes derivados de conflictos policiales y justicia, en una muestra de esquizofrénicos crónicos en el Reino Unido, no superan el 0,6% en la evaluación de reducción de los listados de costes efectuada por Knapp y Beecham<sup>13</sup>, aunque en los estudios realizados en EE.UU. suelen ser bastante más elevados<sup>2</sup>.

Se considera, además, que el peso de la atención médica no psiquiátrica es bajo, al contrario de lo que ocurre en otras enfermedades psiquiátricas como el trastorno de pánico<sup>14</sup>.

Conviene señalar el enfoque restrictivo que se ha seguido en la inclusión de los costes indirectos utilizados en este estudio, donde no se han contabilizado los costes por mortalidad. Tampoco se han tenido en cuenta algunos costes como los derivados del dolor y sufrimiento tanto por parte de los pacientes como de los familiares, debido a la no disponibilidad de información al respecto.

Los costes directos estimados han resultado ser menores que los obtenidos en otros estudios para otros países europeos. La media de costes en Navarra fue de

1.230.392 pesetas, comparado con lo 18.377 dólares de un estudio realizado en Manheim (Alemania)<sup>15</sup>; o las 18.564 libras esterlinas del estudio en West Lambeth (Inglaterra)<sup>16</sup>.

Si se estiman los costes indirectos por paciente y familiar que declara trabajar, según los días de trabajo perdidos a causa de la enfermedad, se obtiene un coste indirecto medio por trabajador de 633.103 ptas. el primer año, de 1.543.472 ptas el segundo y de 948.084 ptas. el tercero. En el caso de los familiares trabajadores se ha estimado un coste por días de trabajo perdidos en 68.583, 28.915 y 36.941 pesetas, para cada uno de los tres años del estudio.

Además, algunas propuestas recientes de valoración de los costes indirectos, como la del enfoque friccional de Koopmanschap<sup>17</sup>, otorgan un peso relativo menor a este componente del coste total.

Los cuidados informales han sido estimados a partir de las respuestas dadas por los cuidadores en relación al tiempo de dedicación. No se incluyen, por tanto, otros posibles costes como por ejemplo los gastos económicos adicionales que deben realizar las familias: por desplazamiento, comidas, gestiones, etc. Esto supone una posible infravaloración de los costes reales debidos a los cuidados informales. Se considera además que el cuestionario empleado resulta insuficiente al no matizar todos los posibles elementos que forman parte de los cuidados informales. Se plantea la necesidad de seguir trabajando en la elaboración de bases de información más precisas.

La importancia relativa de los cuidados informales en el conjunto de los costes es bastante elevada en un modelo sanitario como el de Navarra con atención comunitaria; es decir, nuestra estimación resulta más costosa en conjunto que una alternativa asistencial centrada en la hospitalización<sup>18</sup>. Esta conclusión coincide con los hallazgos recientes de otros grupos<sup>19</sup>, aunque debe ser tomada con cautela, puesto que pueden existir problemas de validez de la información.

En relación a la extrapolación realizada sobre los costes de la esquizofrenia para Navarra cabe señalar que la muestra de pacientes puede no ser representativa de

los patrones asistenciales de esta región, ya que representa a pacientes esquizofrénicos nuevos menores de 45 años, pertenecientes a un sector con un perfil asistencial muy determinado, y con una atención comunitaria muy asentada.

Por todas estas razones, los costes estimados que se presentan en este estudio pueden ser interpretados como el límite inferior de los verdaderos costes de la esquizofrenia en Navarra. A medida que la información disponible sea más precisa, el enfoque del estudio podrá ser redefinido y mejorado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. SALVADOR L. La esquizofrenia. En: Ayuso J.L y Salvador L. Manual de Psiquiatría. Ed. Interamerican/McGraw Hill, Madrid 1992.
2. RICE DP, MILLER LS. The economic burden of schizophrenia. En: Moscarelli M, Rupp A & Sartorius N: Handbook of Mental Health Economics and Health Policies, Vol I: Schizophrenia. (Eds), Willey & Sons 1996.
3. WYATT RJ, HENTER Y, LEARY MC, TAYLOR E. An economic evaluation of schizophrenia - 1991. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1995; 30: 196-205.
4. KAVANAGH S, OPÚT L, KNAPP M, BEECHAM J. Schizophrenia: Shifting the balance of care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1995; 30: 196-205.
5. SMITH K, SHAH A, WRIGHT K, LEWIS G. The prevalence and costs of psychiatric disorders and learning disabilities. Br J Psychiatry 1995; 166: 9-18.
6. LUND P. Calculation of the costs of schizophrenia in Denmark. Presented at the Third Workshop on Costs and Assessment in Psychiatric, ARCAP, Venice, October 1994; 28-30.
7. MOSCARELLI MS, CAPRI S, NERI L. Cost evaluation of chronic schizophrenic patients during the first three years after the first contact. Schizophr Bull 1991; 17: 421-426.
8. GOLDBERG DP. Cost-effectiveness in the treatment of patients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1994; 89 (Suppl 382): 89-92.
9. BEECHAM J, KNAPP M. Costing psychiatric interventions. En: Thornicroft G, Brewin C, Wing J (eds). Measuring mental health needs. Gaskell, London 1992; 163-183.
10. WRIGHT K. Direct Costs Outside of the Health Care Sector. Discussion paper: Workshop on

- the Methodology of Costing in Economics Evaluation in Health Care. Amsterdam 1995.
11. OZAMIZ JA, CABASÉS JM. Economic analysis of different patterns of psychiatric treatment and management of chronic psychotic patients in the Basque Country. En: Costs and Effects of Managing Chronic Psychotic Patients. Schwefel D, Zollner H and Potthoff P(Eds).Springer-Verlag 1988.
  12. SALVADOR L, CABASÉS J, GAITE L, HARO JM, MADOZ V y Psicost Group. Estudio de costes acumulados de esquizofrenia en España según el modelo de incidencia asistida. Informe preliminar (Mimeo) 1996.
  13. KNAPP M, BEECHAM J. Reduced-list costings. En: The Economic Evaluation of Mental Health Care. Knapp M(Ed) Aldershot: Arena, Ashgate Publishing Company, 1995.
  14. SALVADOR-CARULLA L, SEGUI J, FERNÁNDEZ-CANO P, CANET J. Assesmet of costs distribution and cost-offset after diagnosis of panic disorders. En: Current Therapeutical Approaches in Panic and other Anxiety Dissorders. Mendlewicz J., Racagni G (Eds). International Academy for Biomedical and Drug Research 1994; vol.8.
  15. SALIZE HJ, RÄSLER W. The cost of comprehensive care of people with schizophrenia living in the community. A cost evaluation from a German catchment area. Br J Psychiatry 1996; 169: 42-48.
  16. BEECHAM J, KNAPP M, ALLEN C. Comparative efficiency and equity in community based care. En: The Economic evaluation of mental health care. Knapp M. Arena Ashgate Publishing Limited 1995.
  17. KOOPMANSCHAP MA, RUTTEN FF, MARTH VAN INEVELD B, VAN ROIJEN L. The friction Cost Method for Measuring Indirect Costs of disease. J Health Econ1995; 14: 171-189.
  18. HARO JM, SALVADOR L, CABASÉS JM, MADOZ V, VÁZQUEZ-BARQUERO JL y grupo Psicost. Mental Health Services Utilization and Costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. Br J Psychiatry 1998; 73: 334-340.
  19. HALLAM A, KNAPP M, BEECHAM J, FENYO A. Eight years of Psychiatric Reprovision: An Economic Evaluation. En: The Economic evaluation of Mental Heath Care. Knapp M(Eds)Arena. England 1995.